

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



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou  
Diabetes Mellitus na ESF Doutor Domingos Costa. Porto/PI**

**Yanerkis Perez Lago**

**Pelotas, 2015**

**Yanerkis Perez Lago**

**Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica  
e/ou Diabetes Mellitus na ESF Doutor Domingos Costa. Porto/PI**

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

Orientador: Ana Paula Soares

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

L177m Lago, Yanerkis Pérez

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica E/Ou Diabetes Mellitus na ESF Doutor Domingos Costa. Porto/PI / Yanerkis Pérez Lago; Ana Paula Soares, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

95 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. Soares, Ana Paula, orient.  
II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

À minha filha, o melhor presente que Deus me deu.  
Aos meus pais que me tornaram a pessoa que sou  
hoje e se esforçaram para me formar como médica.  
Em especial ao meu namorado, que diariamente me  
ofereceu seu apoio me dando forças para seguir em  
enfrente.

## **Agradecimentos**

Agradeço em primeiro lugar a minha família por me apoiar mesmo estando distante, a minha equipe, pois sem ela não teria conseguido os resultados obtidos. Aos gestores de saúde de Porto por me escutar e apoiar de acordo com suas possibilidades. A população que participou de forma ativa nesta intervenção e por fim a minha orientadora por ajudar a me tornar uma melhor profissional de saúde na atenção básica.

## Resumo

PEREZ LAGO, Yanerkis. **Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus ESF Doutor Domingos Costa. Porto/PI.** 2015. 95f. 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.

Hoje no Brasil a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) constituem um problema de saúde pública. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia dentre o 22 a 44% da população brasileira é hipertensa e para a diabetes a prevalência tem aumentando de 5.3% a 5.6% de 2006 a 2011. Estas doenças constituem fatores de risco para doenças cardiovasculares e cerebrovasculares as quais estão dentre as principais causas de morte no Brasil. Este trabalho trata-se de uma intervenção realizada na ESF Doutor Domingos Costa no município de Porto/PI entre os meses de fevereiro e junho de 2015. A intervenção teve como objetivo melhorar a atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, sendo que a mesma foi baseada em quatro eixos: gestão do serviço, monitoramento e avaliação, qualificação da prática clínica e engajamento público. Tínhamos como objetivo ampliar a cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos da área adstrita para 50%. A intervenção foi estruturada para ser desenvolvida em 12 semanas. Ao final da intervenção foram cadastrados e acompanhados 197 usuários hipertensos e 49 diabéticos alcançando uma cobertura de 54,4% e 55,1% respectivamente. O desenvolvimento da intervenção melhorou o relacionamento da comunidade com a equipe de saúde através do engajamento público e fomentou o conhecimento da população a respeito dessas patologias. A equipe foi capacitada e atualizada quanto aos cuidados e tratamento para hipertensão e diabetes na atenção básica, além de ter sido estabelecido as atribuições de cada profissional na intervenção. Essas ações ajudaram a melhorar o processo de trabalho da equipe. As ações desenvolvidas na intervenção foram incorporadas na rotina do serviço conseguindo assim a manutenção de uma atenção integral e de qualidade aos usuários hipertensos e diabéticos.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na ESF Doutor Domingos Costa, Porto,PI,2015	58
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na ESF Doutor Domingos Costa, Porto,PI,2015	59
Figura 3	Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Doutor Domingos Costa, Porto,PI,2015.	61
Figura 4	Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Doutor Domingos Costa, Porto,PI,2015	62
Figura 5	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada na ESF Doutor Domingos Costa, Porto,PI,2015	63
Figura 6	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF Doutor Domingos Costa, Porto,PI,2015.	64
Figura 7	Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na ESF Doutor Domingos Costa, Porto,PI,2015	66
Figura 8	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na ESF Doutor Domingos Costa, Porto,PI,2015	67
Figura 9	Usuários aguardando a coleta de sangue e recebendo orientações da Diabetes na ESF Doutor Domingos Costa,Porto,PI,2015	84
Figura 10	ESF Doutor Domingos Costa, cidade de Porto, inauguração da reforma da Unidade	85
Figura 11	Presença do Prefeito da cidade, gestores de saúde líderes comunitários e a equipe de saúde.	85
Figura 12	Reunião das equipes do município com os gestores de Saúde.	86
Figura 13	A enfermeira, a técnica em enfermagem e a médica na palestra com usuários cadastrados na intervenção.	86

Figura 14	ACS com os usuários hipertensos e diabéticos de sua comunidade.	87
Figura 15	Visita da equipe a usuários hipertensos e diabéticos deficientes.	87
Figura 16	A enfermeira e o ACS na visita domiciliar	88
Figura 17	Folder com informações HAS distribuídos pela secretaria de saúde à população ESF Doutor Domingos Costa, Porto/PI, 2015.	93
Figura 18	Folder com informações HAS e DM distribuídos pela secretaria de saúde à população ESF Doutor Domingos Costa, Porto/PI, 2015.	94



### Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
HIV	Do inglês, humanimmunodeficiency virus
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VDRL	Do inglês, venerealdiseaseresearchlaboratory

## Sumário

Apresentação .....	9
1 Análise Situacional .....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	19
2.1 Justificativa .....	20
2.2 Objetivos e metas .....	22
2.2.1 Objetivo geral.....	22
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	22
2.3 Metodologia .....	24
2.3.1 Detalhamento das ações.....	24
2.3.2 Indicadores .....	41
2.3.3 Logística .....	47
2.3.4 Cronograma .....	51
3 Relatório da Intervenção .....	53
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	53
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	55
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	55
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	56
4 Avaliação da intervenção.....	56
4.1 Resultados .....	56
4.2 Discussão .....	70
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	77
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	79
Referências.....	80
Apêndices .....	81
Anexos.....	87

## **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 e pela Universidade Aberta do SUS, sendo o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as Unidades de Ensino que integram o Projeto Pedagógico do curso. O trabalho foi constituído por uma intervenção em campo, com o objetivo de melhorar a atenção aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da ESF Doutor Domingos Costa, localizada em Porto/PI. O volume está organizado em sete unidades de trabalho seqüenciais e interligadas. Na primeira parte observou-se a análise situacional desenvolvida na unidade 01 do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade dois. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção, realizada ao longo de 12 semanas, durante a unidade 03 do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores, construídos ao longo da unidade 04. Na quinta e sexta seguem o relatório da intervenção endereçado aos gestores e a comunidade respectivamente. Na última parte apresentamos a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os apêndices e os anexos utilizados durante a realização do trabalho.

O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de junho de 2014 e sua finalização ocorreu no mês de agosto de 2015, com a entrega do presente Volume, como Trabalho de Conclusão.

## **1 Análise Situacional**

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

A cidade de Porto no estado Piauí, está situada ao nordeste do país. A ESF que atuo se chama Domingos Costas, está situada na periferia da cidade, nesta unidade executa-se o atendimento de muitas populações do interior do município sendo a maior área dele.

A população está essencialmente dedicada ao cultivo do arroz, é uma comunidade muito pobre, as casas não têm boas condições estruturais são feitas de palha e madeira. Os serviços de água são deficientes, algumas casas não têm filtro para tratamento da água, sendo a diarreia e as doenças parasitárias as enfermidades mais freqüente na comunidade.

Nossa EFS está composta por uma equipe multidisciplinar, composta por sete Agentes Comunitários da Saúde (ACS), um dentista, enfermeira, um fisioterapeuta, uma médica, uma duas técnicas de enfermagem, a recepcionista. As ações realizadas pelo serviço são: consulta de atendimento básico, enfermagem, sala de vacina, reabilitação e serviço odontológico e de farmácia. Todos trabalhamos em equipe para fazer um atendimento ótimo. Semanalmente realizamos atendimento nas comunidades mais distantes da unidade de saúde para levar mais perto dos usuários nosso atendimento com um elevado índice de satisfação da população.

Nestes momentos nossa unidade está em reforma para melhorar as condições estruturais para oferecer serviços de alta qualidade como nossa comunidade espera, agora estamos planejando as ações a realizar para quando a unidade estiver pronta.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

Porto é um município do estado do Piauí que se localiza há 183 quilômetros da capital Teresina. É banhado pelo rio Parnaíba, o que favorece a navegação fluvial, que liga norte ao sul do Estado, passando pela Capital, incrementando assim o comércio (IBGE,2010). Tem uma população de 11.897 habitantes, segundo dados do IBGE 2010, que são atendidos em quatro UBS, delas três urbanas e uma rural onde trabalham seis Equipes de Saúde da Família (ESF). Quatro equipes trabalham em período integral e duas em tempo parcial. No município funciona um NASF- ele fica na UBS situada no centro da cidade, composto pela psicóloga, uma psiquiatra, uma assistente social e um pediatra.

A atenção especializada se organiza da seguinte maneira: temos um pediatra que presta atenção de forma irregular, psicóloga oferece serviço dois dias na semana junto à assistente social, a psiquiatra um dia na semana e a nutricionista três dias na semana com atendimento nas unidades de saúde. Temos um hospital com boas condições com bloco cirúrgico que não funciona, com possibilidade de internação, mas com pouco aproveitamento, pois a existência de médicos no plantão é irregular. Essa situação afeta muito à comunidade, pois tem que ser encaminhados a outros hospitais distantes do município.

Os exames complementares só são feitos dois dias à semana, os exames realizados são hemograma, urina e fezes, e outros exames para gestantes (VDRL,HIV,Tipagem sanguíneo) mas não são feitos glicemia, colesterol, triglicerídeos, uréia, creatinina, Hb glicosilada dentre outros tão importantes para o diagnóstico e controle de doenças crônicas. Também não são realizados estudos de imagens, estes são referenciados para outras cidades e muitas vezes o tempo de espera para realizá-lo é longo. Muitas vezes a população recorre à realização do exame no setor privado.

A ESF que atua se chama Doutor Domingos Costas, é uma ESF rural, é composta por uma equipe multiprofissional: uma medica uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e sete ACS, que garantem de 100 % do território. No momento temos uma estudante da escola de técnica de enfermagem.

Com respeito à estrutura da unidade estamos localizados em uma casa antiga. Contamos com quatro consultórios: um médico e outro de enfermagem, um consultório odontológico e uma sala de fisioterapia, uma sala de procedimentos onde

são feitos os curativos, nebulização, vacina e onde ficam os prontuários dos usuários, todos juntos no mesmo local dificultando os procedimentos e a tranquilidade desta área, pois não podem ser feitos todos ao mesmo tempo. Temos também um local para dispensar as medicações dos usuários. A recepção fica na sala de espera, cada vez que a recepcionista registra um usuário ela tem que ir a outra sala a procurar o prontuário do mesmo. O consultório de enfermagem não tem pia, nos consultórios não temos biombo para garantir a maior privacidade dos usuários.

Neste momento a unidade está em reforma e já está quase está pronta. Foram feitas janelas em todos os consultórios e conseguimos a luz natural adequada, mais não serão construídas uma sala de vacina e de curativo, infelizmente vamos continuar com os mesmos problemas de espaço, assim como a falta de banheiros suficientes para a população e para pessoas com deficiências. Esses espaços seriam importantes para melhorar o funcionamento da unidade assim como uma sala de reuniões para a equipe de saúde possa fazer ações de promoção, palestra, oficinas e dinâmica de grupo, trabalho com grupos específicos. Até agora as reuniões da equipe são feitas no consultório e as atividades com as comunidades são feitas na própria comunidade, estas são agendadas com a população para uma sala de aula da escola. Dentre outras dificuldades encontra-se a acessibilidade ao posto de pessoas, pois o posto não tem rampa para esses fim, também corrimão.

Em relação as atribuições dos profissionais da equipe- todos participam do mapeamento da área adstrita, cada ACS conhece e tem bem delimitada a área de abrangência, e tem atualizado o cadastro da população. Todos participamos das atividades de promoção e educação em saúde planejadas nas reuniões mensal da equipe. Os ACS aferem o peso das crianças, fazem visitas domiciliar segundo o grupo de risco, muitas vezes o trabalho é afetado pela distância de uma comunidade da outra. A enfermeira cumpre com as atividades de acordo os protocolos: acompanha as gestantes, hipertensos e diabéticos, realiza puericultura e atendimento a demanda espontânea. A técnica de enfermagem é responsável pelos curativos, vacina, acolhimento assim como dos procedimentos regulamentados para ela. A médica realiza ações de promoção prevenção atendimento programado e a demanda espontânea, não tem sido realizadas de pequenas cirurgias por não ter instrumental necessário. Considero que seria bom equipar a unidade com estes materiais, assim como medicamentos e equipamentos de urgência, pois é a unidade de saúde mais afastada do município e do hospital. O dentista e o fisioterapeuta não estão oferecendo serviços

até que a unidade este pronta. Vale ressaltar que todas as atividades desenvolvidas na unidade contam com a participação de toda a equipe de saúde.

Em nossa área de abrangência fazemos o atendimento a uma população de 2.382 habitantes, deles 1.101(46.2%) são do sexo feminino e 1.281(53.8%) masculino, distribuídos em 559 famílias que moram em 28 comunidades rurais afastadas uma das outras. Todas estão cadastradas e acompanhadas pela equipe. Nosso problema não é a quantidade da população atendida, mas a distância de onde moram, pois muitas vezes dificultam a chegada à unidade ou a visita nossa para as comunidades junto às limitações estruturais já faladas antes para que sejam agendados e sejam atendidos nos primeiros turnos do dia.

Ao falar do acolhimento à demanda espontânea, quando o usuário chega a nossa instituição e acolhido, escutada suas queixas e demandas e avaliado segundo o tipo de atendimento requerido. Caso não seja urgente a consulta é agendada, se a demanda for aguda, realizamos atenção prioritária e atendemos no mesmo dia. Nessa avaliação levamos em conta os risco e as vulnerabilidades. Avaliamos e orientamos sobre a vacinação, curativo e injeções, além disso, se precisa de avaliação pela enfermeira ou a médica, esta última a mais solicitada.

O acolhimento também e feito pelo ACS da comunidade a ser avaliada pela programação demanda espontânea e alta na minha unidade. A maioria dos atendimentos feitos por mim são por esta causa, os usuários que procuram este tipo de atendimento são atendidos, pois encaminhara-lo ao hospital muitas vezes e pior, pois lá algumas vezes não há médico de plantão então a equipe tem que lidar com esta demanda espontânea, os atendimentos de urgência são prioritários oferecemos este serviço com todas as limitações estruturais, de medicamentos e instrumentais já falados, as urgências são atendidas de imediato medico e enfermeira juntos. Em minha UBS as demandas são avaliadas e priorizadas pela doença, tipo de agravo, dentre outras respeitando a ordem de chegada sempre que fora possível.

Por outra parte também oferecemos atendimento à criança, em minha comunidade temos um total de 36 crianças com uma cobertura dos 100 por cento, segundo o caderno de ação programática isto acontece graças à cobertura total de todas as comunidades com ACS a uma equipe de saúde multiprofissional, onde todas as crianças cadastradas na UBS são acompanhadas pela EBS. Nas consultas de puericultura temos atraso de 4 crianças de acordo o protocolo dado pelo longe que moram da UBS e ao problema que algumas vezes tem tido a EBS de disponibilização

transporte para chegar a UBS. Ao respeito do teste do pezinho 100 por cento tem feito este exame, mas só 42 % têm feito na primeira semana, isto em nossa área e muito freqüente e difícil para os pais levar a criança ao hospital que e onde é feito este exame pelas causas que já falei de não ter transporte para ir ao hospital, neste caso acho que podia-se fazer o teste na própria UBS este exame não e difícil de fazer e não precisa de muito recurso em meu pais por exemplo o teste do pezinho e responsabilidade da EBS na atenção básica assim se garantira que o 100% seja feito na primeira semana de vida.

Com respeito ao teste da orelha o 100% tem realizado este teste, um problema que nos afeta e conseguir fazer a primeira consulta nos primeiros sete dias assim como o acompanhamento das crianças de 12 a 72 meses, pois depois de um ano de idade as mães só acostumam levar as crianças quando estão doentes, neste sentido a equipe está trabalhando e estamos conseguindo uma maior assistência deste grupo de idade nas consultas agendadas, nas consultas oferecemos orientações sobre prevenção de verminose, acidentes, promovemos alimentação saudável, prevenção da anemia dentre outras. Um problema que nos afeta e não ter pediatra no município de forma regular o que dificulta a avaliação das crianças. Na atenção à criança ainda temos que trabalhar mais, controlar e fiscalizar a qualidade deste programa.

Outro serviço que oferecemos e atenção a gestante. Atendemos no momento um total de 26 gestantes, 09 a menos que a estimativa do CAP, isto acho seja pela cobertura do planejamento familiar onde oferecemos métodos anticoncepcionais orais. Injetáveis, provemos o uso da camisinha, nas palestras falamos da importância do planejamento familiar, de afastar uma gestação de outra, segundo o caderno temos uma cobertura dos 73 por cento do pré-natal, mais todas as comunidades de abrangência estão cobertas por ACS, e todas as gestante de nossa área estão cadastradas em nossa UBS e acompanhadas pela equipe de saúde, do total de gestantes foram captadas no primeiro trimestre o 72% cifra que tem ido diminuindo com a total cobertura saúde e à equipe completo que agora tem a UBS, respeito ao número de consulta seguindo o programa temos só um 88% isto e causado pela captação tardia de três gestantes, também algumas vezes a equipe não tem transporte para chegar à UBS, pela dificuldade que temos com o transporte, por outra parte o sulfato ferroso e o ácido fólico e indicado no tempo correto aos 100% das gestantes, mas agora não está vindo o sulfato ferroso pelo SUS um problema que nos



afeta e o exame ginecológico a todas as grávidas, pois no posto de saúde não temos condições para fazer o exame o mesmo acontece com a citologia, este exame é feito na cidade uma vez por semana pelo tarde o que dificulta o acesso das mulheres pelo afastado que fica da comunidade, e a não disponibilização de transporte para esta zona rural, o mesmo acontece quando uma usuária precisa ser referida ao hospital o para fazer algum exame fora do município, pois a secretaria de saúde não conta com meios de transporte suficientes para isto, outro problema no atendimento pré-natal tem à hora de fazer os exames na UBS não temos como fazer teste rápido de gravidez, urina, HIV, dentre outros Problema tem a falta de ginecologista e obstetra no município o que dificulta a avaliação de gestantes de risco elas são referidas à capital do estado.

As consultas ao pré-natal são feitas uma vez por semana na manhã antes de começar fazemos atividades educativas com o grupo de gestante agendada para esse dia. Toda gestante é identificada na comunidade pelos ACS, cada um deles leva à mulher supostamente grávida à consulta onde é acolhida pela recepcionista e técnica de enfermagem, depois é avaliada integralmente pela enfermeira ou a médica se identificam os riscos e oferecemos os diferentes exames para a idade gestacional, se faz o cadastro de gestante e é preenchido o SISPRENATAL para depois ser lavado à secretaria de saúde, nas diferentes consultas a gestante e o parceiros são ensinados a como levar um embarço normal, planejamos os diferentes temas como aleitamento materno, alimentação saudável, prevenção da infecção vaginal e urinária tão freqüente dentre as causas de partos pré termos e recém nascidos baixo peso, também falamos dos cuidados do recém-nascido, cuidados do puerperio, planejamento família, provemos a saúde bucal e mental dentre outras, ao final da consulta a gestante fica com a próxima consulta agendada alternado a consulta médica e enfermagem. Nas reuniões de cada mês da equipe de saúde é avaliado o trabalho no programa materno-infantil desse mês.

Outra das funções da atenção básica em relação à prevenção do câncer do colo de útero, a população de mulheres dentre 25 e 64 anos segundo a estimativa é 576 pessoas e em realidade temos 530 para uma cobertura de 92%, nestes momentos não está efetuando o exame citológico em nossa UBS pela reforma, mas tomamos a estratégia dum dia à semana realizá-lo no posto da cidade pela tarde com pouca aceitação pela população, pois fica muito longe da comunidade e pela dificuldade do transporte para ir lá por isso temos tido atrasos não respeito, na UBS temos um

registro com os resultados da citologia que é revisado periodicamente pela equipe para dar seguimento segundo o protocolo, o problema que interfere é que não temos um registro das mulheres alvo para rastreamento deste tipo câncer, mais já uma das estratégias na que a equipe está trabalhando é na criação deste arquivo graças a este curso, assim vamos poder fazer um melhor acompanhamento das mulheres e conseguir fazer o rastreamento de 100% La população alvo segundo o protocolo.

Outro tipo de câncer freqüente é o câncer de mama, a estimativa é 179 mulheres dentre 50 e 69 anos, na realidade temos 146 para uma cobertura de 82%, este exame tem maior dificuldade para o rastreamento, pois não tenho condições de privacidade para fazer um exame físico de qualidade, até que o posto seja inaugurado, a mamografia é o problema sério para as mulheres conseguir fazê-la, pois é agendada pela secretaria de saúde e demora muito tempo algumas vezes não da certo a marcação, nós temos problema nos registros dos resultados da mamografia que chegam, pois não temos este, mas graças à sugestão da orientadora já foi discutido pela equipe da importância do mesmo e começamos a fazer os primeiros registros.

Estes tipos de câncer são os mais freqüentes na mulher por isso a pesar das limitações a equipe tem reforçado as ações de promoção sobre o auto-exame de mama, fatores de risco, alimentação saudável, hábito de fumar, importância de fazer exercício físico, sinais de alarma deste tipo de câncer, importância do uso da camisinha. Temos que dizer que a falta de um local para estas atividades limita o número de pessoas nestas atividades.

A HAS junto à Diabetes Mellitus são às doenças crônicas mais freqüentes no Brasil e constituem fatores de risco para as doenças cardiovasculares as quais são uma das primeiras causas de morte daí a importância do diagnóstico precoce, tratamento e controle das doenças, onde a atenção básica joga o papel fundamental, minha UBS tem o total de 97 hipertensos(20% de cobertura) 265 menos que CAP e 24 diabético(18% de cobertura) 65 menos segundo o caderno de atenção básica com sob registro neste sentido, nós temos um dia a semana para o atendimento deste grupo onde são avaliados integralmente, estratificados os riscos e oferecidas ações de promoção e prevenção em saúde, são acolhidos pela técnica de enfermagem, todos tem prontuário clínico são consultados pela enfermeira ou médica segundo corresponda, e feito a glicemia capilar medida a pressão arterial avaliados o peso, e feito um exame físico minucioso, se vacina se tiver alguma vacina pendente. Ao final da consulta sai com a próxima consulta agendada, nesse dia de atendimento a este

grupo de hiperdia e planejada ações em grupo para oferecer palestras sobre temas importantes para o controle destas doenças, os atendimentos são registrados nos prontuários e nos registros específicos para hiperdia.

O problema neste programa é que há um sob registro de usuários diabéticos e hipertensos para a população adstrita à minha área, temos população de risco, mas fazer o diagnóstico demora, temos um só glicosímetro para glicemia capilar que não tem revisão técnica de qualidade, pois o município carece de pessoal capacitado para a manutenção dos equipamentos médicos, a glicemia em jejum e o teste de tolerância a glicose não é feita no município assim como a Hb glicosilada entre outros exames como já falei em parágrafos anteriores. Então acho que os gestores junto com as EBS devem planejar estratégias que possam ajudar no rastreamento e o diagnóstico de diabetes em seus estádios pré diabético e diabético para conseguir melhorar a qualidade de vida destes usuários. Outra dificuldade que interfere com o controle dos usuários é o baixo nível cultural e econômico, as crenças religiosas que muitas vezes dificultam o cumprimento das orientações médicas e a adesão ao tratamento indicado.

Em relação à saúde do idoso minha USF tem 194 idosos (76% de cobertura), 60 menos que a estimativa, em realidade não temos um dia específico para o atendimento a este grupo populacional, os idosos são atendidos todos os dias e todos os turnos. Não têm um registro específico para eles, às vezes resulta difícil que uma pessoa idosa chegue ao posto de saúde pela distância onde moram, a maioria das vezes vão por problemas de saúde agudos e não pela consulta agendada, não temos registros específicos para idosos e também não há caderneta para eles. No posto são acolhidos e atendidos com prioridade, são escutados, se vacinam se necessário, são oferecidas ações de promoção e prevenção, aqueles idosos com alguma deficiência ou dificuldade para ir ao posto a equipe faz acompanhamento domiciliar.

Ao avaliar estes grupos populacionais está faltando pessoas tão importantes como o preparador físico com conhecimentos que ajude a orientação específica para cada grupo assim como da nutricionista para avaliar e orientar nutricional mente a estes usuários.

De todo antes exposto podemos refletir que os problemas e as limitações são grandes o trabalho para fazer e forte mais não impossível, nossos principais retos primeiro ter registro em arquivo de toda a população por grupos específico (gestantes, HAS, diabéticos, mulheres de 25 a 65 anos, adolescentes, crianças de zero até 72

meses, idosos), para poder planejar as ações de cada um e agendar as consultas de acordo aos protocolos, elevar as consultas de puericultura para crianças de 12 a 72 meses de forma agendada e não é por problemas agudos, resolver a maior quantidade de problemas agudos na UBS com qualidade e responsabilidade, conseguir o acompanhamento do pai nas consultas do pré-natal junto à mulher promovendo maternidade e paternidade consciente, aumentar o período dentre uma e outra gravidez mediante ações de planejamento familiar, conseguir que as mulheres cheguem ao embarço nas melhores condições possíveis, outro desafio e fazer o rastreamento e diagnóstico precoce de diabetes, hipertensão, câncer de colo de útero e mama, confeccionar junto à equipe de saúde os arquivos de mamografia e citologia, conseguir a realização da citologia e mamografia a toda mulher segundo o protocolo e população alvos, incrementar a qualidade de vida da pessoa idosa, trabalhar junto à secretaria de saúde para os equipamentos e os medicamentos necessários para os procedimentos de urgência que podem ser feitos na atenção básica, promover a participação da comunidade no planejamento e controle social.

O desafio é grande com muitas limitações estruturais, instrumentais e medicamentos unido ao baixo nível cultural e às má condições socioeconômicas, temos como fortaleza uma equipe que trabalha unida e com desejos de fazer grandes mudanças, as palestras as planejamos para as escolas e outros espaços na comunidade, antes de começar os atendimentos fazemos atividades de promoção e prevenção, temos ACS em todas as comunidades com bons conhecimentos da área e boa preparação no acompanhamento dos diferentes grupos e das suas funções específicas, já o posto tem médico permanente a tempo completo que antigamente só tinha uma vez por semana que junto à enfermeira tem tido melhorando o acompanhamento e atendimento oportuno dos diferentes usuários conseguindo uma elevada resolutividade no posto que pudesse ser melhor com os recursos já falados anteriormente, a equipe tem incrementado as ações de promoção e prevenção que são totalmente novas para a população vamos divagar mais já estamos conseguindo mudar pouco a pouco a mentalidade curativa pela preventiva, outra fortaleza vai ser o serviço de odontologia e de fisioterapia que vai começar com o posto de saúde totalmente reformado todos juntos com o trabalho em equipe vamos conseguir as mudanças que a Atenção Básica de Saúde precisa nestes momentos.

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

Para concluir fazendo o análises da situação da ESP na APS tenho que dizer que naquele momento não tinha a menor idéia de como estava minha USF com este relatório foi muito bom, pois esse exercício serviu para também para que toda a equipe de saúde pudesse conhecer realmente as deficiências e dificuldades, identificar os principais problemas, a equipe na estava organizada, permitiu conhecer a situação de cada ação programática, ajudou em quais trabalhar e dar continuidade e maior atenção, assim como traçar estratégias que vão ser a base para planejar as ações para resolver estes problemas e assim melhorar a qualidade dos atendimentos.

Ao detectar os problemas conseguimos mediar com os gestores de saúde, o problema do transporte para o deslocamento da equipe já foi resolvido, já a unidade de saúde esta completamente reformada oferecendo melhor serviço, a equipe conseguiu organiza-se e lidar melhor com a demanda espontânea e acrescentar a consulta agendada.

Vamos priorizar os temas mais urgentes, além disso, discutir com a comunidade, nos ensinou que a população é fundamental na solução dos próprios problemas. Com este relatório vemos que nossa USF está muito longe do que os protocolos dizem, mais não e impossível só falta trabalhar em equipe e acredito que em pouco tempo os indicadores de saúde vão mudar para bem totalmente.

A equipe agradece o material disponibilizado pela UFPEL, ajudou a estabelecer as atribuições dos membros da equipe, sendo incorporado a nossa pratica cotidiana dando continuidade a todas as ações.

## **2. Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

Hoje no Brasil a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) constituem problema de saúde pública. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, entre 22 a 44% da população brasileira é hipertensa e para a diabetes a prevalência tem aumentando de 5,3% a 5,6% dentre 2006 a 2011 (VIGITEL, 2011). Estas doenças constituem fatores de risco para doenças cardiovasculares e cerebrovasculares as quais estão dentre as principais causas de morte no Brasil. Nesse contexto a Atenção Básica tem um papel importante no cuidado longitudinal a esses usuários, daí a importância de fazer uma intervenção para ampliar a cobertura de atenção deste grupo específico, identificar os fatores de risco, fazer o diagnóstico precoce e melhorar a qualidade de vida nestes usuários.

A Unidade Saúde da Família (USF) Doutor Domingos Costa é rural, funciona com uma equipe composta por sete Agentes Comunitários da Saúde (ACS), um dentista, uma enfermeira, um fisioterapeuta, uma médica, duas técnicas de enfermagem e a recepcionista. A estrutura física da USF é antiga, com um consultório médico e outro de enfermagem, um consultório odontológico, uma sala de fisioterapia, uma sala de procedimentos onde são feitos: curativos, nebulização, vacina onde ficam os prontuários dos usuários, todos juntos no mesmo local. Há também um local para dispensar as medicações dos usuários e a recepção fica na sala de espera. Toda a população atendida na área de abrangência da USF é de 2.382 habitantes, deles 1.101(46.2%) são do sexo feminino e 1.281(53.8%) masculino, distribuídos em 559 famílias que moram em 28 comunidades rurais. Todas estão cadastradas e acompanhadas pela Equipe de Saúde da Família (ESF). A população maior de 20 anos é 1.328 usuários deles 717 homens (54%) e 611 mulheres (46%).

Na USF temos o total de 97 usuários hipertensos (7,3% da população maior de 20 anos) e 24 usuários com diabéticos (1,8% da população maior de 20 anos) para uma cobertura de 20% e 18% respectivamente, de acordo com os dados estimados. Ao falar da qualidade do programa temos a facilidade para fazer o exame clínico a todos os usuários, assim como a avaliação odontológica. O desafio no cuidado a esse

grupo é a realização dos exames complementares segundo o protocolo. Isso ocorre, pois esses exames não são feitos no município. Nesse sentido vamos precisar do apoio dos gestores de saúde para melhorar a oferta desses exames. Em relação aos medicamentos todos os usuários recebem os medicamentos pelo SUS na USF ou na secretaria de saúde, embora não sejam suficientes e muitas vezes o usuário precisa comprá-los nas farmácias privadas, pois no município não temos farmácia popular. Em relação às ações de promoção a saúde, no dia de atendimento deste grupo populacional são realizadas palestras sobre temas de interesse, nas consultas as orientações são personalizadas, dirigidas à alimentação saudável, a prática de exercício físico, evitar o tabagismo dentre outras. Depois da consulta o usuário sai com a próxima consulta agendada, no caso dos faltosos são citados novamente pelos ACS.

A partir da intervenção pretende-se ampliar a cobertura do programa de HAS e DM, sendo esse um dos maiores desafios da equipe. A implementação deste projeto só é possível com o envolvimento de toda a equipe na execução das diferentes ações no período da intervenção. As dificuldades existentes para o desenvolvimento da intervenção são as seguintes: ausência de uma sala de reuniões para trabalhar com este grupo, não realização de exames laboratoriais no município e a existência de apenas um glicosímetro na USF. Temos como ponto positivo uma equipe de saúde completa e comprometida com a comunidade, temos nestes momentos a incorporação da nutricionista para a avaliação dos usuários portadores de HAS e DM, além de que começamos a trabalhar numa unidade totalmente reformada com maior conforto para a população assim como o apoio dos gestores de saúde e da comunidade, a principal protagonista dos resultados que vamos conseguir. Esta intervenção vai servir para melhorar o acompanhamento desta população alvo, ampliar o diagnóstico precoce destas doenças, identificarem as pessoas com maior risco, além da prevenção das complicações e a promoção da qualidade de vida destes usuários.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção dos usuários hipertensos e diabéticos da USF Doutor Domingos Costa, Porto/PI.

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

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

**Meta 1.1:** Cadastrar 50% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Meta 1.2:** Cadastrar 50% dos usuários com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção ao usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes.

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

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

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

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

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

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

**Meta 2.7:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão arterial cadastrados na unidade de saúde

**Meta 2.8:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com diabetes Mellitus.



**Objetivo 3:** Melhorar a adesão dos usuários hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

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

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

**Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações.

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

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

**Objetivo 5:** Mapear usuários com hipertensão e/ou diabetes de risco para doença cardiovascular.

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

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

**Objetivo 6:** Promover a saúde de usuários hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na USF Doutor Domingos Costa, no Município de Porto, estado do Piauí. Participarão da intervenção os 94 usuários hipertensos e os 24 diabéticos além dos casos novos que surgiram durante a intervenção.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura de usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes Mellitus.

Meta 1.1: Cadastrar 50% dos usuários com hipertensão arterial da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 50% dos usuários com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Ações:

#### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Monitorar o número de usuários hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Monitorar o número de usuários diabéticos cadastrados no programa de atenção à hipertensão Arterial e à diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: Vamos monitorar e avaliar o número dos de usuários com HAS e/ou DM cadastrados na intervenção todas as semanas. Conseguiremos monitorar a partir dos registros utilizados, ficha de cadastro, ficha espelho e pela planilha de coleta de dados, semanalmente as técnicas de enfermagem e a recepcionista farão checagem dos usuários do programa, a enfermeira verificara a data da próxima consulta, exame clínico e laboratoriais em dia e informará aos ACS, assim estarão atualizados os usuários avaliados.

#### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

Garantir o registro dos usuários hipertensos cadastrados no Programa. Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanometro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde. Garantir o registro dos usuários com DM cadastrados no Programa. Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes. Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde

Detalhamento: Já combinamos com o secretário de saúde a entrega de mais um glicosímetro, materiais de escritório e esfigmomanometro para os ACS que estavam defeituosos antes do início da intervenção, já na unidade temos fita métrica e balança em ótimas condições, para garantir o atendimento deste grupo vamos acrescentar mais um turno de atendimento, sem afetar ai resto da população e poder lidar com o excesso de demanda espontânea. O acolhimento e feito pela equipe de referência do usuário, na unidade este será realizado pela recepcionista, a técnica de enfermagem ou o ACS que da comunidade a serem avaliada, disponibilizado um dia da semana quinta para visitas domiciliares daqueles usuários que não possam concorrerá unidade de saúde, os dias de atendimentos serão terça e quarta de manhã. No caso de usuário não possa esses dia serão agendado para outro dia pactuado com a equipe, os glicosímetros vai ficar um na unidade e outro a equipe vai levar o dia da visita domiciliar, os esfigmomanômetros estão em todas as consultas e todos os agentes de saúde terão para fazer a busca ativa na população alvo. Para garantir material necessário a médica fala com responsável de mediar com os gestores municipais de saúde

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial e diabetes.

Detalhamento: A equipe tem planejado oferecer estas informações à comunidade, vamos disponibilizar os primeiros 30 minutos antes do início dos expedientes na sala de recepção, além disso, nas visitas as comunidades vamos usar

uma sala de aula da escola para ter o contato com a população, pois a unidade não tem salão de reuniões, cada membro da equipe já está informando de forma individual o início da intervenção, além disso na unidade de saúde será divulgado nos cartazes informativos da UBS, vamos informar sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, a importância do rastreamento para DM em adultos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg e fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Isto será realizado por meio as visitas domiciliares realizadas pelos ACSs, técnica em enfermagem, enfermeira, médico e cartazes na unidade, na igreja e nas consultas individualizadas, além disso vamos aproveitar o espaço de contato com os líderes da comunidade.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar os ACS para o cadastramento de usuários hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde. Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Capacitar os ACS para o cadastramento de usuários com diabetes de toda área de abrangência da unidade de saúde. Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Os ACS serão capacitados para o cadastramento dos usuários com HAS e DM de toda área de abrangência da unidade de saúde, as capacitações aconteceram de quinze em quinze dia nas duas últimas horas do expediente da quarta feira, vamos utilizar os protocolos no ministério da saúde, ano 2013. Os responsáveis pelas capacitações serão a enfermeira e a médica, acontecerá na sala de enfermagem.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a usuários com hipertensão e/ou diabetes.

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

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

Indicador: Proporção de usuários com DM com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e/ou diabetes.

Detalhamento: Serão monitorados nos prontuários clínicos de cada usuário a realização do exame físico apropriado segundo o protocolo nos atendimentos destes usuários pela enfermeira e a médica, e vamos informar os dados no dia da reunião mensal da equipe, além disso faremos a checagem dos registros utilizados para o atendimento e cadastro dos usuários com HAS e DM.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários com HAS e DM. Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais. Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: A equipe vai definir o papel de todos os integrantes da equipe segundo as atribuições que compete em todos os usuários no exame clínico adotado no protocolo começando pelo acolhimento feito pela recepcionista que é técnica em enfermagem ou pelo ACS dos usuários a serem avaliados e faz a tomada de pressão arterial e busca o prontuário do usuário, depois outra técnica de enfermagem vai medir e pesar ao usuário e faz a coleta para a glicemia capilar, depois o usuário vai ser avaliado pela enfermeira ou médico para completar o exame físico incluindo a circunferência abdominal, cálculo do IMC assim como a estratificação de risco e exame bucal.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: A equipe tem planejado oferecer estas informações à comunidade, vamos disponibilizar os primeiros 30 minutos antes do início dos expedientes na sala de recepção, além disso nas visitas às comunidades vamos usar uma sala de aula da escola para ter o contato com a população, pois a unidade não tem salão de reuniões, cada membro da equipe já está informando de forma individual o início da intervenção, além disso na unidade de saúde será divulgado nos cartazes informativos da UBS. Isto será realizado por meio das visitas domiciliares realizadas

pelos ACSs, técnica em enfermagem, enfermeira, médico e cartazes na unidade, na igreja e nas consultas individualizadas, além disso vamos aproveitar o espaço de contato com os líderes da comunidade.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado, particularmente como aferir adequadamente a PA, como verificar os pulsos periféricos, como achar o IMC, razão circunferência abdominal/quadril e cuidado dos pés dos usuários diabéticos, os responsáveis serão a enfermeira e a médica quem farão uma revisão do tema, esta capacitação acontecerá nas últimas duas horas do expediente na primeira semana da intervenção da segunda.

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

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

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

Ações:

### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o número de usuários com HAS e DM com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde. Monitorar o número de usuários com HAS e DM com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Será criado o arquivo que possibilitará o melhor monitoramento dos usuários com HAS e DM com exames ao dia, quantos foram solicitados e quantos estão pendentes dos resultados este arquivo vai ser revisado mensalmente antes da reunião da equipe e serão informados os ACS para a procura destes usuários, a equipe será capacitada previamente ao respeito, será revisado a solicitação de exames de acordo com o protocolo e os exames em dia, em cada prontuário dos usuários.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Garantir a solicitação dos exames complementares. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: A equipe vai fazer a checagem dos prontuários semanalmente pela enfermeira e a médica, para definir quais usuários estão com exames complementares em dia e quais precisam da requisição, depois temos que garantir a solicitação de exames ao 100% dos usuários que precisarem. A médica vai ser responsável de mediar com os gestores de saúde para garantir a realização dos exames destes usuários mediante a disponibilização de transporte pois são realizados em outro município e a marcação de exames o mais pronto possível. Os ACS farão a busca ativa de usuários com exames pendentes nas visitas domiciliares, assim como aqueles que precisarem da solicitação de exames e agendaram o retorno para avaliar os resultados.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a usuários com HAS e/ou DM.

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

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

Ações:

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: A técnica de enfermagem responsável pela entrega dos medicamentos revisará o controle da entrega dos medicamentos para usuários hipertensos e usuários diabéticos da unidade de saúde semanalmente E os ACS revisarão de forma individual nas visitas domiciliares no cartão de controle dos medicamentos do próprio usuário quem recebeu os medicamentos nesse mês e quem não

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Manter um registro das necessidades de medicamentos dos usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde. Garantir com o gestor de saúde o fornecimento dos medicamentos suficientes para todos os usuários diabéticos cadastrados na UBS.

Detalhamento. Vamos realizar o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos de forma mensal, a responsável será a técnica de enfermagem, quem também avaliara a quantidade de medicamentos disponíveis, para fazer o pedido de acordo as necessidades dos usuários, para garantir o fornecimento de medicamentos

foi pactuado com os gestores de saúde cadastrar uma parte dos usuários hipertensos e diabéticos na farmácia popular do município vizinho, pois nosso município carece deste serviço, a equipe garante a receita mensal destes usuários e a secretaria pega os medicamentos nessa farmácia e o usuário o recebem na secretaria de saúde do município.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: A equipe tem planejado oferecer estas informações à comunidade, vamos disponibilizar os primeiros 30 minutos antes do início dos expedientes na sala de recepção, além disso nas visitas as comunidades vamos usar uma sala de aula da escola para ter o contato com a população, pois a unidade não tem salão de reuniões, cada membro da equipe já está informando de forma individual o início da intervenção, além disso na unidade de saúde será divulgado nos cartazes informativos da UBS. Isto será realizado por meio as visitas domiciliares realizadas pelos ACSs, técnica em enfermagem, enfermeira, médico e cartazes na unidade, na igreja e nas consultas individualizadas, além disso vamos aproveitar o espaço de contato com os líderes da comunidade.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: A enfermeira e a médica vão dar a capacitação da equipe neste tema na reunião mensal da equipe, isto aconteceu na própria unidade de saúde na sala de enfermagem .

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a usuários com hipertensão e/ou diabetes.

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



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

Ações:

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar os usuários com HAS e DM que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: A técnica de enfermagem ficará responsável por verificar nos registros se os usuários com HAS e DM estão sendo avaliados quanto a necessidade de atendimento odontológico. Os ACS, em visita, também investigarão essa necessidade. As informações serão repassadas para o médico e dentista para agendamento, se necessário.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários com HAS e/ou DM, disponibilizar um dia da semana para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico sem afetar ao resto da população

Detalhamento: Neste sentido foi combinado com a dentista agendar um turno na semana para o atendimento dos usuários com hipertensão e diabetes que foram avaliados com necessidade de atendimento odontológico, a dentista será responsável de cobrar para os gestores de garantir os materiais necessários para realizar os procedimentos adequados, mensalmente na reunião da equipe vai informar dos usuários avaliados.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos usuários com HAS e/ou DM.

Detalhamento: A equipe tem planejado oferecer estas informações à comunidade, vamos disponibilizar os primeiros 30 minutos antes do início dos expedientes na sala de recepção, além disso nas visitas as comunidades vamos usar uma sala de aula da escola para ter o contato com a população, pois a unidade não tem salão de reuniões, cada membro da equipe já está informando de forma individual o início da intervenção, além disso na unidade de saúde será divulgado nos cartazes informativos da UBS. Isto será realizado por meio as visitas domiciliares realizadas pelos ACSs, técnica em enfermagem, enfermeira, médico e cartazes na unidade, na

igreja e nas consultas individualizadas, além disso vamos aproveitar o espaço de contato com os líderes da comunidade.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários hipertensos.

Detalhamento: A enfermeira e eu vamos realizar uma revisão profunda desses temas, nas primeiras semanas de intervenção, vamos dar a capacitação da equipe toda na última hora ao final do expediente a cada quinze dias, na unidade de saúde, na sala de enfermagem.

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão de usuários com HAS e/ou DM ao programa.

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

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

Ações:

### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: A técnica em enfermagem, por meio de checagem dos registros de atendimentos, prontuário clínico, vão verificar se estão cumprindo o atendimento aos usuários segundo a periodicidade das consultas previstas no protocolo e a data da próxima consulta, isso será feito semanalmente e será informado na reunião da equipe mensalmente.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos. Organizar a agenda para acolher os usuários com HAS e/ou DM provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: A equipe vai fazer visitas todas as quintas-feiras pela manhã vão ter contato com os gestores de saúde para que garanta o transporte para o deslocamento da equipe pois as comunidade ficam afastadas da unidade de saúde, os ACS farão a busca ativa dos faltosos a consulta ou com consulta em atraso, será agendada a quarta feira de manhã para o atendimento deste usuários .

### ENGAJAMENTO PÚBLICO

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Esclarecer aos portadores de diabetes e/ou HAS e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Informar

aos usuários hipertensos e à comunidade o dia de recuperação da consulta.

Detalhamento: A equipe tem planejado oferecer estas informações à comunidade, vamos disponibilizar os primeiros 30 minutos antes do início dos expedientes na sala de recepção, além disso nas visitas as comunidades vamos usar uma sala de aula da escola para ter o contato com a população, pois a unidade não tem salão de reuniões, cada membro da equipe já está informando de forma individual o início da intervenção, além disso na unidade de saúde será divulgado nos cartazes informativos da UBS. Isto será realizado por meio as visitas domiciliares realizadas pelos ACS, técnica em enfermagem, enfermeira, médico e cartazes na unidade, na igreja e nas consultas individualizadas, além disso vamos aproveitar o espaço de contato com os líderes da comunidade.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar os ACS para a orientação de usuários com HAS e DM quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Essa capacitação será feita na primeira semana de intervenção, na última hora ao final do expediente de segunda feira e se Dara continuidade nas capacitações ao longo da intervenção. A enfermeira e eu vamos fazer uma revisão dos temas necessários para realizar as atividades e aulas dirigidas aos demais membros da equipe.

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

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

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

Ações:

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar a qualidade dos registros de usuários com HAS e/ou DM acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: A enfermeira, por meio de checagem dos registros de atendimentos, prontuário clínico e cadastros, vai verificar se estão registrando adequadamente as informações, isso será feito semanalmente e será informado nos contatos da equipe a cada quinze dias.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Manter as informações do SIAB atualizadas. Implantar a ficha de acompanhamento. Pactuar com a equipe o registro das informações. Definir responsável pelo monitoramento dos registros. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: A enfermeira e eu somos seremos os responsáveis por manter as informações do SIAB atualizadas. Implantar a ficha de acompanhamento a médica será a responsável de contatar aos gestores de saúde para que garanta as quantidades suficientes de fichas espelhos que serão utilizadas na intervenção, a técnica de enfermagem será a responsável pelo monitoramento dos registros semanalmente. Para 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 a técnica em enfermagem terá como responsabilidade checar semanalmente os prontuários dos usuários avaliados nessa semana.

### 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.

Detalhamento: A equipe tem planejado brindar diferentes informações relativas ao programa de atenção à hipertensão e à diabetes mellitus, nos espaços disponibilizados ao respeito, eu e a enfermeira conduziremos junto a equipe, nos horários já falados em itens anteriores.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos usuários com HAS e com DM. Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Essa capacitação vai ser feita na primeira semana da intervenção, na última hora ao final do expediente da segunda feira e se dará continuidade nas capacitações que acontecerão ao longo da intervenção. A enfermeira e eu seremos as responsáveis por estas capacitações, acontecerão na própria unidade de saúde.

**Objetivo 5:** Mapear usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes de risco para doença cardiovascular

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

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

Ações:

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o número de usuários com HAS e /ou DM com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: A técnica em enfermagem e a recepcionista, por meio de checagem dos registros de atendimentos, prontuário clínico e cadastros, vão verificar se estão registrando adequadamente as informações, isso será feito semanalmente e será informado nas reuniões da semana para equipe.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Vamos priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco, um turno acrescentado será disponibilizado para o atendimento destes usuários em específico, na quarta feira nos primeiros expedientes desse dia, assim poderemos lidar com o excesso de demanda espontânea e avaliar também nesse dia os casos novos que saírem pela busca ativa e os faltosos a consulta.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Nossa ESF tem planejado oferecer diferentes informações relativas ao programa de atenção à hipertensão e ao diabetes Mellitus, na sala de espera da unidade e na sala de aula da escola nas comunidades eu e a enfermeira conduziremos junto a equipe, disponibilizar os primeiros 30 minutos antes do início dos expedientes na sala de recepção, além disso nas visitas as comunidades vamos usar uma sala de aula da escola para ter o contato com a população, pois a unidade não tem salão de reuniões, cada membro da equipe já está informando de forma individual o início da intervenção, além disso na unidade de saúde será divulgado nos cartazes informativos da UBS

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação. Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Essa capacitação deve ser feita na primeira semana de intervenção, na última hora ao final do expediente da segunda-feira. A enfermeira e eu seremos os responsáveis desta capacitação, na própria UBS.

#### **Objetivo 6:** Promover a saúde de usuários com hipertensão e diabetes

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

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

Ações:

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar a realização de orientação nutricional aos usuários com HAS e/ou DM.

Detalhamento: Eu mesmo ficarei responsável por monitorar todas as semanas a realização dessas orientações.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: Vamos combinar com os gestores de saúde a visita da nutricionista à unidade de saúde pelo menos uma vez ou de 15 em 15, assim de garantir os recursos para a demonstração de alimentação saudável.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Orientar os usuários com HAS e/ou DM e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Nossa ESF tem planejado brindar diferentes informações relativas ao programa de atenção à hipertensão e à diabetes Mellitus, na sala de espera da unidade e na sala de aula da escola nas comunidades eu e a enfermeira conduziremos junto a equipe, disponibilizar os primeiros 30 minutos antes do início dos expedientes na sala de recepção, além disso nas visitas as comunidades vamos usar uma sala de aula da escola para ter o contato com a população, pois a unidade não tem salão de reuniões, cada membro da equipe já está informando de forma individual o início da intervenção, além disso na unidade de saúde será divulgado nos cartazes informativos da UBS

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Essa capacitação deve ser feita na primeira semana e terceira de intervenção, os responsáveis serão a enfermeira e eu, isto aconteceu na própria unidade de saúde.

**Objetivo 6:** Promover a saúde de usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes

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

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

Ações:

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos usuários com HAS e/ou DM.

Detalhamento: Eu mesmo ficarei responsável por monitorar todas as semanas a realização dessas orientações.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: Na unidade de saúde não temos o local apropriado para esta tarefa, faremos contato com os funcionários da escola vizinha para desenvolver esta atividade, além disso teremos contato com os gestores de saúde para estabelecer parcerias com a secretaria de educação para apoiar nosso trabalho com educador físico.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar usuários com HAS e com DM e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Nossa equipe tem planejado oferecer diferentes informações relativas ao programa de atenção à hipertensão e ao diabetes Mellitus, na sala de espera da unidade e na sala de aula da escola nas comunidades eu e a enfermeira conduziremos junto a equipe, disponibilizar os primeiros 30 minutos antes do início dos expedientes na sala de recepção, além disso nas visitas as comunidades vamos usar uma sala de aula da escola para ter o contato com a população, pois a unidade não tem salão de reuniões, cada membro da equipe já está informando de forma individual o início da intervenção, além disso na unidade de saúde será divulgado nos cartazes informativos da UBS

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Essa capacitação deve ser feita na primeira semana de intervenção, se dará continuidade nas subseqüentes capacitações ao longo da intervenção, os responsáveis serão a enfermeira e eu, acontecerá na própria unidade de saúde.



**Objetivo 6:** Promover a saúde de usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes.

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.

Ações:

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos usuários com HÁ e/ou DM.

Detalhamento: Eu ficarei responsável por monitorar todas as semanas a realização dessas orientações.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: Pediremos o apoio da psicóloga do NASF para nos apoiar neste sentido, além disso teremos contato com o gestor municipal para solicitar a compra de medicamentos para o abandono ao tabagismo.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Nossa ESF tem planejado oferecer diferentes informações relativas ao programa de atenção à hipertensão e ao diabetes Mellitus, na sala de espera da unidade e na sala de aula da escola nas comunidades eu e a enfermeira conduziremos junto a equipe, disponibilizar os primeiros 30 minutos antes do início dos expedientes na sala de recepção, além disso nas visitas as comunidades vamos usar uma sala de aula da escola para ter o contato com a população, pois a unidade não tem salão de reuniões, cada membro da equipe já está informando de forma individual o início da intervenção, além disso na unidade de saúde será divulgado nos cartazes informativos da UBS

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde

Detalhamento: Esta capacitação ao longo da intervenção de quinze em quinze dias, a enfermeira e a médica serão os responsáveis desta atividade, na própria unidade de saúde.

**Objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

Ações:

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos usuários com HAS e/ou DM.

Detalhamento: A técnica em saúde bucal será responsável por monitorar todas as semanas a realização dessas orientações.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Será agendada o numero de consulta que permita o tempo adequado por usuário para fazer esta

**ENGAJAMENTO PÚBLICO**

Orientar os usuários com HAS e DM e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento. Nossa ESF tem planejado oferecer diferentes informações relativas ao programa de atenção à hipertensão e ao diabetes Mellitus, na sala de espera da unidade e na sala de aula da escola nas comunidades eu e a enfermeira conduziremos junto a equipe, disponibilizar os primeiros 30 minutos antes do inicio dos expedientes na sala de recepção, além disso nas visitas as comunidades vamos usar uma sala de aula da escola para ter o contato com a população, pois a unidade não tem salão de reuniões, cada membro da equipe já esta informando de forma individual o inicio da intervenção, além disso na unidade de saúde será divulgado nos cartazes informativos da UBS, no dia de atendimento deste grupo o dentista e a técnica em saúde bucal disponibilizarem 30 minutos para informar à população da importância deste atendimento em usuários com hipertensão e diabetes.

## QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Esta capacitação será ao longo da intervenção de quinze em quinze dias, a enfermeira e a médica serão os responsáveis desta atividade, na própria unidade de saúde, teremos o apoio do dentista da equipe para fortalecer a capacitação.

### 2.3.2 Indicadores

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

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

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

Numerador: Número de usuários 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 usuários hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de usuários 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 usuários diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

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

**Meta 2.1:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários

hipertensos.

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

**Indicador 4:** Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

**Indicador 2.8:** Proporção de usuários 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 adesão de usuários hipertensos e/ou diabéticos ao programa HIPERDIA.

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

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

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

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

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

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

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

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

**Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Objetivo 6:** Promover a saúde de usuários hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.



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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### 2.3.3 Logística

Para a execução da intervenção no programa de Atenção à Hipertensão e à Diabetes será usado o Caderno de Atenção Básica de Hipertensão e o Caderno de Atenção Básica de Diabetes, ambos do Ministério de Saúde, 2013. As informações serão registradas na ficha espelho, de usuários hipertensos e diabéticos disponibilizada pelo curso, estas fichas prevêm a coleta de dados como: exame físico, orientação nutricional; orientação sobre atividade física, orientação sobre tabagismo, orientação sobre higiene bucal, estratificação de risco, tratamento médico assim como os exames complementares. Essa sistematização vai facilitar a coleta de dados necessários para o monitoramento dos indicadores da intervenção.

A equipe estima alcançar com a intervenção 181(50%) usuários hipertensos e 45(50%) usuários diabéticos. Vamos negociar com o gestor de saúde do município para disponibilizar de 226 fichas espelhos disponibilizada pelo curso.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os usuários hipertensos e diabéticos que foram avaliados nos últimos três meses. A profissional localizará os prontuários destes usuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso e avaliação da saúde bucal e pela nutricionista.

A equipe vai ser capacitada sobre o manual técnico de hipertensão arterial e diabetes Mellitus, assim serão realizadas as seguintes capacitações:

- Capacitação dos ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde;

- Capacitação da equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e realização de avaliação nutricional por IMC;
- Capacitação da equipe para a realização de exame clínico apropriado, particularmente como medir adequadamente a PA, como tomar os pulsos periféricos, como calcular o IMC, razão circunferência abdominal/quadril e pesquisa de pés diabéticos.
- Capacitação da equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares e alerta sobre possíveis alterações.
- Atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.
- Capacitação da equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos do SUS/Hiperdia e para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos;
- Capacitação dos ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade;
- Capacitação da equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo;
- Capacitação da equipe para a importância do registro desta avaliação;
- Capacitação da equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis;
- Capacitação da equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável;
- Capacitação da equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde
- Capacitação da equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular, tratamento de usuários tabagistas e orientações de higiene bucal

Os responsáveis por essa capacitação serão o médico e a enfermeira, serão disponibilizadas 2h no dia da reunião da equipe e duas horas ao final do expediente na quarta feira duas vezes ao mês, será realizada na própria UBS.

Para viabilizar o acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos será acrescentada mais um turno na semana, um dia será para o acolhimento dos casos já cadastrados e aqueles usuários com consultas em atraso, sendo que os casos agudos terão prioridade nas consultas de pronto atendimento, o outro turno será só para os casos novos, 12 usuários hipertensos e 4 diabéticos semanais e aqueles com problemas agudos, no caso que não possa concorrer nesses dia será pactuado com o usuários o agendamento da consulta na data mais factível para ele.

Para sensibilizar a comunidade a equipe se reunirá com os usuários e representantes da área da abrangência na escola perto da USF e nas comunidades nas terças feiras, dia de visita domiciliar, assim disponibilizaremos uma hora para apresentar o projeto da intervenção e ofereceremos informação sobre a importância deste programa Abordaremos a importância de medir a pressão arterial em todas as pessoas maiores de 18 anos e fazer o rastreamento da diabetes em usuários com pressão arterial mantida de 135/80 para ampliar o cadastro de hipertensos e diabéticos, esclarecer à comunidade sobre os principais fatores de risco e complicações destas doenças, também disponibilizaremos 30 minutos antes de começar os expedientes do dia para esta tarefa, os responsáveis serão a enfermeira, a médica e o ACS de saúde da área atendida.

O monitoramento será feito semanalmente, a enfermeira fará a revisão das fichas espelhos e complementares para conhecer os usuários com atraso nas consultas, avaliação de risco, avaliação odontológica, exames laboratoriais. O agente de saúde fará a procura ativa destes usuários com atraso estima-se um diabético e 3 hipertensos por semana para reprogramar a consulta no dia mais conveniente para o usuário.

Ao final de cada mês as informações da ficha espelho serão colocadas na planilha eletrônica para sua consolidação.

Para garantir material adequado para realização do hemoglicoteste, e para tomada de PA, já foi solicitado na secretaria de saúde mais um glicosímetro para ampliar a cobertura da glicemia capilar, a enfermeira e a médica são responsáveis da checagem dos materiais como fita métrica, balança para adultos e exigir na secretaria a troca ou manutenção deles ou o que precisar nesse momento.

Para garantir solicitação de exames complementares, será acordada com a secretaria a realização dos exames segundo o protocolo aos usuários hipertensos e

diabéticos um dia na semana o responsável vai ser o médico. Para o controle de estoque dos medicamentos a técnica de enfermagem será a responsável por fazer a entrega das medicações na USF que vai supervisionar semanalmente a quantidade de medicamentos disponíveis e de forma mensal os medicamentos há vencer o mês seguinte.

Para garantir a realização das atividades de saúde bucal e a prática de exercícios físicos, a enfermeira e o médico serão os responsáveis de coordenar com a dentista da unidade de saúde e um educador físico da escola da área de abrangência para realizar estas atividades ao longo da intervenção e para que fiquem como rotina de nosso trabalho na unidade.

Para o desenvolvimento da intervenção elaboramos o cronograma com o planejamento das ações a serem realizada ao longo das 12 semanas:





### **3 Relatório da Intervenção**

Após doze semanas da intervenção em que a equipe trabalhou de forma intensa e unida para alcançar as metas propostas, muitos foram os acertos, desacertos, desafios e facilidades. Seguimos com a certeza que, com a intervenção, o trabalho do dia a dia foi aprimorado

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

Dentre as ações previstas foram cumpridas integralmente as capacitações dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de atenção à hipertensão e à diabetes, sobre temas relacionados à intervenção e a qualificação da prática clínica além da capacitação dos ACS para a realização da busca ativa dos usuários hipertensos e diabéticos faltosos a consulta. Todas as capacitações foram realizadas com a participação dos membros da equipe de forma comprometida. A principal dificuldade foi não ter o local adequado para fazer estas capacitações, pois a UBS não tem sala de reunião, estas capacitações aconteceram na sala de enfermagem e na sala de recepção dos usuários ao final dos expedientes. A vantagem destas capacitações foi contar com uma equipe qualificada e treinada para seguir um protocolo único.

Em todas as semanas ocorreram os atendimentos clínicos voltados para o cadastramento dos hipertensos e diabéticos da comunidade. Tivemos o apoio da secretaria de saúde que disponibilizou as fichas espelhos suficientes para completar este trabalho.

Durante a intervenção tivemos três momentos de encontro do grupo de educação em saúde, infelizmente não tivemos a participação que esperávamos, além disso tivemos as condições do local que não eram apropriadas, pois aconteciam nas sala de espera, sendo um espaço compartilhado com usuários que aguardavam outros atendimentos como crianças e gestantes. Foram realizadas nessas atividades educativas exposição dialogada, entrega de folder, vídeos educativas e rodas de conversa. Os temas abordados foram: alimentação saudável, pratica de exercício físico, higiene bucal, risco do tabagismo, nestes encontros tivemos como média de 10 a 12 participantes por encontro.

A equipe teve contato com líderes comunitários para orientar sobre a importância da intervenção voltada à melhoria da atenção aos usuários portadores de hipertensão e diabetes. Pedimos o apoio da comunidade para o cadastro de todos estes usuários, foi informado da existência do programa de hiperdia, a importância de medir a pressão arterial a todo usuário maior de 18 anos, além disso da importância das consultas e a periodicidade, a realização dos exames, nestes contatos foi acrescentado os conhecimentos dos fatores de risco destas doenças. Também foi pactuado o dia de atendimento dos hipertensos e diabéticos, onde foi acrescentado mais uma sessão de atendimento sem afetar ao resto da população Durante as visitas domiciliares na comunidade, também foi pedido a cooperação para os atendimentos deste grupo.

Todas as semanas foram realizadas busca ativa dos usuários hipertensos e diabéticos faltosos a consulta, sendo alcançados graças ao trabalho dos ACS todos dos usuários faltosos e ao final da intervenção não tínhamos nenhum usuário faltoso a consulta. Os usuários que não podiam se deslocar até a unidade foram avaliados nas visitas domiciliares a equipe levou balança portátil, glicosímetro, fita métrica e aparelhos para aferir a pressão arterial.

Realizamos semanalmente o controle de estoque dos medicamentos tendo a dificuldade na disponibilização de medicamentos, pois não eram disponibilizados em quantidade suficientes e alguns deles estiveram em falta o que influenciou no controle da pressão e a glicemia de usuários que não tinham como comprar os medicamentos. Nas últimas três semanas o estoque dos medicamentos melhorou, foram disponibilizados alguns que estiveram em falta por mais de dois meses, agora estão em quantidade suficiente estando só em falta a glibenclamida 5mg. Neste sentido da falta de medicações a equipe teve vários contatos com os gestores para o



fornecimento dos medicamentos, a resposta foi que o presuposto disponibilizado para a compra de medicamentos não era suficiente para a compra de todos os medicamentos necessários, que priorizavam alguns para pessoas especiais e que eram muito caros.

O registro dos cadastramentos realizados foram realizados segundo o planejado e com a qualidade requerida para atualizar o SIAB, mas a dificuldade está na atualização do sistema pois na secretaria de saúde não está funcionando o programa de Hiperdia, assim que o sistema não está sendo alimentado e as informações reais não estão sendo atualizadas para o Ministério da Saúde, acreditamos que isto pode influenciar na disponibilização de medicamentos em quantidade suficientes para todos os usuários.

O atendimento odontológico não pôde ser realizado nas primeiras dez semanas da intervenção, pois tivemos problemas com o compressor e depois a dentista saiu de férias. Após esse período começamos a oferecer este serviço, com avaliação dos usuários da intervenção, segundo a necessidade identificada na avaliação de saúde bucal sem afetar os atendimentos da população. Na última semana infelizmente tivemos nova dificuldade para realização dos procedimentos por falta de materiais, sendo realizadas apenas extrações dentárias.

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

Não conseguimos a avaliação dos usuários e orientação pela nutricionista, já que a a secretaria não disponibilizou o carro para o deslocamento dela ao posto. Sendo que essa solicitação foi realizada aos gestores mais de uma vez, mas ao final da intervenção conseguimos uma resposta positiva e já conseguimos marcar visita da nutricionista uma vez por mês, tivemos dificuldade com o atendimento odontológico, este serviço começou funcionar a ultima semana da intervenção.

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

As dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados foi no início não saber trabalhar com a planilha de coleta de dados, os dados eram inseridos mas não sabíamos como preencher o consolidado nos dados da UBS por mês e assim se davam os erros na somatória dos dados e ao fazer o cálculo dos indicadores pois estavam muito acima do planejado. No transcorrer da intervenção essas dúvidas foram resolvidas

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

Após a intervenção a equipe tem incorporado a maioria das ações à rotina de nosso trabalho. É bom ver que estão todos trabalhando juntos para que o atendimento ao usuário continue sendo de qualidade. Cada profissional tem mantido seu papel – quando o usuário chega para ser atendido já chega com dados do peso, circunferência abdominal medida, pressão arterial aferida e resultado da glicemia capilar. Ainda temos muito o que avançar como ter maior participação da população nas palestras, conseguir a avaliação pela nutricionista, cobrar dos gestores maior apoio no aporte de medicamentos e exames. A equipe agradece à universidade por nos mostrar o caminho correto, a base já está plantada, só seguiremos frente para melhorar e oferecer o serviço integral e com qualidade como merece nossa população.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção desenvolvida durante as doze semanas teve a finalidade de trazer a melhoria da atenção a usuários hipertensos e diabéticos da USF Doutor Domingos Costas. A população atendida na área de abrangência da USF é de 2.382

habitantes, deles 1.101(46.2%) são do sexo feminino e 1.281(53.8%) masculino, distribuídos em 559 famílias que moram em 28 comunidades rurais. Todas as famílias são cadastradas e acompanhadas pela Equipe de Saúde da Família.

Na USF anteriormente ao início da intervenção havia 94 usuários hipertensos (7% da população maior de 20 anos) e 24 diabéticos (1.8% da população maior de 20 anos) para uma cobertura de 20% e 18% respectivamente de acordo com os dados estimados pelo CAP.

Após a intervenção com a busca ativa o rastreamento realizado com foco na população alvo a equipe conseguiu alcançar 202 usuários, desses 197 portadores de HAS e 49 portadores de DM.

### **Objetivo 1 – Ampliar a cobertura de usuários hipertensos e/ou diabéticos**

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

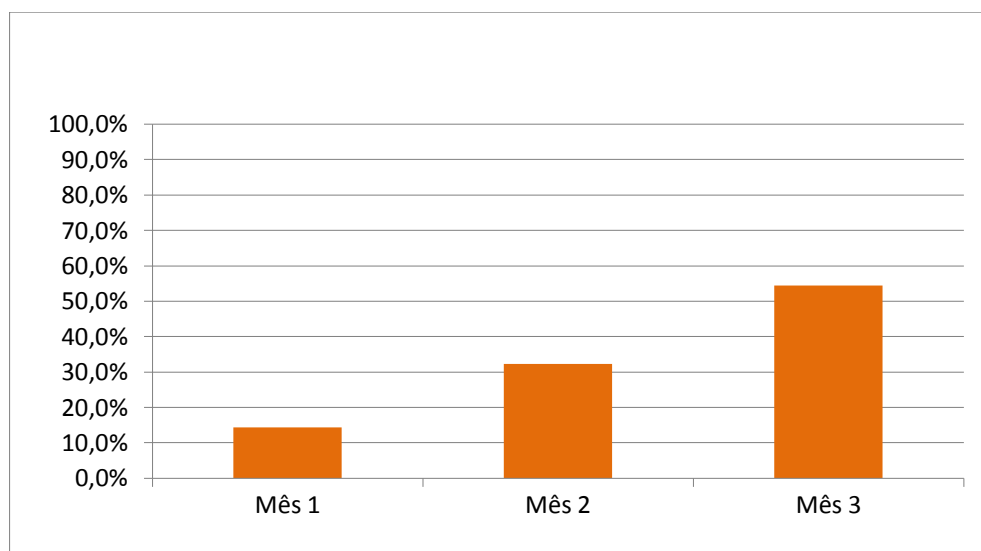


Figura 1 Gráfico: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na ESF Doutor Domingos Costa, Porto/Piauí, 2015.

Fonte: Planilha Coleta de Dados-UFPel

O programa de melhoria de atenção aos usuários com HAS e/ou DM tinha como meta de cobertura alcançar 50%, ou seja, cadastrar 181 usuário com hipertensão arterial. Nas 12 semanas da intervenção a meta alcançada foi de 54,4%. Ao final foram cadastramos e acompanhamos 197 (54,4%) usuários. Como podemos observar no

gráfico, no primeiro mês foram acompanhados 52 (14,4%) usuários com HAS; no segundo mês, foram cadastrados 117 (32,3%) e, ao final do terceiro mês, foram acompanhados 197 (54,4%).

A equipe recebeu o apoio dos gestores na disponibilização das fichas espelhos e de cadastro de todos os usuários, tivemos dificuldade no comparecimento de alguns usuários à Unidade, pois, moravam muito longe da unidade de saúde, algumas eram pessoas idosas ou com alguma deficiência. No começo no primeiro mês conseguimos cadastrar poucos usuários, isto aconteceu pela saída de férias da enfermeira, diante disso a médica precisou lidar com todos os atendimentos da UBS, mas nos meses posteriores foi revertido este valor, graças também ao apoio de toda a equipe e à comunidade quem foi à principal protagonista de nosso trabalho

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

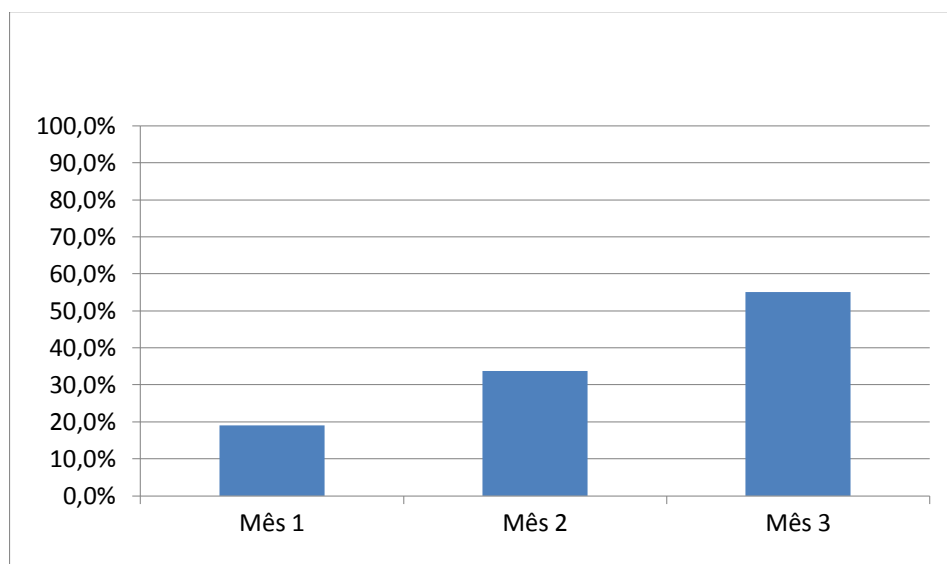


Figura-2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na ESF Dr. Domingos Costa, Porto/PI, 2015.  
Fonte: Planilha Coleta de Dados-UFPel

Ao final da intervenção tínhamos como meta alcançar 45 (50%) usuários com diabetes e assim realizar o cadastramento e acompanhamento na unidade de saúde. Ao final foram cadastrados e acompanhamos 49 (55,1%) usuários. Como podemos observar no gráfico, no primeiro mês foram acompanhados 17 (19,1%) usuários com diabetes; no segundo mês, foram cadastrados 30 (33,7%) e, ao final do terceiro mês, foram acompanhados 49 (55,1%).

Tivemos problemas com o transporte para o deslocamento da equipe à unidade e nas visitas domiciliares nos primeiros dois meses, mas já foi disponibilizado um carro fixo para a equipe que ainda não é suficiente, pois não tem capacidade para o dentista, a técnica de saúde bucal e a nutricionista, contudo é um avanço. A cobertura foi melhorando com o desenvolvimento da intervenção. Vale destacar o trabalho dos ACS na procura dos casos novos e dos já conhecidos ao levá-los até a unidade para serem cadastrados.

## **Objetivo 2: Melhoria da qualidade de atenção ao programa de HAS e Diabetes Mellitus.**

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

Para atingir esta meta teríamos que realizar o exame clínico em dia a 100% dos usuários cadastrados e acompanhados. No primeiro mês o indicador alcançou 100% (52 usuários), no segundo mês 100% (117 usuários), no terceiro mês 100% (197 usuários). Este indicador foi cumprido segundo o planejado.

Este resultado foi cumprido graças à estratégia e ao trabalho da equipe, as diferentes capacitações feitas ao respeito, ao bom acolhimento e à triagem, o usuário era avaliado e encaminhado para a realização do exame físico completo pela enfermeira ou o médico, foi todo o trabalho de toda a equipe, quando o usuário entrava a consulta já estava pesado, medida a circunferência abdominal, pressão arterial medida e glicose capilar feita.

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

Neste indicador conseguimos alcançar a meta de 100% de exame clínico apropriado, no primeiro mês foi alcançada 100% (17 usuários), no segundo mês 100% (30 usuários) e no terceiro mês 100% (49 usuários).

Este resultado foi graças ao apoio da equipe da comunidade e dos usuários em geral, também a secretaria de saúde forneceu mais um glicosímetro para fazer glicemia capilar, além disso nas capacitações foi enfatizado a avaliação dos pulsos periféricos, exames dos pés, sensibilidade e circunferência abdominal.

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

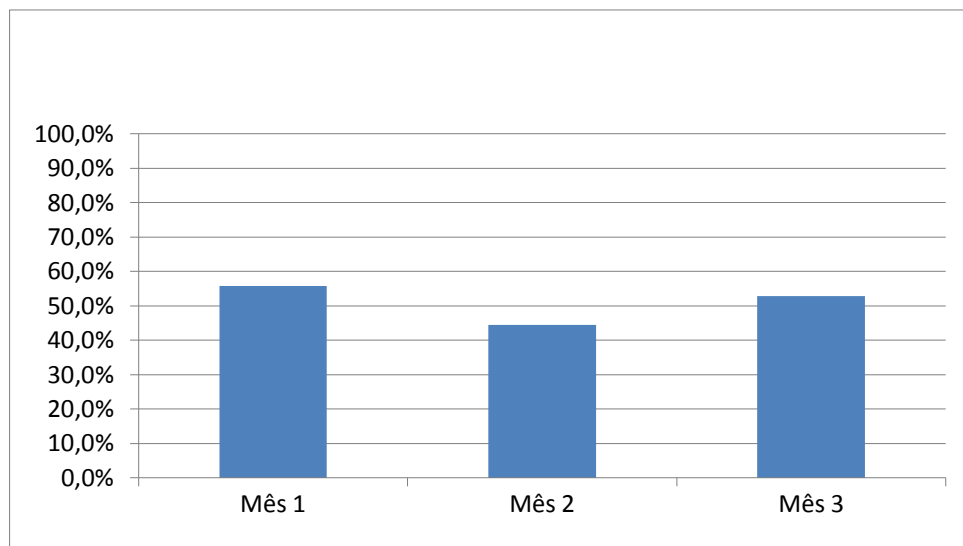


Figura- 3. Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Dr. Domingos Costa, Porto/PI, 2015.

Fonte: Planilha Coleta de Dados-UFPel

Para alcançar esta meta teria que garantir o 100% dos usuários com exames em dia, mas só conseguimos alcançar o 52,8%, no primeiro mês 55,8% (29 usuários), no segundo mês 44,4% (52 usuários) e no terceiro mês 52,8% (104 usuários).

Este indicador teve o resultado negativo por muitas razões, no município só se oferece o serviço de laboratório dois dias na semana no hospital onde são feitos exames de hemograma, urina e fezes, os outros exames são agendados pela secretaria de saúde e são realizados em outro município longe do nosso, os usuários não tem transporte para se deslocar até lá, e população do interior de baixo recursos, às vezes a marcação de exames demoram muito tempo às vezes até 6 meses, agora neste mês no município começou se fazer eletrocardiograma uma vez por semana 10 usuários que antigamente era feito na capital do estado.

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

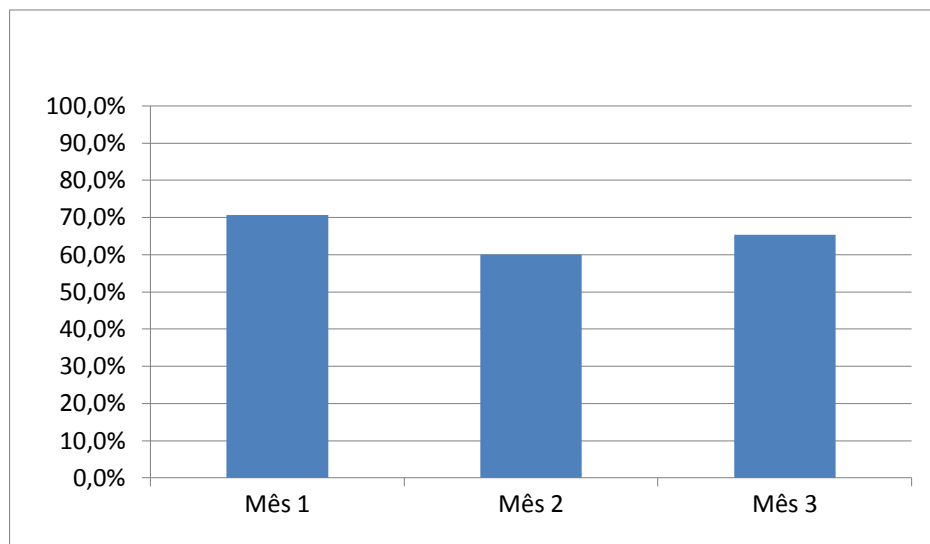


Figura- 4. Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Dr. Domingos Costa, Porto/PI, 2015.

Fonte: Planilha Coleta de Dados-UFPel

Nos exames complementares em dia destes usuários alcançamos o 65,3%, no primeiro mês 70,6% (12 usuários), no segundo mês 60,0% (18 usuários) e no terceiro mês 65,3% (32 usuários).

Como disse anteriormente a situação para a realização dos exames no município, mas a equipe recebeu mais um glicosímetro para o acompanhamento destes usuários, além disso, esta planejada nos próximos meses fazer a glicemia de jejum no hospital, por outra parte a UBS teve a visita duma unidade móvel da Droga Rocha, quem fizeram rastreamento para diabetes na população em parceria coma secretaria de saúde e a equipe.

A equipe teve contatos com a comunidade, nas consultas na unidade em todos os marcos foi aproveitado o espaço para falar da importância da realização dos exames, também foi debatido e solicitado o apoio dos gestores de saúde com resposta positiva neste sentido.

**.Meta.2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos fornecidos pelo SUS na UBS e na secretaria de saúde para 100% dos usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde.**

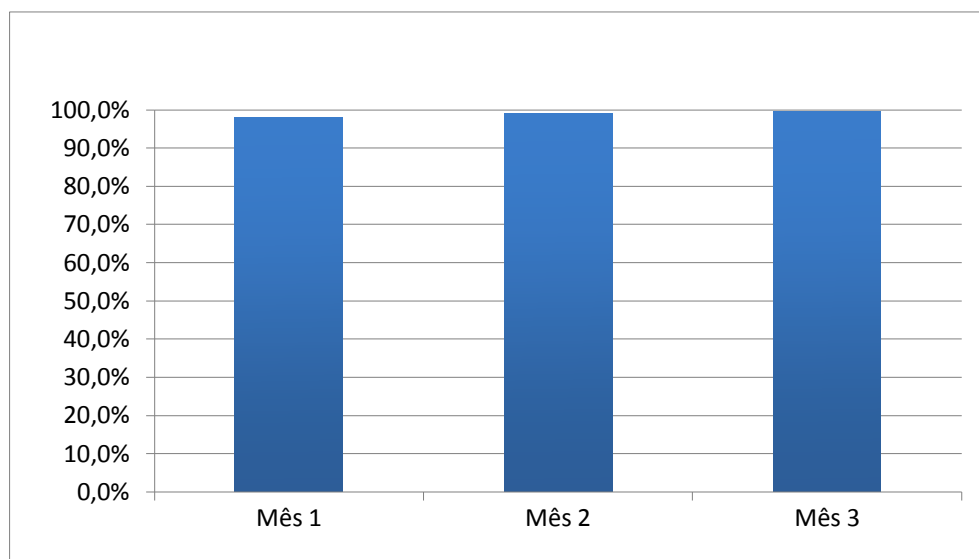


Figura 5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada na ESF Dr. Domingos Costa, Porto/PI, 2015.

Fonte: Planilha Coleta de Dados-UFPEL

Esta meta alcançou o 99,5%, no primeiro mês 98,1% (51 usuários), no segundo mês 99,1% (116 usuários) e no terceiro mês 99,5% (196 usuários).

Este indicador evoluiu satisfatoriamente, foi priorizada a prescrição de medicamentos fornecidos pelo SUS, só temos um usuário que toma medicamento manipulado, nesta meta é importante dizer que no município não temos farmácia popular, os medicamentos são fornecidos pela secretaria de saúde e nas UBS, mas em quantidade insuficientes para todos os usuários além disso nestes três meses estiveram faltosos medicamentos como a losartana e a Hidroclortiazida, a equipe teve que fazer o trabalho forte para que os usuários entenderam a importância de cumprir com o tratamento, pois além da falta dos medicamentos o descontrole da pressão às vezes era por tratamento irregular.

**Meta. 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos fornecidos pelo SUS na secretaria de saúde e na UBS para 100% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde.**

Nesta meta foi alcançada o 100% dos usuários com medicamentos fornecidos pelo SUS, no primeiro mês 100% (17 usuários), no segundo mês 100% (30 usuários) e no terceiro mês 100% (49 usuários).

Aqui o problema é o mesmo da meta acima, o fornecimento de medicamentos como a Glibenclamida (5mg), a Metformina (500mg) foi irregular e muitas vezes estiveram faltosos ou em quantidades insuficientes, este tema foi debatido com os gestores de saúde, mas o pressuposto do município para a compra não é suficiente



para cumprir com a quantidade suficiente. A equipe na UBS tem o registro da quantidade e o tipo de medicamento que usa cada usuário, além disso o estoque é supervisionado com periodicidade mais nunca chega à quantidade certa. .Nestes momentos foi tomada a estratégia pela secretaria em parceria com a equipe e estes usuários foram cadastrados na farmácia do município vizinho para receber mensalmente estes medicamentos.

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

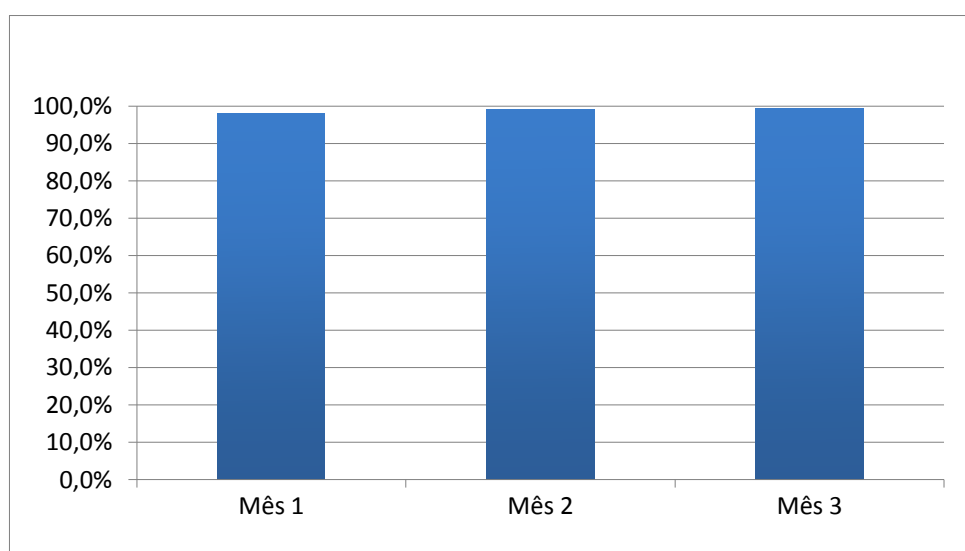


Figura 6. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF Doutor Domingos Costa, Porto/PI, 2015.

Fonte: Planilha Coleta de Dados-UFPel

Neste indicador foi alcançado o 99,5%, no primeiro mês 98,1% (51 usuários), no segundo mês 99,1% (116 usuários) e no terceiro mês 99,5% (196 usuários).

Este indicador evoluiu satisfatoriamente só tivemos pendente uma usuária que não conseguimos fazer a avaliação usuário com problemas mentais que não deixou examinar a boca, a avaliação da necessidade de atendimento odontológico não foi o problema se não o atendimento odontológico o numero de usuário com esta necessidade era elevado e na UBS não estava funcionando por estar quebrado o compressor mais conseguimos no terceiro mês oferecer esse serviço e foram agendadas vagas para estes usuários sem afetar ao resto da população.

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

Em relação à proporção de diabéticos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico foi alcançada a meta de 100%, no primeiro mês 100% (17 usuários), no segundo mês 100% (30 usuários) e no terceiro mês 100% (49 usuários).

Como já disse a UBS não estava oferecendo o serviço odontológico nos dois primeiros meses, no terceiro começou a trabalhar três dias na semana, mais os materiais eram insuficientes, só se estava fazendo extrações dentárias não dava para fazer nada mais com insatisfação da população, é importante apontar que em nossa unidade este serviço tem alta demanda se temos em conta que esteve parado por mais dum ano.

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

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

Para conseguir a melhoria da adesão ao programa a equipe se propôs fazer à busca ativa dos 100% dos usuários faltosos a consulta cifra que foi alcançada nos 100% para estes usuários, no primeiro mês dos 9 faltosos, 100%(9 usuários) foram procurados, no segundo mês 11(100% dos faltosos) e no terceiro mês 13(100% dos usuários).

Neste resultado foi importante a cooperação da comunidade, o trabalho dos ACS, e da recepcionista identificando aqueles usuários que concorreram à UBS por outra causa e que estavam com atraso nas consultas.

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

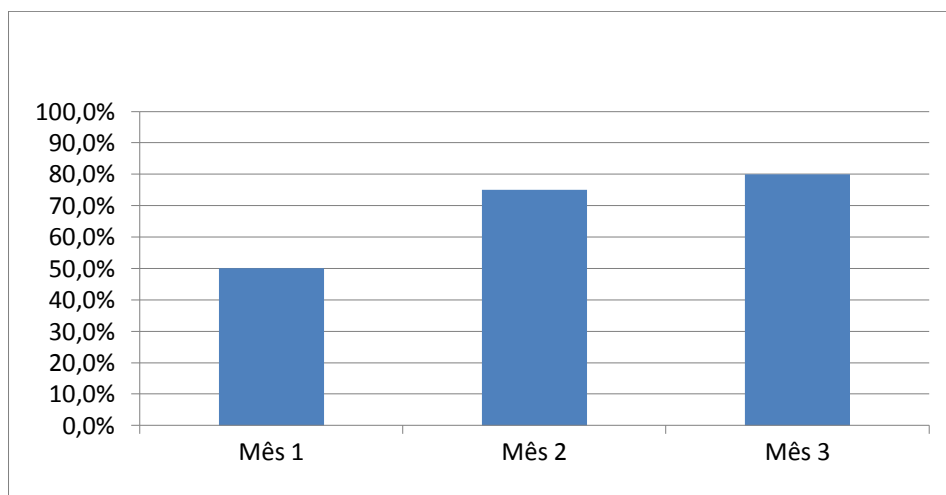


Figura 7. Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na ESF Doutor Domingos Costa, Porto/PI, 2015.

Fonte: Planilha Coleta de Dados-UFPel

Esta meta não foi possível atingir, no primeiro mês de 4 faltosos foi feita a busca de 2 usuários (50%), no segundo mês de 4 foram procurados 3 usuários (75%) e no terceiro de 5 faltosos foram procurados 4(80%).

Este indicador teve resultado negativo, pois alguns usuários moram muito longe da USF, a dificuldade de transporte para se deslocar até a unidade básica e de nossa de ir até o domicílio. Também nesses meses alguns ACS saíram de férias e não foi possível fazer a busca ativa do 100% dos usuários.

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

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

Neste ponto a equipe conseguiu a meta atingida de 100% no registro adequado na ficha de acompanhamento nos três meses da intervenção, no primeiro mês 52 usuários (100%), no segundo mês 117(100%) e no terceiro 197 usuários.

A meta foi atingida graças ao planejamento e ao desenvolvimento das ações de acordo ao projeto e ao cronograma, na reunião com os gestores de saúde antes de começar a intervenção, eles nos forneceram as fichas de acompanhamento, de cadastro e as fichas espelhos suficientes para desenvolver a intervenção, a equipe foi capacitada para garantir a qualidade dos registros, ao final dos atendimentos estas fichas eram novamente supervisionada para avaliar o correto preenchimento.

##### **Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde.**

Esta meta foi atingida de 100% dos usuários com registro adequado nos três meses da intervenção, no primeiro mês 17 usuários (100%), no segundo mês 30 usuário (100%) e no terceiro mês 49(100%).

Este resultado foi obtido como já disse na meta acima graças ao trabalho de toda a equipe e ao bom planejamento das ações assim como as capacitações ao respeito, todo isto influenciou na qualidade dos registros assim como manter atualizado o SIAB.

#### **Objetivo 5. Avaliação de risco cardiovascular.**

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

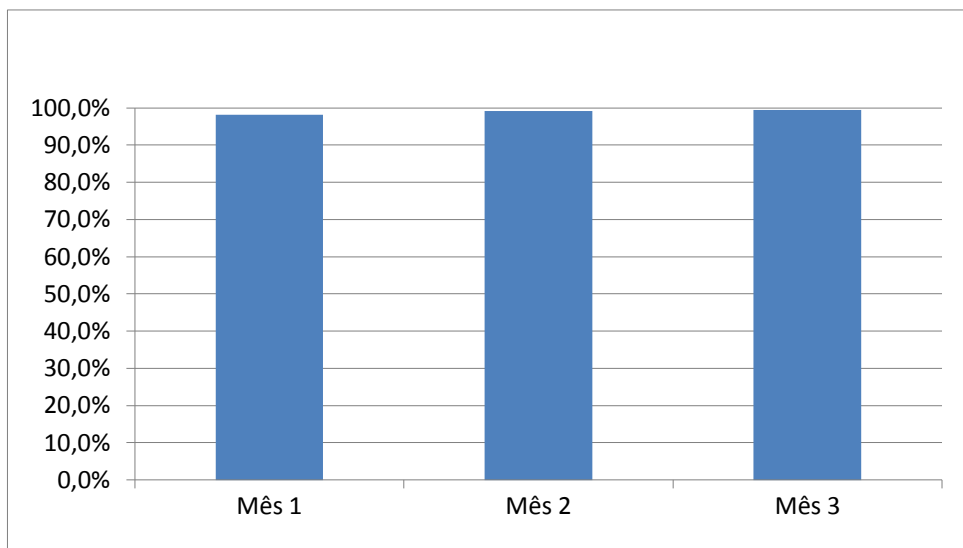


Figura-8. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na ESF Doutor Domingos Costa, Porto/PI, 2015

Fonte: Planilha Coleta de Dados-UFPel

A meta atingida foi de 99,5%, no primeiro mês foi estratificado o risco cardiovascular a 51 usuários (98,1%), no segundo mês 116(99,1%) e no terceiro mês 196 usuários (99,5%).

Esta meta foi evoluindo satisfatoriamente, tivemos problemas na avaliação dum usuário, o dia que a equipe fez a visita esta com uma vizinha que não forneceu dados de interesse e não deu para a equipe voltar, pois mora muito longe da UBS e a estrada esta em má condição, mas na semana passada a equipe conseguiu se deslocar de moto a realizar novamente a visita e realizar a estratificação de risco com todos os dados fornecidos pelos familiares.

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

A meta foi atingida com o 100% da estratificação de risco de todos os usuários diabéticos cadastrados, no primeiro mês 17 usuários (100%), no segundo mês 30 usuários (100%) e no terceiro mês 49 usuários (100%).

Os resultados satisfatórios neste sentido estiveram influenciados pelo trabalho de toda a equipe as diferentes capacitações da estratificação de risco, a importância do registro desta avaliação nos prontuários clínicos para avaliações futuras, além disso a comunidade foi informada da importância no controle dos fatores de risco modificáveis

**.Objetivo.6. Promover a saúde de usuários hipertensos e diabéticos.**

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

Nesta meta foi alcançada o 100%, no primeiro mês 52 usuários (100%), no segundo mês 117 usuários (100%) e no terceiro mês 197 usuários (100%).

Estas orientações foram desenvolvidas no meio da consulta de todos os usuários, informando quais alimentos poderiam comer e quais seriam incorporados à alimentação, neste ponto a equipe trabalho e ainda trabalha na mudança de estilos alimentares que estão muito arraigados na população, nas atividades de grupo com estes usuários desenvolvidos de acordo ao cronograma foi debatido este tema, aqui tivemos a dificuldade à no presença da nutricionista como estava planejado, pois a disponibilização de transporte dela até a unidade de saúde nunca deu certo, neste momento já conseguimos pelo menos a visita uma vez ao mês para realizar atividades e avaliar a estes usuários.

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

Nesta meta a equipe conseguiu o 100% na proporção de diabéticos com orientação de alimentação saudável, no primeiro mês 17 usuários (100%), no segundo mês 30 usuários (100%) e no terceiro mês 49 usuários (100%).

Para conseguir este resultado a equipe trabalhou em todos os marcos possíveis, nas consultas, nas visitas domiciliares, nas atividades de grupo assim como na sala de espera para atendimento de qualquer tipo era aproveitado o espaço para informar da alimentação saudável, a dificuldade foi não ter o local apropriado para desenvolver as atividade de grupo, pois a estrutura da UBS, não esta segundo o protocolo.

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

Esta meta foi cumprida com o 100%, comportando se nos três meses da mesma forma, todos os usuários cadastrados e acompanhados no período da intervenção receberam orientação sobre a importância da pratica de atividade física regular.

Foram aproveitados todos os espaços como já disse em outras orientações, a equipe houvera gostado de contar com o preparador físico mais não deu certo, além disso na UBS não temos o local adequado para esta atividade.

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

A equipe garantiu a orientação de atividade física a todos os usuários com o 100% nesta meta, informando a importância desta atividade, isto evoluiu satisfatoriamente ao longo da intervenção.

Nesta meta a equipe não conseguiu a parceria com a secretaria de educação para fornecer a cooperação dum educador físico para o melhor desenvolvimento desta atividade.

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

A meta foi alcançada com o 100% na proporção de usuários que receberam orientação sobre riscos do tabagismo, comportando se este indicador satisfatoriamente ao longo da intervenção.

Como disse em todos os espaços a nosso alcance foram aproveitados para informar à população, embora não ser o problema, pois é muito pequena a quantidade de usuários com este habito, mas temos o problema, pois não esta sendo fornecidos os medicamentos para o tabagismo.

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

Ao longo da intervenção esta meta foi atingida segundo o planejado com uma proporção de 100% de usuários que receberam orientações dos riscos do tabagismo nos três meses da intervenção.

Os usuários foram orientados dos riscos do tabagismo, foram disponibilizados folder e foi assistido o vídeo sobre este tema.

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

Esta meta foi atingida segundo o planejado com o 100%, comportando se da seguinte forma, no primeiro mês 52usuários(100), no segundo mês 117 usuários (100%).

Esta tema foi muito importante para os usuários pelo desconhecimento ao respeito, para equipe foi o tema prioritário, pois na UBS fazia um ano não se oferecia atendimento odontológico, tivemos vantagem da incorporação do dentista no ultimo mês da intervenção quem desenvolveu uma palestra de higiene bucal.

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

Este indicador também foi alcançado o 100%, no primeiro mês 17 usuários (100%), no segundo mês 30 usuários (100%) e no terceiro mês 49(100%).

Este resultado foi graças ao trabalho de toda a equipe assim como as capacitações desenvolvidas neste tema, além da incorporação do dentista para fortalecer esta atividade.

Nestes últimos indicadores a equipe não só trabalhou com a população alvo, como eu já disse, a equipe ofereceu todas essas orientações quase à toda comunidade, utilizando sempre novas alternativas para poder levar até o maior interessado, que é o usuário hipertenso e/ou diabético os novos conhecimentos sobre os temas de saúde bucal, prática regular de atividade física, alimentação saudável e os riscos do tabagismo.

A equipe conseguiu dar aos 197 hipertensos e aos 49 diabéticos todas estas orientações, durante os três meses que durou a intervenção o que representa os 100% de eles com a capacidade de mudar de agora em diante seus modos e estilos de vidas, pois conhecem a informação certa oferecida pela equipe ao longo da intervenção. Para conseguir essa meta foi preciso realizar a capacitação da equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e sobre metodologias de educação em saúde, capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular, capacitar a equipe sobre os riscos do tabagismo, para o tratamento de usuários tabagistas e para oferecer orientações de higiene bucal.

A equipe utilizou as atividades de grupo de usuários portadores de hipertensão e diabetes para levar estas orientações de um jeito diferente e mais fácil de compreender para os usuários foi e assim desenvolver os temas sobre a importância da alimentação saudável, a prática de atividade física regular, a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, e a importância da higiene bucal.

## 4.2 Discussão

A intervenção, na USF Doutor Domingos Costa, propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos. Ao final da intervenção cadastramos 197 (54,4%) usuários portadores de HAS e 49 (55,1%) usuários portadores de DM.

Com a intervenção tivemos melhoria dos indicadores tais como: melhorar a qualidade de atenção, melhoria da qualidade dos registros e com isso atualização dos dados, foram mapeados os usuários com risco cardiovascular, foi feito o exame clínico a todos os usuários acompanhados com ênfases no exame dos pés dos diabéticos. Além disso, realizamos atividades educativas de promoção a alimentação saudável, riscos do tabagismo, prática de atividade física e higiene bucal.

A equipe priorizou a prescrição de medicamento da farmácia popular a este grupo de usuários, foi realizada a avaliação de risco cardiovascular a todos os usuários acompanhados. A proporção de usuários com exames em dia foi melhorada, haviam muitos com exames em atraso.

Com a intervenção a equipe precisou se organizar e adotar um protocolo para organizar a atenção aos portadores de HAS e DM, além disso, aconteceram diferentes capacitações para toda a equipe para garantir o sucesso da intervenção. Essas ações demandaram um trabalho em conjunto entre a médica, enfermeira, técnica de enfermagem, recepcionista, fisioterapeuta e todos os ACS. Todos os membros da equipe se atualizaram nos cuidados a esses usuários, além de ser estabelecido o papel de cada membro da equipe, para que trabalhássemos de forma integrada desde o acolhimento até os atendimentos e as visitas domiciliares. A intervenção contribuiu para que a equipe revisse as atribuições de cada profissional no acompanhamento dos hipertensos e diabéticos.

Para o desenvolvimento da intervenção a equipe teve que enfrentar muitos problemas, que em sua maioria foram resolvidos, este trabalho ajudou a melhorar a preparação da equipe, fez a equipe mais unida fomentou o trabalho em equipe com a participação da comunidade, permitiu interagir com os gestores saúde, que nos apoiaram com os materiais como: fita métrica, esfigmomanômetro, glicosímetro, além de disponibilizar as fichas de acompanhamento, fichas espelhos suficientes para a intervenção, a equipe toda com as diferentes capacitações ao longo da intervenção para garantir a qualidade da intervenção, alguns indicadores não foram cumpridos



mais esta intervenção serviu para incorporar o trabalho na rotina do serviço assim com sentar as bases para desenvolver futuras intervenções em outras ações programáticas.

O trabalho agora é que começa, a equipe está comprometida a conseguir grandes coisas, nossa comunidade merece o atendimento integral e com qualidade, a equipe saiu mais e melhor preparada

A intervenção influenciou positivamente nas atividades da equipe que incorporou as ações à rotina do serviço. Passamos a aferir a pressão arterial em todos os usuários maiores de 18 anos, tanto dos que buscavam a unidade, como nas visitas domiciliares dos ACS. Atualmente o usuário hipertenso ou diabético que chega a unidade é pesado, medida a pressão arterial, medida a circunferência abdominal e feito a glicemia capilar, ainda no acolhimento. Os ACS ampliaram seu campo de ação dando continuidade às ações de promoção a saúde desenvolvida na intervenção e fazendo a busca ativa na população alvo.

Com neste trabalho a equipe também pôde contar com o apoio da comunidade através dos contatos com os líderes comunitários, o que contribuiu para um melhor planejamento e desenvolvimento da intervenção.

Com a intervenção o serviço passou a funcionar de forma mais organizada. Anteriormente a intervenção o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos era centrado na enfermeira, o médico somente avaliava os casos de usuários descompensados ou que eram encaminhados pela demanda espontânea. Não existia demanda programada e não havia uma sistematização da atenção integral que deveria ser ofertada. A intervenção contribuiu na reorganização do serviço, melhorando em todos os sentidos a qualidade dos atendimentos e organização do fluxo desses usuários no serviço. Também contribuiu a melhorar a qualidade dos registros, pois os existentes estavam desatualizados há dois anos. Atualmente há registro e estratificação do risco cardiovascular de hipertensos e diabéticos, o que tem contribuído para priorizar os atendimentos deste grupo sem afetar os atendimentos ao restante da população.

Para a comunidade ainda é difícil entender a prioridade para os atendimentos deste grupo, pois antigamente na unidade só era oferecido atendimento a demanda espontânea, agora com a reorganização do serviço e organização da demanda programada tivemos uma mudança importante. Embora a comunidade tenha sido

informada da existência da intervenção, a importância do apoio dos mesmos ainda tem esse desafio. Os usuários hipertensos e diabéticos receberam muito bem a intervenção e estão satisfeitos com os atendimentos, que hoje tem boa qualidade, sendo que os usuários já sabem da importância do acompanhamento da importância de comparecerem ao serviço.

Ainda falta ampliar a cobertura, fica uma grande quantidade de usuários a serem avaliados, mas com a cooperação da própria comunidade a equipe vai alcançar a meta. A comunidade ganhou em conhecimentos nas diferentes atividades de educação em saúde desenvolvidas pela equipe, acrescentou o conhecimento da importância de medir a pressão arterial, dos principais fatores de risco modificáveis, a importância de levar estilos de vida saudáveis.

Alem de tudo isto a intervenção criou uma ponte entre a equipe e a comunidade, abriu as portas para a conversa e forneceu à população de ferramenta para resolver seus próprios problemas e ser responsáveis de forma consciente do cuidado da saúde, permitiu a unidade da equipe e a comunidade para planejar as ações de saúde a ser desenvolvidas na área de abrangência

Agora o desafio é manter essa nova rotina de trabalho no nosso contexto e também espalhar a nossa experiência vivida durante três meses de trabalho consagrado e comprometido pela saúde não somente dos usuários portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, senão pela saúde e bem estar da comunidade inteira, provocando mudanças nos modos e estilos de vidas pouco saudáveis na população, para no futuro diminuir a morbimortalidade por estas doenças crônicas.

Se hoje pudesse fazer algo diferente em primeiro lugar acredito que o tempo da intervenção não teria que ter diminuído, a equipe já tinha tudo planejado para as 16 semanas, a quantidades de usuários a serem avaliados semanalmente, as visitas a ser feitas dos casos já conhecidos que não tinha condições de comparecer até a unidade de saúde. Isso influenciou negativamente em alguns indicadores como a cobertura que não foi atingida, a equipe precisava de maior tempo de capacitações estas houberam começado antes do começo da intervenção.

Pediria apoio na escola vizinha para facilitar uma sala de aula para o desenvolvimento das atividades do grupo, houvesse pactuado com a secretaria de educação ajuda dum preparador físico que apoiará na pratica das atividades físicas.

Nestes momentos a equipe está unida e com trabalho articulado, ganhando em experiência e incorporado o aprendido à rotina do serviço, trabalhando nos erros e melhorando a qualidade do trabalho.

A intervenção já está incorporada à rotina do serviço, a equipe vai continuar na educação da população conscientizando na importância da prioridade dos atendimentos dos usuários hipertensos e diabéticos, as capacitações dos membros da equipe vão continuar desenvolvidas todos os meses no marco da reunião da equipe, respeito à planilha de coleta de dados acho que está bastante completa, permitiu a coleta de dados com qualidade além que ajudou ao melhor acompanhamento deste usuários.

Os próximos passos são continuar implementando as ações para acrescentar a cobertura para alcançar o 100% de cobertura, manter a busca ativa na população alvo, trabalhar nos indicadores que não foram atingidos em particular os exames complementares, além de continuar a educação da população, manter o contato com os gestores de saúde e trabalhar unido com a comunidade.

A equipe ficou muito entusiasmada com esta intervenção, e deixou a vontade de implementar outro programa baseado nas experiências aprendidas nesta intervenção.

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

Caro gestor (a):

Durante 12 semanas nos meses abril, maio e junho foi realizada uma intervenção na UBS Doutor Domingos Costa situada na localidade da Titaras com foco na qualificação da atenção aos hipertensos e diabéticos da comunidade. A intervenção é parte do Curso de Especialização em Saúde da Família promovido pela Universidade Federal de Pelotas em parceria com a UNASUS voltado aos profissionais participantes do Programa Mais Médicos do Brasil. Durante o curso cada estudante necessita escolher uma área para a intervenção e melhoria da saúde da comunidade; segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia dentre o 22 a 44% da população brasileira é hipertensa e para a diabetes a prevalência tem aumentando de 5.3% a 5.6% dentre 2006 a 2011. Estas doenças constituem fatores de risco para doenças cardiovasculares e cerebrovasculares as quais estão dentre as principais causas de morte no Brasil, na unidade de saúde só tínhamos 94 hipertensos (7% da população maior de 20 anos) e 24 diabéticos (1.8% da população maior de 20 anos) para uma cobertura de 20% e 18% respectivamente de acordo com os dados estimados, daí a escolha da equipe para intervir nesta população alvo.

Com a intervenção a equipe conseguiu bons resultados, embora alguns não foram atingidos segundo o planejado mais acredito que este trabalho influencia positivamente em toda a equipe além disso em toda a comunidade que perceberam o atendimento individualizado e diferenciado para este grupo específico, pela primeira vez a comunidade foi partícipe na solução dos próprios problemas de saúde permitindo estabelecer o engajamento público, foi o trabalho unido comunidade equipe de saúde, onde a população participou de forma ativa em todas as atividades desenvolvidas.

Ao final da intervenção conseguimos ampliar a cobertura do programa de 197 usuários hipertensos ( 54,4% de cobertura) e 49 diabéticos ( 55,1% de cobertura no programa de atenção aos hipertensos e diabéticos, o serviço foi reorganizado, com melhoria na qualidade dos atendimentos com maior satisfação da população pelo serviço oferecido; esta intervenção além de ter alguns problemas que foram resolvidos no longo da intervenção ajudou à melhor organização da equipe a estabelecer as atribuições de cada profissional para funcionar como uns todos sincronizados além disso a equipe com todas as capacitações desenvolvidas acrescentou o nível de conhecimento que ajudou a programar o protocolo de atenção de hipertensos e diabéticos em nossa unidade de saúde.

Foram muitas as atividades desenvolvidas pela equipe que permitiram cadastrar e acompanhar a 197 usuários com hipertensão e 49 usuários com diabetes, foi realizada a busca ativa, foi realizado o exame clínico ao 100%(197 HAS e 49 Diabéticos) dos usuários avaliados, os usuários com exames complementares em dia foram 52,8% (104 usuários) hipertensos e 65,3% (32 usuários) diabéticos ,foi melhorada a qualidade dos registros os quais foram atualizados de forma continuada, foi realizada avaliação de risco cardiovascular a todos os usuários, foram oferecidas ações de promoção em saúde ao 100% dos usuários além disso melhorou o acolhimento deste grupo. Por outra parte a facilitou o contato com os líderes da comunidade incorporando à população as ações desenvolvidas se incorporando aos grupos específicos, nas atividades de educação em saúde realizadas no marco da intervenção.

Com este trabalho conseguimos estabelecer os agendamentos nas consultas se temos em conta que antigamente somente se oferecia atendimento à demanda espontânea, ajudou a mudar o pensamento curativo pelo preventivo,

Muitas foram às dificuldades durante a intervenção, como o transporte que dificultou o deslocamento da equipe até pessoas que moravam muito longe ou tinham alguma deficiência para concorrer à UBS, apoio logístico com insumos ajudariam a exemplificar melhor a alimentação saudável, a higiene bucal, a prática de atividades físicas etc. Além disso, precisamos de um lugar com condições adequadas para o desenvolvimento das atividades com grupos específicos com qualidade e de forma diferenciada.

A equipe está precisando maior apoio dos gestores para atingir a meta de cadastrar o 100% destes usuários, além disso, com a atualização dos registros seria necessário disponibilizar os medicamentos suficientes para todos os usuários, poderia se usar a medicina alternativa comprando medicamentos fitoterápicos diminuindo os custos pela compra de outros convencionais; também seria bom estabelecer parcerias com a secretaria de saúde para disponibilizar em preparador físico para desenvolver atividade junto à equipe de saúde e este grupo específico.

Pedimos o apoio de vocês gestores de saúde para viabilizar a realização dos exames dos usuários hipertensos e diabéticos de acordo com o protocolo, acho que com o trabalho unido e planejado poderíamos conseguir que o 100% dos usuários estejam com exames em dia, agradecemos o apoio oferecido ao disponibilizar as fichas espelhos suficiente para o desenvolvimento da intervenção, assim pôr o esforço ao ajeitar a sala do dentista para oferecer este serviço.

Este trabalho serviu para o trabalho em conjunto gestores, equipe e comunidade, sentou as bases para o desenvolvimento de futuras intervenções em outras ações programáticas como atenção ao pré-natal, à criança dentre outros, esperamos contar com o apoio dos senhores acredito que todos unidos os resultados serão melhores, novamente graças por tudo.

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

Durante o período abril, maio e junho de 2015 a equipe da USF Doutor Domingos Costa realizou uma intervenção para melhorar o atendimento aos hipertensos e diabéticos. Esse trabalho faz parte do Programa Mais Medico para o Brasil. Decidimos fazer o trabalho para melhorar o cuidado aos usuários hipertensos e diabéticos, pois atualmente estas doenças constituem fatores de risco para o desenvolvimento de doenças do coração, dos rins e do cérebro (como o AVC) as quais estão dentre as principais causas de morte no Brasil. Em nossa unidade temos usuários portadores destas doenças que ainda não estão registrados. A equipe trabalhou no objetivo principal de melhorar a atenção à saúde dos usuários portadores de HAS e/ou DM da área de abrangência da unidade, para isso a equipe teve primeiro que estudar as principais dificuldades, vantagens, materiais e apoio de vocês. No começo a equipe não estava organizada, então tivemos que reorganizar tudo para garantir o atendimento com qualidade, para atingir este objetivo foi preciso cadastrar e acompanhar os usuários hipertensos e diabéticos e que propicio uma ampliação da cobertura foi realizado o exame clínico a todos os usuários avaliados, priorizados os medicamentos fornecidos pelo SUS sendo beneficiado um grupo de usuários mediante o cadastro na farmácia popular de Matias Olimpio o que contribuiu para o cumprimento do tratamento.

Com a intervenção conseguimos atender 197 usuários portadores de HAS e 49 usuários DM com qualidade e de forma organizada. Todos receberam avaliação médica completa, os que não tinham feito exames de laboratório receberam a solicitação, verificamos os riscos de doenças do coração e a importância do acompanhamento mais próximo aos que tinham mais risco. os agentes comunitários fizeram visita domiciliar aos que faltaram as consultas e os usuários deficientes

receberam o atendimento domiciliar diferenciado pela equipe, além disso foram fornecidas ferramentas para o cuidado em saúde mediante a promoção da importância da prática de atividade física, alimentação saudável, saúde bucal e risco do tabagismo, Conseguimos avaliação regular nas consultas assim como agendando consultas programadas, os tratamentos oferecidos foram priorizados os disponibilizados pelo SUS de igual de maneira para todos.

Com a intervenção a comunidade viu muitas mudanças, foi participe da intervenção sem seu apoio a equipe não teria conseguido os resultados obtidos, sua participação nas atividades programas pela equipe, sua compressão na reorganização do serviço, dos atendimentos ajudou a estabelecer o engajamento público, onde vocês foram os protagonistas na solução de seus próprios problemas e hoje é um logro o trabalho da equipe junto a vocês.

Além das dificuldades encontradas ao longo da intervenção a equipe agradece a participação de vocês nas diferentes atividades desenvolvidas pela equipe de as relacionadas com grupos específicos, embora não conter com o local adequado foram realizadas com sucesso, os contatos com líderes comunitários foi uma coisa nova para vocês nunca antes tinham participado para desenvolver ações junto com os profissionais da saúde, a participação nas ações de promoção em saúde oferecidas.

Com a intervenção, a comunidade adquiriu e melhorou os conhecimentos para viver com melhor qualidade de vida, tomou consciência da importância do cuidado da saúde, das medidas de prevenção e promoção.

A equipe está satisfeita com seu apoio, sem sua ajuda não teríamos conseguido estes resultados, nós contamos com seu apoio para continuar melhorando a qualidade dos atendimentos dos usuários com hipertensão e diabetes e para no futuro desenvolver ações em outros programas como pré-natal, saúde da criança ou atenção ao idoso colo de útero e mama.

Desde estes momentos a intervenção será incorporada à rotina do serviço, a equipe vai acrescentar as atividades de promoção de saúde serão desenvolvidas na própria UBS.



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

Inicialmente as expectativas eram muitas, o medo do desconhecido por cursar uma especialização a distância, tinha muitas dificuldades para acessar a internet, as vezes achava que as coisas não dariam certo, mas graças ao trabalho da equipe conseguimos pular os problemas e as dificuldades e seguir em frente.

Com este trabalho pude ampliar meus conhecimentos a respeito do tratamento da hipertensão e diabetes, ajudou a equipe a implementar o protocolo de atenção de hipertensos e diabéticos que não estava funcionando de forma correta, aumento a preparação de todos os membros da equipe, estabelecendo o papel de cada um na UBS, me ajudou a o melhor relacionamento com meus colegas de trabalho, me ajudou a melhorar meu português.

O curso desenvolvido pela UFPEL, esteve muito bem organizado, foi uma forma nova de aprendizagem que influenciou positivamente em meu desempenho na atenção básica aqui no Brasil, me permitiu conhecer a realidade de minha UBS, conhecendo os principais problemas nos quais a equipe tinha que trabalhar para melhorar a saúde da população, traçar estratégias, capacitar a toda a equipe, incorporar à população na solução dos próprios problemas de saúde, trabalhar em parceria com os gestores de saúde, melhorando a interação deles com a equipe, pôr em conhecimento os principais problemas de saúde da comunidade e traçar estratégias juntos isto influiu positivamente na mudança dos conceitos da atenção básica, demonstrou se o papel como porta de entrada do SUS

Agradeço à UFPEL por me tornar uma melhor doutora da atenção básica, por me melhorar como pessoa, por me dar a oportunidade de obter novas experiências em especial a minha orientadora que teve a paciência de me acompanhar ao longo do curso sem a qual hoje não seria possível obter estes resultados.

## Referências

BRASIL.Hipertensão Arterial. Arq. bras.cardiol., São Paulo, v.89, n.3, p.e24-e79, set.2007.

Ministério de Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 36.Estratégia para o cuidado da pessoa com Doença Crônica.Diabetes Mellitus. Brasília-DF. 2013

BRASIL. BRASIL.Ministério de Saúde. Caderno de Atenção Básica, nº 28. Acolhimento à Demanda Espontânea.vol. II,1ªedição. Brasília-DF. 2013.

Ministério de Saúde. Caderno de Atenção Básica, nº 37.Estratégia para o cuidado da pessoa com Doença Crônica, Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília-DF. 2013.

BRASIL.Ministério de Saúde. Caderno de Atenção Básica, nº19. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 1ª edição. Brasília-DF. 2013.

BRASIL.Ministério de Saúde. Caderno de Atenção Básica, nº29. Rastreamento, vol. II, 1ª edição. Brasília-DF. 2013.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro, RJ, 2010.

SOCIDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq. bras.cardiol., São Paulo, v.89, n.3, p.e24-e79, set.2007.

## **Apêndices**

## Apêndice A – Imagens da Intervenção



Figura 9.Usuários aguardando a coleta de sangue e recebendo orientações de Diabetes, ESF Doutor Domingos Costa, Porto/Piauí, 2015.

Fonte: Arquivo próprio



Figura 10. ESF Doutor Domingos Costa, cidade de Porto, inauguração da reforma da Unidade. ESF Doutor Domingos Costa, Porto/Piauí, 2015.

Fonte: Arquivo próprio



Figura 11. Presença do Prefeito da cidade, gestores de saúde líderes comunitários e a equipe de saúde, ESF Doutor Domingos Costa, Porto/Piauí, 2015.

Fonte: Arquivo próprio



Figura 11. Reunião das equipes do município com os gestores de Saúde, ESF Doutor Domingos Costa, Porto/Piauí, 2015.

Fonte: Arquivo próprio



Figura 13. A enfermeira, a técnica de enfermagem e a médica na palestra com grupo de hipertensos e diabéticos, ESF Doutor Domingos Costa, Porto/Piauí, 2015.

Fonte: Arquivo próprio





Figura 14. A ACS com os usuários hipertensos e diabéticos de sua comunidade, ESF Doutor Domingos Costa, Porto/Piauí, 2015.

Fonte: Arquivo próprio



Figura 15. Visita da equipe a usuários hipertensos e diabéticos deficientes, ESF Doutor Domingos Costa, Porto/Piauí, 2015.

Fonte: Arquivo próprio



Figura 16. A enfermeira, o ACS e a usuária na visita domiciliar, ESF Doutor Domingos Costa, Porto/Piauí, 2015.

Fonte: Arquivo próprio.



## **Anexos**

## Anexo A - Documento do comitê de ética



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

---

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

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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

## Anexo B - Planilha de coleta de dados

Área de Transf... Fonte Alinhamento Número Estilo Células Edição

D12 21

HIPERTENSOS				
	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção	44	86	147	

→

OBSERVAÇÕES	
Considere as pessoas que são <b>APENAS HIPERTENSOS</b> residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao hipertenso. Você pode obter este dado contanto as fichas de hipertensos / fichas esofelho /	

DIABÉTICOS				
	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada	11	21	35	

→

Considere as pessoas que são **APENAS DIABÉTICOS** residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao diabético.

\*Estimativa no território

População total	2600
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da população total)	1742
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (22,7%) (VIGITEL, 2011)	395
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICOS (5,6%) (VIGITEL, 2011)	98

→ Digite a **população total** nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.

→ Este seria o número total estimado de **hipertensos** com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional,  **você deve digitá-lo na célula C5.**

→ Este seria o número total estimado de **diabéticos** com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional,  **você deve digitá-lo na célula C6.**

Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

Planilha Katiel Final\_23\_06 (1) [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

Índice Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição

Calibri 18

Quebrar Texto Automaticamente

Formatoção Condicional Formatar como Tabela Estilos de Célula

Inserir Excluir Formatar

Preencher

Limpar

Classificar e Filtrar Selecionar Edição

B1 INDICADORES

INDICADORES

	Mês 1	Mês 2	Mês 3
<b>1.1 Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde</b>	11,1%	21,8%	37,2%
Numerador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS	44	86	147
Denominador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de	395	395	395

	Mês 1	Mês 2	Mês 3
<b>1.2 Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde</b>	11,2%	21,4%	35,7%
Numerador: Número total de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS	11	21	35
Denominador: Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de	98	98	98

	Mês 1	Mês 2	Mês 3
<b>2.1 Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o</b>	77,3%	88,4%	93,2%
Numerador: Número de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo	34	76	137
Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS	44	86	147

	Mês 1	Mês 2	Mês 3
<b>2.2 Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o</b>	81,8%	90,5%	94,3%
Numerador: Número de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo	9	19	32
Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS	11	21	35

	Mês 1	Mês 2	Mês 3
<b>Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo</b>	75,0%	87,2%	92,5%

Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

	Mês 1	Mês 2	Mês 3
<b>Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo</b>	81,8%	90,5%	94,3%

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

Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores



## Anexo D: Folder distribuídos na intervenção



Figura 17-Folder com informações HAS distribuídos pela secretaria de saúde à população ESF Doutor Domingos Costa, Porto/PI, 2015. Fonte Arquivo Próprio.

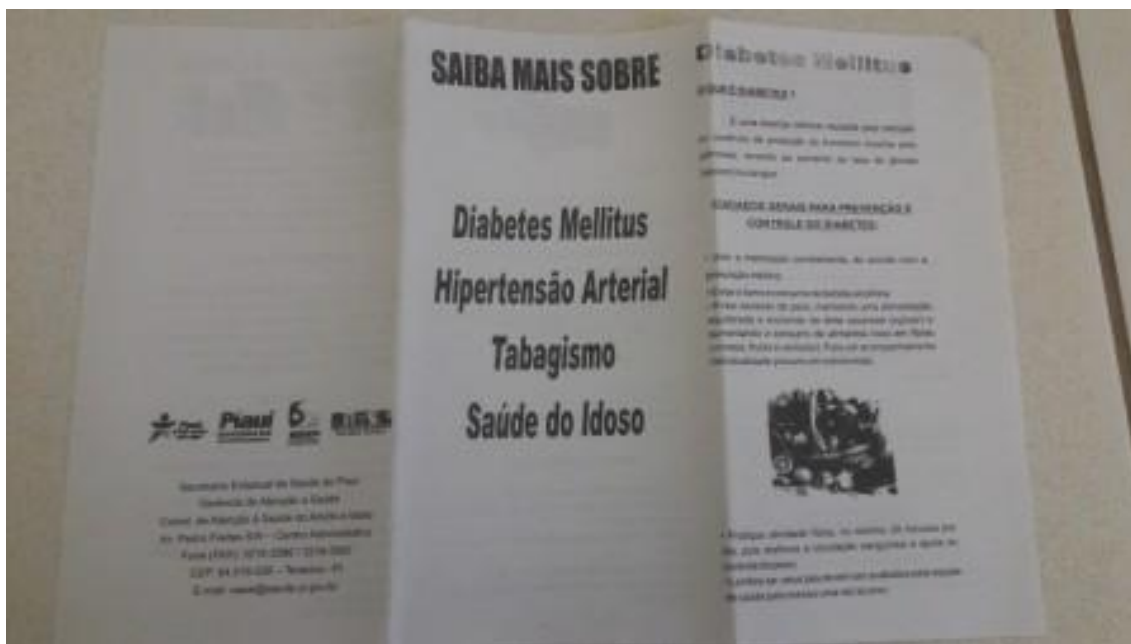


Figura 18-Folder com informações HAS e DM distribuídos pela secretaria de saúde à população ESF Doutor Domingos Costa,Porto/PI,2015.Fonte: Arquivo Próprio.

## Anexo E

### - 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 à 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