

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 9**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus na UBS Éilson Damasceno Lopes, Modulo I, Sena
Madureira/AC**

Alfredo Acosta Leyva

Pelotas, 2016

Alfredo Acosta Leyva

Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Élson Damasceno Lopes, Sena Madureira/AC

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

Orientador: Guilherme Barbosa Shimocomaqui

Pelotas, 2016

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

L685m Leyva, Alfredo Acosta

Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Élson Damasceno Lopes, Sena Madureira/AC / Alfredo Acosta Leyva; Guilherme Barbosa Shimocomaqui, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

82 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1. Saúde da Família 2. Atenção Primária à Saúde 3. Doença Crônica 4. Diabetes Mellitus 5. Hipertensão I. Shimocomaqui, Guilherme Barbosa, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

*Dedico este trabalho aos meus pais e a
minha filha .*

Agradecimentos

Primeiro o meu Deus Todo-poderoso por esta linda e humanitária profissão

Aos meus pais pela minha existência e ajuda em todo momento.

A minha filha por meu maior tesouro, por ser a razão de meus esforços em cumprir as minhas metas.

A minha Irma por estar sempre ao meu lado e me apoiar em tudo.

A meu orientador pelo seu apoio e dedicação no meu desempenho na realização deste trabalho.

Aos Gestores do Município Sena Madureira/AC.

À equipe, comunidade e aos usuários da UBS Éilson Damasceno Lopes
Modulo I.

Obrigado de todo coração.

Resumo

LEYVA, Alfredo Acosta. **Melhoria da atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Élson Damasceno Lopes, Sena Madureira/AC.** 2016. 71f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

Realizou-se uma intervenção com o objetivo de melhorar a cobertura e a qualidade da atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e/ou diabetes mellitus (DM) na UBS Élson Damasceno Lopes, Sena Madureira/AC. Participaram desse trabalho pessoas com HAS e/ou DM com 20 anos ou mais residentes na nossa área de abrangência. Com o intuito de atingir as metas e os objetivos estabelecidos, foram desenvolvidas ações nos seguintes eixos: organização e gestão do serviço; monitoramento e avaliação; engajamento público e qualificação da prática clínica. Para a coleta de dados foi utilizado as fichas espelho e a planilha de coleta de dados disponibilizadas pela UFPel. Após três meses de envolvimento da intervenção, os indicadores de cobertura alcançados foram 100% para as pessoas com HAS e/ou DM. Além disso, foram atingidos 100% nos indicadores de qualidade, tais como, melhoria da adesão dos usuários com HAS, exame dos pés das pessoas com DM bem como as ações de promoção de saúde. Além disso, trabalhamos com os usuários para garantir um controle adequado de sua doença crônica, obtendo boa adesão ao tratamento por parte dos usuários, a qualidade da atenção à saúde desta população, já que teve uma melhora na estratificação de risco em 100% das pessoas com HAS, mas ainda têm dificuldades em seu controle. Observamos hábitos e estilos de vida negativos na comunidade que incidem diretamente sobre o controle da HAS e/ou DM na área de saúde. A intervenção teve um bom impacto na comunidade, pois além de melhorar os atendimentos para a ação programática, não foi afetado os demais atendimentos por outras condições na unidade básica de saúde e aumentou a conscientização e o engajamento dos usuários com o programa e todos eles ficarem esclarecidos sobre a importância da realização dos exames laboratoriais para estratificação de risco de doenças cardiovascular, a importância da realização do exame do pé nos usuários com DM e da periodicidade dos mesmos. Nós enfatizamos o fortalecimento da promoção e prevenção na luta para evitar os fatores de risco e promover a saúde, por meio de ações de educação em saúde, principalmente. Foi importante para nosso serviço o trabalho de forma integrada, pois facilitou um melhor fluxo dos usuários para nossa ação programática, um melhor controle e registro das informações, maior organização do trabalho através do agendamento prévio dos usuários. A importância para a ESF foi muito grande pois propiciou um trabalho mais integrado de todos seus membros e uma melhor organização do trabalho, alcançando uma melhoria dos indicadores, melhoria da qualidade do atendimento dos usuários com HAS e/ou DM na UBS Élson Damasceno Lopes.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico Indicativo da Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica. UBS Élson Damasceno Lopes Modulo I, Sena Madureira/AC, 2016. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados.	50
Figura 2	Gráfico Indicativo da Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus. UBS Élson Damasceno Lopes Modulo I, Sena Madureira/AC, 2016. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados.	50
Figura 3	Gráfico Indicativo da Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. UBS Élson Damasceno Lopes Modulo I, Sena Madureira/AC, 2016. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados.	51
Figura 4	Gráfico Indicativo da Proporção de pessoas com diabetes com o exame clinica em dia de acordo com o protocolo. UBS Élson Damasceno Lopes Modulo I, Sena Madureira/AC, 2016. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados.	52
Figura 5	Gráfico Indicativo da Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS Élson Damasceno Lopes Modulo I, Sena Madureira/AC, 2016. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados.	53
Figura 6	Gráfico Indicativo da Proporção de pessoas com diabetes com o exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS Élson Damasceno Lopes Modulo I, Sena Madureira/AC, 2016. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados.	53
Figura 7	Gráfico Indicativo da Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. UBS Élson Damasceno Lopes Modulo I, Sena Madureira/AC, 2016. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados.	54
Figura 8	Gráfico Indicativo da Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. UBS Élson Damasceno Lopes Modulo I, Sena Madureira/AC, 2016. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados.	55
Figura 9	Gráfico Indicativo da Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. UBS Élson Damasceno Lopes Modulo I, Sena Madureira/AC, 2016. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados.	56
Figura 10	Gráfico Indicativo da Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. UBS Élson Damasceno Lopes Modulo I, Sena Madureira/AC, 2016. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados.	56
Figura 11	Gráfico Indicativo da Proporção de pessoas com hipertensão faltosa às consultas com busca ativa. UBS Élson Damasceno Lopes Modulo I, Sena Madureira/AC, 2016. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados.	57
Figura 12	Gráfico Indicativo da Proporção de pessoas com Diabetes faltosos às consultas com busca ativa. UBS Élson Damasceno	58

	Lopes Modulo I, Sena Madureira/AC, 2016. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados	
Figura 13	Gráfico Indicativo da Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento. UBS Élson Damasceno Lopes Modulo I, Sena Madureira/AC, 2016. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados.	59
Figura 14	Gráfico Indicativo da Proporção de pessoas com Diabetes registro adequadas na ficha de acompanhamento. UBS Élson Damasceno Lopes Modulo I, Sena Madureira/AC, 2016. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados.	59
Figura 15	Gráfico Indicativo da proporção de pessoas com Hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico. UBS Élson Damasceno Lopes Modulo I, Sena Madureira/AC, 2016. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados.	61
Figura 16	Gráfico Indicativo da Proporção de pessoas com Diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico. UBS Élson Damasceno Lopes Modulo I, Sena Madureira/AC, 2016. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados.	61
Figura 17	Gráfico Indicativo da Proporção de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre o risco do tabagismo. UBS Élson Damasceno Lopes Modulo I, Sena Madureira/AC, 2016. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados.	63
Figura 18	Gráfico Indicativo da Proporção de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal. UBS Élson Damasceno Lopes Modulo I, Sena Madureira/AC, 2016. Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados.	65

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

AC	Acre
ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
CAB	Caderno de Atenção Básica
CEO	Centro de Especialidade Odontológico
DOE	Diálogo Orientador Especializando
DSTs	Doenças sexualmente transmissíveis
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

Apresentação	10
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	21
2 Análise Estratégica	22
2.1 Justificativa	22
2.2 Objetivos e metas	25
2.2.1 Objetivo geral	25
2.2.2 Objetivos específicos e metas	25
2.3 Metodologia	27
2.3.1 Detalhamento das ações	28
2.3.2 Indicadores	33
2.3.3 Logística	39
2.3.4 Cronograma.....	42
3 Relatório da Intervenção.....	43
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	43
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	46
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	46
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	46
4 Avaliação da intervenção.....	47
4.1 Resultados.....	47
4.2 Discussão	64
5 Relatório da intervenção para gestores	68
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	71
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	73
Referências	76
Apêndices.....	Erro! Indicador não definido.
Anexos	77

Apresentação

O presente trabalho é uma intervenção com o objetivo de Melhorar a atenção á saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, na UBS Élson Damasceno Lopes Modulo I em Sena Madureira/AC. O volume está organizado em sete sessões, seguindo uma sequência lógica a partir da análise situacional na qual foram identificados os problemas, continuando com uma análise estratégica que aborda a justificativa, o estabelecimento dos objetivos, as metas, a metodologia utilizada e os detalhes das ações desenvolvidas. Na continuidade registram-se os indicadores avaliados, a logística e o cronograma que serviu de guia para o trabalho durante as 12 semanas da intervenção. O Trabalho continua com um relatório sobre como foi desenvolvida a intervenção de acordo com as ações previstas, os aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados, refletindo se foi o não viável a incorporação das ações à rotina diária do serviço. Posteriormente segue a avaliação da intervenção com a análise dos resultados e a discussão apontando a importância da mesma para a equipe de saúde, para o serviço e comunidade. Apresentam-se ainda os relatórios da intervenção para os gestores e comunidade e, uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. No final do volume encontram-se os referenciais e anexos utilizados.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Minha unidade básica de saúde (UBS) é denominada Élson Damasceno Lopes, onde trabalho desde minha chegada ao Brasil, em outubro de 2013. A UBS está situada na Avenida Avelino Chaves, no centro da cidade do município Sena Madureira, Acre.

Realizo assistência médica às comunidades rurais do município. Os usuários dessas comunidades moram nas áreas remotas da floresta amazônica e só pode vir pelo rio. Muitos deles têm que fazer uma viagem longa e desconfortável (1-7 dias) em barcos pequenos, outros só podem acudir pelos ramais no corto verão, quando as condições os permitem. É uma população muito diversificada, com estilos e modos de vida diferentes, entre os quais tem comunidades indígenas, seringueiros, pescadores, ribeirinhos e colonos. Geralmente eles são pessoas muito humildes e de baixo nível escolar, pessoas que merecem o melhor de todos nós.

A UBS é grande e está dividida em dois módulos de trabalho. Eu sou o médico do módulo 1 e nossa equipe está composta por seis agentes comunitários de saúde (ACS), um dentista, um auxiliar de saúde bucal, uma enfermeira, três técnicos de enfermagem, uma bioquímica, dois técnicos em farmácia, quatro pessoal de serviços gerais, uma coordenadora da UBS, brindando atenção a uma população de 2.463 pacientes, sendo que 217 são hipertensos, 64 diabéticos, 15 asmáticos, 53 com osteoartrose, 14 cardiopatas e 27 gestantes.

As primeiras causas de consulta dentro das doenças crônicas não transmissíveis são hipertensão arterial, diabetes mellitus, e dentro das doenças transmissíveis mais frequentes em minha comunidade são as doenças respiratórias, diarreias, parasitismo e temos um número elevado de leishmanioses. Esta última doença apresenta uma frequência muito alta, devido à localização das comunidades na área rural do município.

Com uma estrutura nova, com apenas um ano de reconstrução, a UBS Élson Damasceno Lopes tem: uma sala de espera para os usuários com cadeiras (bancos) confortáveis, um bebedor de água potável, dois banheiros para as mulheres e dois para os homens, uma recepção, uma sala para curativos e outros procedimentos de enfermagem, uma sala de pré-consultas, uma sala de vacina, uma sala de esterilização, dois consultórios médicos, dois consultórios odontológicos, duas salas de enfermagem, uma sala para atendimento dos pacientes com hanseníases, uma sala para medicação de pacientes com leishmaniose, uma farmácia, uma copa, um almoxarifado, uma sala de serviços. Além disso, a UBS também foi construída para um melhor desenvolvimento das pessoas com incapacidade, e, portanto apresenta melhor acessibilidade.

A minha UBS foi redesenhada e equipada para melhorar a atenção a essas comunidades. Ela tem pessoal adequado para proporcionar a excelência no cuidados da saúde de nossa população.

A UBS está completa e é muito funcional para realizar o trabalho. Nossa equipe está sempre abertas para perceber as peculiaridades de cada situação de saúde que se apresenta, buscando ajudar a aliviar o sofrimento, melhorar e prolongar a vida, evitar ou reduzir danos, melhorar as condições de vida, favorecer a criação de vínculos positivos, diminuir o isolamento e abandono.

Além disso, eu acho que nosso trabalho tem que estar de acordo com as necessidades dessas comunidades, ter sempre presente que o acesso com equidade deve ser uma preocupação constante da equipe de trabalho, a cada um de acordo com a suas necessidades, evitando injustiça com os pacientes, além de fazer o atendimento dos grupos priorizados. Nossa equipe realiza atendimento espontâneo aos usuários que procuram assistência médica na UBS.

Também fazemos palestras educativas aos nossos usuários na UBS, comunidades, escolas e outras áreas, sobre doenças transmissíveis (dengue, doenças de transmissão digestiva e respiratórias, doenças sexualmente

transmissíveis, sobre a importância do consumo de água potável e outras). Para isso, contamos com a ajuda do conselho local de saúde organizada nas comunidades. Nossos ACS moram nas comunidades, mantém um forte vínculo com nossa população, assim posso conhecer de perto as doenças e as particularidades de nossos pacientes. Assim, a comunidade participa ativamente e são protagonistas nas ações de promoção e prevenção de saúde.

Nosso trabalho é planejado e organizado em reuniões coletivas da equipe, mantendo uma boa integração da equipe durante o desenvolvimento das atividades programadas. Temos como objetivo geral da equipe manter uma ótima relação com nossas comunidades e com todos os trabalhadores da UBS, onde o respeito mútuo é a premissa fundamental para lograr os objetivos planejados e assim brindar a nossas comunidades uma atenção de saúde com excelência, e assim melhorar as condições de vida de nossa população.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município Sena Madureira é o terceiro município em importância econômica e população do estado do Acre, com uma população de aproximadamente 40.000 habitantes. Há 11 UBS tradicionais em funcionamento na cidade e quatro UBS em construção na zona rurais quase prontas para funcionar, um NASF, temos disponibilidade de atenção especializada: ortopedia e infectologia. Para se atender em outra especialidade os pacientes tem que se deslocar para Rio Branco, capital estadual. Nós temos um hospital municipal, a disponibilidade de exames complementares não cobre a demanda da população, já que todas as UBS e o hospital municipal realizam seus exames neste laboratório.

A UBS Élson Damasceno Lopes tem o modelo de atenção ESF, com três ESF, reformada completamente faz já um ano para oferecer um melhor atendimento às comunidades ribeirinhas e rurais do município. A prefeitura em parceria com o governo estadual e federal tomou a decisão de redesenhar, melhorar, reconstruir a UBS e fazer dela uma unidade mais resolutiva, melhorando a qualidade da atenção prestada a nossa população. Assim, desta maneira poder contribuir de forma muito efetiva para o fortalecimento da atenção básica no seu papel protagonista,

impactando positivamente na vida de nossas comunidades e cumprir com os objetivos e princípios do SUS e melhorar a qualidade de vida de nossa população.

Nossa UBS é grande e está dividida agora em três módulos de trabalho. Eu sou o médico do módulo 1, nossa equipe é composta por seis ACS, um dentista, um auxiliar de saúde bucal, uma enfermeira, três técnicos de enfermagem, uma bioquímica, dois técnicos em farmácia, quatro profissionais de serviços gerais, uma coordenadora da UBS, brindando atenção a uma população de 2.463 usuários. Não temos vínculo com as instituições de ensino.

É importante destacar a falta de cadeira de rodas em nossa UBS, já identificada pela equipe de trabalho, mas ainda não temos solução para este problema. Temos também dificuldades com o abastecimento dos medicamentos que não é regular, medicamentos de primeira ordem para o tratamento de doenças crônicas não transmissíveis como, por exemplo, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), duas das doenças mais comuns na nossa consulta.

Outra dificuldade encontrada na estrutura da UBS é a falta de local para o armazenamento adequado do lixo, tanto o lixo comum como o biológico, em detrimento da situação higiênico epidemiológica do entorno da UBS.

As problemáticas sinalizadas já foram discutidas no seio da UBS e é informada como umas das questões a resolver de maneira imediata pela equipe de gestores da Secretaria Municipal de Saúde em parceria com a Prefeitura. Cabe lembrar que fiz o relato sobre essas dificuldades também a uma equipe de supervisão do Projeto Mais Médico da coordenação estadual.

Minha área de abrangência tem uma população de aproximadamente 2.463 pessoas. Estas apresentam muitos costumes nocivos à saúde como não tratar água de consumo, elevado consumo de sal, hábito de fumar, consumo excessivo de álcool e café, em menor número usa de drogas. Considerando esse contexto, aqui desempenha um importante papel de todos os membros da equipe de trabalho, visando orientar nossos usuários por meio de palestras e visitas às comunidades, de maneira acertada buscamos dialogar com o intuito de mudarmos esses costumes para melhorar a saúde das comunidades.

Acho que ainda temos muito para trabalhar visando o desenvolvimento e aprimoramento das ações em saúde. A nossa população é muito prejudicada devido à localização de muitos residentes em zonas distantes na floresta amazônica. A

população da nossa área tem muitas dificuldades para acessar nossos serviços de saúde.

As condições em muitas casas são precárias, a escolaridade é muito baixa, a maioria das pessoas adulta e jovens não sabem ler ou escrever, tem situações econômicas desfavorável com baixa renda e a situação climatológica do entorno desfavorece. No inverno chove muito e há alagamentos, enquanto o verão é muito seco.

O trabalho realizado pela secretaria de saúde em parceria com o conselho municipal de saúde e a prefeitura, em atividades comunitárias involucrando a toda a ESF, chega a cada uma das comunidades. Mas ainda falta muito trabalho para satisfazer as demandas dessa população.

Outras ações são tomadas quando os usuários chegam na UBS com um ótimo acolhimento e tratando que todas as necessidades de saúde de cada um dos deles sejam atendidas por cada integrante da equipe.

O quadro abaixo apresenta a distribuição de nossa população por grupo etário.

Mulher em idade fértil	(10 e 49 Anos)	746
Mulher entre	(25 e 69 Anos)	473
Mulher entre (50 e 69 Anos)		93
Gestantes		25
Menores de 1 ano		31
Crianças menores de 5 anos		103
Pessoas entre	(5 e 14 Anos)	534
Pessoas entre	(15 e 59 Anos)	1641
Pessoa entre de 60 ou mais Anos		185
Hipertensos		271
Diabéticos		83

Fonte: Caderno de Ações Programáticas.

De certa maneira, desenvolvemos a habilidade de fazer um rastreamento organizado para evitar atrasos e perdas de seguimento de nossos usuários, considerando a distribuição geográfica de nossa área de abrangência, localizada em

zonas remotas da geografia Amazônica e que só acedem a consultas a cada 2 ou 3 meses e muitas delas ainda só podem vir uma vez por ano.

Em relação a demanda espontânea, posso falar que a mesma é feita de maneira dinâmica, com a participação de todos os trabalhadores da UBS, segundo as recomendações do SUS. Valorizamos a satisfação dos nossos usuários, respeitamos e levamos em consideração a premissa fundamental que é acolher a todos independentemente da classe social, diferenças culturais, raças, religião, ou seja, onde todos tenham os mesmos direitos e sejam tratados da mesma forma pela nossa equipe. Nós buscamos estimular e construir a autonomia dos usuários, e melhorar as condições de vida e favorecer a criação de vínculos positivos com as comunidades.

Além disso, realizamos ações de promoção a saúde e prevenção de doenças. Tudo isso é possível com uma boa escuta dos problemas de cada usuário e a avaliação de cada um deles, logo se estabelecem as prioridades de atendimento, segundo o problema de saúde de cada um, determinando o tipo de atendimento que tem que ser feito com eles. Nós fazemos uso adequado dos protocolos de atenção para cada fim, além disso, acho que não temos excesso de demanda espontânea na UBS.

São muitas as dificuldades que enfrentamos na atenção à saúde da criança, devido à situação geográfica onde estão localizadas nossas comunidades, distribuídas na zona rural da floresta amazônica e com a via fluvial como principal via de acesso à UBS.

A principal ação que desenvolvemos para essa ação programática é a palestra. Aproveitamos a presença das mães e das crianças na UBS para educar a nossa população toda em relação aos hábitos alimentícios saudáveis, a importância de filtrar ou ferver a água para evitar parasitismos e outras doenças transmissíveis. Além disso, orientamos acerca da importância do aleitamento nos primeiros seis meses de nascido e da redução do consumo de sal na dieta.

De maneira geral, todos os profissionais da equipe participam na educação da população. É muito importante destacar que não temos protocolos para o seguimento das crianças, contamos com um registro de vacinação bem atualizado e os prontuários clínico de cada usuário. Não fazemos monitoramento e avaliação das ações, sem dúvida é este um objetivo a vencer no nosso trabalho.

Nossa unidade apresenta o cadastrado de 31 crianças menores de um ano que residem na nossa área de abrangência. No entanto, apenas 28 delas são acompanhadas na unidade de saúde, o que leva à uma cobertura de 90%, segundo o caderno de ações programáticas.

Dessas 28 crianças, 82% (23) apresentam consultas em dia, de acordo com o protocolo do MS, 68% (19) estão com atraso na consulta agendada em mais de sete dias, 82% (23) fizeram o teste do pezinho até sete dias, tiveram a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida e realizaram a triagem auditiva. Além disso, 100% (28) são monitoradas em relação ao crescimento na última consulta e do desenvolvimento, vacinas em dias, avaliação da saúde bucal, orientação para aleitamento materno exclusivo e orientação para prevenção de acidentes.

Para melhorar esses dados, acreditamos na importância de realizar uma conversa com a mãe e explicar a relevância das consultas para o bem-estar e desenvolvimento futuro de seu bebê. As mães até compreendem nossas preocupações, mas é importante para nós conhecermos as dificuldades que elas vivem no dia a dia, onde tem que enfrentar a desconfortável viagem de longas horas em barcos e ainda com uma criança no colo, além disso, nosso trabalho é aproveitado em 100% no momento que elas estão na UBS. A equipe faz todas as ações de saúde com as crianças e a mãe.

Em relação ao pré-natal e puerpério, são desenvolvidas ações de educação permanente com as gestantes e puérperas, tanto em palestras na UBS e nas comunidades e de maneira individual com cada paciente no momento das consultas e na visita domiciliar. Nós também orientamos de maneira permanente as usuárias sobre a importância do uso da camisinha, alimentação saudável, a importância de tomar sulfato ferroso toda a gestação para evitar anemias. O seguimento destas usuárias é protocolizado e registrado pela enfermeira da equipe e as ACS, com monitoramento dos profissionais da equipe.

Segundo os dados do caderno de ações programáticas, nossa equipe tem 25 gestantes registradas e acompanhadas na UBS, sendo que 52% (13) delas tem o pré-natal iniciado no primeiro trimestre da gestação, apresentam consultas em dia de acordo com o calendário do MS. Além disso, 96% (24) tem feita a solicitação na primeira consulta dos exames laboratoriais, 72% (18) delas receberam vacinação

antitetânica, segundo protocolo do MS, 64% (16) receberam vacinas contra a Hepatite B, conforme protocolo.

Já em relação às puérperas, dos 31 partos cadastrados nos últimos 12 meses, 28 é o número de mulheres que fizeram consultas de puerpério nos últimos 12 meses. Delas, 71% (20) consultaram antes dos 42 dias de pós-parto, tiveram a sua consulta puerperal registrada e receberam orientações sobre os cuidados do recém-nascido. Além disso, 100% (28) receberam orientações sobre aleitamento exclusivo e sobre planejamento familiar.

Após atuar nessa UBS há mais de 18 meses, posso assegurar que o programa de prevenção ao câncer de colo de útero é um dos programas que apresentamos melhor organização.

A enfermeira e os demais profissionais da equipe apresentam um ótimo controle das mulheres nas idades compreendidas entre 25 e 64 anos, sendo este o grupo de risco para desenvolver um câncer de colo de útero. Há nos nossos registros 473 mulheres nessa faixa etária, delas 427 são residentes na área de abrangência e acompanhadas na UBS, sendo a cobertura de 90%.

Dessas 427, 93% (398) apresentam o exame em dia, 9,6% (41) apresentam exame citopatológico com atraso em mais de seis meses, 1,1% (5) apresentam o exame citopatológico alterado.

Todo o trabalho feito nesta importante tarefa de prevenção do câncer de colo de útero, utiliza-se um protocolo, cada uma da enfermeira da UBS tem um registro específico de controle, realizamos periodicamente ações de monitoramento regular do programa e das ações.

Acredito, sem dúvida alguma, que nossa UBS é um centro de referência no município para o controle do câncer de colo de útero, sendo que aproximadamente mais de 20% de mulheres de outras UBS procuram nosso serviço.

O programa de prevenção de câncer de mama, além de não estar na mesma medida em organização que o programa de prevenção do câncer de colo de útero, é sem dúvida outro de nosso melhor programa, considerando a organização e pelas habilidades desenvolvidas pela equipe para seu seguimento.

Temos 93 mulheres entre 50 – 69 anos, delas, 82 residentes na área e acompanhada na UBS para prevenção de câncer de mama (88%), 76 mulheres tem mamografia em dia (93%), 6 delas tem mamografia com atraso em mais de três

messes, 82 delas tem avaliação de risco para câncer de mama e tem orientação sobre prevenção do câncer de mama (100%).

Nós realizamos o rastreamento oportuníssimo e também organizado para evitar atrasos e perdas de seguimento de nossas usuárias. As palestras são desenvolvidas em temas que ajudam a conscientizá-las sobre a importância de se cuidar, prevenir e evitar doenças mais graves.

Para o desenvolvimento do controle do câncer de colo de útero e de mama, utilizamos protocolos na UBS, realizamos ações de monitoramento e toda a equipe está envolvida nas atividades para esse grupo prioritário.

A HAS e a DM são as principais doenças apresentadas pelos nossos usuários que procuram a unidade de saúde. A HAS é sem dúvida a maior incidência na minha consulta.

Dos 271 hipertensos cadastrados com 20 anos ou mais residentes na nossa área, todos são acompanhados pela equipe, totalizando uma cobertura de 100%. Desses, 67% (181) apresentam exames complementares periódico em dia, 62% (169) tem avaliação de saúde bucal em dia.

Além disso, 100% apresentam estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, 255 (68) apresentam um atraso nas consultas agendadas em mais de 7 dias, 100% (271) recebem orientação sobre prática de atividades física e alimentação. Para o seguimento das pessoas com hipertensão, utilizamos o protocolo do MS.

A DM é outra das doenças crônicas não transmissíveis que incide nossa consulta. Dos 83 usuários cadastrados com 20 anos ou mais residentes na área, todos são acompanhados na UBS. Deles, 25% (21) apresentam atraso na consulta agendada em mais de sete dias, 89% (74) apresentam exames complementares periódico em dia, exame físico dos pés nos três últimos meses e 100% (83) receberam orientação sobre a prática de exercícios físico regular e alimentação saudável.

No dia a dia a ESF enfrenta a falta de medicamentos de primeira ordem que impossibilita um melhor resultado da atenção desses usuários, as farmácias das redes públicas ficam com muitas falta de medicamentos de uso específico para hipertensos e diabéticos, assim como para outras doenças.

A UBS Éilson Damasceno Lopes como já falou em outro momento ajusta se às condições geográfica onde ficam nossas comunidades e brinda com amor todo

tipo de atendimento a os idosos, com uma população de idosos com 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS de aproximadamente 185.

Destes, 89% (165) possuem a caderneta de saúde da pessoa idosa e apresentam a avaliação multidimensional rápida, 74% (137) tem acompanhamento em dia, 33% (61) são hipertensos e 15% (28) são diabéticos.

Além disso, 100% (185) são orientados para prática de atividade física regular, sobre hábitos alimentares saudáveis e possuem a avaliação de saúde bucal em dia.

Nós não utilizamos um protocolo na atenção das pessoas idosa, além disso, o trabalho fica organizado para um melhor monitoramento destas ações.

Nosso maior desafio no nosso trabalho é sem dúvida a situação geográfica da comunidade da área de abrangência. Muitas são as dificuldades que enfrentamos no trabalho com nossa população, principalmente devido à situação geográfica onde estão localizadas nossas comunidades, distribuídas na zona rural da floresta Amazônica e com a via fluvial como principal via de acesso à UBS.

Assim, há a necessidade de realizar longas e cansativas viagens pelo rio em barcos pequenos e incômodos. Estes importantes aspectos fizeram mudanças significativa na hora da programação de nosso trabalho na UBS e nas visitas nas comunidades.

Nosso maior recurso é o desejo de fazer o bem sobre todas as coisas, nossa UBS está feita para brindar o melhor de todos nós para brindar uma melhor qualidade de vida a nossas comunidades na área de abrangência da UBS. Tudo isto em parceria com os líderes comunitários e os gestores municipais, ainda que algumas coisas mudassem para melhorar as ações encaminhadas a brindar um maior conforto de nossos pacientes, temo um longo caminho por recorrer e temos certeza absoluto de fazer de nossa equipe, de nossa UBS uma referência no município.

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

Para nós, diferentemente do texto inicial, a construção do relatório de análise situacional favoreceu muito mais a uma melhor análise e compreensão das condições de vida da população, do estilo e modo de vida da comunidade, do conhecimento a respeito do nosso processo de trabalho, entre outras questões.

Por meio do relatório, foi possível identificar as nossas fragilidades, potencialidades e desafios que ainda precisam ser superados, principalmente por meio de estratégias que envolvem ações de educação em saúde, estímulo ao controle e a participação social e uma reflexão crítica a respeito do processo de trabalho da equipe.

Assim, o relatório elaborado possibilita informações que podem ser utilizadas no processo de planejamento, implementação, monitoramento e avaliação do nosso serviço de saúde.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) são responsáveis pela primeira causa de morbimortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS). Considerando que a HAS na maior parte do seu curso são assintomática, o diagnóstico e tratamento são frequentemente negligenciados, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do usuário, ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e maiores acesso a medicamentos. Esta prevista para o DM medidas de prevenção e promoção à saúde, como ações educativas sobre condições de riscos, prevenção de complicações, diagnostica de casos, cadastramento de portadores, busca ativa de casos, tratamento das doentes, monitorização aos níveis de glicose sanguínea e diagnostico precoce de complicações, primeiro atendimento de urgência, e encaminhamento de casos. Essas ações são desenvolvidas na rede de atenção básica do SUS (Brasil 2006). A pesar destas evidencias, hoje incontestáveis, esses fatores relacionados ao hábito e estilo de vida, continuam a crescer nas sociedades, levando a um aumento continuo da incidência e prevalência da HAS e DM, assim como do seu controle inadequado.

Estruturalmente nossa UBS foi redesenhada para resolver problemas que impossibilitavam o bom desempenho do pessoal. No momento, contamos com consultórios e locais de trabalho confortáveis, sala de espera para os usuários com

cadeiras confortáveis, dispensadores de água potável, banheiros, boa iluminação e ventilação. A prefeitura em parceria com o governo estadual e federal tomou a decisão de redesenhar, melhorar, reconstruir a UBS e fazer dela uma unidade mais resolutiva, melhorando a qualidade da atenção prestada a nossa população, com o intuito de poder contribuir de forma muito efetiva para o fortalecimento da atenção básica no seu papel protagonista, impactando positivamente na vida de nossas comunidades e cumprir o objetivo e princípios do SUS. A UBS é grande, é dividida em 3 módulos de trabalho. Eu sou o médico do módulo I, nossa equipe está composta por 6 agentes comunitários, 1 Dentista, 1 auxiliar de saúde bucal, 1 enfermeira, 3 técnicos de enfermagem, 1 Bioquímica, 2 técnico em farmácia, 4 pessoal de serviços, 1 coordenadora da UBS.

Na UBS temos identificado um total de 1.369 pessoas com 20 anos ou mais, residentes na área de abrangência, sendo que delas, 271 pessoas cadastradas com HAS. Segundo estimativas do SUS o 22,7% de pessoas com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da UBS com HAS em nossa área deveria ter sido aproximadamente 375 usuários, pelo qual existem aproximadamente 104 usuários que não estão cadastrados como portadores de HAS ou desconhecem que sofrem desta doença. Logo desta análise temos uma cobertura de 72,2% e a equipe se propor realizar acompanhamento de 375 usuários com HAS com 20 anos ou mais residentes no território no período de três meses para assim alcançar uma cobertura de 100%, cadastrando 125 usuários com HAS por mês. Quanto às pessoas com DM, temos um total de 83 usuários residentes na área de abrangência que fazem acompanhamento na UBS para esta doença. Segundo as estimativas do SUS o 5,7% de pessoas com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da UBS com Diabetes em nossa área deveria ter sido aproximadamente 92 usuários, pelo qual existem aproximadamente 9 usuários que não estão cadastrados como portadores de Diabetes ou desconhecem que sofrem desta doença. Estamos trabalhando com os usuários para garantir um controle adequado de sua doença, temos boa adesão ao tratamento por parte de alguns pacientes, a qualidade da atenção à saúde desta população, já que tem que melhorar a estratificação de risco em 100% das pessoas com HAS, mas ainda têm dificuldades em seu controle. Observamos hábitos e estilos de vida negativos na comunidade que incidem diretamente sobre o controle da hipertensão arterial na área de saúde.

Precisamos trabalhar visando estimular estilo de vida saudável, com a prática diária de atividade física que é indicada a todos os pacientes diabéticos, pois melhora o controle metabólico, restringe a necessidades de hipoglicemiantes, contribui para estimular o emagrecimento nos usuários obesos, diminui os riscos de doença cardiovascular e melhorar a qualidade de vida. Temos que incentivar da atividade física. A partir da situação da morbimortalidade em nossa área, pretendemos enfatizar o fortalecimento da promoção e prevenção na luta para evitar os fatores de risco e promover a saúde, por meio de ações de educação em saúde, principalmente.

Realizar a intervenção em HAS e DM na UBS é importante já que se pode lograr melhorar a cobertura desta ação programática até agora com dificuldade. Apesar dessas evidências, hoje incontestáveis, esses fatores relacionados a hábito e estilo de vida continuam a crescer na sociedade levando a um aumento contínuo da incidência e prevalência da HAS e DM, assim como do seu controle inadequado. Apesar da importância da abordagem individual, cada vez mais se comprova a necessidade da abordagem coletiva para se obter resultados mais consistentes e duradouros dos fatores que levam a HAS e DM. Nossa UBS tem as condições de desenvolver as ações e dispõe dos mecanismos para realização destas ações já que contamos com equipe completa e comprometida com o projeto. Tomamos em consideração as características geográficas da área de abrangência, a tarefa parece difícil, mas não impossível de realizar. A equipe tem que sentir-se parte ativa deste processo, comprometida e isso constitui a sua vez uma facilidade em nosso trabalho. Outros fatores que favorecem e viabilizam a nossa intervenção é a disponibilidade do protocolo de atuação e o apoio dos gestores durante a aplicação do projeto de intervenção.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Élson Damasceno Lopes, Sena Madureira, AC.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

- 1- Ampliar a cobertura dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.
- 2- Melhorar a qualidade da atenção dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.
- 3- Melhorar a adesão dos usuários com hipertensão e/ou diabetes ao programa.
- 4- Melhorar o registro das informações.
- 5- Mapear usuários com diabetes e/ou hipertensão de risco para doença cardiovascular.
- 6- Promover a saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes

Metas

Relativa ao objetivo 1: Ampliar a cobertura dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

1.1- Cadastrar 90% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à diabetes Mellitus da UBS.

1.2- Cadastrar 90% dos usuários com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Relativa ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

2.1- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com diabetes.

2.2- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão.

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

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

2.5- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão.

2.6- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com diabetes.

2.7- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

2.8- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Relativa ao objetivo 3: Melhorar a adesão dos usuários com hipertensão e/ou diabetes ao programa.

3.1- Buscar 100% dos usuários com diabetes faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

3.2- Buscar 100% dos usuários com hipertensão faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Relativa ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

4.1- Manter ficha de acompanhamento de 100 % dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

4.2- Manter ficha de acompanhamento de 100 % dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Relativa ao objetivo 5: Mapear usuários com diabetes e/ou hipertensão de risco para doença cardiovascular.

5.1- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

5.2- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Relativa ao objetivo 6: Promover a saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

6.1- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com hipertensão.

6.2- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com diabetes.

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

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

6.5- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com hipertensão.

6.6- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com diabetes.

6.7- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com hipertensão.

6.8- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com diabetes.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na UBS Élson Damasceno Lopes, no Município de Sena Madureira, AC. Participarão da intervenção todas as pessoas com hipertensão ou diabetes com 20 anos de idade ou mais pertencente à área de abrangência da equipe módulo 1 e cadastradas para acompanhamento desta ação programática na UBS.

Os protocolos adotados serão Manual Técnico do Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde 2006 e Manual Técnico da hipertensão Arterial do Ministério da Saúde 2013

As ações a serem realizadas neste projeto de intervenção serão descritas a seguir, detalhadamente, contemplando os respectivos eixos pedagógicos, organização, gestão do serviço, monitoramento, avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica.

2.3.1 Detalhamento das ações

Para ampliar a cobertura dos hipertensos e/ou diabéticos para 100 %, o médico irá realizar o monitoramento semanalmente do número de pessoas com HAS e/ou DM cadastradas no programa de atenção à hipertensão arterial sistêmica e à diabetes mellitus da unidade de saúde. Isso será possível com o uso das fichas espelhos e da planilha de coleta de dados. O acolhimento a esse grupo prioritário será realizado todos os dias da semana e nos dois turnos pela técnica de enfermagem encarregada da pre-consulta, ela irá priorizar os usuários segundo a classificação de risco. Se houver necessidade, as consultas serão agendadas. Os materiais para a hemoglicoteste e para a tomada da medida da pressão arterial serão garantidos pela gestão do município. Todos os membros da equipe participarão de ações educativas, tanto na unidade de saúde como nos equipamentos sociais da comunidade, como escola, igrejas, diariamente visando informar acerca da existência do programa, da importância de aferir a pressão arterial após os 18 anos, anualmente, e do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da HAS e/ou DM. A enfermeira irá capacitar os ACS para o cadastramento dos hipertensos e/ou diabéticos de toda área de abrangência da unidade durante a reunião de equipe, antes do início da intervenção. Além disso, considerando o protocolo do MS, toda a equipe será capacitada para verificar a pressão arterial e realizar a hemoglicoteste, pela enfermeira na reunião de equipe.

Para melhorar a qualidade da atenção à pessoas com hipertensão e/ou diabetes, médico e a enfermeira irão monitorar semanalmente esta ação, assim como a realização de exame clínico apropriado e do exame dos pés das pessoas com HAS e/ou DM, por meio das fichas espelho e da planilha de coleta de dados.

A enfermeira irá monitorar o número de pessoas com HAS e/ou DM com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado e a periodicidade recomendada na unidade de saúde, por meio dos mesmos instrumentos. O médico e a responsável da farmácia irão monitorar o acesso aos medicamentos da farmácia popular/Hiperdia, semanalmente, por meio dos mesmos instrumentos. O Dentista e a Assistente em Saúde Bucal irão monitorar, semanalmente, as pessoas com HAS e/ou DM que necessitam de atendimento odontológico. Antes de iniciar a intervenção e no momento da reunião de equipe, o Médico como chefe da ESF irá definir as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico e dos pés das pessoas com HAS e/ou DM. Além disso, o Médico irá organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados na unidade de saúde, estabelecer a periodicidade para a atualização dos profissionais e dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde. A enfermeira e a responsável de farmácia irão providenciará junto à gestão o monofilamento 10g para o exame dos pés mensalmente. Semanalmente, o médico da equipe e a enfermeira irão organizar a agenda para acolher as pessoas com HAS e/ou DM provenientes das buscas ativas e solicitar a referência e contra-referência para essas pessoas que necessitem de consulta especializada. O médico irá garantir a solicitação dos exames complementares, estabelecer sistemas de alerta para os exames preconizados e garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos mesmos semanalmente. Os pessoais da Farmácia irão realizar o controle de estoques (incluindo validade) de medicamentos e manterão um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com HAS e/ou DM. O Dentista e Médico irão organizar a ação para a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, organizar a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento das pessoas com HAS e/ou DM provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Logo da capacitação os ACS as técnica de enfermagem irão orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS e/ou DM, sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente e orientar quanto a necessidade e periodicidade com que devem ser realizados os exames complementares. Esses mesmos profissionais irão orientar a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da farmácia popular/hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, sobre a importância de realizar

avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com HAS e/ou DM. Na segunda feira o Médico e a Enfermeira irão capacitar a equipe para a realização de exame clínico e dos pés apropriado, para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares, realizar atualização do profissional no tratamento da HAS e DM, capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da farmácia popular/hiperdia e capacitar a equipe para a avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com HAS e/ou DM.

Com o objetivo de melhorar a adesão e ampliar a cobertura dos hipertensos e/ou diabéticos, os ACS irão monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas nos protocolos (consultas em dia). Eles irão organizar visitas domiciliar nas comunidades para buscar faltosos. As técnicas de enfermagem irão organizar semanalmente a agenda para acolher os usuários com hipertensão e/ou diabetes provenientes das buscas domiciliares, os ACS irão informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas, com periodicidade semanal, assim como ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com hipertensão (se houver número excessivo de faltosos) e esclarecer as usuários com hipertensão e/ou diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. O médico na segunda feira no início da intervenção na UBS irá capacitar os ACS para a orientação de usuários com hipertensão e/ou diabetes quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Para melhorar o registro das informações dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, o médico e a enfermeira irão monitorar semanalmente na UBS a qualidade dos registros dos usuários com Hipertensão e/ou Diabetes acompanhadas na UBS. Também o médico e a enfermeira todas as semanas irão manter as informações do SIAB/e-SUS atualizadas, implantar a ficha de acompanhamento, pactuar com a equipe o registro das informações, definir os responsáveis pelo monitoramento dos registros, organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença. Os ACS irão orientar os usuários com Hipertensão e/ou

Diabetes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

O médico na primeira semana da intervenção na UBS irá capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, além de capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Com o intuito de mapear os hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular, o médico irá monitorar semanalmente na UBS o número de usuários com hipertensão e/ou diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. Na pre-consulta diariamente a técnica de enfermagem responsável irá priorizar o atendimento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes avaliadas como de alto risco, assim como organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Os ACS diariamente durante as visitas domiciliares nas comunidades de nossa área de abrangência irão orientar os usuários com hipertensão e/ou diabetes quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, além disso, eles irão esclarecer a os usuários com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação). O médico na primeira semana da intervenção na UBS irá 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 e também capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Com o objetivo de promover a saúde dos hipertensos e diabéticos, o médico e a enfermeira diariamente irão monitorar a realização de orientação nutricional a os usuários com hipertensão e/ou diabetes na UBS. Os ACS diariamente nas comunidades nas visitas domiciliares irão orientar a os usuários com hipertensão e/ou diabetes e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, além de orientar como a necessidade de uma dieta específica para o tratamento da diabetes.

Para garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, o médico irá monitorar a realização de orientação para atividade física regular a os usuários com hipertensão e/ou diabetes na UBS semanalmente. Os ACS em parceria com os líderes nas

comunidades durante as visitas irão organizar práticas coletivas para orientação de atividade física, também demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade. Semanalmente a enfermeira no senários da UBS e os ACS mediante palestras nas comunidades irão orientar a os usuários com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da hipertensão e/ou diabetes. No início da intervenção o médico irá capacitar a equipe da UBS sobre a promoção da prática de atividade física regular, além de capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Com a finalidade de garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, semanalmente na UBS o médico irá monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo a os usuários com hipertensão e/ou diabéticos, ele mesmo no início da intervenção na UBS irá demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde. Diariamente na UBS e nas comunidades toda a equipe irá orientar a os usuários com hipertensão e/ou diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Na primeira segunda feira da intervenção na UBS o médico irá capacitar a equipe para o tratamento de pessoas tabagistas, também com ajuda da enfermeira irá capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Para Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, o medico e o dentista semanalmente na UBS irão monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal a os usuários com hipertensão e/ou diabetes, diariamente nas consulta o médico e a enfermeira irão organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual. Nas comunidades os ACS irão orientar os usuários com hipertensão e/ou diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal. Na primeira segunda feira do início da intervenção o dentista irá capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

Meta 1.1 Cadastrar 100% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Indicador 1.1- Cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão na unidade de saúde.

Numerador: Número de usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 100% dos usuários com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Indicador 1.2- Cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes na unidade de saúde.

Numerador: Número de usuários com diabetes residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Denominador: Número total de usuários com diabetes é residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

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

Indicador 2.1- Proporção de usuários com hipertensão com o exame clínico em dia.

Numerador: Número de usuários com hipertensão com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área cadastrados no programa da unidade de saúde.

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

Indicador 2.2- Proporção de usuários com diabetes com o exame clínico em dia.

Numerador: Número de usuários com diabetes com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com diabetes da área cadastrados no programa da unidade de saúde.

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

Indicador 2.3- Proporção de usuários com hipertensão com os exames complementares em dia.

Numerador: Número total de usuários com hipertensão com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 2.4- Proporção de usuários com diabetes com os exames complementares em dia.

Numerador: Número total de usuários com diabetes com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de usuários com diabetes da área cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 2.5- Proporção de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa com prescrição de medicamentos.

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

Indicador 2.6- Proporção de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão.

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

Numerador: Número de usuários com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

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

Indicador 2.8- Proporção de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

Indicador 3.1- Proporção dos usuários com hipertensão faltosos às consultas médicas com buscas ativas.

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

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde faltoso às consultas.

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

Indicador 3.2- Gráfico indicativo da proporção dos usuários com diabetes faltosos às consultas médicas com buscas ativas.

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde faltosa às consultas.

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

Indicador 4.1- Proporção de usuários com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 4.2- Proporção de usuários com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 5.1- Proporção de usuários com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

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

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 5.2- Proporção de usuários com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 6.1- Proporção de usuários com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 6.2 Proporção de usuários com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 6.3- Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 6.4- Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 6.5- Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 6.6- Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 6.7- Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários com hipertensão é que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 6.8- Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Utilizaremos o Manual Técnico do Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde 2006 e Manual Técnico da hipertensão Arterial do Ministério da Saúde 2013, para realizar a intervenção no programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Para obter os dados que precisaremos utilizaremos a ficha dos usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus cadastrados na UBS, lá ficha ou cadastro de HIPERDIAS e se realizara acompanhamento da digitação dos dados em planilha complementar adaptada para os estudos pelos membros da equipe da UBS Élson Damasceno Lopes, onde prevê a informações sobre acompanhamento, fatores de riscos associados, complementares em dias e atrasados, valoração nutricional, valoração dos riscos cardiovasculares, saúde bucal, também se inclui uma valoração aos três meses do controle inicial e todos os indicadores que a equipe considere necessário ao monitoramento da intervenção.

Na nossa UBS temos identificado um total de 1.369 pessoas com 20 anos ou mais, residentes na área de abrangência, temos um total de 271 pessoas cadastradas com HAS, e segundo estimativas do SUS o 22,7% de pessoas com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da UBS com HAS em nossa área deveria ter sido aproximadamente 375 usuários, pelo qual existem aproximadamente 104 usuários que não estão cadastrados como portadores de HAS ou desconhecem que sofrem desta doença. Logo deste análise temos uma cobertura de 72.2% e a equipe se propor realizar acompanhamento de 339 usuários com HAS com 20 anos ou mais residentes no território no período de três meses para assim alcançar uma cobertura de 90%, cadastrando 113 usuários com HAS por mês. No referente à Diabetes Mellitus, temos um total de 83 usuários residentes na área de abrangência que fazem acompanhamento na UBS para esta doença, e segundo as estimativas do SUS o 5.7% de pessoas com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da UBS com Diabetes em nossa área deveria ter sido aproximadamente 92 usuários, pelo qual existem aproximadamente 9 usuários que não estão cadastrados como portadores de Diabetes ou desconhecem que sofrem desta doença. Logo deste análise temos uma cobertura de 90% e a equipe se propor realizar acompanhamento de 92 usuários com Diabetes com 20 anos ou mais residentes no

território no período de três meses para assim alcançar uma cobertura de 100%, cadastrando 31 usuários com Diabetes por mês.

As traves do contato com o gestor municipal para dispor das fichado HIPERDIA e para imprimir a planilha complementar a utilizar que serem anexadas as fichas do cadastro de HIPERDIA para o acompanhamento mensal da intervenção utilizado a planilha elétrica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa, pacientes portadores de hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Será feito pela equipe de saúde no atendimento as consultas agendadas do programa de HIPERDIA, que serão feita todos os dias (sempre lembrando a geografia onde ficam nossas comunidades) e durante todo o dia e enfermeira será a responsáveis pelo monitoramento do registro, revisara o livro do registro, identificando todos os usuários diabéticos e hipertensos que acudiram a consulta sem os últimos três meses e transcreverá as informações disponíveis no prontuário para a planilha complementar, ao mesmo tempo realizara o primer monitoramento anexado umas anotações sobre consultas, ao atraso na realização de exame complementar, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença. Isto será pela manha priorizando o atendimento todos usuários avaliados como de alto risco, depois as consultas agendadas e de tarde acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares, também o agente de saúde fara o registro e controle dos usuários com hipertensão e diabetes a traves de um caderno disponibilizado que viabilize situações de alerta quando ao atrasado na realização de consultas de acompanhamento.

Na UBS Élson Damasceno Lopes o monitoramento será realizado a traves do cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos no programa, onde temos que garantir o cadastro adequado de os usuários hipertensos e diabéticos novos para lograr lá cobertura de trabalho proposta de um 90%. Depois da reunião com a equipe de saúde. Para apresentação do projeto de intervenção a enfermeira coordenara com ajuda de os ACS para apresentar o projeto da intervenção a todos os usuários hipertensos e diabéticos, que pode ser na própria UBS ou em algum espaço social da comunidade, como Igreja, para o esclarecimento do projeto.

O médico ficará responsável por solicitar ao gestor o material adequado para a tomada da pressão arterial na unidade de saúde e garantir material adequado para realização do hemoglicoteste, a capacitação de pessoal para garantir o

abastecimento dá UBS, também solicitara o gestor municipal convocar aos laboratórios conveniados como SUS para definir agilidade na realização dos exames complementares definidos no protocolo e solicitara ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos na realização de atividades nas comunidades de nossa área de abrangência, procurar comunicação Inter setorial entre a secretaria de saúde e educação para aquisição de recursos áudio visual, folhetos educativos e setor de comunicação social para conseguir o espaço na radio local que contribuía a lá divulgação de nosso projeto, serão aproveitados para estas atividades a programação municipal do projeto de Saúde Itinerante.

Além de ser o responsável do projeto de intervenção o médico será responsável para capacitar a equipe para realização estratificação de riscos ou de lesões em órgãos alvos e a importância dos registros desta avaliação na reunião de equipe, capacitara os ACS para o cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos e para as atividades educativas apresentando vídeos educativos sobre a temática, com instante para considerações e retirada de dúvidas, capacitara a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos e registros adequados dos procedimentos clínicos em todas as consultas na reunião feita uma vez a semana em lá quarta feira. Capacitar a equipe da unidade de saúde por parte da enfermeira para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e realização do hemoglicoteste em adulto com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Consideramos importante a alternativa de poder utilizar o Programa da Prefeitura Municipal e os gestores das secretarias de Saúde, Educação, Cidadania e Esporte para lograr atingir o 100% de nossas comunidades e assim poder levar a saúde a os lugares mais remoto da Amazônia Acreana, desta maneira prevenir e promover modo e estilos de vida saudável nestas comunidades mais carentes do Brasil.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas.

A intervenção foi desenvolvida na UBS Élson Damasceno Lopez, Modulo I, em Sena Madureira, Acre, num período de 12 semanas na data compreendida entre os meses de setembro e dezembro 2015.

Nossa intervenção ocorreu de acordo com o cronograma e o projeto de intervenção, todas as ações previstas foram desenvolvidas e cumpridas integralmente no trajeto da intervenção segundo o planejado.

A capacitação da equipe e todo o pessoal de apoio teve um rol fundamental para um ótimo aproveitamento de cada dia trabalhado, foi fundamental esta capacitação para um bom conhecimento dos protocolos utilizados para nossa intervenção (Manual Técnico do Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde 2006 e Manual Técnico da Hipertensão Arterial do Ministério da Saúde 2013) todos os profissionais da equipe foram capacitados sobre o protocolo de HAS e Diabetes Mellitus, cadastramento dos hipertensos e diabéticos da área adstrita no programa, capacitação de ACS para a realização de busca de hipertensos e diabéticos faltosos a consultas, segundo o cronograma, foi muito produtivo e cada membro da equipe tirou as dúvidas com relação ao que corresponde fazer, sendo possível estabelecer a função de cada profissional na ação programática na sua totalidade, para assim lograr nosso objetivo geral, elaborar um projeto de intervenção com vista a melhorar a qualidade no trabalho da ESF em nossa área de abrangência, assim como um melhor monitoramento da Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus de nossos usuários.

Destaca-se que os agentes comunitários de saúde (ACS) realizaram um ótimo trabalho de acolhimento, de busca de faltosos, de visitas domiciliares a usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus. Ressalta-se que a equipe de saúde é ótima, sendo que os ACS foram demitidos em um determinado período e mesmo assim seguiram ajudando na intervenção. Neste período de intervenção, foi possível realizar a atualização dos cadastros dos pacientes com HAS e diabetes.

Foi previsto no projeto melhorar a captações dos hipertensos e diabéticos o seja ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos, muitas ações foram realizadas para alcançar a meta estimada, pois o tempo em que transcorreu a intervenção foi muito complexo. Ocorreu muita chuva que afeta o deslocamento das pessoas e da equipe.

Durante toda a intervenção foi feito atendimento clínico aos usuários para nossa ação programática, todos os dias da semana e nos dois turnos de atendimento.

Realizaram-se reuniões em equipe, em que foi analisado o desenvolvimento do projeto, como as dificuldades que surgiram no decorrer da semana e o planejamento para a próxima semana. Palestras e oficinas sobre diversos assuntos como alimentação saudável, prática de exercícios físicos, verificação da glicemia capilar, pressão arterial, adesão ao tratamento farmacológico foram discutidos amplamente e posteriormente foi fornecido aos usuários de nossa área de abrangência. A educação permanente em saúde dos integrantes da equipe, através de capacitações e treinamentos foram ações fundamentais para a qualidade da intervenção.

As ações de acolhimento foram garantidas para todos os usuários de nossa ação programática acompanhados na UBS.

Uma ação importante, entre outras foi o monitoramento e garantia dos registros de acompanhamento a todas as pessoas com hipertensão ou diabetes com 20 anos de idade ou mais pertencente à área de abrangência e cadastradas para acompanhamento desta ação programática na UBS. Os registros adequados e atualizados também favoreceram para as tomadas de decisões quanto a organização e realização das visitas domiciliares para busca de usuários faltosos.

Foram reativados os conselhos locais de saúde, além disso foram incorporados vários lidere comunitários, para falar sobre a importância da ação

programática e pedir apoio deles para informar a comunidade sobre as estratégias a seguir para dar cumprimento ao nosso projeto, melhorando assim a participação e o controle social.

Tentamos em todo tempo buscar alternativas para cumprir as metas propostas como o aumento nas ofertas de consultas, disponibilizando um número de vagas em cada turno de trabalho para essas pessoas. Além disso, aumentamos a quantidade de visitas domiciliares por parte da equipe e convidamos um número maior de pessoas com ajuda de agentes comunitários da saúde. Atingimos nosso objetivo e conseguimos manter a motivação da equipe e incluir a implementação desse programa na rotina de trabalho de nossa UBS e assim pretendemos estender esta melhoria às demais ações programáticas em benefício da população.

É importante destacar que muitos de nossos usuários com hipertensão são pessoas com mais de 40 anos de idade. Assim, muitos têm necessidade de prótese dentária, serviços estes que não temos disponível em nossa unidade de saúde. Os usuários precisam deslocamento a capital para realizar estes tratamentos pelo qual muitas vezes não são feitos, eles não têm economia suficiente para pagar os altos preços deste serviço especializado na rede particular.

Foi implementada a ficha espelho fornecida pela universidade. A ficha conta com todas as informações necessárias para garantir um bom acompanhamento. Cada vez que atendemos um usuário com hipertensão ou diabetes atualizamos a ficha. Semanalmente revisamos as fichas arquivadas, o que nos permite avaliar se estão completas ou faltam informações. O médico e a enfermagem da equipe foram os profissionais responsáveis pelo monitoramento dos registros. O monitoramento dos registros nos permitiu organizar um sistema de situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença facilitando e organizando a busca ativa. Organizamos a agenda de trabalho em função das prioridades e necessidades de atendimento para aqueles usuários avaliados como de alto risco.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.

Não tivemos ações sem desenvolver em nossa intervenção.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.

No início da intervenção tínhamos dificuldades com as fichas espelho que não eram suficientes. Esse problema foi resolvido com ajuda da secretaria e prefeitura que nos ajudarem em as impressões.

Não tivemos problemas quanto ao preenchimento das planilhas de coleta de dados, fechamento da mesma, só com relação ao cálculo dos indicadores que no início existiu alguns problemas, mas foram corrigidos no decorrer da intervenção. A checagem de prontidão dos materiais a ser utilizados na intervenção, assim como os testes das planilhas de coletas de dados antes de dar início à intervenção facilitaram o bom desenvolvimento da mesma e que não tivéssemos dificuldades na hora da coleta dos dados e cálculo dos indicadores.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.

Muito importante enfatizar que a equipe encontra se engajada em continuar realizando um ótimo trabalho e tem incorporado as ações do projeto à rotina diária da UBS, para assim dar continuidade a uma atenção organizada, planejada e de qualidade, com perspectivas de realizar novos planejamentos para outras ações programáticas no serviço. Também foi possível engajar a comunidade, lideranças comunitárias e gestores municipais no processo de intervenção e na continuidade do mesmo.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Depois de 12 semanas de andamento da intervenção com objetivo de melhorar a qualidade da atenção às pessoas com HAS e/ou DM maiores de 20 anos e residentes na área de abrangência da UBS Éilson Damasceno Lopes, do município Sena Madureira, Acre, me disponho a fazer a descrição dos resultados obtidos durante este período.

Na área adstrita da UBS há 2.463 usuários, sendo que 1.650 dessas pessoas possuem 20 anos ou mais e destas, 375 (22,7%) são pessoas com HAS e 92 (5,6%) com DM, segundo as estimativas da PCD. Nós optamos por considerar os dados da PCD, pois esses dados são mais próximos da nossa realidade.

Antes do início da intervenção, a cobertura da atenção à saúde às pessoas com HAS e/ou DM era, respectivamente, 72,3% (271) e 90,2% (83). Esses dados foram retirados do cadastro dos usuários com HAS e/ou DM da nossa unidade de saúde. É importante ressaltar, que nossos registros não eram atualizados e nem fidedignos. É por mais esse motivo, utilizamos as estimativas da PCD.

Participaram da intervenção o total de 375 pessoas com HAS e 92 pessoas com DM.

Nosso propósito foi de registrar o maior número de usuários com estas doenças, em um período de trabalho de 12 semanas, tempo que corresponde ao programado no projeto de intervenção.

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

Meta 1.1. Cadastrar 100% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Meta 1.2. Cadastrar 100% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

A cobertura do programa de atenção à HAS na UBS foi, respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês de 31,5% (118), 67,7% (254) e 100% (375) (figura 1). Assim, a meta 1.1 foi atingida.

A cobertura do programa de atenção à DM na UBS foi, respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês de 40,2% (37), 84,8% (78) e 100% (92) (figura 2). Assim, a meta 1.2 foi atingida na totalidade.

De forma geral, as ações que favoreceram esses resultados foram o compromisso pela equipe para realizar as ações planejadas e proposta no projeto de intervenção e dar continuidade nos três meses de projeto bem como incluir na nossa rotina de trabalho. Além disso, o apoio do gestor de saúde que tive de acordo em aprovar muitas ações realizadas pela equipe também fortaleceu a implementação da intervenção e a obtenção dos bons resultados.

A participação da população também foi um fator que favoreceu o alcance dessas metas. A satisfação da comunidade é percebida, considerando o nosso atendimento tão especial para o problema de saúde de cada usuário dependendo das características de sua doença.

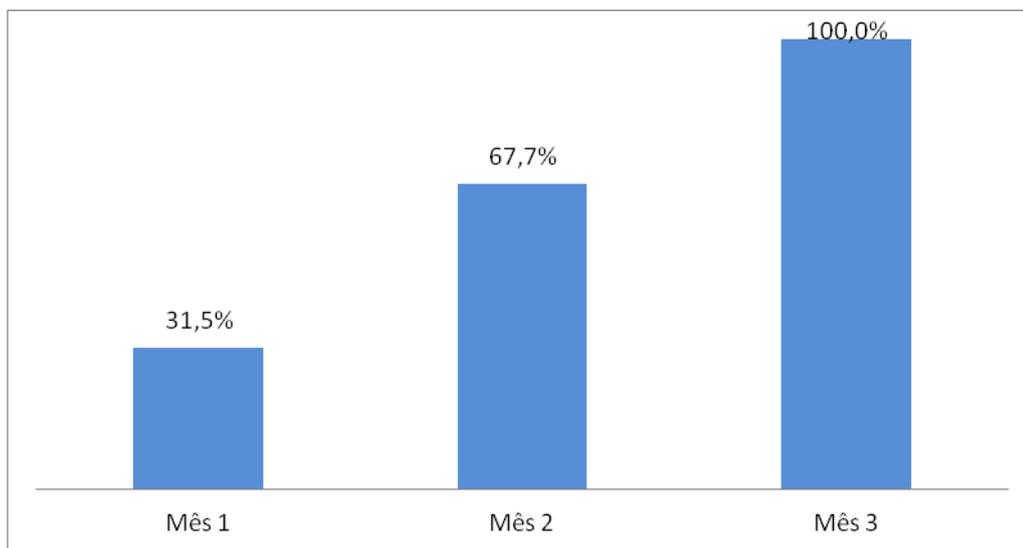


Figura 1: Gráfico da cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica. UBS Éilson Damasceno Lopes Modulo I, Sena Madureira/AC, 2016.
Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados.

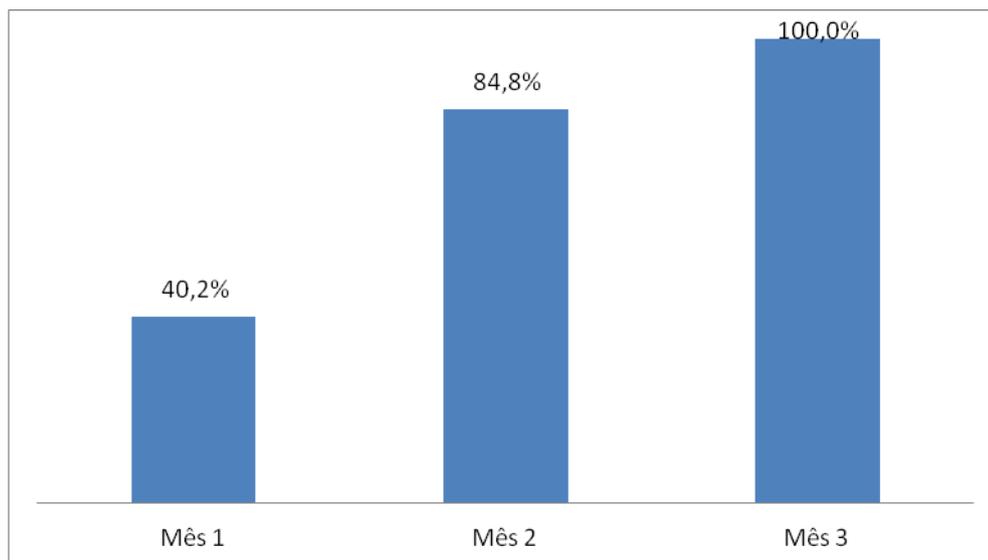


Figura 2: Gráfico da cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus. UBS Éilson Damasceno Lopes Modulo I, Sena Madureira/AC, 2016.
Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados.

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

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

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

A intervenção melhorou, sem dúvidas, a qualidade da atenção integral aos usuários com HAS e/ou DM. Conseguimos criar uma maior adesão às consultas agendadas, assim como o seguimento aos usuários, o qual favoreceu aumentar os exames clínicos e atingimos respectivamente no primeiro, segundo e terceiro mês 98,3% (116), 99,2% (252) e 99,5% (373) (figura 3). Assim, a meta 2.1 não foi atingida, pois no primeiro mês tivemos 2 usuários que foram atendidos no domicílio pela enfermeira e não foi realizado exame clínico na totalidade.

O número de pessoas com DM com exame clínico em dia de acordo com o protocolo foi de 36 (97,3%), 76 (97,4%) e 90 (97,8%) (figura 4), respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês, assim, a meta 2.2 não foi atingida na totalidade porque no primeiro e segundo mês tivemos 1 usuário que foi atendido no domicílio pela enfermeira e não foi realizado exame clínico na totalidade.

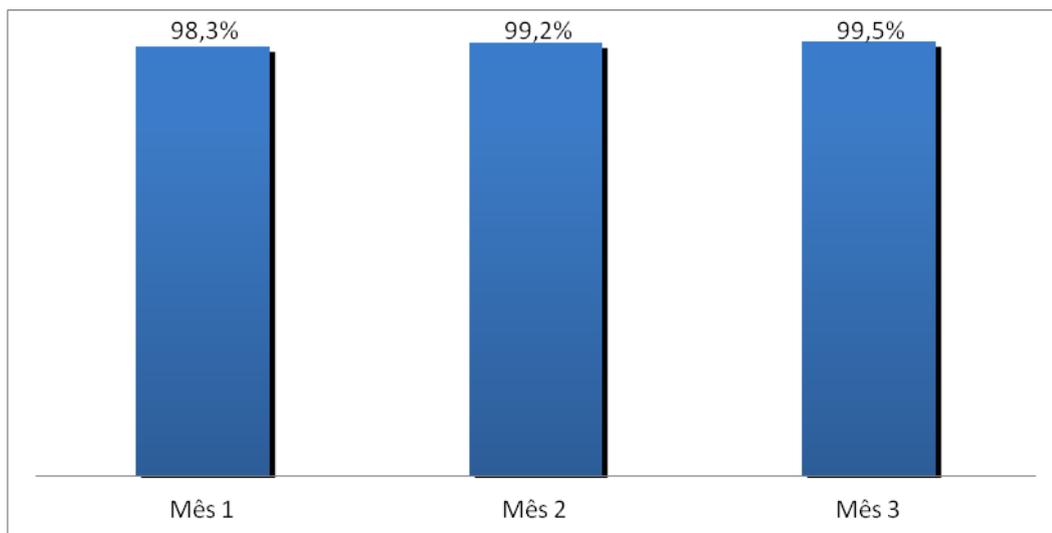


Figura 3: Gráfico da proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. UBS Élson Damasceno Lopes Modulo I, Sena Madureira/AC, 2016.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados.

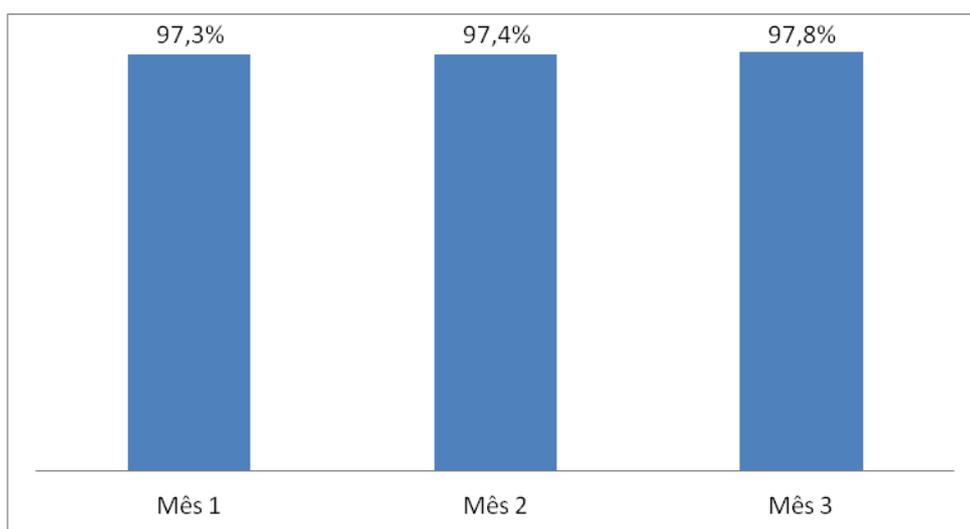


Figura 4: Gráfico da proporção de pessoas com diabetes com o exame clinica em dia de acordo com o protocolo. UBS Élson Damasceno Lopes Modulo I, Sena Madureira/AC, 2016.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados.

Meta 2.3. Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Durante a intervenção, 100% dos nossos usuários com diabetes realizaram exame dos pés a cada 3 meses. É muito importante destacar aqui nesta meta que a ação que mais nos auxiliou para este fim foi a organização das visitas domiciliares,

realizadas pelos ACS e os técnicos de enfermagem. Também foi muito importante a capacitação de todo o pessoal envolvido no projeto.

Meta 2.4 Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5 Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

O número de pessoas com HAS com a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo foi de 73 (61,9%), 192 (75,6%) e 311 (82,9%) (figura 5), respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês. Assim, a meta 2.4 não foi atingida, devido a falta de recurso no laboratório.

O número de pessoas com DM com a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo foi de 23 (62,2%), 62 (79,5%) e 76 (82,6%) (figura 6), respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês. Assim, a meta 2.5 não foi atingida na totalidade porque no decorrer dos 3 meses da intervenção faltou recurso no laboratório.

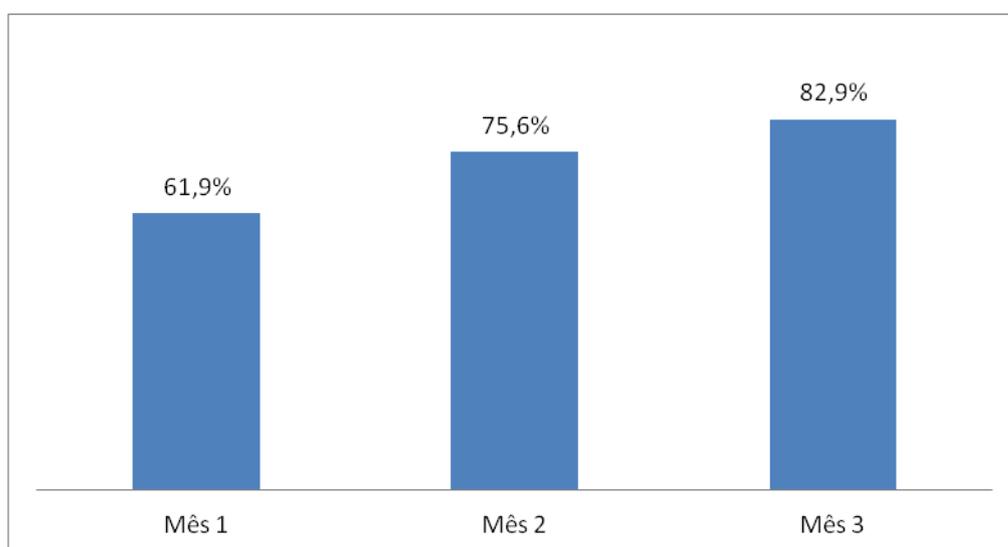


Figura 5: Gráfico da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS Éilson Damasceno Lopes Modulo I, Sena Madureira/AC, 2016.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados.

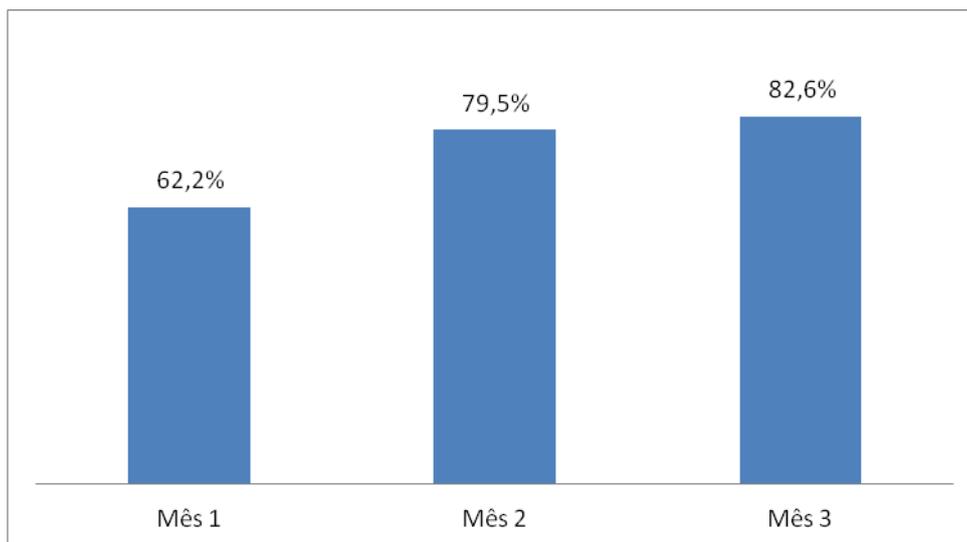


Figura 6: Gráfico da proporção de pessoas com diabetes com o exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS Éilson Damasceno Lopes Modulo I, Sena Madureira/AC, 2016.
Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Meta 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

O número de pessoas com HAS com prescrição de medicamentos da farmácia popular foi de 97 (82,2%), 229 (90,2%) e 348 (92,8%) (figura 7), respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês. Assim, a meta 2.6 não foi atingida na totalidade porque no decorrer dos 3 meses da intervenção faltou medicamento na farmácia popular e os usuários usaram a rede de farmácia privadas.

O número de pessoas com DM com prescrição de medicamentos da farmácia popular foi de 18 (48,6%), 56 (71,8%) e 70 (76,1%) (figura 8), respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês. Assim, a meta 2.5 não foi atingida na totalidade porque no decorrer dos 3 meses da intervenção faltou medicamento na farmácia popular e os usuários usaram a rede de farmácia privadas.

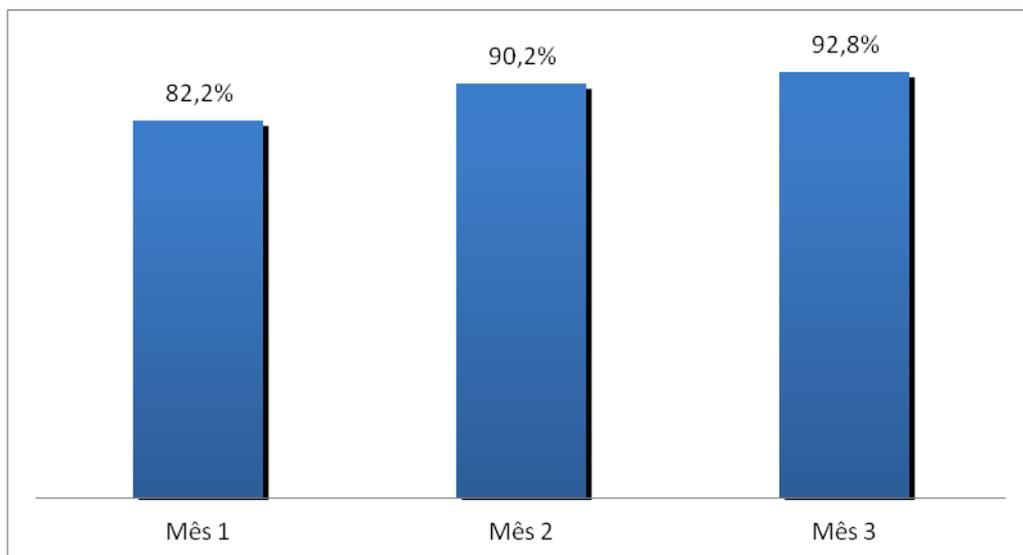


Figura 7: Gráfico da proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. UBS Élson Damasceno Lopes Modulo I, Sena Madureira/AC, 2016.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados.

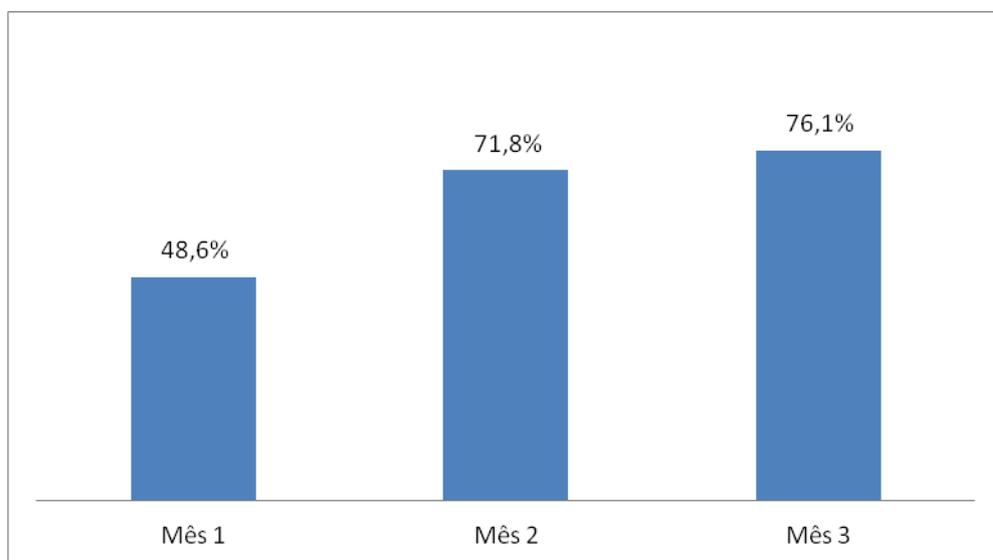


Figura 8: Gráfico da proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.. UBS Élson Damasceno Lopes Modulo I, Sena Madureira/AC, 2016.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

O número de pessoas com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi de 97 (86,4%), 229 (93,7%) e 348 (95,5%) (figura 9), respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês. Assim, a meta 2.8 não foi atingida na totalidade pois no decorrer dos 3 meses da intervenção nossos usuários residiam na zona remota da Amazônica e só possuem condições de ir até a cidade 2 ou 3 vezes no ano.

O número de pessoas com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi de 30 (81,1%), 71 (91,0%) e 85 (92,4%) (figura 10), respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês. Assim, a meta 2.9 não foi atingida na totalidade porque no decorrer dos 3 meses da Intervenção nossos usuários comparecia na cidade apenas 2 ou 3 vezes no ano, devido ao fato de residirem na zona rural amazônica.

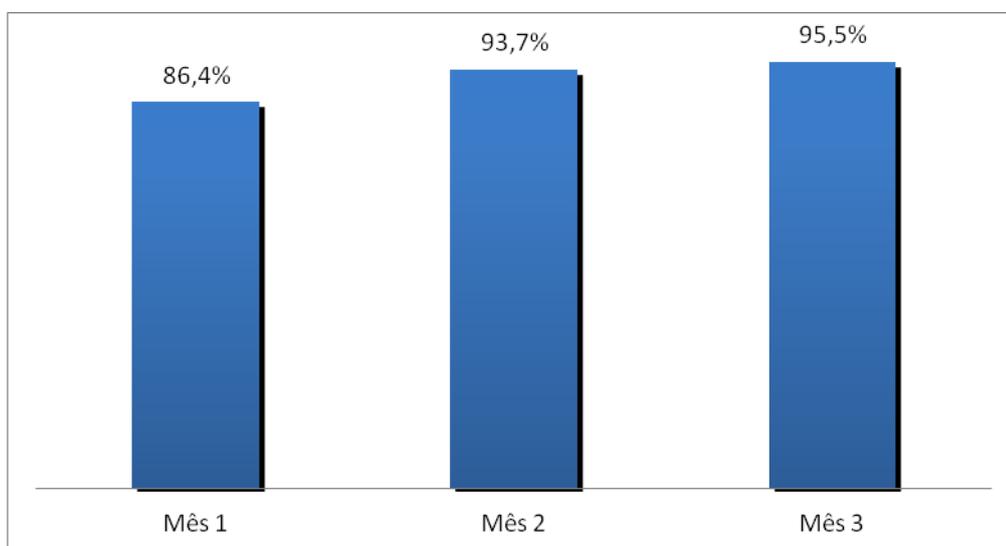


Figura 9: Gráfico da proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. UBS Élson Damasceno Lopes Modulo I, Sena Madureira/AC, 2016.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados.

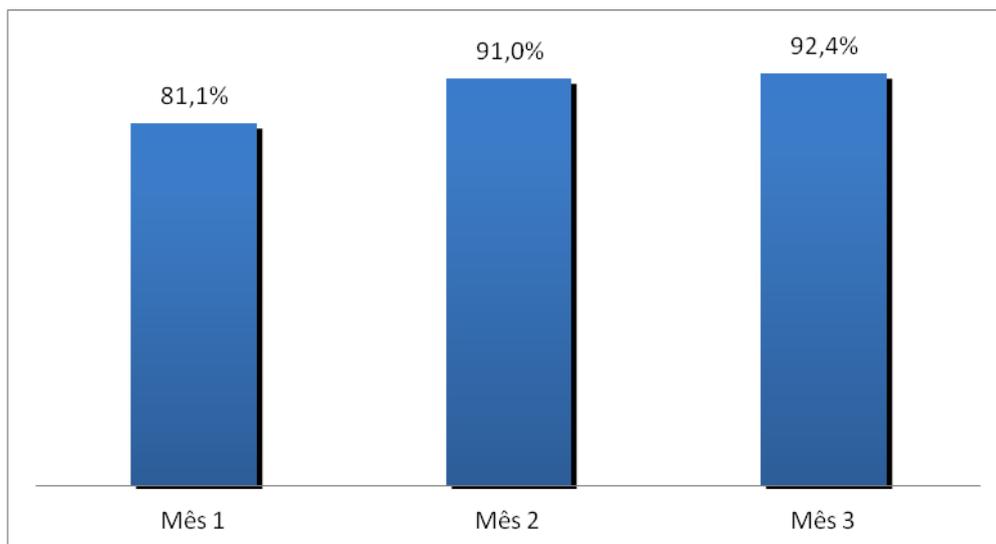


Figura 10: Gráfico da proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. UBS Élson Damasceno Lopes Modulo I, Sena Madureira/AC, 2016.
Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 3.1. Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

O número de pessoas com HAS faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada foi de 57 (96,6%), 79 (100%) e 80 (100%) (figura 11) no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente. Assim, a meta 3.1 não foi atingida na totalidade porque no primeiro mês da intervenção tivemos 2 usuários que moram na zona rural amazônica só comparece na cidade 2 ou 3 vezes no ano, logo no decorrer dos outros 2 meses da intervenção logramos melhorar este indicador graças ao trabalho eficiente dos ACS.

O número de pessoas com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi de 15 (100%), 20 (95,2%) e 20 (95,2%) (figura 12), respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês. Assim, a meta 3.2 não foi atingida na totalidade porque no decorrer do segundo e terceiro mês da intervenção com a chegada do inverno amazônico e a época de chuvas foi dificultado o

transporte de nossos usuários. É muito importante lembrar que nossos usuários moram em zona remota da geografia Amazônica.

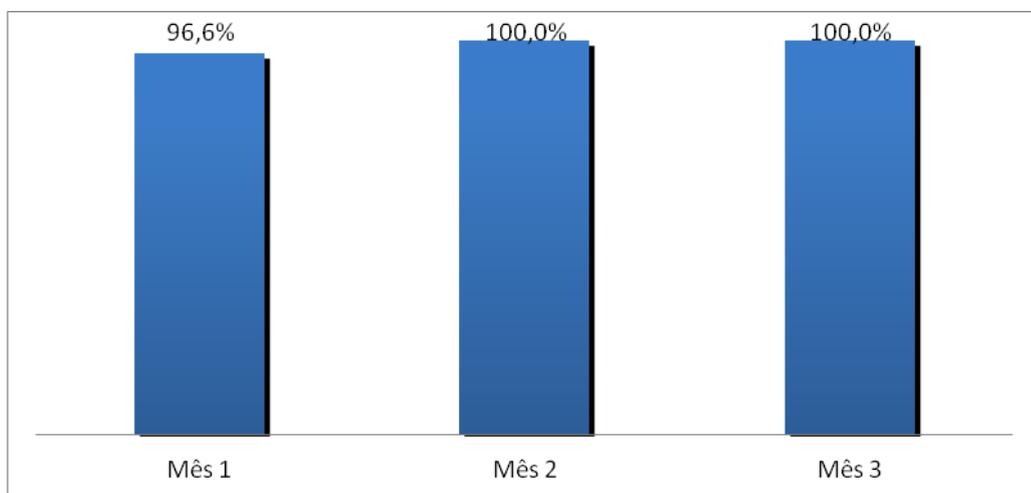


Figura 11: Gráfico da proporção de pessoas com hipertensão faltosa às consultas com busca ativa. UBS Élson Damasceno Lopes Modulo I, Sena Madureira/AC, 2016.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados.

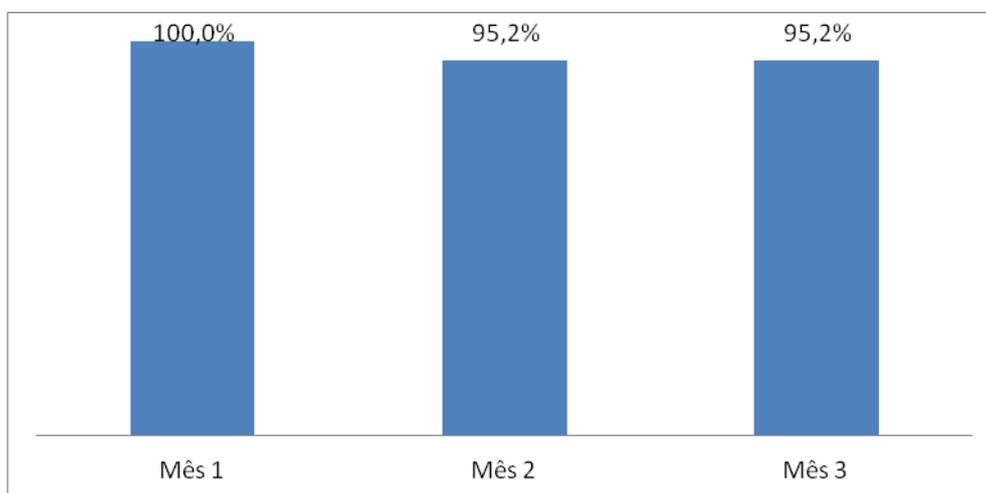


Figura 12: Gráfico da proporção de pessoas com Diabetes faltosos às consultas com busca ativa. UBS Élson Damasceno Lopes Modulo I, Sena Madureira/AC, 2016.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

O número de pessoas com HAS com registro adequado na ficha de acompanhamento foi de 101 (85,6%), 235 (92,5%) e 355 (94,7%)(figura 13), respectivamente no primeiro, segundo e terceiro mês da intervenção. Assim, a meta 4.1 não foi atingida na totalidade porque, no primeiro, segundo e terceiro mês da Intervenção 17,19 e 20 usuários, respectivamente, não tinham registro na UBS com o diagnóstico de HAS e alguns deles desconheciam que tinham essa doença. Todos eles moram em zona remota da geografia Amazônica e só vem a cidade 1 ou 2 vezes ao ano, e só chegam na unidade de saúde se apresentarem alguma doença, sendo esse um logro a mais do trabalho eficiente da ESF.

O número de pessoas com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi de 33 (89,2%), 74 (94,9%) e 88 (95,7%)(figura 14), respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês. Assim, a meta 4.2 não foi atingida na totalidade porque no primeiro, segundo e terceiro mês da intervenção tivemos 4,4 e 4 usuários, respectivamente, que não tinham registros na UBS de DM e alguns deles desconheciam que tinham essa doença. Todos eles moram em zona remota da geografia Amazônica e só vem a cidade 1 ou 2 vezes ao ano, e só chegam na unidade de saúde se apresentarem alguma doença, sendo este um logro a mais do trabalho eficiente da ESF.

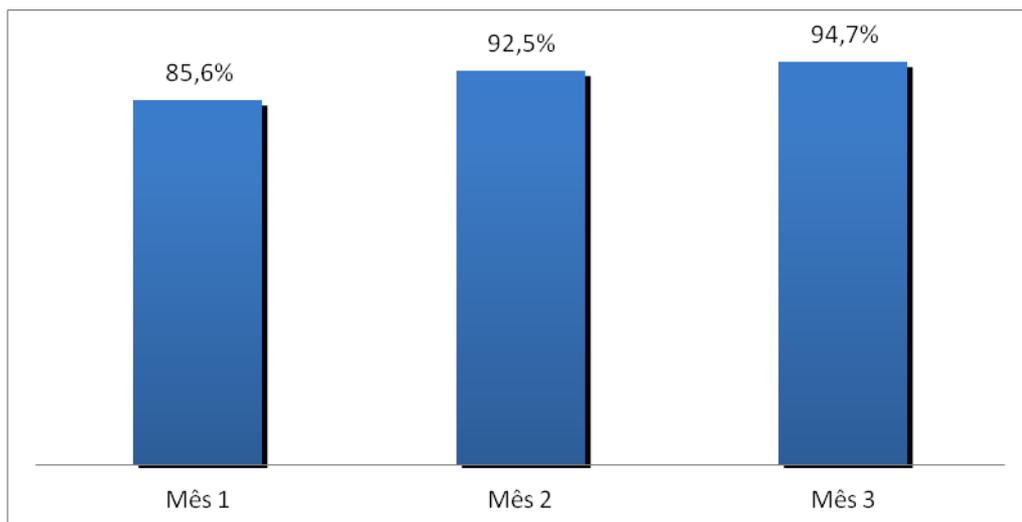


Figura 13: Gráfico da proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento. UBS Élson Damasceno Lopes Modulo I, Sena Madureira/AC, 2016.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados.

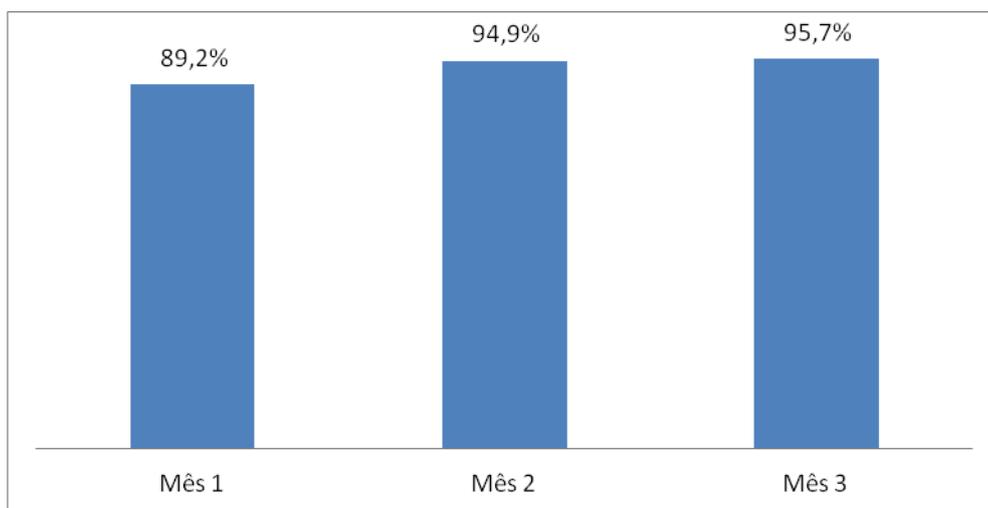


Figura 14: Gráfico da proporção de pessoas com Diabetes registro adequado na ficha de acompanhamento. UBS Élson Damasceno Lopes Modulo I, Sena Madureira/AC, 2016.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados.

Objetivo 5. Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

O número de pessoas com HAS com estratificação do risco cardiovascular foi de 114 (96,6%), 250 (98,4%) e 370 (98,7%) (figura 15), respectivamente no primeiro, segundo e terceiro mês da intervenção. Assim, a meta 5.1 não foi atingida na totalidade porque, no primeiro, segundo e terceiro mês da intervenção tivemos 4,4 e 5 usuários, respectivamente, que não tinham registros na UBS de HAS e alguns deles desconheciam que tinham essa doença. Todos eles moram em zona remota da geografia Amazônica e só vem a cidade 1 ou 2 vezes no ano, e só chegam na unidade de saúde se apresentarem algum sintoma da doença, sendo este um logro a mais do trabalho eficiente da ESF.

O número de pessoas com DM com estratificação do risco cardiovascular foi de 35 (94,6%), 76 (97,4%) e 90 (97,8%) (figura 16), respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês. Assim, a meta 5.2 não foi atingida na totalidade, devido aos mesmos motivos mencionados acima em relação ao indicador 5.1.

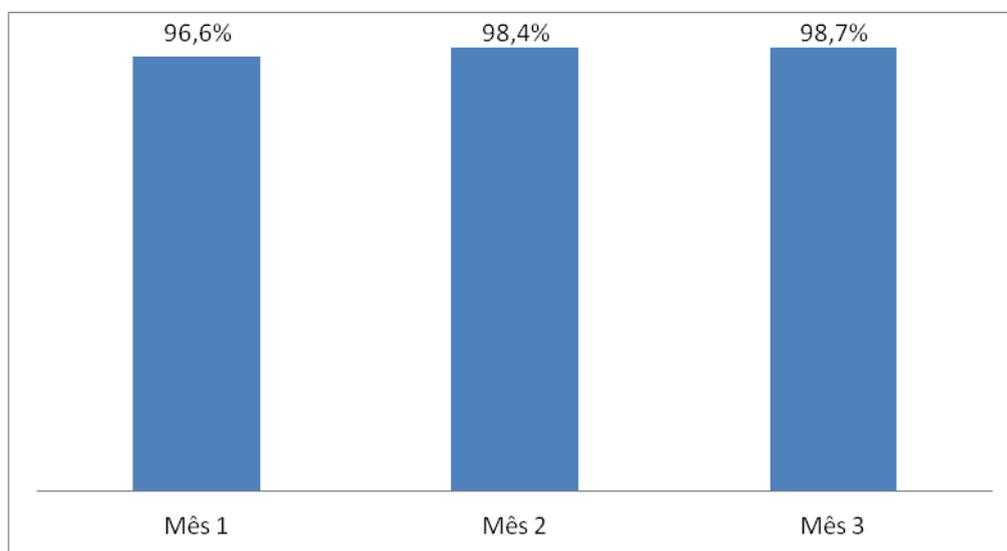


Figura 15: Gráfico da proporção de pessoas com Hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico. UBS Éilson Damasceno Lopes Modulo I, Sena Madureira/AC, 2016.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados.

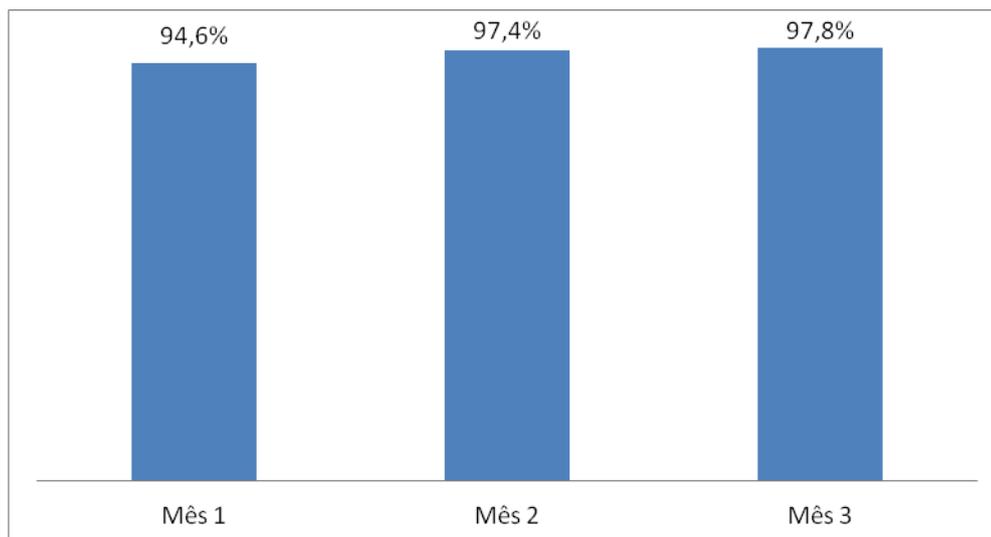


Figura 16: Gráfico da proporção de pessoas com Diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico. UBS Élson Damasceno Lopes Modulo I, Sena Madureira/AC, 2016.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados.

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

A cobertura do programa de atenção à HAS com orientação nutricional na UBS foi, respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês de 100% (118), 100% (254) e 100% (375). Assim, a meta 6.1 foi atingida.

A cobertura do programa de atenção às pessoas com DM com orientação nutricional na UBS foi, respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês de 100% (37), 100% (78) e 100% (92). Assim, a meta 6.2 foi atingida na totalidade.

A ação que mais nos auxiliou para este fim foi a organização das visitas domiciliares, que foram feitas pela ESF e também foi muito importante a capacitação de todo o pessoal envolvido no projeto para um melhor desempenho do trabalho que deu resultados muito positivo.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pessoas com diabetes.

A cobertura do programa de atenção à HAS com orientação sobre a prática regular de atividade física foi, respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês de 100% (118), 100% (254) e 100% (375). Assim, a meta 6.3 foi atingida.

Já em relação ao DM com orientação sobre a prática regular de atividade física foi, respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês de 100% (37), 100% (78) e 100% (92). Assim, a meta 6.4 foi atingida na totalidade.

Foi muito importante a capacitação de todo o pessoal envolvido no projeto, assim como a parceria com os educadores nas comunidades.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

O número de pessoas com HAs com orientação sobre os riscos do tabagismo foi de 115 (97,5%), 251 (98,8%) e 372 (99,2%) (figura 17), respectivamente no primeiro, segundo e terceiro mês da intervenção. Assim, a meta 6.5 não foi atingida na totalidade porque, no primeiro, segundo e terceiro mês da intervenção 3 usuários, nos três meses não receberam orientação profissional sobre o risco do tabagismo. Aconteceu algo imprevisto, pois essas famílias moram numa zona muito remota da Amazônia, isolados na mata fechada e foram atendidos pelos ACS, devido à dificuldade de acesso ao domicílio e como não são fumantes nenhum integrante da família, o ACS, acredito, imaginou que não precisava realizar a orientação sobre risco do tabagismo.

O número de pessoas com DM com orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS foi, respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês de 100% (37), 100% (78) e 100% (92). Assim, a meta 6.6 foi atingida na totalidade, porque foi incentivado pela ESF na comunidade para: a não adesão ao uso de tabaco, álcool e

drogas; a prática de atividade física regular; os hábitos alimentares saudáveis, sempre é importantes destacar o aporte da Secretaria de Educação e os líderes comunitários para a realização de palestras nas comunidades e na mesma UBS.

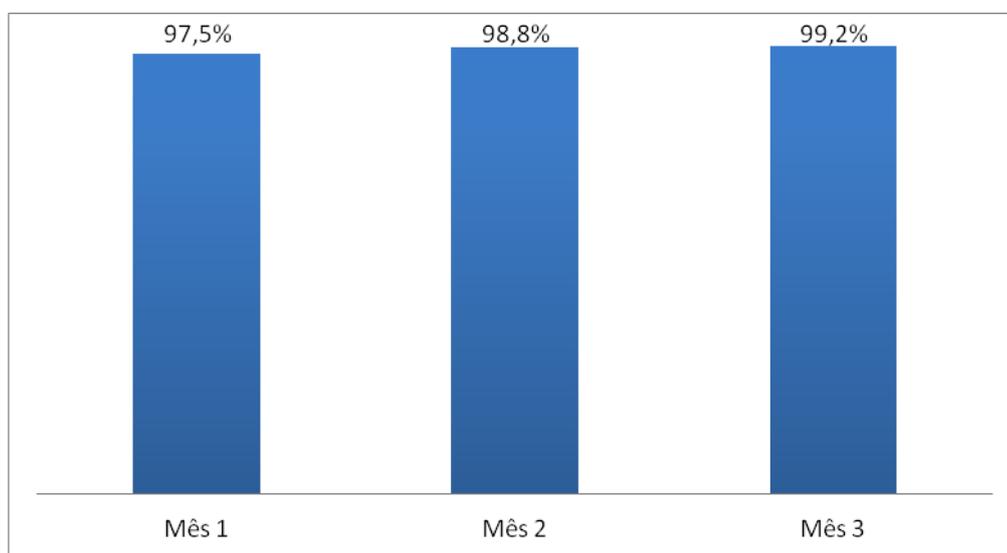


Figura 17: Gráfico da proporção de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre o risco do tabagismo. UBS Élon Damasceno Lopes Modulo I, Sena Madureira/AC, 2016.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

O número de pessoas com HAS com orientação sobre higiene bucal foi de 118 (100%), 253 (99,6%) e 374 (99,7%) (figura 18), respectivamente no primeiro, segundo e terceiro mês da intervenção. Assim, a meta 6.7 não foi atingida, porque, no segundo e terceiro mês da intervenção tivemos 1 usuário que não recebeu orientação profissional sobre o risco do tabagismo. Essas pessoas moram numa zona muito remota da Amazônia, isolados na mata fechada e tem uma péssima orientação sobre o cuidado da higiene bucal. Eles poucas vezes chegam na cidade.

O número de pessoas com DM com orientação sobre higiene bucal na UBS foi, respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês de 100% (37), 100% (78) e 100% (92). Assim, a meta 6.8 foi atingida.

Como aconteceu na meta 2.3 é muito importante destacar aqui nesta meta que a ação que mais nos auxiliou para este fim foi à organização das visitas domiciliares, que foram feitas pelos ACS e os técnicos de enfermagem, também foi muito importante à capacitação de todo o pessoal envolvido no projeto.

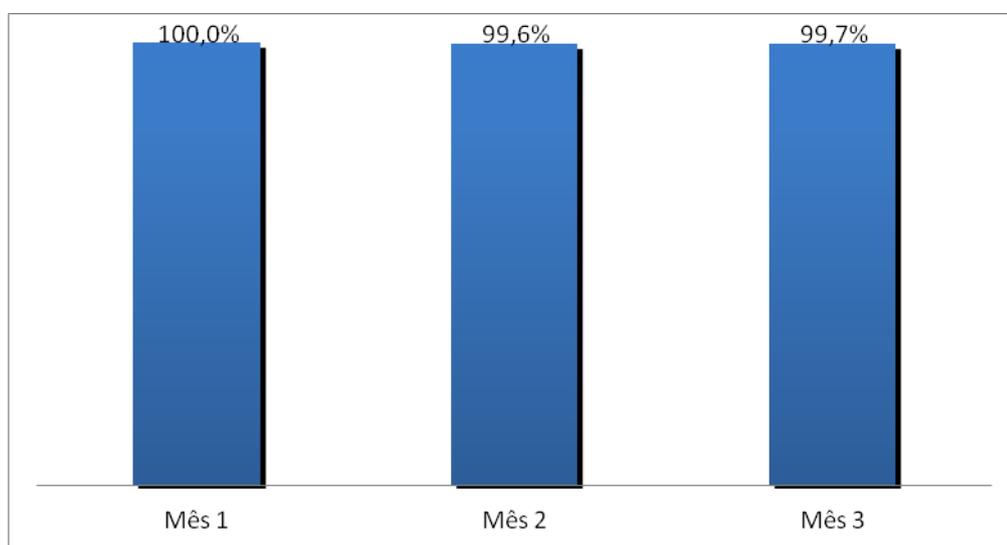


Figura 18: Gráfico da proporção de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal. UBS Élson Damasceno Lopes Modulo I, Sena Madureira/AC, 2016.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados.

É muito importante destacar que a capacitação da equipe e todo o pessoal de apoio foram fundamentais para um ótimo aproveitamento de cada dia trabalhado. Os momentos de qualificação da prática clínica foram essenciais para um bom conhecimento dos protocolos utilizados para nossa intervenção (Manual Técnico do Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde 2006 e Manual Técnico da Hipertensão Arterial do Ministério da Saúde 2013).

Todos os profissionais da equipe foram capacitados sobre o protocolo de HAS e Diabetes Mellitus, cadastramento dos hipertensos e diabéticos da área adstrita no programa, capacitação de ACS para a realização de busca de hipertensos e diabéticos faltosos a consultas, segundo o cronograma.

Cada membro da equipe tirou as dúvidas com relação ao que corresponde fazer para assim atingir nosso objetivo geral, elaborar um projeto de intervenção com vista a melhorar a qualidade no trabalho da ESF em nossa área de abrangência, assim como um melhor monitoramento da Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus de nossos usuários.

Importante também o apoio dos líderes das comunidades de nossa área de abrangência, assim como dos Gestores municipais da Secretaria de Saúde e Educação em parceria com a Prefeitura do Município para cumprir a proposta de nosso projeto de intervenção com sucesso.

4.2 Discussão

A intervenção realizada na UBS Élson Damasceno Lopes levou benefícios para a comunidade, para a equipe e também para os gestores, pois possibilitou uma reorganização do processo de trabalho, aproximação e participação de todos esses atores.

Além disso, por meio do nosso trabalho integrado, considerando os princípios e diretrizes do SUS bem como com a apropriação de instrumentos de monitoramento e avaliação, melhoramos nossos indicadores de cobertura e de qualidade do foco escolhido e conseqüentemente, melhor qualidade de vida pra nossa população.

Considerando que a HAS é a principal causa de morbimortalidade no mundo, ela tem uma alta prevalência e baixa taxa de controle, este é o principal problema que a nossa unidade de saúde enfrenta. Soma se a isso os determinantes e condicionantes sociais que são significativos na nossa área, como por exemplo, as condições geográficas, pois nossa área de abrangência é localizada no centro da floresta Amazônica, em zonas de difícil acesso, onde não tem energia elétrica, não tem geladeiras para conservar os alimentos, sendo que a primeira e principal

maneira para a conservação deles é o uso de salário. Isso leva ao aumento considerável do consumo inadequado de sódio na dieta que junto com a prática de exercícios físicos inadequada prejudica a saúde da grande maioria da população.

Apesar desse grande de desafio, a intervenção proporcionou debates, reflexões e ações, por meio de reuniões e implementação de estratégias, visando superar os diferentes condicionantes e determinantes sociais relacionados ao processo de saúde e doença.

A capacitação da equipe e todo o pessoal de apoio foram fundamentais para um ótimo aproveitamento de cada dia trabalhado. A qualificação da prática clínica favoreceu interessantes momentos de aprendizado e um bom conhecimento dos protocolos do MS disponibilizados pela UFPel.

Todos os profissionais da equipe vivenciaram experiências de educação permanente, uma vez que nesses encontros o foco não era apenas as questões técnicas relacionadas ao protocolo de HAS e DM, cadastramento dos usuários, capacitação de ACS para a realização de busca daqueles faltosos a consultas, segundo o cronograma, mas também como esses temas, na prática, ocorria na nossa realidade.

Tivemos momentos muito produtivos e cada membro da equipe tirou as dúvidas com relação às suas atribuições, sendo possível estabelecer a função de cada profissional na ação programática na sua totalidade.

Na UBS, as ações de acolhimento foram garantidas para todos os usuários de nossa ação programática acompanhados na UBS. O acolhimento dos usuários foi feito pela recepcionista e a técnica de enfermagem tanto dos casos agendados, assim como os usuários que chegaram pela demanda espontânea, direcionando as mesmas para o atendimento clínico realizado pelo médico.

Palestras e oficinas sobre diversos assuntos como alimentação saudável, prática de exercícios físicos, verificação da glicemia capilar, pressão arterial, adesão ao tratamento farmacológico foram discutidos amplamente e posteriormente foi fornecido aos usuários de nossa área de abrangência. A educação permanente em saúde dos integrantes da equipe, através de capacitações e treinamentos foram ações fundamentais para a qualidade da intervenção.

A enfermeira realizou a revisão dos registros semanalmente e orientou aos ACS quanto à busca ativa de usuários faltosos, estes últimos também realizaram visitas domiciliares, cadastraram usuários das faixas etárias estabelecidas para nossa ação programática e agendamento dos atendimentos.

Foi importante para nosso serviço o trabalho de forma integrada, pois facilitou o fluxo dos usuários para nossa ação programática, melhor controle e registro das informações, maior organização do trabalho a traves do agendamento prévio dos usuários com HAS e/ou DM.

Antes da realização da intervenção, o trabalho estava centrado na realização da consulta dos usuários que chegaram à unidade básica de saúde pela demanda espontânea, e não se tinha um registro adequado sobre o controle da HAS e DM. Um número significativo desses usuários tinham registros inadequados e outros não conheciam que padeciam dessas doenças. Isso tudo melhorou em nosso serviço, desde o inicio da intervenção.

A intervenção tem tido bom impacto na comunidade, pois além de melhorar os atendimentos para a ação programática, não foi afetado os demais atendimentos na unidade básica de saúde e aumentou a conscientização e o engajamento dos usuários e da comunidade em geral para dar continuidade á mesma.

Outro aspecto importante foi à reativação dos conselhos locais de saúde que ajudaram no esclarecimento da comunidade sobre a importância da ação programática e a retroalimentação da equipe de saúde mediante trocas nas reuniões, melhorando assim a participação e o controle social.

O monitoramento dos registros nos permitiu organizar um sistema de situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença facilitando e organizando a busca ativa. Organizamos a agenda de trabalho em função das prioridades e necessidades de atendimento para aqueles usuários avaliados como de alto risco.

Caso fosse realizar a intervenção novamente, primeiramente eu faria a reativação dos conselhos locais de saúde que ajudariam no esclarecimento à

comunidade sobre a importância da ação programática e a retroalimentação da equipe de saúde mediante trocas nas reuniões, melhorando assim a participação e o controle social. Desde o início da intervenção, a equipe realizou um trabalho de forma integrada, e com registros adequados das informações, além de uma boa articulação entre a comunidade e a equipe de saúde.

Agora só resta à equipe continuar realizando um bom trabalho e interagir com a comunidade, a fim de ampliar a cobertura e a qualidade da atenção, não apenas do foco desenvolvido, mas também de outra ação programática. Tomando este projeto como exemplo, pretendemos nas próximas reuniões de equipe fazer a análise e identificar outras ações programáticas para serem abordadas na UBS.

Muito importante enfatizar que a equipe encontra-se engajada em continuar realizando um ótimo trabalho e tem incorporado as ações do projeto à rotina diária da UBS, para assim dar continuidade a uma atenção organizada, planejada e de qualidade, com perspectivas de realizar novos planejamentos para outras ações programáticas no serviço. Também foi possível engajar a comunidade, lideranças comunitárias e gestores municipais no processo de intervenção e na continuidade da mesma.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado gestor,

A partir da minha incorporação ao trabalho na UBS, como parte do curso de especialização em Saúde da Família promovido pela Universidade Aberta do SUS, em parceria com a Universidade Federal de Pelotas, foi solicitado realizar um Trabalho de Conclusão de Curso baseado numa intervenção sobre uma determinada ação programática, previamente escolhida segundo as principais necessidades detectadas por uma análise prévia.

Após ter realizado uma análise situacional de forma minuciosa determinamos nosso foco de intervenção, atenção a saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes, utilizando para este fim o Manual Técnico do Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, 2006 e o Manual Técnico da Hipertensão Arterial do Ministério da Saúde, 2013.

Temos como objetivo geral, melhorar a atenção a saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes residentes na área de abrangência da UBS Élson Damasceno Lopes Modulo I, do Município Sena Madureira/AC.

Após três meses de desenvolvimento da intervenção, os indicadores de cobertura da atenção aos usuários com HAS e/ou DM atingidos foram 100%, ou seja, 375 e 92 pessoas com HAS e/ou DM, respectivamente, foram inseridas no nosso cadastro e acompanhadas pela equipe.

As ações de qualificação da prática clínica foram fundamentais para um bom conhecimento dos protocolos utilizados para nossa intervenção. Todos os profissionais da equipe foram capacitados sobre o protocolo de HAS e DM, principalmente quanto ao cadastramento, realização de busca ativa, avaliação clínica e definição da atribuição de cada membro da equipe na ação programática.

Nosso processo de trabalho está mais bem reorganizado, principalmente quanto à realização da visita domiciliar, o acolhimento, priorização dos casos e estratificação de risco dos mesmos. Além disso, realizamos ações de prevenção e promoção da saúde tanto na UBS como na comunidade e os registros apresentam melhor qualidade o que favorece subsídios para monitorarmos e avaliarmos as ações implementadas no cotidiano.

A comunidade está satisfeita com os resultados que alcançamos, já observamos uma melhor adesão ao tratamento dos usuários e principalmente o protagonismo e o envolvimento deles com o nosso trabalho e no processo do cuidado.

Todos esses ótimos impactos conquistados foi possível graças ao apoio dos gestores da Secretaria Municipal de Saúde e a Prefeitura, garantindo a logística necessária para o bom desenvolvimento de nosso Projeto de Intervenção, principalmente no momento de movermos para adentrar-nos nas comunidades ribeirinhas e aquelas localizadas na floresta Amazônica, lugares muito remotos e de difícil acesso. É importante destacar a parceria significativa dos gestores da Secretaria de Saúde e a Secretaria de Educação foi muito importante nas atividades de promoção e educação em saúde.

Apesar das ações já estarem inseridas no nosso processo de trabalho, precisaremos do seu apoio tanto para a sustentação dos benefícios alcançados, como para as próximas ações que pretendemos iniciar, visando à melhoria cada vez mais da saúde da nossa comunidade.

Para isso, precisamos do seu apoio, gestor, na reorganização dos serviços de saúde, no cumprimento da carga horária dos profissionais das demais UBS do município para que nossa UBS possa dedicar toda sua atenção aos usuários da zona rural do município e assim não sobrecarregar o nosso serviço com a demanda espontânea de outras unidades de saúde, tanto no atendimento médico, odontológico e de enfermagem. A farmácia/Hiperdia deve ser fortalecida, visando a superação da falta dos medicamentos necessários na Atenção Primária.

Tomando esta intervenção como exemplo, pretendemos nas próximas reuniões de equipe fazer a análise e identificar outras ações programáticas para

serem abordadas na UBS. É importante enfatizar que a equipe e a comunidade encontram-se engajada e motivada em continuar realizando um ótimo trabalho, com o intuito de obter resultados sanitários positivos e em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Comunidade,

A partir da minha incorporação ao trabalho na UBS, como parte do curso de especialização em Saúde da Família promovido pela Universidade Aberta do SUS, em parceria com a Universidade Federal de Pelotas, foi solicitado realizar um Trabalho de Conclusão de Curso baseado numa intervenção sobre uma determinada ação programática, previamente escolhida, segundo as principais necessidades detectadas por uma análise prévia.

Após ter realizado uma análise situacional de forma minuciosa determinamos nosso foco de intervenção, atenção a saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes, utilizando para este fim o Manual Técnico do Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, 2006 e o Manual Técnico da Hipertensão Arterial do Ministério da Saúde, 2013.

Temos como objetivo geral, melhorar a atenção a saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes residentes na área de abrangência da UBS Élson Damasceno Lopes Modulo I, do Município Sena Madureira/AC. Antes da realização deste projeto de intervenção na nossa UBS, o trabalho estava centrado na realização da consulta dos usuários que chegavam na UBS pela demanda espontânea e não se tinha um registro, monitoramento e avaliação adequados sobre o controle das pessoas com essas doenças.

A intervenção teve um impacto positivo na comunidade, pois além de melhorar os atendimentos para a ação programática, não foi afetado os demais atendimentos na UBS e aumentou a conscientização e o engajamento de vocês para dar continuidade à mesma.

Na UBS as ações de acolhimento foram garantidas para todos os usuários de nossa ação programática acompanhados na UBS. O acolhimento dos usuários foi feito pela recepcionista e a técnica de enfermagem tanto dos casos agendados assim como os usuários que chegaram pela demanda espontânea, direcionando as mesmas para os atendimentos clínicos pelo médico.

Palestras e oficinas sobre diversos assuntos como alimentação saudável, prática de exercícios físicos, verificação da glicemia capilar, pressão arterial, adesão ao tratamento farmacológico foram discutidos amplamente e posteriormente foi fornecido aos usuários de nossa área de abrangência. A educação permanente em saúde dos integrantes da equipe, através de capacitações e treinamentos foram ações fundamentais para a qualidade da intervenção.

Tomando esta intervenção como exemplo, pretendemos nas próximas reuniões de equipe fazer a análise e identificar outras ações programáticas para serem abordadas na UBS. É importante enfatizar que a equipe encontra-se engajada em continuar realizando um ótimo trabalho e tem incorporado as ações do projeto à rotina diária da UBS, para assim dar continuidade a uma atenção organizada, planejada e de qualidade, com perspectivas de realizar novos planejamentos para outras ações programáticas no serviço.

Outro aspecto importante foi o contato com líderes comunitários que foram convidados a participar das reuniões de equipe, onde discutíamos a importância do projeto e de como este poderia repercutir na comunidade para melhorar das ações de atendimento e acompanhamento e solicitando o apoio deles para informar à comunidade sobre as estratégias a seguir para dar cumprimento ao nosso projeto.

Para continuarmos com essas ações e também planejarmos juntas as próximas atividades que focaremos, visando à organização e melhor desenvolvimento dos projetos futuros para continuar melhorando a atenção a saúde da comunidade, precisamos que vocês continuem participando das atividades, estejam presentes nas reuniões e tragam suas necessidades para debatermos formas de superá-las.

A participação de vocês de forma ativa e em todos os momentos com a nossa equipe é fundamental para conseguirmos alcançar cada vez mais uma melhor qualidade de vida para a nossa população.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O programa “Mais Médicos Para o Brasil”, é sem dúvida um triunfo do governo brasileiro, programa para ser frente a novas demandas do povo brasileiro, associada a melhorar nas condições de vida da população, sem importar classes sociais, credo ou a riqueza das pessoas, sempre com a intenção de trazer a saúde para os mais humildes e necessitados.

Neste sentido acredito que o programa Mais Médico Para o Brasil é sem dúvida um dos maiores alcance de minha carreira de médico, lembrando sempre que, no meu caso, corresponde dar atendimento a uma população da zona rural, pessoas simples, de baixos ingressos, com uma educação precária (a maioria analfabetos), mas muito humildes que precisam de nosso amor e de muita atenção, carinho e respeito de todos nós.

O curso de especialização em saúde da família promovido pela Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas formou parte do enriquecimento dos meus conhecimentos sobre como realizar a abordagem dos diferentes problemas de saúde nas comunidades, atuando na a atenção primária de saúde (APS). Essas experiência também promoveu o trabalho em equipe e o engajamento de todos, tanto profissionais da equipe básica de saúde, outros trabalhadores da UBS não profissionais, os gestores e a comunidade, além de contempla uma ampla gama de questões de vital importância no desenvolvimento do nosso conhecimento.

Por exemplo, a organização, o monitoramento e avaliação, engajamento publico e qualificação da prática clínica. Assim, desta maneira, propicia que nós desenvolvemos a habilidades e conhecimentos para implantar ações programáticas e realmente úteis e produtivas, para alcançar excelentes resultados de trabalho, após realizar uma análise situacional e identificação dos principais problemas, a elaboração de um projeto e da realização da intervenção.

A proposta pedagógica do curso oferta ao educando a oportunidade para ampliar nossos conhecimentos a partir de nossa vinculação com as comunidades, que este curso foi elaborado com a finalidade de oferecer alguns subsídios técnicos específicos em relação da população, de forma a facilitar a prática diária dos profissionais que atuam na Atenção Primária, com uma boa disponibilidade de

instrumentos e promove discussões atualizadas no sentido de auxiliar adoção de condutas mais apropriadas às demandas dessa população.

Isso tudo foi pensado de maneira integral para o desenvolvimento das ações nas comunidades onde todos nós trabalhamos, e promoveu a apropriação dos profissionais dos conhecimentos relacionados ao planejamento, organização das ações da saúde, da atenção primária e do SUS.

O curso ficou muito bem organizado, com muitos temas da área clínica com materiais atualizados, que foram de grande ajuda no manejo de doenças muito comuns na UBS. Muito importante também sinalizar, que durante o decorrer do curso o mesmo está inserido no trabalho da UBS na qual o educando trabalha com a sua ESF e dá a oportunidade de desenvolver os aprendizados no trabalho diário.

Além disso, durante o curso foi muito importante a realização de trocas de pontos de vista e opiniões sobre os principais problemas das comunidades com professores e outros participantes do curso, o que também contribuiu para um enriquecimento cruzado de conhecimentos e aplicar essas experiências no funcionamento diário das atividades laborais.

A modalidade do curso a distancia foi uma experiência nova e um desafio para mim, pois no começo eu tive muitas dúvidas e preocupações sobre a realização do curso numa língua diferente da minha, mas tive a sorte de ter um orientador muito preocupado, muito profissional, que proporciona todo o tempo um apoio excepcional e com muito respeito, sempre prestativo para esclarecer as dúvidas que apareciam durante a realização do curso.

Desde o início, ele me inspirou confiança, além de melhorar e qualificar os meus conhecimentos e a língua portuguesa, pelo qual considero que o curso foi muito satisfatório para mim. Mantivemos durante todo o curso um relacionamento contínuo através do diálogo orientador especializando (DOE) baseado no respeito mútuo e qualificação contínua das tarefas realizadas.

O Ambiente Virtual de Aprendizagens propicia a possibilidade de interação com outros educando, acessar a bibliografia virtual, sem dúvida tudo bem elaborado para um bom desenvolvimento do educando. A partir do curso, se elevou a capacidade técnica da equipe de saúde, ficamos mais eficientes em relação ao planejamento e a gestão e mais competentes para formar vínculos com a população atendida.

Nosso Projeto de Intervenção responde as necessidades de minha população, foi desenhado e elaborado para dar um atendimento de qualidade a meus pacientes, sempre respeitando os princípios que fundamentam o SUS (Universalidade, Equidade e Integralidade).

As minhas expectativas foram cumpridas com este importante curso e principalmente com o desenvolvimento do Projeto de Intervenção.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel-Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Brasília, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 29 e Caderno n.37- Hipertensão do Ministério da Saúde de 2013).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: Acesso em: 30 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno da Atenção Básica: Diabetes Mellitus n. 16. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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
Prof^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 C - Ficha espelho

Medicações de uso contínuo		FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS					
Data	Apresentação	Data					
Hidroclorotiazida 25mg		Glicemia de Jejum					
Captopril 25mg		HGT					
Propranolol 40 mg		Hemoglobina glicosilada					
Enalapril 10 mg		Colesterol total					
Atenolol 25 mg		HDL					
Metformina 500 mg		LDL					
Metformina 850 mg		Triglicerídeos					
Glibenclamida 5mg		Creatinina Sérica					
Insulina NPH		Potássio sérico					
		Triglicerídeos					
		EQU					
		Infecção urinária					
		Proteinúria					
		Corpos cetônicos					
		Sedimento					
		Microalbuminúria					
		Proteinúria de 24h					
		TSH					
		ECG					
		Hemograma					
		Hematócrito					
		Hemoglobina					
		VCM					

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante