

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes Mellitus na UBS Centro- USF de Marcolândia, Piauí**

José Enrique López Chávez Reyes

Pelotas, 2015

José Enrique López Chávez Reyes

**Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes Mellitus na UBS Centro- USF de Marcolândia, Piauí**

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

Orientadora: Fernanda Bollini e Silva

Pelotas, 2015

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

R457m Reyes, José Enrique López Chávez

Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Centro- USF de Marcolândia, Piauí / José Enrique López Chávez Reyes; Fernanda Bollini e Silva , orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

70 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. , Fernanda Bollini e Silva, orient II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicatória

Dedico este trabalho à todos os companheiros, colegas, pacientes e orientadora, que com todo o esforço contribuíram para a conclusão do mesmo.

Agradecimentos

À toda minha equipe, em especial aos Agentes Comunitários de Saúde e à minha orientadora que com sua paciência e esforço, me auxiliaram na finalização deste trabalho.

Resumo

REYES, José Enrique López Chávez. **Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Centro- USF de Marcolândia, Piauí**. 66f, 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O presente trabalho trata-se de uma intervenção na UBS Centro-USF de Marcolândia, para melhorar a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Escolheu-se fazer esta intervenção devido à baixa cobertura destas duas doenças crônicas, sendo que na UBS temos 144 casos de Hipertensão Arterial Sistêmica cadastrados e segundo a média nacional o estimado seriam 418 casos. Em relação à Diabetes Mellitus temos 27 casos cadastrados em nossa UBS, e segundo a média nacional o estimado é de 119 casos. Além disso, nós fizemos esta escolha pois estas doenças ocupam um dos primeiros lugares na morbimortalidade do Brasil e no mundo, sabendo-se as graves consequências dessas patologias como a morte e as graves complicações em vários órgãos para estas duas patologias. O projeto foi estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas e participaram da intervenção 150 pessoas maiores de 20 anos com hipertensão e/ou diabetes mellitus com o objetivo geral de qualificar a atenção às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS Centro- USF de Marcolândia, Piauí e os objetivos específicos de ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos, melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos, melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa, melhorar o registro das informações, mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular, promover a saúde de hipertensos e diabéticos. Nossos resultados foram muito satisfatórios, e a meta foi alcançada tanto para Hipertensão, quanto para Diabetes Mellitus. Em relação aos indicadores de cobertura tanto de HAS como DM a meta foi alcançada e ultrapassada, já que a mesma era alcançar o 95 % de cobertura e conseguimos 100%. Em relação aos indicadores de qualidade conseguimos alcançar a meta de 100% em quase todos, sendo que os que não foram alcançados, ficaram altos. Conseguimos os cadastros tanto no âmbito de demanda espontânea e agendada, como durante os grupos e buscas ativas. Para a coleta de dados utilizamos a ficha espelho e a planilha de coleta de dados. Para a equipe, foi muito proveitosa a capacitação com relação os critérios para fazer o diagnóstico da Hipertensão e Diabetes Mellitus, de conhecer detalhadamente cada patologia e o seguimento dos mesmos, conhecendo os sintomas e sinais mais frequentes de descompensação e complicações destas doenças, assim como o risco cardiovascular, classificação e interpretação. Dessa forma, também nos capacitamos quanto as principais orientações e serem passadas para estes usuários, tanto o tratamento medicamentoso quanto formas alternativas relacionadas aos hábitos de vida saudáveis. Para a comunidade a intervenção significou uma mudança em relação ao atendimento destas doenças pela melhora da qualidade de vida. As ações de atendimento odontológico, risco cardiovascular, as atividades em grupo permitiram aproximação com a comunidade e um acompanhamento regular dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Distribuição da população da área de acordo com a faixa etária.	11
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Centro – USF de Marcolândia, PI.	41
Figura 3	Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Centro – USF de Marcolândia, PI.	42
Figura 4	Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Centro – USF de Marcolândia, PI.	43
Figura 5	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Centro – USF de Marcolândia, PI.	44
Figura 6	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Centro – USF de Marcolândia, PI.	46
Figura 7	Figura 7 – Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Centro – USF de Marcolândia, PI.	47
Fotografia 1	Fotografia da intervenção	58
Fotografia 2	Fotografia da intervenção	58

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
DM	Diabetes Mellitus
PI	Piauí
SUS	Sistema Único de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério da Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação.....	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	15
2 Análise Estratégica	16
2.1 Justificativa	16
2.2 Objetivos e metas	17
2.2.1 Objetivo geral	17
2.2.2 Objetivos específicos e metas	17
2.3 Metodologia	19
2.3.1 Detalhamento das ações	19
2.3.2 Indicadores	28
2.3.3 Logística	34
2.3.4 Cronograma.....	37
3 Relatório da Intervenção.....	38
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	38
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	39
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	39
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	39
4 Avaliação da intervenção.....	39
4.1 Resultados.....	39
4.2 Discussão	51
5 Relatório da intervenção para gestores	53
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	54
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	55
Referências	56
Apêndices.....	57
Anexos.....	59

Apresentação

Este trabalho de conclusão de curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, conforme previsto no Regimento de Pós-Graduação do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas, está composto por sete seções.

A primeira contém o relatório da **análise situacional**, no qual está apresentado um panorama da UBS Centro- USF de Marcolândia, Piauí, descrevendo-se detalhadamente como é o funcionamento e estrutura da Unidade.

A segunda seção refere-se à **análise estratégica**, na qual é apresentado o projeto de intervenção.

A terceira apresenta o **relatório da intervenção**, contendo informações sobre as ações previstas e realizadas, bem como sua incorporação à rotina do serviço.

A **avaliação da intervenção** está na quarta seção, demonstrando os resultados e a discussão do projeto de intervenção. Na sequência estão, **o relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade**.

A sétima e última seção contém uma **reflexão crítica** sobre o processo pessoal de aprendizagem, incluindo o significado do curso para a prática profissional e os aprendizados mais relevantes.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A nossa UBS fica no município de Marcolândia, e em sua disposição, há várias salas de departamentos, como a recepção onde se faz o acolhimento, sala de enfermagem, sala de vacinação, sala da consulta médica, sala de fisioterapia onde trabalham os fisioterapeutas e o fonoaudiólogo, sala de nebulização, sala de primeiros atendimentos, onde trabalha o técnico em enfermagem e são feitos os curativos, aferição da pressão arterial, entre outros procedimentos, sala de odontologia, onde trabalham dois dentistas, além de uma cozinha e banheiro.

A equipe de saúde é composta por um médico, uma enfermeira, um técnico em enfermagem, cinco agentes de saúde, dois dentistas, um nutricionista, uma psicóloga, um auxiliar administrativo e um auxiliar de serviços gerais.

O trabalho é organizado da seguinte maneira: segunda-feira pela manhã, é feito juntamente com médico, enfermeira e os agentes de saúde, as visitas domiciliares, preconizando gestantes, crianças, idosos, pacientes com doença crônica como HAS, DM, asma bronquial, acamados ou outra pessoa que solicite o atendimento por alguma incapacidade física, que não pode apresentar-se no consultório.

Segunda-feira no período da tarde é feito consulta de atenção pré-natal, tendo-se as consultas agendadas às gestantes, com interrogatório, exame físico, diagnóstico final e conduta, além de orientado quando será a nova data de consulta.

Terça-feira pela manhã é realizado consulta de planejamento familiar ou prevenção, vendo mulheres que tem algum risco pré-concepcional. É realizado interrogatório e exame físico, determinando a conduta a seguir e orientado quando é

o melhor momento para engravidar, e também é indicado o melhor método anticonceptivo de acordo com sua condição biopsicossocial.

Terça feira pela tarde é feita a consulta de puericultura, na qual as crianças são vistas em consultas agendadas para esse dia, vendo as medidas da estatura, perímetro cefálico, peso, valor nutricional de acordo as medidas, é feito também o interrogatório, exame físico, diagnostico, conduta e é agendada a próxima consulta.

Quarta feira pela manhã é realizada a consulta agendada de pacientes com doenças crônicas, vendo pacientes com HAS, DM, asma bronquial, seguindo o mesmo procedimento, e medindo estatura, peso, interrogatório, exame físico, impressão diagnóstica, conduta e agendamento da próxima consulta.

Quarta feira no período da tarde e quinta feira no período da manhã, é feita consulta de demanda espontânea, onde é realizado atendimento de pessoa que vem consultar por doenças comuns, para pegar receitas, solicitação de algum exame, etc.

Quinta feira à tarde é feita a consulta para os idosos, sendo que existe um grupo que se reúne na Unidade e aproveito esse espaço para fazer o interrogatório, medir pressão arterial, atentando-se para qualquer necessidade que eles tenham, e fazemos atividades programadas como palestras, exercícios físicos, celebração de aniversários coletivos, entre outros.

Sexta feira é o dia dedicado ao curso de especialização.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Marcolândia tem um total de 7892 habitantes de acordo com o último censo, situa-se a 23 km ao norte-oeste de Araripina, apresenta uma UBS que por sua vez esta formada por 4 ESF e com uma equipe NASF, tem disponibilidade de 2 laboratórios para fazer exames que são privados, porém liberam 5 exames sem custos para ser feito pelo SUS, não temos hospital de atenção especializada só temos uma pediatra que tem consulta uma vez por semana em nosso centro. Nossa UBS está situada numa zona urbana, é composta por um medico generalista, uma enfermeira, um técnico em enfermagem, uma psicóloga, uma assistente social, quatro agentes comunitários de saúde, atendemos

uma população de total de 2082 pessoas e temos vinculação com as organizações de ensino.

Nossa UBS é formada por uma recepção, uma consultório médico, um consultório de enfermagem, uma sala de vacina, um consultório de fisioterapia e fonoaudiologia, um consultório de odontologia, uma sala de curativos e nebulização. Não temos barreiras arquitetônicas, não temos sinalização visual em braille, as portas, pisos, janelas são de extremidades lisas. As principais carências que temos estão com relação à qualidade das consultas, já que não temos mesa ginecológica, otoscópio, oftalmoscópio, porém já está sendo discutido sobre essa situação. Não contamos também com farmácia, sendo que nossos pacientes tem que retirar os remédios em um hospital adaptado, que fica um pouco longe de nossa unidade assistencial.

Nossa população está formada por um total de 2082 pessoas distribuídas conforme a figura 1.

SEXO	FAIXA ETÁRIA (ANOS)						TOTAL
	<1	1-4	5-9	10-19	20-59	>60	
Masculino	9	49	96	197	516	98	965
Feminino	12	105	118	211	561	110	1117
TOTAL	21	154	214	408	1077	208	2082

Figura 1: Distribuição da população da área de acordo com a faixa etária.

Em relação à demanda espontânea, não temos sobrecarga do trabalho, já que geralmente temos um turno de 4 horas, com aproximadamente 8 a 10 pacientes, sendo que a acolhida dos pacientes em demanda espontânea é feito desde sempre pela auxiliar de enfermagem com a enfermeira e o medico apoiando a ação.

Em relação à saúde da criança, nós fazemos atendimento das mesmas de acordo com o protocolo estabelecido pelo ministério da saúde, ou seja, ao menor de um ano, temos sua primeira consulta antes dos 30 dias, depois dos 30 dias de nascimento, a consulta é realizada aos dois, quatro, seis, nove meses e à um ano do nascimento. As crianças de menores de 2 anos, tem consulta aos 18 e aos 24 meses, as de 3 a 6 anos, nós fazemos consulta uma vez ao ano. Nas consultas,

fazemos todo o estabelecido, medimos estatura, peso, perímetro cefálico e a colocamos nos gráficos para fazer valor de referência do peso e idade, perímetro cefálico com idade, perímetro torácico com idade, depois olhamos a vacinação para ver se esta atualizada e de acordo a sua idade, e depois avaliamos a sua alimentação para ver se também está de acordo com a idade. Passamos ao interrogatório da mãe, perguntando como está a criança, como se sente, se está se alimentando bem, se urina e fezes estão normais. No primeiro exame físico, olhamos mucosas, pele, tecido celular subcutâneo, panículo adiposo, depois passamos ao exame físico do aparelho respiratório e cardiovascular, onde medimos também a frequência respiratória e cardíaca. Para avaliação do aparelho digestivo, olhamos a cavidade bucal e possíveis erupção dos dentes de acordo a sua idade, depois examinamos o abdômen, depois passamos ao aparelho nervoso e no caso do menor de um ano, observamos a presença dos reflexos de acordo a sua idade, depois examinamos o desenvolvimento psicomotor. Fazemos as orientações da importância de manter o aleitamento materno até os seis meses de idade, não usar chupetas, lavagem das mãos de todas as pessoas que peguem a criança, não fumar no quarto onde dorme a criança, importância do banho, é realizada palestras sobre infecções respiratórias e diarreias, orientações sobre calendário de imunizações e de consultas, realização do teste de pezinho, e finalizamos agendando sua próxima consulta.

Também fazemos visita domiciliar, onde orientamos sobre a higiene pessoal e ambiental e de como evitar os acidentes domiciliares. Nós temos um registro sobre a assistência às consultas, assim nós podemos monitorar as crianças faltosas e fazer ações em relação a isto, os problemas que mais frequentes acontecem em relação a isto é o abandono do aleitamento exclusivo até os 6 meses que é muito frequente e as mães muitas vezes, dizem que não tem leite nas mamas, porém quando vamos a comprovar vemos que realmente sim tem leite o que acontece é que não tem calma nem paciência para aleitar a sua criança outra coisa que nos afeta é a alta incidência de diarreias agudas em nossas crianças é certo que a qualidade da água de beber não é boa em nosso povo já que a mesma é traída em carros pipas de outras partes do estado porque nosso povo não tem fornecimento de água por se mesmo então essa água também não é clorificada pelos motoristas dos carros pipas nem pelas pessoas conviventes nas casas que recebem essa água, então

nossa tarefa esta em orientar essas pessoas para que fervam essa agua e lhe coloquem hipoclorito além de fazer outras medidas para evitar as diarreias como são preparar bem os refeições, lavar bem os vegetal e frutas, lavar-se as mãos antes de comer e fazer higiene íntima. Também nos reunimos todos os meses com as mães destas crianças com o alvo de desenvolver e orientar este tipo de ações para conseguir um melhor bem estar e desenvolvimento de nossas crianças.

Em relação à atenção pré-natal, nós fazemos a atenção da mesma de acordo a como esta estabelecido no protocolo, o seja procurado que a captação da gestante seja no primeiro trimestre antes das 13 semanas depois fazemos a programação de consulta como estabelece o programa o seja vemos a grávida uma vez ao mês ate as 28 semanas , cada 15 dias de 28 a 36 semanas e semanalmente ate o termo. Na consulta da captação, perguntamos todos os dados gerias da grávida como nome, sobrenome, idade, profissão, nível de escolaridade, imunizações, historia pessoal e familiar de doenças, assim como data da última menstruação, calculamos a idade gestacional e a data provável do parto, depois disso passamos ao exame físico, começando por exame físico geral olhando mucosa, pele, tecido celular subcutâneo, medindo o peso corporal e a estatura e tirando o índice de massa corporal, depois passamos ao exame físico, respiratório e cardiovascular aferindo também a pressão arterial e frequência cardíaca depois passamos ao aparelho digestivo olhando a cavidade bucal e examinamos o abdômen, depois passamos ao aparelho ginecológico e examinando também as mamas, depois determinamos se a gestação é de baixo ou alto risco, indicamos os exames complementares correspondentes e fazemos as orientações. Aproveitamos também a reunião de equipe mensalmente para planejamento do trabalho da ESF.

Em relação ao controle do câncer do colo de útero, nós trabalhamos com grupos de mulheres na faixa etária de risco, compreendida de 25 a 64 anos de idade, fazendo exames de prevenção com uma periodicidade a cada 3 anos onde contamos com um registro para a avaliação e monitoramento da realização destes exames, os quais se examina todos os meses e onde se controla a assistência destas mulheres e os resultados destes exames de prevenção, sendo também trabalhado com as adolescentes em palestras e atividades educativas, sobre os fatores de riscos que incidem na aparição desta doença, como a

promiscuidade ou mudança frequente de parceiro, além do início precoce das primeiras relações sexuais, o tratamento adequado das doenças benignas do colo de útero, evitando as infecções pelo vírus do papiloma humano, para o quais fazemos a prevenção através das campanhas de vacinação. Em relação ao câncer de mama, nos trabalhamos na faixa etária de idade de mulheres de risco para esta doença que é compreendida de 50 a 69 anos. Para esse grupo, indicamos a mamografia a cada dois anos e levamos um registro para o monitoramento e controle destas mulheres, assim como o resultado dos exames. O registro é revisado uma vez por mês. Também fazemos exame médico das mamas nas consultas, uma vez ao ano a todas as mulheres maiores de 40 anos e também temos um registro com o mesmo propósito que o anterior e fazemos uma revisão do mesmo mensalmente, trabalhamos nas palestras sobre prevenção de câncer do mama e autoexame de mama, no grupo de mulheres com risco, ou seja, maiores de 40 anos, primeiro parto após os 30 anos de idade, para as que não deram aleitamento materno exclusivo, ou o abandonaram antes dos três meses, mulheres com menopausa tardia e obesidade pós-menopáusicas. Todos os meses, nos reunimos com estas mulheres e oferecemos palestras com diferentes temas e assim também conseguimos acompanhar e ter o registro atualizado dessas mulheres.

Em relação à atenção ao idoso, é realizado o atendimento uma vez por semana (quintas feiras no período da tarde), sendo feito o interrogatório a cada um deles perguntando como se sentem, se estão com alguma preocupação, se se estão se alimentando e como está o sistema urinário e digestivo. Passamos então ao exame físico, no qual olhamos as mucosas, pele, tecido celular subcutâneo, sistema respiratório e cardiovascular, aferimos a pressão arterial e frequência cardíaca, avaliamos a cavidade bucal, abdômen, sistema nervoso e por último fazemos a avaliação funcional, olhando a caderneta de atendimentos e anotando todos os dados atualizados. Existe um espaço de grupo, onde fazemos caminhadas, exercício físico, celebramos aniversários, fazemos palestras com diferentes temas como saúde bucal do idoso, importância do exercício físico, como controlar os fatores de riscos como a obesidade, tabagismo, sedentarismo, como manter uma dieta saudável. Fazemos o agendamento da próxima consulta para após três meses, e temos também um registro de controle de assistência e revisamos uma vez por mês.

Em relação à atenção dos pacientes com HAS e DM, nós fazemos as consultas uma vez por semana (quartas feiras no período da manhã), sendo feito interrogatório, fazendo ênfases em sintomas de descompensação e complicações de suas doenças, depois passamos ao exame físico, avaliando todos os sistemas depois oferecemos as orientações gerais sobre tratamento não farmacológico e farmacológico e agendamos consulta para dentro de três meses. Existe um registro para o adequado monitoramento desses pacientes e a revisão deste registro é feito mensalmente. Nos contamos com 144 pacientes hipertensos(34%) para uma estimativa de 418 hipertensos, com estratificação de risco cardiovascular 104(72%),atraso da consulta 17(12%), exames complementares periódico em dia 110(76%), orientações sobre atividade física e nutrição saudável 144(100%), avaliação bucal 98(68%); e 27 pacientes diabéticos(23%) para uma estimativa de 119 diabéticos, com estratificação de risco cardiovascular 24(74%), atraso da consulta 3 (11%), com exames periódico em dia 17 (63%), com exames físico dos pes e palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos três meses 22 (81%), com orientação sobre pratica regular de atividade física e alimentação saudável 27 (100%), avaliação bucal 12 (44%).

Os maiores desafios que temos na UBS, são a alta incidência da gravidez na adolescência, o abando frequente do aleitamento exclusivo até os 6 meses de idade da criança, a alta incidência das doenças diarreicas agudas, alta frequência dos fatores de riscos modificáveis como o tabagismo, alto consumo de álcool, obesidade, sedentarismo, consumo alimentos com grade quantidade de gordura e sal, fatores estes que são causas frequentes de descompensações e complicações da HAS e DM.

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

O primeiro texto trata sobre os componentes a estrutura física da UBS, onde esta localizada, número de salas, equipamentos, função de cada departamento, também trata sobre os integrantes da UBS, além da organização do trabalho durante toda a semana, ou seja o horário, calendário e organização do trabalho da USF. O segundo texto trata em detalhes de como é feito esse trabalho, rotina de trabalho diário, metodologia de trabalho dos diferentes grupos especiais (puericultura, pré-natal, HIPERDIA, idosos, atenção á saúde da mulher) ou seja como é feito esse

trabalho, a periodicidade com que são vistos estes grupos especiais e a metodologia de trabalho aplicada a cada um deles, além disso se fala neste texto sobre os principais problemas de saúde que afetam a nossa população sendo assim estes os principais desafios que temos que enfrentar em nossa rotina de trabalho. Como começo da unidade 1 análises situacional eu e meu equipe completo fomos capazes de fazer um diagnostico bastante completo da situação de nossa população em atendimento em especial dos grupos especiais como são pré-natal, puerpério, saúde da criança, HIPERDIA, idosos, etc. Eu percebi com o relatório do análises situacional que temos uma boa organização do trabalho em relação ao atendimento de todos os grupos especiais mais temos algumas dificuldades em relação sobre todo ao porcentagem de cobertura dos mesmo sobre todo em HIPERDIA , e também á baixa assistência ás consultas dos mesmos.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus é um dos principais agravos da saúde de Brasil. Eleva o custo médico-social principalmente por suas complicações como a insuficiência cardíaca a insuficiência renal, cardiopatia isquêmica, acidente vascular cerebral. A principal causa de morte em todo o Brasil é o acidente vascular cerebral sendo esta uma das principais complicações da HAS. As consequências da DM a longo prazo incluem danos e disfunção de vários órgãos como rins , olhos ,nervos, coração e vasos sanguíneos. Com frequência, os sintomas clássicos (perda de peso inexplicada, polidipsia e poliúria) estão ausentes; porém, poderá existir hiperglicemia de grau suficiente para causar alterações funcionais ou patológicas por um longo período antes que o diagnóstico seja estabelecido.

Nossa UBS sua estrutura esta formada por uma recepção , uma consulta de enfermagem , uma consulta medica, uma sala de vacinação, uma sala de reabilitação, uma sala de nebulização, uma sala de curativos , uma cozinha , um banheiro, uma sala de odontologia. Nossa ESF esta formado por um medico , uma enfermeira , uma técnica em enfermagem, 4 agentes comunitários de saúde, uma psicóloga , uma assistente social , um dentista , um assistente dental. Nossa população esta formada por 2082 habitantes, com 144 usuarios com HAS que representa um 11,2% da população maior de 20 anos que é um 34 % para uma estimativa de 418 dos quais estão com estratificação de risco cardiovascular 104 (72%). Com atraso na consulta 17 (12%),com exames periódico em dia 110 (76%), orientação sobre pratica regular de atividade física e alimentação saudável 144 (100%), avaliação da saúde bucal 98 (68%); e 27 usuarios com DM que

representa um 2,1% da população maior de 20 anos que é 23% para uma estimativa de de 119 dos quais estão com estratificação de risco cardiovascular 20 (74%), atraso da consulta 3 (11%), exames periódico em dia 17 (63%), exames físico dos pés com palpação do pulso tibial posterior e pedios nos últimos três meses 22 (81%), com orientação sobre prática regular de atividade física e alimentação saudável 27 (100%), com avaliação da saúde bucal 12 (44%).

Nossa população alvo está formada por 537 usuários maior de 20 anos segundo a estimativa (418 hipertensos mais 119 diabéticos) incluindo 144 usuários com HAS e 27 usuários com DM, estes usuários hipertensos e diabéticos estão aderidos ao programa e nos fazemos consulta agendadas com eles cada 3 meses cumprimentando com todos os parâmetros estabelecido pelo programa o seja toma de peso, estatura, medição da pressão arterial, interrogatório, exame físico, indicação dos exames correspondentes e com as orientações básicas tanto não medicamentosa como seguir uma dieta correta e saudável como fazer exercícios físicos, não fumar, não beber bebidas alcoólicas em excesso como também manter diretamente e diariamente a ingestão de seus medicamentos.

Nós achamos atingir um 95% no rastreamento destas doenças em nossa população alvo que é a maior de 20 anos e que é aproximadamente de 537 usuários para isso contamos com a ajuda de toda nossa equipe fundamentalmente o médico a enfermeira, ACS, a técnico em enfermagem para fazer o diagnóstico de isto casos novos e incrementar a atenção dos casos antigos. As principais dificuldades são a falta de tensiômetros porém isto já se está resolvendo e de minha parte eu gostaria de ter mais chance na participação do rastreamento já que este se vai a fazer principalmente em visita domiciliar e eu só tenho uma visita domiciliar programada na semana os principais aspectos que viabilizam a realização da mesma é a completa disposição de nosso ESF de fazer esta tarefa este novo desafio e a conscientização da importância do mesmo. Este foco de intervenção vai a fazer muito na população alvo já que vai a melhorar sua qualidade de vida, vai a prolongar a vida das pessoas já que com um diagnóstico oportuno destas doenças se vai a evitar a ocorrência das complicações graves das mesmas que podem terminar ou invalidar suas vidas.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Qualificar a atenção às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS Centro- USF de Marcolândia, Piauí.

2.2.2 Objetivos específicos

1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos;
2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos;
3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa;
4. Melhorar o registro das informações;
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular;
6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

2.2.3 Metas

Metas com o objetivo de ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1: Cadastrar 95% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Meta 2: Cadastrar 95% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Metas com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 4: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 5: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 6: Garantir a 100% diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

Meta 8: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

Meta 9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos

Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Metas com o objetivo de melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 11: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Meta 12: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Metas com o objetivo de melhorar o registro das informações.

Meta 13: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

Meta 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

Metas com o objetivo de mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 15: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

Meta 16: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

Metas com o objetivo de promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 19: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 20: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 23: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 24: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Centro- USF Marcolândia, no Município de Marcolândia, Estado do Piauí. Participarão da intervenção 1285 pessoas maiores de 20 anos.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1: Cadastrar 95% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Meta 2: Cadastrar 95% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Monitoramento e avaliação:

- Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde
- Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Organização e gestão do serviço:

- Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.
- Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de diabetes.
- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade 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 fatores de riscos de desenvolvimento da doença como sobre peso associado a outros fatores como historia familiar de primeira linha de DM,HAS ou uso de anti-hipertensivos, historia de diabetes gestacional ou recém nascido com mais de 4 kg de peso, dislipidemias, inatividade física ou idade maior de 45 anos ou risco cardiovascular moderado.

Qualificação da prática clínica:

- Capacitar os ACS para o cadastramento de 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 diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização de glicemia de jejum ou pós-prandial em adultos com fatores de riscos de desenvolvimento da DM ou com sintomas próprios da doença.

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

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 4: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 5: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 6: Garantir a 100% diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

Meta 8: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

Meta 9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos

Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Monitoramento e avaliação:

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos.
- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes diabéticos.
- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o número de pacientes hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.
- Monitorar o número de pacientes diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.
- Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Organização e gestão do serviço:

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.
- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Garantir assistência do 100% dos hipertensos para fazer a estratificação do risco cardiovascular.
- Garantir assistência do 100% dos diabéticos para fazer a estratificação do risco cardiovascular.
- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos;
- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização da consulta odontológica dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Engajamento público:

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

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares
- Orientar aos pacientes acerca de seu nível de risco cardiovascular e falar sobre a importância do controle dos fatores de riscos.
- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Qualificação da prática clínica:

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e explicar a conduta a seguir frente aos diferentes níveis de risco cardiovascular.
- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

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

Meta 11: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Meta 12: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada

Monitoramento e avaliação:

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

Organização e gestão do serviço:

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Engajamento público:

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.
- Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Qualificação da prática clínica:

- Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.
- Capacitar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4: melhorar o registro das informações.

Meta 13: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

Meta 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

Monitoramento e avaliação:

- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.
- Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Organização e gestão do serviço:

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar a ficha de acompanhamento.
- Manter a atualização do livro de monitoramento e avaliação da assistência e qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos e os prontuários médicos.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros
- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar a ficha de acompanhamento.

- Manter atualizado o livro de monitoramento e avaliação da assistência e qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos e os prontuários médicos.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Engajamento público:

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

Qualificação da prática clínica:

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.
- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético.

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

Meta 15: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na UBS..

Meta 16: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

Monitoramento e avaliação:

- Monitorar o número de pacientes hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.
- Monitorar o número de pacientes diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Organização e gestão do serviço:

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

Engajamento público:

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

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.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 19: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 20: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 22:Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 23:Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 24:Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 25:Garantir uso dos remédios por o 100 % dos hipertensos.

Meta 26-Garantir uso dos remédios por o 100 % dos diabéticos.

Monitoramento e avaliação:

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.
- Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.
 - Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo e alcoolismo aos hipertensos.
 - Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo e alcoolismo aos diabéticos.
 - Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.
 - Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos.
 - Monitorar o uso dos remédios por parte dos hipertensos.
 - Monitorar o uso dos remédios por parte dos diabéticos.

Organização e gestão do serviço:

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Organizar atividades coletivas ou palestras sobre o perigo do tabagismo e alcoolismo para a saúde.
 - Garantir o acesso dos hipertensos à consulta do dentista.
 - Garantir o acesso dos diabéticos à consultado dentista.
 - Garantir o acesso dos hipertensos à farmácia popular para pegar os remédios.
 - Garantir o acesso dos diabéticos à farmácia popular para pegar os remédios.

Engajamento público:

- Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

- Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar os hipertensos tabagistas ou com abuso do álcool sobre a existência dum tratamento para abandonar os mesmos.
- Orientar os diabéticos tabagistas ou com abuso de álcool sobre a existência de tratamento para abandonar os mesmos.
- Orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.
- Orientar os diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.
- Orientar aos hipertensos e seus familiares sobre a importância do uso dos remédios diariamente para controlar a pressão arterial.
- Orientar aos diabéticos e seus familiares sobre a importância do uso dos remédios diariamente para controlar os níveis de glicemia.

Qualificação da prática clínica:

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas e com abuso de álcool.
- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.
- Capacitar a equipe para oferecer orientações aos pacientes sobre o uso direitinho dos remédios.

2.3.2 Indicadores

Para cadastrar 95% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da UBS, será calculado o seguinte indicador:

Indicador 1- Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS.

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

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

Para cadastrar 95% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Diabetes Mellitus da UBS, será calculado o seguinte indicador:

Indicador 2 – Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS.

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

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

Para realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos, será calculado o seguinte indicador:

Indicador 3-: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Para realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos, será calculado o seguinte indicador:

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

Para garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, será calculado o seguinte indicador:

Indicador 5- Proporção de hipertensos com exame complementar 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.

Para garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, será calculado o seguinte indicador:

Indicador 6- Proporção de diabéticos com exame complementar 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.

Para priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, será calculado o seguinte indicador:

Indicador 7- Proporção de hipertensos com risco cardiovascular feito.

Numerador: Número de hipertensos com risco cardiovascular feito.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados.

Para priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, será calculado o seguinte indicador:

Indicador 8- Proporção de diabéticos com risco cardiovascular feito.

Numerador: Número de diabéticos com risco cardiovascular feito.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados.

Para realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos, será calculado o seguinte indicador:

Indicador 9: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados no Programa.

Para realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos, será calculado o seguinte indicador:

Indicador 10: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

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

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados no Programa.

Para buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada será calculado o seguinte indicador:

Indicador 11: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados no Programa

Para buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada, será calculado o seguinte indicador:

Indicador 12: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa

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

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados no Programa

Para manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na UBS, será calculado o seguinte indicador:

Indicador 13: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Numerador: Número total de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados no Programa.

Para manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na UBS, será calculado o seguinte indicador:

Indicador 14: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Numerador: Número total de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados no Programa.

Para realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na UBS, será calculado o seguinte indicador:

Indicador 15: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular

Numerador: Número total de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados no Programa.

Para realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na UBS, será calculado o seguinte indicador:

Indicador 16: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular

Numerador: Número total de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados no Programa

Para garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos, será calculado o seguinte indicador:

Indicador 17: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

Numerador: Número total de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados no Programa

Para garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos, será calculado o seguinte indicador:

Indicador 18: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

Numerador: Número total de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados no Programa

Para garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos, será calculado o seguinte indicador:

Indicador 19: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física

Numerador: Número total de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados no Programa

Para garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos, será calculado o seguinte indicador:

Indicador 20: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física

Numerador: Número total de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados no Programa

Para garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos, será calculado o seguinte indicador:

Indicador 21: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número total de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados no Programa.

Para garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos, será calculado o seguinte indicador:

Indicador 22: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número total de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados no Programa

Para garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos, será calculado o seguinte indicador:

Indicador 23: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número total de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados no Programa.

Para garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos, será calculado o seguinte indicador:

Indicador 24: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal

Numerador: Número total de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados no Programa.

2.3.3 Logística

A intervenção será feita com o apoio dos Cadernos de Atenção Básica referentes à HAS e à DM, do MS, do ano de 2013. Utilizaremos para o registro de informações o prontuário médico e o livro de ata e a ficha espelho as quais fornecem as seguintes informações: nome completo, idade, sexo, endereço, se tem histórico de HAS ou DM, se já foi avaliado sobre a necessidade de atendimento odontológico, que tipo de medicamento usa para o controle de sua doença, fluxograma de exames complementares, exame físico, exame da

sensibilidade, exame dos pulsos periféricos, exame bucal, peso, estatura, IMC, PA, orientação nutricional, orientação sobre atividade física, orientação sobre tabagismo e alcoolismo, escore de Framingham sobre risco cardiovascular, pacientes faltosos às consultas.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os hipertensos e diabéticos que tiveram consulta no último ano, ela localizará toda a informação nos prontuários e transcreverá todas essas informações a ficha espelho, ao mesmo tempo fará um monitoramento de todos aqueles pacientes faltosos a consultas e com consultas atrasadas também aqueles com atrasos nos exames clínicos, exames complementares, risco cardiovascular atrasado e aqueles com avaliação odontológica atrasada ou sem a mesma.

Será feita a capacitação para toda a equipe da ESF na primeira semana de intervenção sobre os critérios diagnósticos da HAS e DM apoiados no manual técnico, esta capacitação ocorrerá na mesma UBS no horário utilizado tradicionalmente para a reunião do equipe onde previamente eu faria uma palestra sobre as questões principais do manual e depois eu faria perguntas sobre as mesmas. Para fazer melhorias no acolhimento dos pacientes hipertensos esta será feita pela técnica em enfermagem para o qual aferirá a pressão arterial a todo paciente maior de 20 anos isto deverá ser feito em dois turnos amanhã e tarde aqueles hipertensos que se apresentem com sintomas de descompensação ou alguma complicação aguda de sua doença será atendido no mesmo turno, e aqueles hipertensos que se apresentem por consulta de rotina lhe será agendada sua consulta que será feita em menos de 4 dias e lhe será agendada a próxima consulta, também será feita a busca ativa dos casos novos de hipertensão na visita domiciliar feita por me uma vez por semana conjuntamente com os agentes de saúde e feita pelos agentes de saúde todos os dias. Para fazer a melhoria do acolhimento dos pacientes diabéticos a mesma será feita também pela técnica em enfermagem na UBS a qual faria uma classificação dos pacientes com riscos de apresentar diabetes como aqueles pacientes com excesso de peso e algum outro fator de risco como, história de diabetes gestacional ou de recém nascido com sobrepeso, antecedentes familiares de primeira linha de diabetes, história de doença cardiovascular, hiperlipidemia, etc a todo paciente que se apresenta a

demanda espontânea na consulta feita em dois turnos manhã e tarde , tendo disponível sempre o glicômetro na UBS para fazer as glicemias e também em na visita domiciliar, esta ultima feita por me e os agentes de saúde uma vez por semana e feita pelos acs todos os dias, a todo diabético que se apresente com alguma complicação aguda de sua doença o mesmo será atendido no mesmo turno, e aquele que se apresente para uma consulta de rotina lhe será agendada a consulta em menos de 4 dias e lhe será agendada a próxima consulta. Para a realização do exame clínico e o risco cardiovascular dos pacientes hipertensos e diabéticos este será feito por me na UBS, todos os dias amanhã e tarde, na consulta de rotina agendada.

Para a realização dos exames complementares aos pacientes hipertensos e diabéticos , estes serão indicados na consulta na UBS pelo medico, em dois turnos, pela manhã e tarde na consulta de rotina agendadas para estes pacientes, depois será verificada a realização dos mesmos pelos ACS. Para o monitoramento da necessidade de atendimento odontológico este será feito pela técnica em enfermagem e a enfermeira na consulta na UBS, feita em dois turnos, pela manhã e tarde de segunda a quinta feira e aqueles pendentes da mesma lhe será agendada a consulta com o dentista. Para monitorar a qualidade dos registros (ficha de acompanhamento, prontuário médico, e livro de monitoramento da assistência dos pacientes) este será feito pelo médico e enfermeira uma vez por semana na UBS e aqueles pacientes faltosos ás consultas será feita a busca ativa com os ACS. Para garantir a todos os pacientes hipertensos e diabéticos uma orientação sobre a importância de manter uma alimentação adequada, de fazer atividade física regularmente, de manter uma boa higiene bucal e de evitar o tabagismo e a ingestão excessiva de bebidas alcoólicas, será feita pelo médico diariamente , nas consultas de rotinas agendadas na UBS, além disso nas palestras feitas mensalmente por ele e pela enfermeira.

2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Registro específico nas fichas-espelho e livro ata.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Registro específico na planilha de dados.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoramento e avaliação da intervenção.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Grupos de educação em saúde com usuários diabéticos e hipertensos.						X	X	X	X	X	X	X
Capacitação dos profissionais da equipe.	X											
Capacitação dos ACS para busca ativa.		X										
Reunião de equipe para discussão das atividades da intervenção.				X				X				X
Visitas domiciliares com busca ativa de usuários.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atendimento de demanda espontânea com agendamento de consulta clínica, se necessário.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Palestras de promoção à saúde do usuário diabético e hipertenso.				X				X				X

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Conseguimos melhorar a qualidade da atenção ao usuário hipertenso e diabético. Todas as ações previstas foram desenvolvidas e em todos os usuários que foram à consulta, foi feito um correto interrogatório, perguntando a eles sobre os sintomas de complicações e descompensação de suas doenças como dor no peito, falta de ar, câmbra e perda da sensibilidade nos membros, diminuição da visão; no exame físico aferimos o peso, estatura, frequência respiratória, frequência cardíaca; foram indicados os exames complementares; e as demos as orientações básicas de manter uma dieta adequado com poucas gorduras e pouca sal e com abundantes frutas e vegetais, sobre a importância de fazer atividade física e de evitar o tabaquismo e a ingestão de bebidas alcoólicas além do correto encaminhamento e atendimento como odontólogo; os usuários gostarem muito da intervenção falaram que nunca teriam sido atendido tão bem e sobre todo falarem sobre as orientações que demos a eles sobre o tratamento farmacológico e não farmacológico. .

Em relação a melhoraria da adesão dos usuários hipertensos e diabéticos ao programa, foi realizada a busca ativa dos usuários faltosos, em visita domiciliar a traves dos acs feita dia a dia e conseguimos sua incorporação ao programa de consulta segundo sua periodicidade a cada 3 meses.

Conseguimos implantar a ficha de acompanhamento a todos os usuários hipertenso e diabético, assim como um correto monitoramento feito pelo livro de registro de assistência e controle de consultas dos mesmo e a ficha espelho o qual foi feito por me e a enfermeira e o medico.

Em relação ao mapeamento dos hipertensos e diabéticos, para o risco de doenças cardiovasculares, não tivemos dificuldade, com relação à realização dos exames.

Em relação à promoção da saúde dos hipertensos e diabéticos, todos foram orientados em como manter uma boa nutrição, sobre como ter uma boa saúde através da atividade física regular, evitando o hábito de fumar e o excesso de ingestão de bebidas alcoólicas, e como manter uma boa higiene bucal, assim como o consumo de remédios através da farmácia popular.

Foi feita a capacitação do nosso equipe de saúde sobre os critérios diagnósticos destas duas doenças e outros itens das mesmas.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas foram desenvolvidas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não tivemos dificuldade na coleta de dados ou no preenchimento da planilha.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Com a finalização da intervenção, nós incorporamos a mesma a nossa rotina de trabalho, ocorrendo espontaneamente, sem dificuldades, pois a equipe com a intervenção, durante estas 12 semanas, já estava se familiarizado com a mesma. Para a população significou uma mudança, mas que foi bem aceita, sendo que a equipe teve um papel muito importante, ensinando à população sobre como trabalhar com a prevenção das doenças e a importância das consultas agendadas a cada 3 meses, realização do risco cardiovascular e a avaliação odontológica uma vez ao ano. Estão sendo realizadas reuniões em grupo uma vez ao mês, e além disso, houve a necessidade de capacitação em relação ao atendimento destes pacientes, como os critérios de diagnóstico e seguimento dos mesmos, assim como dar preferência ao atendimento a aqueles pacientes com risco cardiovascular elevado ou com complicações severas.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção foi desenvolvida na UBS Centro- USF de Marcolândia, com a ação programática na Atenção à Saúde da pessoa com hipertensão arterial e diabetes mellitus (Nosso objetivo foi de melhorar a saúde da população do Programa de nossa área de abrangência, atingindo 95% da população hipertensa (184 de 194 pacientes da área) e 95% dos diabéticos (25 de 27 pacientes da área), mais conseguimos atingir ao 100% dos hipertensos cadastrados além de conseguir 50 casos novos de usuários com esta doença e também atingimos ao 100% dos diabéticos já cadastrados..

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

Metas 1.1 - Cadastrar 95% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

A área da UBS possui 194 hipertensos, e durante a intervenção 194 usuários foram cadastrados e acompanhados no programa. No mês 1 foram atendidos 67 hipertensos (34,5%), no mês 2 esse indicador subiu para 126 usuários (64,9%) e finalizamos o mês 3 com 194 hipertensos assistidos (100%), como demonstrado na figura 2.

A meta foi alcançada e ultrapassada, em função da programação feita pelo cronograma, com os cadastros tanto no âmbito de demanda espontânea e agendada, como durante os grupos e buscas ativas. Isto foi possível devido

fundamentalmente á ação conjunta de todo a equipe de saúde principalmente dos ACS que com seu esforço foram capazes de fazer o agendamento de todos os pacientes além disso de fazer uma busca ativa conjuntamente comigo de casos novos de hipertensão arterial, principalmente feita nas visitas domiciliares onde conseguimos 50 casos novos desta doença e estes valores foram tirados da planilha da coleta de dados onde aparecem 194 hipertensos (144 usuarios antigos mais 50 casos novos).

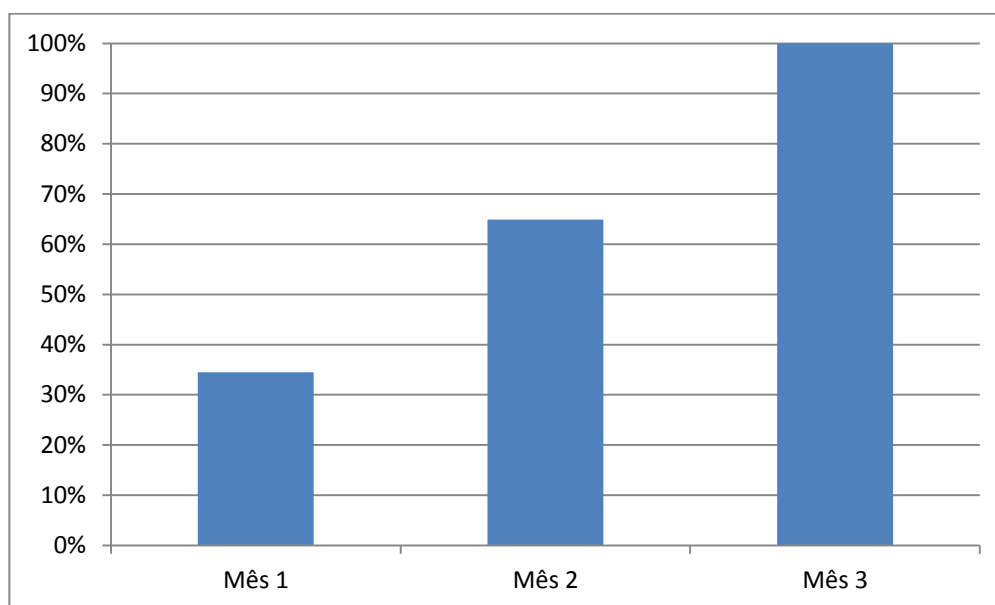


Figura 2- Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Centro – USF de Marcolândia, PI. Fonte: Planilha de coleta de dados

Meta 1.2 - Cadastrar 95% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

A área da UBS possui 27 diabéticos, e durante a intervenção 27 usuários foram cadastrados e acompanhados no programa. No primeiro foram atendidos 9 diabéticos (33,3%), no segundo esse indicador subiu para 17 usuários (63,0%) e finalizamos o terceiro mês com 27 assistidos (100%), como demonstrado na figura 3.

A meta foi alcançada, em função da programação feita pelo cronograma, com os cadastros tanto no âmbito de demanda espontânea e agendada, como

durante os grupos e buscas ativas. Houve a ação conjunta de toda a equipe de saúde garantindo a assistência de todos os pacientes às consultas.

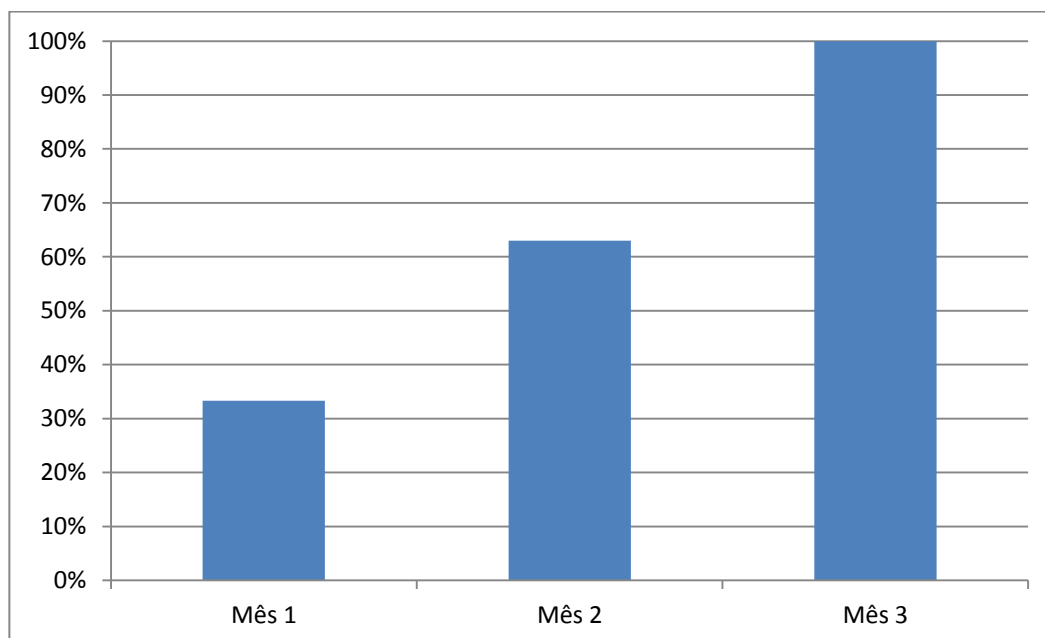


Figura 3– Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Centro – USF de Marcolândia, PI. Fonte: Planilha de coleta de dados

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

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

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

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

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

Durante a intervenção foram feitos exames clínicos nos 194 hipertensos e 27 diabéticos cadastrados na área, comportando-se da seguinte maneira: durante no primeiro mês para os hipertensos, foram feitos 67 exames clínicos (100%), no segundo mês 126 (100%) e no terceiro mês 194 (100%), para os diabéticos, durante no primeiro mês foram feitos 9 exames clínicos (100%), no segundo mês 17 (100%), no terceiro mês 27 (100%). A meta foi alcançada, em função da programação feita pelo cronograma, cumprindo-se as buscas ativas feitas

fundamentalmente pelos ACS para garantir a assistência dos pacientes às consultas agendadas.

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

Indicador 2.3 - Proporção de hipertensos com exame complementar em dia de acordo com o protocolo.

Com relação à realização dos exames complementares em hipertensos, no primeiro mês foram feitos 57 exames complementares de 67 pacientes cadastrados (85,1%), no segundo mês foram feitos exames complementares a 107 de 126 pacientes (84,9%) e no terceiro mês foram feitos exames complementares em 166 de 194 pacientes (85,6%), conforme figura 4. A meta não foi alcançada, pois apesar do trabalho de conscientização com os pacientes na consulta individual e nas reuniões grupais acerca da importância de fazer os exames, nem todos fizeram, no entanto este indicador teve melhoras com relação a como se encontrava anteriormente.

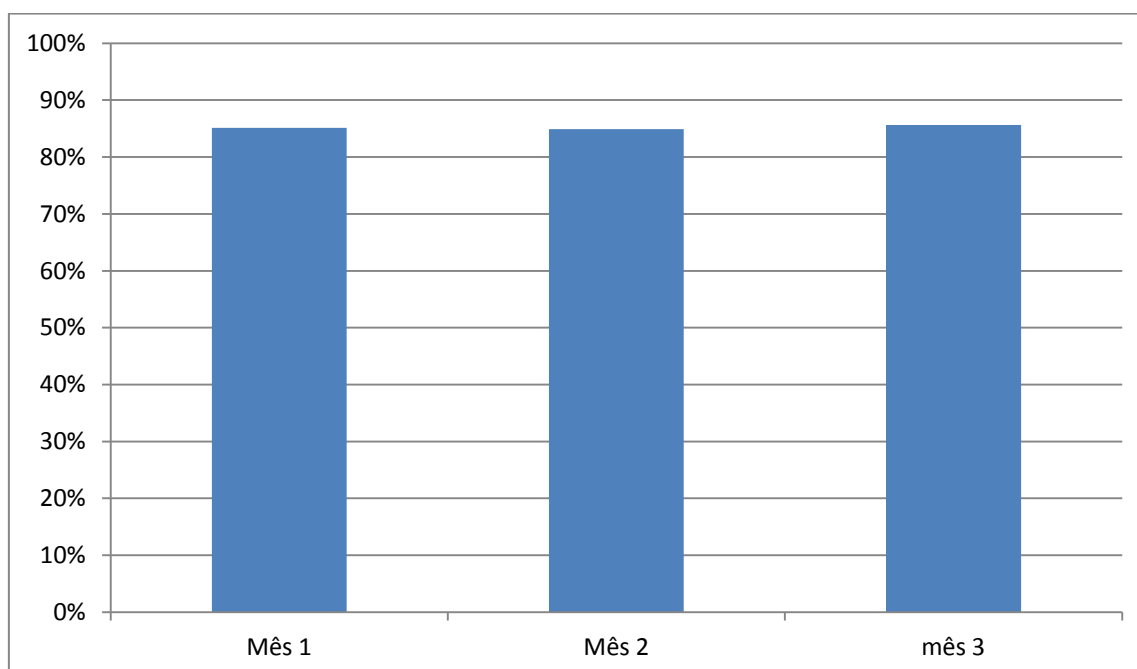


Figura 4- Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Centro – USF de Marcolândia, PI. Fonte: Planilha de coleta de dados

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

Indicador 2.4 - Proporção de diabéticos com exame complementar em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês de intervenção, foram feitos exames complementares em 6 de 9 diabéticos cadastrados (66,7%), no segundo mês foram feitos exames complementares em 12 de 17 diabéticos (70,6%), no terceiro mês foram feitos exames complementares em 21 de 27 diabéticos cadastrados (77,8%), figura 5. A meta de realizar os exames complementares em 100% dos diabéticos não foi alcançada devido às mesmas razões descritas anteriormente em relação aos hipertensos, pois apesar do trabalho de conscientização na consulta individual de cada paciente e as reuniões em grupos, a qual é trabalhada a importância de fazer os exames complementares, não conseguiu-se que uma parcela dos pacientes fizessem os mesmos, no entanto, mais uma vez o indicador melhorou em relação a como se encontrava anteriormente.

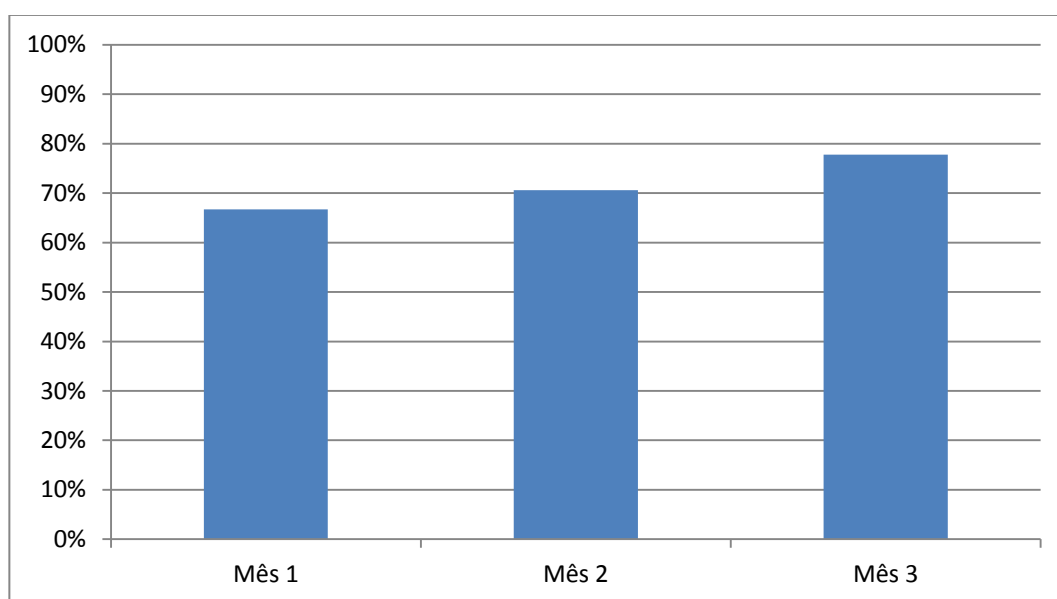


Figura 5 – Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Centro – USF de Marcolândia, PI. Fonte: Planilha de coleta de dados.

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

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

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

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

Com relação aos hipertensos, no primeiro mês foram prescritos medicamentos a 67 pacientes (100%), no segundo mês a 126 (100%), e no terceiro mês a 194 pacientes (100%). Em relação aos diabéticos, no primeiro mês foram prescrito medicamentos a 9 pacientes (100%), no segundo mês a 17 (100%), e no terceiro mês a 27 pacientes (100%). A meta foi alcançada, em função da programação feita pelo cronograma e devido a uma completa cobertura que temos nossa farmácia para tratamento destas e outras patologias, além disso, todos os pacientes só usam a Farmácia Popular como indicamos.

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

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

No primeiro mês foram avaliados pelo odontologista 64 pacientes hipertensos de 67 cadastrados (95,5%), no segundo mês, conseguimos avaliar 118 de 126 hipertensos (93,7%), e no terceiro mês foram avaliados 179 de 194 hipertensos (92,3%), conforme demonstrado na figura 6. A meta não foi alcançada, devido à falta de nossos pacientes nas consultas de odontologia, e apesar do nosso trabalho através de orientações nas reuniões em grupo e consultas individuais para elevar o nível de consciência dos pacientes acerca da importância de se ser realizada a avaliação, e dos cuidados com a saúde bucal, houveram faltas. Sempre pudemos contar com a presença desse profissional nas consultas, sendo que isto nunca foi um obstáculo para o normal desenvolvimento desta atividade, sendo que o índice de avaliação pelo odontologista foi melhorado em relação a ocasiões anteriores.

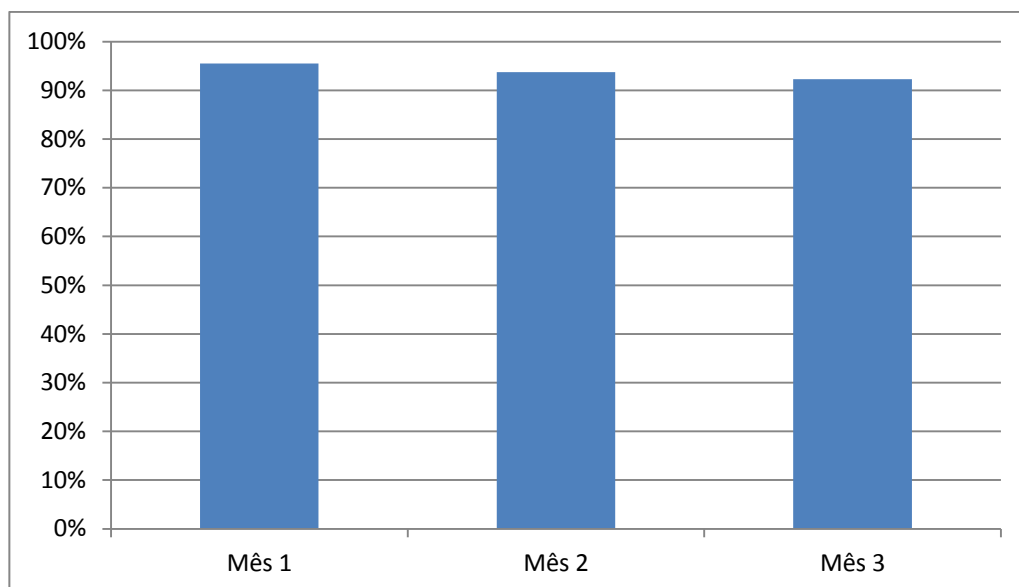


Figura 6 – Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Centro – USF de Marcolândia, PI. Fonte: Planilha de coleta de dados.

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

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

Durante o primeiro mês foram avaliados pelo odontologista, 7 de 9 pacientes cadastrados (77,8%), no segundo mês foram 15 pacientes avaliados dos 17 cadastrados (88,2%), e no terceiro mês conseguimos avaliar 24 de 27 pacientes (88,9%), figura 7. A meta não foi cumprida pelas mesmas razões descrita aos hipertensos, ou seja pela falta dos pacientes às consultas de odontologia, mas vamos continuar investindo em educação em saúde para tentarmos melhorar esses indicadores, já que precisamos potencializar a presença do profissional dentista na unidade.

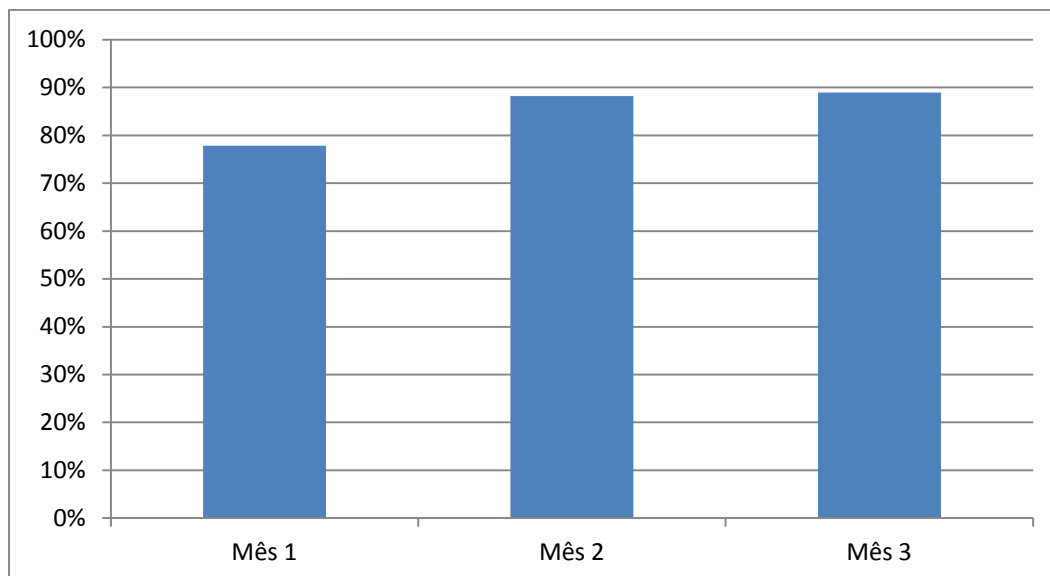


Figura 7 – Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Centro – USF de Marcolândia, PI. Fonte: Planilha de coleta de dados.

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

Meta 3.1 Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomenda

Indicador 3.1 Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa

Em todos os meses de intervenção, conseguimos alcançar nossa meta e fazer a busca ativa em todos os pacientes hipertensos faltosos. No primeiro mês, em relação aos hipertensos, tivemos busca ativa em 10 pacientes (100%), no segundo mês foram 13 pacientes com busca ativa (100%), e no terceiro mês buscamos 17 pacientes (100%). Isto foi possível devido ao trabalho perseverante dos ACS nas residências destes pacientes para conseguir que fossem nas consultas agendadas.

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

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

No primeiro, segundo e terceiro mês de intervenção, tivemos um total de 3 pacientes diabéticos faltosos às consultas, sendo feita busca ativa em todos eles. Dois desses pacientes foram faltosos devido à problemas familiares e o outro por não encontrar-se no momento de agendar sua consulta em seu domicílio, sendo feita a busca ativa dos mesmos, os quais posteriormente se apresentaram à consulta.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

Indicador 4.1- Proporção de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Meta 4.2 - Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

Indicador 4.2 – Proporção de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento

Conseguimos manter a meta estabelecida com relação ao registro adequado na ficha de acompanhamento nos três meses de intervenção, tanto para os hipertensos quanto para os diabéticos. Com relação aos hipertensos, no primeiro mês foram feitas fichas de acompanhamento em 67 pacientes (100%), no segundo mês em 126 pacientes (100%), e no terceiro mês em 194 pacientes (100%). Com relação aos diabéticos, no primeiro mês foram feitas fichas de acompanhamento em 9 pacientes (100%), no segundo mês em 17 pacientes (100%), e no terceiro mês em 27 pacientes (100%). Além de conseguirmos seguir o cronograma, houve o grande trabalho de toda a equipe de saúde sobre tudo dos ACS, técnico em enfermagem e enfermeira.

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

Meta 5.1 - Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

Indicador 5.1 – Proporção de hipertensos com risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Meta 5.2 - Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

Indicador 5.2 – Proporção de diabéticos com risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Em relação aos hipertensos, no primeiro mês de intervenção, foi realizada estratificação do risco cardiovascular em 67 pacientes (100%) tendo 6 casos de alto risco, no segundo mês foi realizada em 126 (100%) tendo 4 casos de alto risco, e no terceiro mês em 194 pacientes (100%) tendo 9 casos de alto risco. Quanto aos diabéticos, no primeiro mês foi realizada a estratificação de risco cardiovascular em 9 pacientes (100%) tendo 9 casos de alto risco, no segundo mês em 17 pacientes (100%) tendo 17 usuarios de alto risco, e no terceiro mês em 27 pacientes cadastrados (100%) tendo 27 usuarios de alto risco, alcançando assim nossa meta nos três meses de intervenção, sendo alcançada com ajuda do trabalho dos gestores de saúde que liberaram quantidades apropriadas de exames que precisávamos e ao trabalho dos ACS, que auxiliaram na conscientização dos pacientes da importância de serem realizados os exames.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Indicador 6.1- Proporção de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

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

Indicador 6.2 - Proporção de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Conseguimos alcançar a meta estabelecida com relação à orientação nutricional sobre alimentação saudável, tanto para os hipertensos quanto para os diabéticos, nos três meses de intervenção. A programação feita pelo cronograma foi cumprida e foram realizadas atividades em grupo mensais, as quais eram compostas por palestras e conversas sobre alimentação saudável, além disso, foram dadas as orientações em consultas individuais. Com relação aos hipertensos, foi disponibilizado orientação à 67 (100%), 126 (100%) e 194 (100%) pacientes

respectivamente nos três meses de intervenção. Já em relação aos diabéticos, no primeiro mês receberam orientação sobre alimentação saudável 9 pacientes (100%), no segundo mês 17 (100%), no terceiro mês 27 pacientes (100%).

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

Indicador 6.3 – Proporção de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Indicador 6.4- Proporção de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

A orientação sobre a prática regular de atividade física, foi feita com todos os hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS, nos três meses de intervenção. Para os hipertensos, conseguimos orientar, no primeiro mês, 67 pacientes (100%) , no segundo mês 126 (100%), no terceiro mês 194 pacientes (100%). Com relação aos diabéticos, durante o primeiro mês receberam orientação sobre a prática regular de atividade física 9 pacientes (100%), no segundo mês 17 (100%), e no terceiro mês 27 pacientes (100%).

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

Indicador 6.5 - Proporção de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo e alcoolismo

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

Indicador 6.6 - Proporção de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo e alcoolismo

O número de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo e alcoolismo, no primeiro mês de intervenção, foram 67 pacientes (100%), no segundo mês 126 (100%), e no terceiro mês 194 pacientes (100%). Para os diabéticos, tivemos no primeiro mês 9 pacientes (100%), que receberam

orientação sobre os riscos do tabagismo e alcoolismo, no segundo mês foram orientados 17 pacientes (100%), e no terceiro mês 27 pacientes (100%).

A meta foi alcançada, em função da programação feita pelo cronograma e devido às atividades em grupo feitas mensalmente em parceria com a psicóloga, onde foram disponibilizadas conversas e palestras sobre o papel do tabagismo e do alcoolismo, assim como fatores de riscos modificáveis que influem na aparição de doenças cardiovasculares e a importância de abandonar os vícios.

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

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

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

Indicador 6.8 - Proporção de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

No primeiro mês de intervenção, 67 pacientes (100%), receberam orientação sobre higiene bucal, no segundo mês, 126 pacientes (100%), e no terceiro mês 194 pacientes receberam a orientação (100%). Com relação aos diabéticos no primeiro mês receberam orientação sobre higiene bucal 9 pacientes (100%), no segundo mês 17 (100%), e no terceiro mês 27 (100%). A meta foi alcançada, em função da programação feita pelo cronograma, e devido às atividades grupais e individuais realizadas mensalmente, além disso, as parcerias com o dentista foi essencial para fazermos ênfase na importância de uma boa higiene bucal e na revisão periódica da cavidade bucal para a prevenção precoce do câncer bucal.

4.2 Discussão

Com a intervenção, conseguimos a ampliação da cobertura da atenção aos pacientes hipertensos e diabéticos, melhorando a qualidade da atenção aos mesmos, com todos os parâmetros estabelecidos, como um adequado interrogatório, exame físico, avaliação do risco cardiovascular, avaliação odontológica e orientação adequada de saúde. Também melhoramos o registro

de informações, já que os pacientes foram registrados no livro de atendimento onde se controla sua assistência e aspectos da sua saúde.

Para a equipe, foi muito proveitosa a capacitação dos critérios para fazer o diagnóstico da HAS e DM, de conhecer a fundo cada patologia e o seguimento dos mesmos, conhecendo os sintomas e sinais mais frequentes de descompensação e complicações destas doenças, assim como o risco cardiovascular, classificação e interpretação, para podermos passar para os pacientes as principais orientações tanto de tipo não medicamentosa como medicamentosa.

Durante as ações aconteceram uma série de dificuldades de cunha da gestão, as tiveram que enfrentar, como a falta do glicômetro, o qual houve reposição, também quando acontecia a demora do recebimento dos resultados dos exames complementares, pois em Marcolândia só temos laboratórios privados que liberam 5 exames para fazer pelo SUS. Só contávamos com 10 fichas diárias para fazer estes exames, porém conversando com a secretaria de saúde, conseguimos a liberação de mais exames, sendo que em todo o momento contamos com o apoio no fornecimento de recursos materiais para que a intervenção fosse feita, como o fornecimento de folhas para fazer a ficha espelhos, de mais estesiômetros, para aferir a pressão arterial assim como a liberação de uma maior quantidade de faixas e fitas para fazer glicemias.

Embora durante as 12 semanas da intervenção, nosso tempo de atendimento a estes pacientes ampliou-se, e nossa equipe aprendeu como dar prioridade a estes pacientes de acordo com o risco cardiovascular e complicações que eles apresentam.

Para a comunidade a intervenção significa uma mudança em relação ao atendimento destas doenças pela melhora da qualidade de atenção já que se acrescentou a integralidade da mesma, se implementou o atendimento odontológico, o risco cardiovascular, as atividades em grupo, assim como um seguimento mais regular destes pacientes.

Para poder melhorar a intervenção, nossa equipe poderia fazer um maior trabalho de conscientização com a população com a finalidade de aumentar a cobertura e conseguir uma maior participação do restante da população. Ao incorporar a intervenção rotina do serviço, seria importante o agendamento das consultas com mais tempo de antecedência a fim de conseguir uma melhor assistência dos pacientes às consultas, assim como melhorar a articulação

com outros membros da equipe de saúde como dentista e ACS, para conseguir uma melhor atenção a estes pacientes.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados gestores,

Com o objetivo de melhorar o acesso ao atendimento médico e pela falta de profissionais médicos em muitas regiões do Brasil, foi criado o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMM) em julho do ano 2013. Desta maneira chegamos ao Brasil eu e muitos médicos com a missão de ampliar e melhorar a saúde da população através do atendimento aos usuários do SUS. Uma das exigências do programa é a realização de um curso de especialização em saúde da família oferecida pela UFPEL, o qual orientou uma análise da UBS que possibilitou a realização de um projeto de intervenção com foco na saúde de hipertensos e diabéticos.

Foi realizada uma intervenção direcionada a qualificar a atenção às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Centro- USF de Marcolândia, Piauí. A intervenção teve duração 12 semanas e foram desenvolvendo ações na unidade com vistas ao monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

Durante as ações aconteceram uma série de dificuldades de cunha da gestão, as tiveram que enfrentar, como a falta do glicômetro, o qual houve reposição, também quando acontecia a demora do recebimento dos resultados dos exames complementares, pois em Marcolândia só temos laboratórios privados que liberam 5 exames para fazer pelo SUS. Só contávamos com 10 fichas diárias para fazer estes exames, porém conversando com a secretaria de saúde, conseguimos a liberação de mais exames, sendo que em todo o momento contamos com o apoio no fornecimento de recursos materiais para que a intervenção fosse feita, como o fornecimento de folhas para fazer a ficha espelhos, de mais

estesiômetros, para aferir a pressão arterial assim como a liberação de uma maior quantidade de faixas e fitas para fazer glicemias.

Houve também uma contribuição a gestão na divulgação e propaganda do projeto de intervenção, através da rádio e reuniões, o que significou um fortalecimento na atenção deste grupo em especial, já que foi um salto em quantidade e qualidade na atenção destes usuários, aumentando a frequência das consultas dos pacientes, pois a UBS ficou aberta o tempo todo para a atenção dos mesmos, desde segunda até quinta feira, no período da manhã e da tarde, também estabeleceu-se consultas a estes pacientes a cada três meses, acrescentou-se a qualidade das consultas, ao elevar o nível do interrogatório e exame físico e ao colocar-lhes no tratamento de acordo com as características de suas doenças, idade, raça e outras doenças acompanhadas.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezada comunidade atendida pela USF de Marcolândia, Piauí.

Foi realizada uma intervenção no nosso serviço, para melhorar a atenção às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus atendidas na UBS Centro- USF de Marcolândia, Piauí.

Com a intervenção, a comunidade ganhou numa melhoria da atenção deste grupo especial de Hipertensos e Diabéticos, tanto na quantidade como na qualidade da atenção nas consultas. A melhora da quantidade deveu-se pela UBS estar aberta para a atenção destes pacientes de segunda à quinta feira em horário aberto no período da manhã e tarde, fazendo-se ênfase na inclusão dos pacientes que precisassem de uma atenção especial de acordo á avaliação de risco cardiovascular e complicações. Em relação à qualidade, as consultas estabelecerem-se com uma continuidade e frequência a cada três meses, melhorando a qualidade das mesmas, em relação ao interrogatório e exame físico, procuramos sempre os sintomas de descompensação e complicações de suas doenças, também foram indicados exames complementares, assim como estabeleceu-se o risco cardiovascular anual, além disso abriu-se muito mais a busca ativa dos casos novos através da visita domiciliar, também estabeleceu-se o tratamento medicamentoso que cada paciente deveria levar de acordo com as características de suas doenças, idade, raça, outras doenças acompanhadas.

Foi enfatizado cada paciente acompanhado, focando nos tratamentos medicamentosos e não medicamentoso, com orientações sobre suas doenças através das atividades grupais que são feitas com frequência mensal. Em resumo, para a comunidade a intervenção significou uma mudança em relação ao atendimento destas doenças pelo melhora da qualidade de atenção já que se

acrescentou a integralidade da mesma, implementou-se o atendimento odontológico, o risco cardiovascular, as atividades em grupo, assim como um seguimento mais regular destes pacientes, melhorando a qualidade de vida dos envolvidos.

Atualmente nós incorporamos a intervenção à rotina do serviço fazendo as consultas de hipertensos e/ou diabéticos a cada três meses, fazendo a avaliação do risco cardiovascular e revisão odontológica uma vez ao ano, e as atividades grupais uma vez ao mês e a comunidade nos apoia muito, não costuma faltar as consultas quando as mesma são agendadas, assim como seguem todas as orientações e indicações feitas pelos profissionais, também durante as atividades grupais nos apoia, tendo-se uma participação ativa dos pacientes, sempre discutindo como é a convivência com sua patologia. Esperamos que esse apoios continue.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Considero positivo o desenvolvimento de meu trabalho durante o curso, tanto nos preparativos do mesmo, ou seja, na etapa de análise situacional colocando as características de minha UBS, tanto em relação à sua estrutura física como pessoal de trabalho, destacando as dificuldades e pontos positivos que apresentam a mesma, além de conhecer as características demográficas que apresentam os grupos especiais de nossa população.

A etapa da intervenção, foi a etapa que considero como fundamental do curso. Conseguimos aumentar o horário para cobertura desse grupo de hipertensos e diabéticos, sendo que a UBS fica com o horário aberto de segunda à quinta, no período da manhã e tarde, fazendo as consultas direitas, assim como as visitas domiciliares, as quais fundamentalmente se faz a busca ativa de casos novos e também são realizadas atividades grupais.

Posso dizer que de forma geral, consegui cumprir com todas as minhas expectativas, embora tivessem algumas intercorrências com relação ao recebimento dos resultados dos exames complementares, que demorou um pouquinho, atrasando o desenvolvimento da intervenção, porém o curso, para mim, foi muito educativo, já que mediante ele conheci os protocolos de atendimentos dos grupos especiais aqui em Brasil, eixos e aspectos mais importantes que afetam o grupo de hipertensos e diabéticos, conheci também muitas das características, costumes e hábitos da população, assim como achei muito interessante os casos clínicos e estudo da prática clínica do curso onde fiz uma revisão bibliográfica dos protocolos de atendimento dos grupos especiais do Brasil assim como das principais doenças onde eu tinha mais dificuldade no seguimento das mesmas assim como também os fóruns onde eu tive um intercâmbio muito importante com meus colegas sobre nossas experiências.

Referências

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p. b

Apêndices

Apêndice A – Fotos da Intervenção



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^a
Pro^a 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

	A	B	C	D	E	F	G	H
1	Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1							
2	Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
4		1						
5		2						
6		3						
7		4						
8		5						

	A	B	C	M	N	O	P	Q
1	Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês							
2	Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
4		1						
5		2						
6		3						
7		4						
8		5						

Anexo C- Ficha espelho

FICHA ESPELHO PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Departamento de
Medicina Social



UFPEL

Data do ingresso no programa __/__/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: __/__/____
 Endereço: _____ Telefones de contato: _____/_____
 Necessita de cuidador? () Sim () Não Nome do cuidador _____
 Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Há quanto tempo tem: HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____
 Foi realizada avaliação da necessidade de tratamento odontológico? () Sim () Não Data da primeira consulta odontológica __/__/____ Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm

MEDIÇÕES DE USO CONTÍNUO									
DATA									
POSOLOGIA									
Hidroclorotiazida 25 mg									
Captopril 25 mg									
Enalapril 5mg									
Enalapril 10 mg									
Losartan 50 mg									
Propranolol 40									
Atenolol 25 mg									
Atenolol 50 mg									
Anlodipina 5 mg									
Anlodipina 10 mg									
Metformina 500 mg									
Metformina 850 mg									
Glibenclâmida 5 mg									
Insulina NPH									
Insulina regular									

FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS									
DATA									
Glicemia de Jejum									
HGT									
Hemoglobina glicosilada									
Coolesterol total									
HDL									
LDL									
Triglicerídeos									
Creatinina Sérica									
Potássio sérico									
Triglicerídeos									
EQU									
Infecção urinária									
Proteinúria									
Corpos cetônicos									
Sedimento									
Microalbuminúria									
Proteinúria de 24h									
TSH									

FICHA ESPELHO PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Departamento de
Medicina Social



UFPEL

Data	Profissional que atendeu	Pressão arterial (mmHg)	Peso (kg)	IMC (kg/m ²)	ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO		Exame dos pés (normal ou alterado)
					Framingham (Baixo/Moderado/Alto)	Lesões órgão alvo (descrever)	

Exame físico (normal ou alterado)	Orientação nutricional	Orientação sobre atividade física	Orientação sobre tabagismo	Orientação sobre higiene bucal	Data da próxima consulta

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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