

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 9**



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF II São Pedro, Coronel Bicaco/RS.

GERARDO BARCELO ARNEDO

Pelotas, 2016

Gerardo Barcelo Arnedo

Melhoria da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF II São Pedro, Coronel Bicaco/RS.

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

Orientadora: Naércia Ranúzia do Nascimento Torres Vitorino dos Santos

Co-orientadora: Vera Lúcia Quinhones Guidolin

Pelotas, 2016

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

A748m Arnedo, Gerardo Barceló

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na ESF II São Pedro, Coronel Bicaco/RS / Gerardo Barceló Arnedo; Naércia Ranúzia do Nascimento Torres Vitorino dos Santos, orientador(a); Vera Lúcia Quinhones Guidolin, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

100 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. Santos, Naércia Ranúzia do Nascimento Torres Vitorino dos, orient. II. Guidolin,

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico à realização do trabalho:

A minha família pelo esforço em suportar a distância e o tempo nestes meus três anos fora de casa.

Agradecimentos

Ao Programa Mais Médico para o Brasil pela oportunidade de oferecer ajuda à população brasileira quanto à saúde.

A todos aqueles envolvidos neste esforço para oferecer mais saúde para o povo brasileiro.

À Universidade Federal de Pelotas por oferecer o curso da Especialização em Saúde da Família.

A minha equipe de trabalho pelo apoio oferecido.

“Quem não agüenta o trote não monta o burro.”

Getúlio Vargas.

Resumo

ARNEDO, Gerardo Barcelo. **Melhoria da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF II São Pedro, Coronel Bicaco/RS. 2016.102f.** 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.

O trabalho consistiu numa intervenção que envolveu uma população de 226 hipertensos e 41 diabéticos da ESF II São Pedro, do município Coronel Bicaco/RS durante 12 semanas, no período de julho a setembro de 2015. A escolha da população alvo foi devida estas doenças constituírem fatores agravantes do risco cardiovascular, mortes e incapacidades, ainda, muitas destas pessoas não realizavam o acompanhamento com a periodicidade e a qualidade necessária. O principal objetivo foi qualificar as ações do programa de controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da ESF II São Pedro, Coronel Bicaco, cuja população da área adstrita é 1662 usuários. Para alcançar este objetivo, foram consideradas as orientações do Ministério da Saúde Brasileiro fundamentadas nos Protocolos atualizados sobre HAS e DM previstos nos Cadernos de Atenção Básica de Saúde, e pelo curso de especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas, sendo as ações delineadas nos quatro eixos programáticos: Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica. Foi elaborado um cronograma com as atividades a serem realizadas em cada semana da intervenção. As ações previstas foram orientadas quanto a realização dos exames complementares em dia, a realização do exame clínico em dia, garantir o acesso aos medicamentos na farmácia popular, avaliação quanto a necessidade de atendimento odontológico, eliminar os faltosos a consulta de acompanhamento de acordo com o protocolo mediante a busca ativa, realizar e atualizar o registro adequado nas fichas de atendimento, realizar a estratificação de risco cardiovascular, oferecer orientação nutricional sobre alimentação saudável, quanto a prática de atividade física regular, quanto aos riscos do tabagismo e sobre higiene bucal. Como resultado da intervenção, a equipe conseguiu ampliar o cadastro de usuários hipertensos de 13,5 % para 100%, e aumentou a porcentagem do cadastramento de diabéticos de 39% para 100%. A intervenção foi importante para incorporar na rotina diária da UBS as atividades previstas no projeto, quais sejam: melhorar o acolhimento, garantir o engajamento público e a participação da população na geração de saúde, melhorar a união entre os gestores de saúde e as lideranças comunitárias, atualizar os registros dos hipertensos e diabéticos, e finalmente, melhorar o atendimento da população quanto as ações programáticas estabelecidas pelo SUS.

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

Lista de Figuras

- | | | |
|----------|---|----|
| Figura 1 | Gráfico1: Cobertura do Programa de Atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica na Unidade de Saúde, Coronel Bicaco/RS. | 74 |
| Figura 2 | Gráfico 2 Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na Unidade de Saúde, Coronel Bicaco/RS. | 75 |

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DCVs	Doenças Cerebrovasculares
ESF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério de Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PMMB	Programa Mais Médicos para o Brasil
PA	Pressão Arterial
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Autónoma do Sistema Único de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

Sumário

Apresentação	11
1 Análise Situacional	13
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	13
1.2 Relatório da Análise Situacional	15
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	30
2.2 Objetivos e Metas	35
2.2.1 Objetivo Geral	35
2.2.2 Objetivos Específicos	35
Metas	36
2.3 Metodologia.....	39
2.3.1 Ações	40
2.3.2 Indicadores	57
2.3.3 Logística.....	64
2.3.4 Cronograma.	66
3 Relatório da Intervenção	67
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	67
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	68
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	69
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	69
4 Avaliação da intervenção.....	71
4.1 Resultados	71
4.2 Discussão.....	82
5 Relatório da intervenção para gestores	85
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.	88
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	91
8 Referências.....	93
9 Anexos.....	95

Apresentação

O meu trabalho consiste em melhorar a Atenção à Saúde dos Usuários Hipertensos e Diabéticos maiores de 20 anos na ESF II São Pedro do município Coronel Bicaco/RS. O período da intervenção foi de 12 semanas, com a participação de todo o pessoal da nossa Equipe de Saúde da Família, integrada por um médico do Programa Mais Médicos especialista em Medicina Geral Integral, uma Cirurgiã Dentista, uma Auxiliar da Dentista, um Enfermeiro, uma Técnica de Enfermagem e cinco Agentes Comunitários de Saúde.

A Análise Situacional é descrita no capítulo 1, apresentamos às características do município quanto à localização geográfica, características demográficas, organização do Sistema de Saúde com demais pontos da rede de atenção municipal. Também é tratada a estrutura física que tem a UBS e aqueles serviços de saúde que são oferecidos para os usuários da saúde.

Na Análise Estratégica, capítulo 2, foi definido o foco da intervenção, é descrita a justificativa para a escolha do tema e da população alvo, também se explica a metodologia e detalhamento das ações. Além disso, também são definidos os objetivos, as metas e os indicadores da intervenção mesmo que a logística e o detalhamento das ações que também são apresentados.

O Relatório da Intervenção, no capítulo 3 refere-se às ações previstas e desenvolvidas ao longo da intervenção, assim como aquelas atividades não previstas que também foram desenvolvidas mesmo que outros aspectos que foram positivos e negativos durante o desenvolvimento das ações.

No capítulo 4, é apresentada a Avaliação da Intervenção, descrevendo os resultados e apresentando os gráficos que permitem fazer o acompanhamento da

evolução de cada indicador durante as 12 semanas da intervenção e realizando a análise detalhada em cada um deles.

No capítulo 5 é apresentado o Relatório para Gestores a fim de oferecer para eles os detalhes do trabalho realizado durante a intervenção e informar sobre os resultados obtidos, sobre os aspectos do processo do trabalho que poderiam ser melhorados e também para agradecer o seu apoio para que os resultados pudessem ser alcançados.

O capítulo 6 trata de o Relatório para a Comunidade. Neste relatório apresentamos para a comunidade um resumo das ações que foram realizadas ao longo da intervenção e dos resultados positivos que foram alcançados graças a participação da comunidade organizada e das lideranças comunitárias segundo o eixo do Engajamento público. Este relatório também permitiu agradecer por terem colaborado na geração de saúde coletiva e mostrou como é fundamental a expansão e consolidação destas ações.

Finalizamos com uma reflexão crítica no Capítulo 7 sobre o processo de aprendizagem que representou para mim uma possibilidade de crescimento pessoal e profissional, pois acabei ampliando meus conhecimentos em relação ao sistema de saúde estabelecido no Brasil para oferecer serviços de saúde de ótima qualidade para o povo brasileiro.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Coronel Bicaco é uma cidade pequena situada a 429 km da capital Porto Alegre do estado Rio Grande Do Sul. A nossa UBS não tem a estrutura de uma UBS clássica, mas para seu funcionamento conta com três consultórios, um local para triagem, um local para ações de enfermagem, um consultório de Odontologia, um local para atividades de esterilização, um refeitório, um local para realizar os Preventivos de Câncer de colo de útero, um local de Vigilância em zoonoses, uma Farmácia que tem a maioria dos medicamentos básicos necessários para atender a demanda da comunidade assim como os remédios para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis são dados para nossos pacientes pelo ESF, mas ainda é insuficiente a causa de que algumas pessoas têm que comprar nas farmácias de fora alguns dos medicamentos que precisam. Além dos locais da área gerencial e de todo o pessoal administrativo da UBS tem uma adequada estrutura sanitária. Atualmente se encontra em fase de construção a estrutura da nova Unidade Básica de Saúde de Coronel Bicaco. Nesta hora a situação do transporte é muito difícil, pois não tem a quantidade suficiente de carros para satisfazer a grande demanda dos serviços.

A atenção primária está estruturada em três ESF completas, cada um delas atendem as suas próprias comunidades. Eu estou atendendo cinco comunidades do interior do município com a ajuda de uma técnica de Enfermagem, uma Enfermeira, um cirurgião dentista, uma auxiliar da dentista e cinco Agentes de Saúde Comunitária que moram dentro das comunidades.

Temos mais três médicos para fazer atendimentos em medicina geral e também uma pediatra que faz atendimentos duas vezes na semana. A demanda dos atendimentos é muito alta, mas ainda não é planejada. Nossa equipe tem identificado

isso como um problema dentro de muitos outros na aplicação das políticas de Saúde no município.

Não temos transporte fixo para fazer visitas domiciliares nem os atendimentos nas comunidades. Muito dos serviços para fazer exames complementares e as consultas de acompanhamento especializado são feitos fora do município e acabam afetando as nossas atividades na Atenção Primária pela falta de transporte, provocando mudanças do trabalho já planejado da semana. Este é outro dos problemas de funcionamento já identificado pela nossa equipe de Saúde da Família que tem sido discutido com o Secretário de Saúde e o Prefeito do município, mas ainda não tem resposta a nossa reclamação.

Todas as quintas feiras realizamos as reuniões da nossa ESF e se realiza o planejamento do trabalho da semana, só que não todas as pessoas que são citadas para consultar acodem para o acompanhamento e acontece a mesma situação com as demais equipes, e a demanda espontânea acaba dificultando o trabalho.

Nossa equipe realiza atividades para a identificação das necessidades de saúde da população adstrita, programa e realiza atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde identificadas na população, desenvolve ações de promoção e prevenção priorizando os grupos de risco e também trabalha para modificar os fatores de risco clínico, alimentares e ambientais que são identificados nas pesquisas ativas.

Realizamos atenção à saúde não só na UBS, mas também no domicílio e em locais do território tais como salões comunitários e atividades educativas nas escolas.

Participamos do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada de suas necessidades de saúde e realizando a primeira avaliação.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Coronel Bicaco é uma cidade pequena situada a 429 km da capital Porto Alegre do estado Rio Grande Do Sul, o clima é subtropical úmido, tem uma área de 429 km², o gentílico é Bicaquense e tem um total de habitantes 7748, deles 3.795 homens e 3.953 mulheres. O número da UBS é 3496058.

A estrutura dos serviços de saúde no município conta com uma Unidade Básica de Saúde (UBS), um Hospital, dois Laboratórios onde é realizada a maioria dos exames necessários para o processo diagnósticos devidamente conveniados, e várias farmácias. Somente tem uma UBS tipo Rural a qual não tem a estrutura de uma UBS clássica e que realiza atividades de prestação dos serviços dentro do SUS, tem vínculo com as instituições de ensino e o modelo de atenção é ESF tradicional.

Quanto à estrutura da UBS, para o seu funcionamento conta com locais de trabalho para cada um dos três ESF, três Consultórios médicos, um local para triagem, um local para ações de enfermagem, um consultório de Odontologia, um local para atividades de esterilização, um refeitório, um local para realizar os Preventivos de Câncer de colo de útero, um local de Vigilância em zoonoses, uma Farmácia e uma área gerencial. São prestados serviços de especialidades tais como Urologia, Cirurgia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Ortopedia, Traumatologia, Neurologia, Neurocirurgia, Ginecologia, Internista, Psiquiatria e outros que tem sido pactuado pela UBS e os usuários são encaminhados sempre que precisar utilizando o sistema de Referência e contra referência. Tem um CEO tipo 1 para oferecer à população os serviços de diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia, atendimento a portadores de necessidades especiais. Não conta com NASF. Cada ESF tem sua própria área de abrangência.

A minha ESF atende cinco comunidades do interior do município com a ajuda de uma Técnica de Enfermagem, uma Enfermeira, uma Cirurgiã dentista, uma Auxiliar em Saúde Bucal e cinco ACS que moram dentro das comunidades. Nossa equipe tem uma carga horária de 40 horas semanais e uma responsabilidade sanitária por um território de referência.

Como médicos temos obrigações para com nossos usuários e para isso temos que fazer todo o possível com os recursos que temos a nosso alcance. Isso são os olhos, as mãos, os ouvidos e os conhecimentos adquiridos em anos da prática clínica e que temos que aperfeiçoar cada dia mais, mas também são necessários outros recursos para conseguir brindar um bom serviço em saúde a nossos usuários é por isso que o trabalho tem de ser em equipe e contar com o acompanhamento das pessoas e das instituições do governo.

Quanto à estrutura do serviço, a nossa UBS não foi construída para ser uma UBS, é um local adaptado que não conta com a estrutura própria de uma UBS clássica. Algumas áreas da estrutura da UBS não tem a superfície requerida provocando a obstrução da locomoção dentro da área e o fluxo das pessoas. Não tem sala para fazer curativos, isso faz parte da estrutura física da UBS que vai ser resolvida em quanto à nova UBS esteja construída, isso incrementa o risco biológico do local de procedimentos de enfermagem. Não tem sala para Esterilização e Estocagem de Material Esterilizado. Não tem sala de lavagem e descontaminação existindo a possibilidade de contaminação ainda quando este processo realizasse com a maior qualidade possível e pelo pessoal capacitado.

Não tem espaço destinado à coleta de material para análises clínicas, isso reduz o número de pessoas que podem ser pesquisadas. Não tem escovário a qual afeita o trabalho de educação em saúde realizado pela Dentista e a realização de procedimentos relacionados à prevenção de doenças bucais. A área administrativa da UBS não tem rampa o que impede o acesso de pessoas com limitações temporárias, idosos e portadores de deficiências. A sinalização é insuficiente e ainda inadequada e fora das normas técnicas, isso limita orientação das pessoas que procuram informação e atendimento na UBS. Não tem grupos de apoio a Saúde da Família, isso impede o benefício destes serviços às comunidades e incrementando o conteúdo de trabalho dos ESF que tem que fazer às vezes como grupo de apoio. Ter aparelhos médicos quebrados limita o processo diagnóstico, afeita os usuário se tira efetividade da UBS, tem sido considerada uma prioridade na discussão com os gestores para

procurar a solução para esta deficiência. Há falta de medicamentos na Farmácia e outros que são insuficientes no arsenal terapêutico e que obriga os médicos a procurar variantes terapêuticas de tratamento, e as pessoas têm que comprá-los numa Farmácia de fora do SUS é outra das prioridades nas discussões com os Gestores de Saúde para procurar a solução. A falta de alguns testes diagnósticos na UBS, assim como também a demora das provas de laboratório que se realizam fora do município afetam a pesquisa de doenças transmissíveis e crônicas, e demoram o Processo Diagnóstico-Terapêutico das ESF. Não temos transporte fixo para fazer visitas domiciliares nem os atendimentos nas comunidades. Muito dos serviços para fazer exames complementares e as consultas de acompanhamento especializado são feitos fora do município e acabam afetando as nossas atividades na Atenção Primária pela falta de transporte, provocando mudanças do trabalho já planejado da semana. Este é outro dos problemas de funcionamento já identificado pela nossa equipe de Saúde da Família que tem sido discutido com o Secretário de Saúde e o Prefeito do município, mas ainda não tem resposta a nossa reclamação. Nesta hora a situação do transporte é muito difícil, pois não tem carros suficientes para satisfazer a grande demanda dos serviços.

Nossa Equipe de Saúde da Família tem identificado todas aquelas dificuldades e limitações e atua de acordo com as nossas possibilidades de enfrentamento, realizando avaliações das deficiências nas reuniões da equipe e realizando ações para resolvê-las no trabalho diário.

As questões estruturais da UBS têm sido discutidas com os gestores de saúde dando-lhes conhecer as dificuldades diagnosticadas e conscientizando-lhes na necessidade para resolvê-las tanto na parte da estrutura quanto aos recursos materiais e as normas e procedimentos estabelecidos. Nossa análise crítica tem que ver fundamentalmente com problemas estruturais, mas também com a necessidade da vinculação ao ensino de todo o pessoal envolvido no funcionamento de nossa UBS.

Entre as estratégias que poderão ser realizadas para superar ou minimizar estas deficiências estão à vinculação ao ensino de todo o pessoal envolvido no funcionamento de nossa UBS, mostrar para os Gestores as deficiências para eles garantir melhorar a sinalização necessária para os usuários que procuram informação e atendimento na UBS, para eles definir a sala para fazer os curativos, para e o local para lavagem e descontaminação para conseguir reduzir o risco de contaminação, solicitar a construção de uma rampa na área gerencial para garantir o acesso das

peças com deficiências, solicitar aos gestores um adequado sistema de calibragem dos aparelhos médicos, resolver a falta de medicamentos garantindo aqueles que são obrigatórios terem para evitar a afetar o arsenal terapêutico, exigir um adequado sistema de manutenção, calibragem e reposição dos instrumentos médicos.

Também foi discutida a necessidade de que os prontuários eletrônicos estejam nas mãos dos profissionais responsáveis para ser preenchidos e garantir que fiquem todas registradas as atividades e procedimentos que sejam feitos pelo pessoal médico das ESF em concordância com os protocolos estabelecidos pelo SUS e também o monitoramento e avaliação das ações. Também foi discutida com os Gestores a necessidade da existência física dos Protocolos estabelecidos pelo SUS pelos quais são obrigados de fazer todos os Procedimentos Médicos e não médicos dentro das instituições de Saúde no Brasil e poder garantir o monitoramento das ações de saúde da comunidade.

Uma nova UBS está sendo construída no município que vai resolver o problema da parte estrutural.

Temos uma equipe multiprofissional com médico generalista, um enfermeiro generalista, uma técnico de enfermagem, um cirurgião dentista, uma auxiliar em saúde bucal e cinco ACS que moram nas comunidades que atendemos. Todos nós temos uma carga horária de 40 horas semanais e uma responsabilidade sanitária por um território de referência.

Existem necessidades e limitações para fazer um bom trabalho no nosso município, como exemplo não existe um serviço de transporte público para as comunidades do interior do município que faz que as pessoas tenham que aguardar até conseguir um meio de locomoção para chegar até a UBS ou Hospital. Por outro lado, nossa equipe não tem transporte próprio para a equipe se deslocar até as comunidades do interior para fazer as ações de saúde planejadas na semana. Quando chove os caminhos são impossíveis para transitar e acaba afetando a deslocação da equipe para as comunidades do interior, as pessoas também não conseguem se trasladar para a UBS e ficam isoladas no interior do município.

As prioridades e possibilidades de enfrentamento frente às dificuldades detectadas dependem das possibilidades que o município tem para resolvê-las, pois já foram discutidas com os gestores de saúde no município.

Existem prioridades e possibilidades para resolvê-las como realizar uma reunião comunitária a fim expor as dificuldades e necessidades da UBS para

identificar parceiros na busca pela melhoria da assistência prestada, através do planejamento e proposições das ações para solução dos problemas, sensibilizando a gestão destas necessidades e repercussões na saúde da comunidade. Outra das prioridades para nossa equipe é que temos que resolver o problema da organização do trabalho da equipe que está relacionado com o cumprimento do trabalho planejado para conseguir chegar até todas as pessoas de cada comunidade que nossa equipe atende.

Para conseguir fazer isso, temos dado para os ACS as ferramentas metodológicas para fazer a triagem das famílias e os indivíduos facilitando uma ordem de prioridade para cada um deles. Outra das prioridades é promover a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família que preveem a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra referência, incrementar o número de atividades no Programa Saúde na Escola, pois têm que se melhorar na perspectiva da atenção integral das crianças e adolescentes, se podem fazer mais atividades educativas, realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe. Outra das prioridades é incrementar o vínculo e responsabilização entre nossa equipe e a população adstrita garantindo a continuidade das ações de saúde em concordância com a idade dos usuários e o processo de vinculação dos profissionais da equipe e as pessoas, famílias e grupos para a construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, incrementar a identificação de riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando as diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo. Fazer um uso eficiente dos recursos disponibilizados para a realização de nosso trabalho.

É uma prioridade a programação e realização de atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da nossa população, priorizando as intervenções clínicas e sanitárias dos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência, a atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território e outros espaços que comportem a ação planejada. Realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de deslocação até a unidade de saúde. Garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda

espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde, realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local e acompanhar e avaliar as ações em saúde realizadas para a readequação do processo de trabalho se for necessário.

Na distribuição da população por sexo temos 48,98% do sexo masculino e 51,02% do sexo feminino. O maior grupo populacional está entre os 20 e 49 anos que representam 41,2% do total de indivíduos, ou seja, trata-se de uma população jovem e esta estimativa parece de acordo com a distribuição da população por sexo e faixa etária na área de abrangência de minha UBS.

Nossa UBS tem três equipes de Saúde da Família para uma população de pouco mais de 7748 habitantes, mas é considerando suficiente o tamanho das equipes por parte dos gestores de Saúde no município. A população adstrita da minha ESF é 1662 usuários da saúde.

A UBS concebe o atendimento a demanda espontânea como uma forma de inclusão social, um ato de relacionamento humano tal qual é, no qual não é o profissional da saúde quem decide o que é ou não é uma demanda espontânea e todos os usuários são acolhidos e atendidos se precisarem, respeitando os direitos de cada um deles como usuários da saúde, mesmo assim sem ter toda a estrutura física para realizar o acolhimento.

Agora com a nova UBS, a implantação de acolhimento da demanda espontânea, vai provocar mudanças nos modos de organização das equipes, nas relações entre os trabalhadores e nos modos de cuidar, mais ainda não temos uma boa organização para realizar o acolhimento. O número de crianças menores de 1 ano existentes em minha área de abrangência é 29 e parece de acordo com a minha realidade. A nossa área de abrangência têm 24 gestantes, 6% da população e não parece concordar com a realidade do resto do país, pois no meu município a natalidade está mais de acordo com a natalidade do estado do Rio Grande do Sul.

Nossos trabalhadores estão abertos para perceber as peculiaridades de cada situação que se apresenta, buscando agenciar os tipos de recursos e tecnologias que ajudem a aliviar o sofrimento, melhorar e prolongar a vida, evitar ou reduzir danos, reconstruir a autonomia, melhorar as condições de vida, favorecer a criação de vínculos positivos e diminuir o isolamento e abandono se materializando na realização de ações de promoção e educação em saúde para tais como combater os riscos à saúde, inserir pessoas com baixa renda em programas sociais, utilizar uma medicação

ou realizar um procedimento que cure uma doença ou diminua uma dor; cuidar de alguém que tem alguma doença considerando os detalhes, abordar casos relacionados à saúde mental, inclusive os mais graves, como um caso de cárcere privado; conversar com gestantes, em grupos e individualmente, sobre a gestação, mas também sobre as questões gerais relacionadas à sua vida, como a sua sexualidade, etc.

Em resumo, nossa UBS tem resolutividade e capacidade de escuta para lidar com a complexidade de sofrimentos, adoecimentos, demandas e necessidades de saúde às quais as equipes estão constantemente expostas.

Na nossa UBS os profissionais de saúde não são os únicos definidores das necessidades de saúde, o usuário também define o que é necessidade de saúde para ele, podendo apresentá-la enquanto demanda ao serviço de saúde. Essa demanda é acolhida, escutada, problematizada, reconhecida como legítima. Às vezes, há coincidência da demanda e do olhar técnico-profissional. No entanto, quando isso não acontece, o diálogo e a compreensão são as ferramentas para resolvê-lo, evitando ruídos que se materializam em queixas, reclamações, retornos repetidos, busca por outros serviços. Estamos abertos e preparados para acolher o que não pode ser programado, as eventualidades, os imprevistos. Outra razão é que, muitas vezes, esses momentos de sofrimento dos usuários são fundamentais para a criação e fortalecimento de vínculos.

Aproveitamos o atendimento à demanda espontânea para deparar com a não efetividade de algumas condutas e projetos terapêuticos prévios, ou reorganização do serviço.

A avaliação que faço da cobertura de Saúde da Criança encontrada é boa e até agora no meu município o acompanhamento tem realizado com a intervenção e a ajuda de uma pediatra contratada pela prefeitura do município que nos permite ter uma atenção muito mais especializada.

De acordo com o Caderno de Ações Programáticas, os indicadores da qualidade da atenção à saúde da criança são avaliados bem, pois as consultas estão em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, não há atraso da consulta agendada em mais de sete dias, o teste do pezinho até sete dias está em 100%, à primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida alcança 90%. A maioria dos indicadores é favorável, só que a avaliação de saúde bucal é ainda em torno de 40%.

Entre os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à Saúde da Criança na minha UBS estão: realizar atendimento de puericultura todos os dias da semana na UBS, assim as mães das crianças poderiam ter mais opções de tempo para trazê-la, ampliar a participação de todos os profissionais responsáveis nas ações de puericultura incluindo Assistente Social, Educador Físico, Nutricionista, Psicólogo, Técnico de enfermagem e Auxiliar em saúde bucal, discutir o protocolo de atendimento de puericultura na sua UBS para evitar condutas erradas nas consultas de Puericultura, garantir que todos os profissionais utilizem o protocolo de atendimento de puericultura depois de ter conhecido nas reuniões das ESF, incrementar a frequência de revisão do arquivo de atendimentos da puericultura como uma ferramenta de controle do acompanhamento das crianças em quanto a: verificar crianças faltosas, verificar completude de registros, identificar procedimentos em atraso (peso ou vacinas), identificar crianças de risco e avaliar a qualidade do programa, facilitar a revisão do arquivo por todos os profissionais responsáveis: Assistente Social Educador Físico, Nutricionista, Psicólogo, Técnico / auxiliar de enfermagem e Técnico / auxiliar de consultório dentário, Pediatra, Psicólogo, a responsabilidade pelo cadastramento das crianças no Programa Bolsa Família tem que ser de todos profissionais envolvidos na atenção da Puericultura, acrescentar o percentual de mães que participa de grupos de puericultura, acrescentar o número dos profissionais que participam das atividades de grupo de puericultura, acrescentar o número dos profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação do Programa de Puericultura, estabelecer uma periodicidade definida para a realização das reuniões para o planejamento, gestão e coordenação do Programa de Puericultura para à avaliação e monitoramento do Programa.

No caso da atenção Pré-natal, não tem um registro geral das gestantes na UBS, é por isso que o indicador de cobertura de sua UBS corresponde a 21% de pré-natal e 18% de puerpério. Nossos ACS referem que já realizaram o cadastramento de 100% da área e que este cadastro encontra-se atualizado. Nossa ESF realizou um encontro para informar os dados do caderno de ações programáticas e detectar problemas no registro de gestantes e puérperas na área de abrangência da ESF. Mesmo assim, todos os profissionais responsáveis concordam em que a cobertura do pré-natal está sendo feita adequadamente, pois referem não ter gestantes não

acompanhadas na área. Os indicadores da qualidade da atenção ao pré-natal estão sendo avaliados mensalmente como satisfatórios.

Os indicadores da qualidade da atenção ao puerpério foram avaliados. 82% foram registradas sendo que deve ser 100%, e 29% foram avaliadas quanto a intercorrências, o que significa que tem que melhorar o acompanhamento.

Para melhorar o processo de trabalho e a qualidade da atenção ao pré-natal na UBS, sugerimos: ela tem que ser acompanhada por todos os membros da equipe de saúde da família e outros profissionais como o psicólogo, o educador físico, nutricionista, assistente social, e outros que forem necessários, o protocolo de atendimento pré-natal tem que ser conhecido por todos os profissionais responsáveis de fazer o acompanhamento, os atendimentos às gestantes devem ser registrados sempre, os arquivos para os registros dos atendimentos às gestantes devem ser revisados sempre que for necessário, pois são uma ferramenta de controle muito importante e tem que ser avaliado nas reuniões das ESF, tem que se organizar um registro do acompanhamento e monitoramento das gestantes cadastradas. Bem como uma avaliação quanto à necessidade de atualização do cadastramento da área e a realização da busca ativa das gestantes e puérperas, devem ter acesso aos arquivos todos os profissionais envolvidos na atenção pré-natal para que cada um deles possa atuar e cumprir a sua responsabilidade com as gestantes, nas atividades do grupo de gestantes devem participar todos os profissionais que formos necessários dependendo da atividade a realizar, a avaliação e monitoramento do programa pré-natal devem ser feito nas reuniões das ESF por todos os profissionais envolvidos, e as reuniões para a avaliação e monitoramento devem ser planejadas a cada 15 dias para ter tempo de corrigir as deficiências.

Por tudo o que foi anteriormente exposto no texto acima pode concluir que temos um sistema de pesquisa ativo, mas o acompanhamento e monitoramento são deficientes e deve ser avaliado nas reuniões com os ACS e todos os profissionais envolvidos para realizar as ações que sejam necessárias para alcançar os propósitos nos indicadores em atenção ao pré-natal da nossa ESF.

O êxito das ações de rastreamento para Câncer de Colo de Útero e Câncer de Mama depende da abordagem da identificação das mulheres com fatores de risco (Idade, Menarca precoce, Menopausa tardia, Primeira gravidez após os 30 anos, Nuliparidade, Exposição à radiação, Terapia de reposição hormonal, Obesidade, Ingestão regular de álcool, Sedentarismo e História familiar), da Informação e

mobilização da população e a sociedade civil organizada, do incremento das visitas domiciliares e atividades de educação em saúde, palestras documentos impressos, o uso das medias de comunicação como a rádio local até conseguir alcançar a meta de cobertura da população alvo. Depois, garantir acesso a diagnóstico e tratamento, e está também em garantir a qualidade das ações e monitorar e gerenciar continuamente as ações.

As estratégias que se podem utilizar na UBS para não perder o seguimento de mulheres com exame alterado são melhorar o sistema de controle e registro delas, pois o acompanhamento deve ter periodicidade e ser abordado e avaliado mensalmente nas reuniões da ESF.

O controle dos cânceres do colo de útero e da mama somente não depende de uma atenção básica qualificada, mas também organizada o qual está faltando em nossa UBS, é por isso que: A forma de registro permitiu somente o preenchimento em parte do Caderno de Ações Programáticas e deve-se realizar uma reunião para melhorar o registro e garantir os dados necessários para ter um melhor controle do Programa de Prevenção do Câncer do colo de Útero. A cobertura de Prevenção do Câncer de Colo de Útero em a nossa UBS é muito ruim, pois de 80% preconizado pela OMS, só tem 3%. A UBS tem que organizar o rastreamento com ajuda dos ACS. Os indicadores da qualidade da Prevenção do Câncer de Colo de Útero estão avaliados em ruim, pois tem um alto numero de mulheres faltosas, tem 7 com avaliação de risco para câncer de colo de útero. A forma de registro permitiu preencher somente uma parte do Caderno de Ações Programáticas, mas não foi suficiente.

A cobertura de Controle do Câncer de Mama é ruim, pois tem 9% na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama. Os indicadores da qualidade do Controle do Câncer de Mama são avaliados como ruim, pois tem 20 Mamografias com mais de três meses em atraso, 10 mulheres com Avaliação de risco para câncer de mama, e tem falta de orientação sobre prevenção do câncer de mama.

Os aspectos do trabalho poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do Controle do Câncer de Mama na UBS são: organizar os registros desde a captação, registro durante realização das consultas e exames e entrega de resultados e orientações, para desta forma permitir o monitoramento das ações realizadas, realizando avaliação do programa e planejando futuras intervenções. É imprescindível também sensibilizar os ACS para durante as

visitas intensificarem orientações de promoção da saúde e medidas preventivas do Controle do Câncer de colo uterino e de Mama. Bem como sensibilizar todos os profissionais da ESF para desenvolverem estas orientações aproveitando todos os momentos da relação entre os profissionais e os usuários.

Realizar pesquisa ativa na área de abrangência de UBS para a detecção precoce de Câncer de Mama para o qual temos que Identificar e ter um registro de controle das mulheres que apresentam fatores de risco reconhecidos de Câncer de Mama, realizar atividades educativas brindando informação para as mulheres dos sintomas e sinais da doença, realizar atividades de educação em saúde para modificar os fatores de risco da doença na população alvo.

Garantir a realização da mamografia e o exame clínico das mamas da população alvo segundo as ações programáticas, capacitar todos pessoal responsável da ESF na identificação da doença, realizar exame clínico anual para as mulheres de 40 a 49 anos e a mamografia diagnóstica em caso de resultado alterado, realização de mamografia a cada dois anos e do exame clínico das mamas anual para as mulheres de 50 a 69 anos segundo as ações programáticas, discutir nas reuniões o protocolo de 2013 sobre controle de câncer do colo do útero e da mama que não é bem conhecido pelos profissionais da ESF e que preconiza o seguinte: a prevenção e detecção precoce do câncer do colo do útero fortalecendo e ampliando o acesso às informações sobre o câncer do colo do útero para todas as mulheres, ressaltando que o câncer do colo do útero se pode prever pela detecção e pelo tratamento das lesões precursoras que antecedem, em muitos anos, o câncer, estruturando o rastreamento de todas as mulheres de 25 a 64 anos a cada três anos, além de atender todas as mulheres que apresentam sinais de alerta, acompanhar e tratar todas as mulheres positivas, segundo as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero.

Garantir o acesso ao tratamento adequado da lesão precursora em tempo oportuno, definir e pactuar que a unidade de referência deve realizar todos os procedimentos e utilizar o método “ver e tratar”. Implantar centros qualificadores de ginecologistas para atuarem na unidade de referência para diagnóstico e tratamento da lesão precursora. Garantir o Tratamento adequado e em tempo oportuno definindo e pactuando os serviços terciários para procedimentos especializados, como conização, quimioterapia e radioterapia, garantir que todas as mulheres iniciem seu tratamento o mais breve possível, permitir que as mulheres com câncer do colo de

útero sejam acompanhadas por uma equipe multidisciplinar especializada. Garantir que toda mulher com câncer do colo de útero receba cuidados em um ambiente hospitalar que acolha suas expectativas e respeite sua autonomia, dignidade e confidencialidade. Garantir que todo hospital que trata câncer do colo do útero tenha Registro Hospitalar de Câncer em atividade. Garantir que toda mulher com câncer do colo do útero tenha direito aos cuidados paliativos para o adequado controle dos sintomas e suporte social, espiritual e psicológico.

Para a prevenção e detecção precoce do câncer de mama a ESF deve realizar atividades de educação em saúde para fortalecer e ampliar o acesso às informações relativas à prevenção do câncer da mama, enfatizando que o controle do peso e da ingestão de álcool, além da amamentação e da prática de atividades físicas, são formas de preveni-lo, alertar médicos e população sobre os riscos associados à terapia de reposição hormonal, fortalecer e ampliar o acesso às informações sobre a detecção precoce do câncer da mama para todas as mulheres, ressaltando o alerta para os primeiros sinais e sintomas do câncer da mama, realizar o diagnóstico precoce de lesões sugestivas de câncer de mama e encaminhá-las com prioridade para atenção especializada, organizar o rastreamento das mulheres de 50 a 69 anos em áreas cuja elevada ocorrência deste tipo de câncer justifique esta iniciativa, acesso à confirmação diagnóstica, definir e pactuar serviços de referência para confirmação diagnóstica dos casos suspeitos, regular o acesso à confirmação diagnóstica, propiciando que casos referenciados pela atenção primária com lesão palpável, ou outros sinais e sintomas suspeitos tenham prioridade, garantir tratamento adequado e em tempo oportuno, definir e pactuar com unidade terciária de referência para tratamento dos casos confirmados, garantir que todas as mulheres, com diagnóstico de câncer de mama confirmado, iniciem seu tratamento o mais breve possível.

Garantir que toda mulher com câncer da mama tenha seu diagnóstico complementado com a avaliação do receptor de estrogênio e progesterona, permitir que as mulheres com câncer da mama sejam acompanhadas por uma equipe multidisciplinar especializada, que inclua médicos (cirurgião, oncologista clínico e radioterapeuta), enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e fisioterapeutas. Garantir que toda mulher com câncer da mama receba cuidados em um ambiente hospitalar que acolha suas expectativas e respeite sua autonomia, dignidade e confidencialidade, garantir que todo hospital que trate Câncer de mama tenha Registro Hospitalar de Câncer em atividade e garantir que toda mulher com

câncer da mama tenha direito aos cuidados paliativos para o adequado controle dos sintomas e suporte social, espiritual e psicológico.

Mesmo no caso da HAS como na DM temos que melhorar o sistema de registro como uma importante ferramenta de controle e avaliação das ações em saúde realizadas, incrementar a pesquisa ativa para realizar o diagnóstico precoce destas doenças, realizar um maior número de atividades de promoção em saúde para fomentar hábitos de vida saudáveis e dar cumprimento aos protocolos de acompanhamento destas doenças pela importância que elas têm na morbimortalidade no Brasil.

A estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área não parece adequada a minha realidade, pois somente tem 11% e a estimativa é de 32% em média. A cobertura de HAS encontrada é insuficiente, os indicadores da qualidade da atenção à HAS estão avaliados como ruim, pois 44% tem atraso da consulta agendada, tem dificuldades com a realização exames complementares periódicos e somente um 39 % tem avaliação de saúde bucal em dia.

Os aspectos do processo de trabalho poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à HAS na UBS são: primeiramente ter um adequado sistema de registro e controle adaptado para responder as necessidades do acompanhamento das pessoas que tem HAS na área de abrangência da UBS, realizar pesquisa ativa na área de abrangência de UBS para a detecção dos casos novos de HAS que não tem sido diagnosticado para identificar a população estimada de pessoas com HAS e os diferentes estratos de risco e realizar a programação de cuidado de acordo com as necessidades individuais e os parâmetros para essa doença, medir a PA a todo adulto com 18 anos ou mais de idade que acuda a UBS procurando atendimento por qualquer motivo, participação no acompanhamento e cuidado das pessoas doentes de HAS de todos os membros das ESF, abordagem multiprofissional e interdisciplinar e no envolvimento de pessoas com HAS, incluindo seus familiares para pactuar e definir as metas para atingir, Incrementar as atividades educativas e de promoção em saúde para estimular à adoção de hábitos saudáveis de vida na população mesmo assim em Consultas individuais ou coletivas.

Em relação à DM, a forma de registro permitiu o preenchimento desta parte do Caderno de Ações Programáticas, a estimativa do número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área foi de 6%, sendo que parece adequada à realidade,

pudesse ser ter um maior número ainda desconhecido. É um problema de saúde pública importante na área. A avaliação da cobertura de DM encontrada pudesse parecer boa, mais a pesquisa ativa poderia aportar um maior número de doentes na área.

Os indicadores da qualidade da atenção à DM estão avaliados de deficiente, pios tem um 45% com atraso da consulta agendada em mais de sete dias, não todo têm os exames complementares periódicos nem a avaliação de saúde bucal em dia.

Entre os aspectos do processo de trabalho poderiam ser melhorados para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à DM na UBS estão o adequado sistema de registro e controle adaptado para responder as necessidades do acompanhamento das pessoas que tem DM na área de abrangência da UBS, a realização de atividades de Promoção em saúde no tema Diabetes Mellitus para brindar informação da doença e estimular hábitos de vida saudáveis para a população da área, Identificar e pesquisar a população de risco. O processo educativo deve preconizar a orientação de medidas que comprovadamente melhorem a qualidade de vida: hábitos alimentares saudáveis, estímulo à atividade física regular, redução do consumo de bebidas alcoólicas e abandono do tabagismo, estabelecer a pesquisa ativa mediante exame laboratorial para toda a população de risco de DM na área como parte das ações programáticas, realizar o 100% do acompanhamento em saúde bucal para todos os Diabéticos na área e o acompanhamento e avaliação multidisciplinar de todas as pessoas com DM diagnosticadas.

Segundo as dificuldades detectadas no preenchimento do questionário Atenção à Saúde dos Idosos e do Caderno de Ações Programáticas se poço demonstrar que o processo de trabalho com o grupo de idosos na área é deficiente e se precisa fazer uma discussão séria nas reuniões da ESF na UBS para expor as deficiências para todos os profissionais envolvidos, incluindo os Gestores de Saúde e os Conselhos de Saúde para conseguir resolver dificuldades.

Segundo o Caderno da Atenção Básica refere-se a o processo de trabalho das equipes de saúde da família que deve caracterizar-se pelo desenvolvimento de ações proativas nas quais o planejamento torna-se fundamental para a efetivação do acolhimento, mais em a nossa UBS existem dificuldades com o planejamento das ações Programáticas e o acompanhamento dos idosos. Todos os profissionais estão responsabilizados por o Preenchimento, entregar e atualizar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa conforme Manual de Preenchimento específico, mais ainda é

insuficiente o acompanhamento na parte dos cuidados da saúde bucal, da Assistência Social e do acompanhamento Psicológico.

Também não foi possível obter todos os dados necessários para o preenchimento do Caderno de Ações Programáticas e se puder dizer que se desconhece a porcentagem de Avaliação Multidimensional Rápida e de Acompanhamento em dia, a Avaliação de risco para morbimortalidade é de 69%, a Investigação de indicadores de fragilização na velhice é 17% e a Avaliação de saúde bucal em dia é somente 40%, não existe algum arquivo específico para os registros do atendimento dos idosos, não se avaliam a Capacidade Funcional Global do idoso nos 100%, não se preenchem com as informações atuais do idoso em 100% das vezes nem 100% dos responsáveis, a realização de atividades com grupos de idosos é insuficiente e a participação é ruim e também não participam todos os profissionais responsáveis, no cuidado domiciliar de idosos não participam todos os profissionais responsáveis, não todos os profissionais se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos idosos, não todos os profissionais que se dedicam à avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos idosos, não realizam reuniões para a avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos idosos nem produzem relatórios com os resultados encontrados, não se puderam obter dados em relação ao Caderno de ações Programáticas em relação a Avaliação Multidimensional Rápida em dia, nem com acompanhamento em dia nem com acompanhamento mais de 3 meses em atraso.

Os maiores desafios que minha UBS apresenta tem relação fundamentalmente com a organização do trabalho. O trabalho gerencial é indispensável para o desenvolvimento correto das ações programáticas, do funcionamento e resolutividade da UBS. A gerência tem que velar pela realização do trabalho e monitoramento dos resultados. Os melhores recursos que minha UBS apresenta são a capacidade dos profissionais que brindam serviço nesta instituição e o alto grau de comprometimento que eles têm com a saúde da população de nosso município, e contam também com os recursos materiais necessários para brindar um bom serviço.

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

Comparado com o texto inicial, neste último texto se oferece uma melhor informação quanto à situação do serviço na minha UBS, pois agora eu já tenho uma maior visão quanto à maneira em que tem que se realizar o trabalho na UBS.

A estrutura para minha ESF está completa, pois conta com um médico Especialista em Medicina Geral do Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB), uma técnica de enfermagem, um enfermeiro, uma auxiliar em saúde bucal, uma dentista e um agente de saúde em cada uma das comunidades da área adstrita. Trabalhamos todos os dias a partir das 7.30 horas da manhã até às 11h30min e das 13h30min horas até as 17h30min horas da tarde. Na quinta feira de tarde se faz a reunião da ESF para coordenar o trabalho da semana. Os gestores respeitam o meu horário para dedicação ao curso de especialização em saúde da família.

Durante a realização da análise situacional conheci aqueles detalhes do serviço que poderiam ser mudados para melhorar o serviço. Eu também tive a possibilidade de melhorar o nível da minha atuação médica para realizar atendimentos de maior qualidade com o apoio de toda a equipe. Assim que começando por melhorar o acolhimento e a triagem na UBS que não eram realizados com a qualidade necessária e que era preciso para organizar o trabalho, pois estes processos formam parte da atenção integral dos pacientes que são acompanhados pelo SUS.

Enquanto eu fui aprofundando no conhecimento do trabalho na UBS, eu fui fazendo um diagnóstico muito mais certo dos principais problemas que se apresentavam o qual permitiu realizar a discussão com gestores de saúde daquelas questões estruturais da UBS para eles ficarem sabendo das dificuldades diagnosticadas e conscientizando-os na necessidade para resolvê-las tanto na parte da estrutura quanto aos recursos materiais e às normas e procedimentos estabelecidos. Hoje eu penso que a nossa análise crítica foi sempre do ponto de vista

construtivo e focado, fundamentalmente, naqueles problemas que poderiam ser resolvidos por eles em benefício da população do município.

Entre as estratégias que foram realizadas para superar ou minimizar estas deficiências estavam aquelas quanto à vinculação ao ensino de todo o pessoal envolvido no funcionamento de nossa UBS, à colocação da sinalização necessária para melhorar a orientação das pessoas que procurassem informação e atendimento na UBS, definir uma sala para fazer curativos para diminuir o risco biológico dos procedimentos de enfermagem, definir um local para sala de lavagem e descontaminação para reduzir a possibilidade de contaminação, solicitar a construção de uma rampa na área gerencial para garantir o acesso das pessoas com deficiências, criar os NASF, resolver a falta de medicamentos garantindo aqueles que devem ter na farmácia do posto de maneira obrigatória para evitar afetar a terapêutica, exigir ter um adequado sistema de manutenção, calibragem e reposição dos instrumentos médicos, também foi discutida a necessidade de que os prontuários eletrônicos estejam nas mãos dos profissionais responsáveis para ser preenchidos e garantir que fiquem registradas todas as atividades e procedimentos que sejam feitos pelo pessoal médico e das ESF em concordância com os protocolos estabelecidos pelo SUS e também o monitoramento e avaliação das ações. Também foi discutida com os Gestores a necessidade da existência física dos Protocolos estabelecidos pelo SUS pelos quais é obrigatório fazer todos os Procedimentos Médicos e não médicos dentro das instituições de Saúde no Brasil e poder garantir o monitoramento das ações de saúde da comunidade.

2 Análise Estratégica

2.1. Justificativa

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. A prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mm hg de forma linear (MacMahon S, Peto R, Cutler J, Collins R, Sorlie P, Neaton J, 1990)

Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca. Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também têm HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (Law MR, Wald NJ, Morris JK, Jordan RE, 2003).

Apesar de apresentar uma redução significativa nos últimos anos, as DCVs têm sido a principal causa de morte no Brasil. Entre os anos de 1996 e 2007, a mortalidade por doença cardíaca isquêmica e cerebrovascular diminuiu 26% e 32%, respectivamente. No entanto, a mortalidade por doença cardíaca hipertensiva cresceu 11%, fazendo aumentar para 13% o total de mortes atribuíveis a doenças cardiovasculares em 2007 (Willett WC, Dietz WH, Colditz GA, 1999).

Duas metanálises envolvendo estudos brasileiros realizados nas décadas de 1980, 1990 e 2000, apontaram uma prevalência de HAS de 31% (PICON et al., 2012), sendo que entre idosos esse valor chega a 68% (Barceló A, Aedo C, Rajpathak S, Robles S, 2003).

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adstrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamental no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2013).

Os objetivos mais importantes das ações de Saúde em HAS são o controle da pressão arterial e a redução da morbimortalidade causada por essas duas patologias. Portanto, fazer uma intervenção educativa, sistematizada e permanente com os profissionais de Saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas em relação a esses problemas (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, 2006).

No caso da Diabetes Mellitus, a prevalência dos países da América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, em 2030. No Brasil, dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), de 2011, mostram que a prevalência de diabetes na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011 (SCHMIDT; DUNCAN; STEVENS, 2009; ROSA, 2008).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, 2003, é estimado que o Brasil passe da 8ª posição, com prevalência de 4,6%, em 2000, para a 6ª posição, 11,3%, em 2030. Os fatores de risco relacionados aos hábitos alimentares e estilo de vida da população estão associados a este incremento na carga de diabetes globalmente.

A Diabetes Mellitus e a Hipertensão arterial sistêmica são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetida à diálise.

Na minha ESF nós temos muito trabalho para fazer para eliminar as deficiências que ainda temos as quais foram evidenciadas na Análise Situacional. No caso da HAS e a DM, tem que ser incrementada a cobertura para melhorar os indicadores da qualidade da atenção para estas doenças. Muitos Pacientes com HAS e DM têm dificuldades com a realização dos exames complementares periódicos e quase nenhum tem Avaliação de saúde bucal em dia.

Tem muitos aspectos do processo de trabalho poderiam ser melhorados como ter um adequado sistema de registro e controle adaptado para responder as necessidades do acompanhamento das pessoas que tem HAS e DM, pois é uma importante ferramenta de controle e avaliação das ações em saúde realizadas; a detecção dos casos novos de HAS e DM que não tem sido diagnosticado para conseguir identificar a população estimada real de pessoas com HAS e DM, e os diferentes estratos de risco para realizar o acompanhamento em concordância com as necessidades individuais e os parâmetros para essas doenças, precisamos incrementar a participação de todos os membros das ESF no acompanhamento cuidado dessas pessoas para uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar incluindo a família e utilizar os recursos educativos e de promoção em saúde para estimular à adoção de hábitos saudáveis de vida na população mesmo assim nas consultas individuais ou atividades grupais.

Eu escolhi as Ações Programáticas relacionadas com a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus porque são doenças que hoje definem a qualidade de vida dentro de minha área de abrangência. A expectativa de vida no meu município é cada dia maior, mais a qualidade não é tanto assim a pelas complicações e as sequelas que ficam a causa delas. Eu penso que nos objetivos propostos estão resumidas à maioria das ações programáticas a serem realizadas nestes dois grupos de pacientes para nos conseguir ter um impacto em um curto período de tempo e assim transformar a qualidade da saúde destes pacientes.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF II São Pedro, Coronel Bicaco/RS.

2.2.2 Objetivos Específicos

1. Ampliar a cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e o Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na área de abrangência da ESF II São Pedro do município Coronel Bicaco/RS.

2. Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com HAS e DM na área de abrangência da ESF II São Pedro do município Coronel Bicaco/RS.

3. Melhorar a adesão das pessoas com HAS e DM ao Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na área de abrangência da ESF II São Pedro do município Coronel Bicaco/RS.

4. Melhorar o registro das informações do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e o Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na área de abrangência da ESF II São Pedro do município Coronel Bicaco/RS.

5. Mapear a pessoas com HAS e DM de risco para doença cardiovascular na área de abrangência da ESF II São Pedro do município Coronel Bicaco/RS.

6. Incrementar as atividades de Promoção e Educação em saúde a pessoas com HAS e DM da ESF II São Pedro do município Coronel Bicaco/RS.

Metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e o Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na área de abrangência da ESF II São Pedro do município Coronel Bicaco/Rs.

Meta:

- 1.1 Cadastrar 100 % das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica da área de abrangência da ESF II no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial.
- 1.2 Cadastrar 100 % das pessoas com Diabetes Mellitus da área de abrangência da ESF II no Programa de Atenção à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com HAS e DM na área de abrangência da ESF II São Pedro do município Coronel Bicaco/Rs.

Metas:

- 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com HAS.
- 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com DM.
- 2.3 Manter exame dos pés em dia em 100% das pessoas com DM.
- 2.4 Garantir a realização de exames complementares em dia em 100% das pessoas com HAS de acordo com o protocolo.
- 2.5 Garantir a realização de exames complementares em dia em 100% das pessoas com DM de acordo com o protocolo.
- 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com HAS cadastrados na ESF II.
- 2.7 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com DM cadastrados na ESF II.
- 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100 % das pessoas com HAS cadastradas na ESF II.
- 2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com DM cadastrados na ESF II.

Objetivo 3: Melhorar a adesão das pessoas com HAS e DM ao Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na área de abrangência da ESF II São Pedro do município Coronel Bicaco/Rs.

Metas:

- 3.1 Buscar 100% das pessoas com HAS faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.
- 3.2 Buscar 100% das pessoas com DM faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e o Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na área de abrangência da ESF II São Pedro do município Coronel Bicaco/Rs.

Metas:

- 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com HAS cadastrados na ESF II.
- 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com DM cadastrados na ESF II.

Objetivo 5: Mapear a pessoas com HAS e DM de risco para doença cardiovascular na área de abrangência da ESF II São Pedro do município Coronel Bicaco/Rs.

Metas:

- 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com HAS cadastrados na ESF II.
- 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com DM cadastrados na ESF II.

Objetivo 6: Incrementar as atividades de Promoção e Educação em saúde a pessoas com HAS e DM da ESF II São Pedro do município Coronel Bicaco/Rs.

Metas:

- 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica.

6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com Diabetes Mellitus.

6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica.

6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com Diabetes Mellitus.

6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica.

6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com Diabetes Mellitus.

6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica.

6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com Diabetes Mellitus.

2.3 Metodologia

Trata-se de um projeto de intervenção com duração de 12 semanas, que será desenvolvido na ESF II São Pedro, no Município de Coronel Bicaco/ RS, voltado para as pessoas de 20 anos ou mais portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Melitus, moradores da área de abrangência da UBS, que serão cadastrados no programa de controle da HAS e DM.

As ações que serão desenvolvidas neste projeto foram baseadas nos protocolos do Ministério da Saúde de 2013 – Cadernos de Atenção Básica nº 36 e 37 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus, e adequadas à realidade da UBS conforme descritas abaixo.

2.3.1 Ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e o Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na área de abrangência da ESF II São Pedro do município Coronel Bicaco/Rs.

Meta:

1.1 Cadastrar 100 % das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica da área de abrangência da ESF II no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial.

1.2 Cadastrar 100 % das pessoas com Diabetes Mellitus da área de abrangência da ESF II no Programa de Atenção à Diabetes Mellitus

Eixo: Monitoramento e avaliação:

Ações:

Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial.

Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Diabetes Mellitus da ESF II.

Detalhamento Realizar a avaliação periódica diária do número de hipertensos e diabéticos na área adstrita e identificar os que estão em acompanhamento na UBS por meio das fichas espelho.

Eixo: Organização e gestão do serviço

Ações:

Garantir o registro das pessoas com HAS e DM cadastrados no Programa.

Melhorar o acolhimento das pessoas com HAS e DM.

Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e hemoglicoteste na ESF II.

Detalhamento: O cadastramento das pessoas com HAS e DM da área será realizado pelas agentes comunitárias de saúde diariamente, paralelamente ao cadastro daquelas que procuram a unidade de saúde por demanda espontânea, terão prioridade e serão acolhidos por toda a equipe de saúde de forma humanizada e cadastrados para acompanhamento na UBS. Para garantir os materiais necessários, faremos reunião com a gestão municipal apresentando o projeto e pactuando ações.

Eixo: Engajamento público

Ações:

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;

Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente;

Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg;

Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento:

A comunidade será sensibilizada, tanto na sala de espera, como durante as consultas individuais e nos grupos de educação em saúde. Através de cartazes, informativos na recepção e orientação verbal.

Eixo: Qualificação da prática clínica

Ações:

Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento:

Treinamento de toda equipe nas primeiras semanas da intervenção durante horário de reunião da UBS.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com HAS e DM na área de abrangência da ESF II São Pedro do município Coronel Bicaco/Rs.

Metas:

- 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com HAS.
- 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com DM.
- 2.3 Manter exame dos pés em dia em 100% das pessoas com DM.
- 2.4 Garantir a realização de exames complementares em dia em 100% das pessoas com HAS de acordo com o protocolo.
- 2.5 Garantir a realização de exames complementares em dia em 100% das pessoas com DM de acordo com o protocolo.
- 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com HAS cadastrados na ESF II.
- 2.7 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com DM cadastrados na ESF II.
- 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100 % das pessoas com HAS cadastradas na ESF II.
- 2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com DM cadastrados na ESF II.

Eixo: Monitoramento e avaliaçãoAções:

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos. Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes diabéticos. Monitorar a realização dos exames dos pés dos diabéticos

-Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento:

O Médico, Enfermeiro e Odontólogo, Realizarão a revisão da ficha espelho de cada hipertenso e diabético a fim de observar a ausência de algum dado ou atividade a ser desenvolvida.

Eixo: Organização e gestão do serviço

Ações:

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos.

Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: Durante reunião de equipe serão pactuadas as atribuições de cada membro referente à intervenção e o planejamento das capacitações conforme cronograma do projeto.

Ações:

Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: O protocolo utilizado na intervenção será solicitado pela coordenadora da UBS e disponibilizados para todos os profissionais. A equipe se reunirá com a gestão municipal para pactuar a realização dos exames complementares necessários para a intervenção.

Ação: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento: A equipe durante reunião com a gestão pactuará priorização e aumento das quotas dos exames para o público alvo da intervenção.

Ações:

Garantir a solicitação dos exames complementares.

Estabelecer sistemas de alerta dos exames complementares preconizados.

Detalhamento: Será pactuada com a gestão a garantia de realização dos exames para todos os usuários que estejam cadastrados no programa de acompanhamento na UBS.

Será pactuado com a gestão um sistema de notificação com os laboratórios clínicos que realizarem os exames, para dar prioridade aqueles que fiquem alterados e assim uma resposta imediata ao paciente.

Ações

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e Diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: O auxiliar de farmácia fará o controle do estoque dos medicamentos semanalmente conforme predisposição dos pacientes que estão sendo acompanhados no projeto.

Ações:

Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos;

Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos;

Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização da consulta odontológica dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Os hipertensos e diabéticos, ao saírem das consultas realizarão o agendamento da avaliação odontológica conforme necessidade.

Eixo: Engajamento público

Ações

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

Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Orientar os pacientes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Orientar os pacientes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

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

Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento:

A comunidade será sensibilizada, tanto na sala de espera, como durante as consultas individuais e nos grupos de educação em saúde. Através de cartazes, informativos na recepção e orientação verbal por todos os profissionais da UBS.

Eixo: Qualificação da prática clínica

Ações:

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado, inclusive exame dos pés dos diabéticos

Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

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

Detalhamento:

A equipe será capacitada nos horários de reunião na UBS, nas primeiras semanas da intervenção. Os facilitadores serão a Enfermeira, o médico, responsável por algumas das capacitações que ocorrerem durante a intervenção. Utilizando os Protocolos Técnicos Assistenciais e os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde. A metodologia das capacitações será mais didática e prática, mais participativa e ativa. Estimulando a conversação e explorando assim o conhecimento destes profissionais quanto aos temas propostos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão das pessoas com HAS e DM ao Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na área de abrangência da ESF II São Pedro do município Coronel Bicaco/Rs.

Metas:

3.1 Buscar 100% das pessoas com HAS faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

3.2 Buscar 100% das pessoas com DM faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada

Eixo: Monitoramento e avaliação

Ações:

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas dos usuários hipertensos e diabéticos previstos no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento:

Realizar revisão das fichas-espelho de cada hipertenso e diabético e o caderno de registro das consultas para identificar se as consultas estão dentro da periodicidade indicada. Esta ação será realizada principalmente pela secretária/recepcionista da UBS diariamente, e pelo médico, enfermeiro e dentista na oportunidade das consultas.

Eixo: Organização e gestão do serviço

Ações

Organizar visitas domiciliares para buscar os hipertensos e diabéticos faltosos.

Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento:

As buscas ativas serão programadas durante reunião de equipe, onde será discutido os agendamentos em horários que se adeque a realidade do usuário. Garantir agendamento de consulta para primeira avaliação na mesma semana dos casos novos de hipertensos e diabéticos encontrados nas visitas domiciliares, realizado pelos agentes de saúde que diante as visitas domiciliares farão uma pesquisa e informarão diariamente os novos casos para seguimento.

Eixo: Engajamento público

Ações

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).

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

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas

Detalhamento:

Debater na sala de espera e realizar reunião com a participação dos comunitários, sensibilizando quanto à importância da prevenção e tratamento da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, os riscos e as complicações destas doenças.

Eixo: Qualificação da prática clínica

Ações

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

Detalhamento: A equipe será capacitada nos horários de reunião na UBS, nas primeiras semanas da intervenção. Os facilitadores serão a Enfermeira, o médico, responsável por algumas das capacitações que ocorrerem durante a intervenção. Utilizando os Protocolos Técnicos Assistenciais e os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde. A metodologia das capacitações será mais didática e prática, mais participativa e ativa. Estimulando a conversação e explorando assim o conhecimento destes profissionais quanto aos temas propostos.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e o Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na área de abrangência da ESF II São Pedro do município Coronel Bicaco/Rs.

Metas:

4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com HAS cadastrados na ESF II.

4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com DM cadastrados na ESF II.

Eixo: Monitoramento e avaliação

Ação:

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

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

Detalhamento:

O médico, o enfermeiro e o dentista realizarão a verificação do registro de cada atendimento dos hipertensos e diabéticos, semanalmente pela revisão das fichas-espelho no arquivo e na oportunidade dos atendimentos destes profissionais

Eixo: Organização e gestão do serviço.

Ações

Manter as informações do SIAB atualizadas.

Implantar a ficha de acompanhamento do hipertenso e diabético.

Pactuar com a equipe o registro das informações.

Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento:

Separar um local específico no porta-arquivos para o armazenamento dos prontuários e fichas-espelho dos hipertensos e diabéticos facilitando o acesso e monitoramento do mesmo. Na reunião de equipe, realizada semanalmente, o médico apresentará os instrumentos para a equipe e orientará a forma de preenchimento e observação do mesmo. O monitoramento e avaliação do programa serão realizados

pela enfermagem e pelo médico. A planilha de coleta de dados será manuseada pelo médico e pela secretária/recepcionista da unidade.

Eixo: Engajamento público

Ações

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

Detalhamento:

Dialogar com os usuários, nos grupos, nas consultas e na sala de espera, sobre os direitos que esses pacientes possuem em relação ao acompanhamento de sua saúde. Abordados por todos os profissionais da equipe.

Eixo: Qualificação da prática clínica

Ações

Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso.

Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético.

Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento:

Apresentar os instrumentos para a equipe e orientar a forma de preenchimento e conferência. Esta ação será realizada semanalmente nas reuniões de equipe.

Objetivo 5: Mapear a pessoas com HAS e DM de risco para doença cardiovascular na área de abrangência da ESF II São Pedro do município Coronel Bicaco/Rs.

Metas:

5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas

com HAS cadastrados na ESF II.

5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com DM cadastrados na ESF II.

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Ações:

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

Detalhamento: Realizar a revisão da ficha espelho de cada hipertenso e diabético para a observância da ausência de algum dado ou atividade a ser desenvolvida, pelo médico, enfermeiro ou odontólogo.

Eixo: Organização e gestão do serviço

Ações

Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.

Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento:

Os pacientes classificados como alto risco terão os prontuários identificados com uma cor padronizada, e quando chegarem na UBS terão prioridade no atendimento. -

Engajamento público

Ações

Orientar os usuários hipertensos e diabéticos quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento:

Dialogar diariamente nas consultas e na sala de espera; e periodicamente nas atividades em grupo com a comunidade, sobre fatores de risco (alimentação, hábitos

tóxicos, práticas de exercícios físicos) da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Todos os membros da equipe.

Eixo: Qualificação da prática clínica

Ações

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés. Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento:

A equipe será capacitada nos horários de reunião na UBS, nas primeiras semanas da intervenção. Os facilitadores serão a Enfermeira, o médico, responsável por algumas das capacitações que ocorrerem durante a intervenção. Utilizando os Protocolos Técnicos Assistenciais e os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde. A metodologia das capacitações será mais didática e prática, mais participativa e ativa. Estimulando a conversação e explorando assim o conhecimento destes profissionais quanto aos temas propostos.

Objetivo 6: Incrementar as atividades de Promoção e Educação em saúde a pessoas com HAS e DM da ESF II São Pedro do município Coronel Bicaco/Rs.

Metas:

6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica.

6.5 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com Diabetes Mellitus.

6.6 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica.

6.7 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com Diabetes Mellitus.

6.7 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica.

6.8 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com Diabetes Mellitus.

6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica.

6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com Diabetes Mellitus.

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Ações

Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.

Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.

Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.

Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.

Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.

Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos.

Detalhamento:

À medida que estas ações forem sendo realizadas pelos membros da equipe, será registrada na ficha espelho e planilha de coleta de dados, para subsidiar a avaliação da ação programática na UBS. O Médico, Enfermeiro e Odontólogo,

Realizarão a revisão das fichas espelhos de cada hipertenso e diabético a fim de observar a ausência de algum dado ou atividade a ser desenvolvida.

Eixo: Organização e gestão do serviço

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

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

Detalhamento:

Se reunir com a comunidade, gestão e instituições de diferentes níveis de saúde para discutir estratégias para realização das atividades propostas, com a participação de educador físico e nutricionista para participar ativamente das ações de educação em saúde com os hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS.

Eixo: Engajamento público

Ações

Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

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

Orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal. Orientar os diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento:

A comunidade será sensibilizada, tanto na sala de espera, como durante as consultas individuais e nos grupos de educação em saúde. Através de cartazes, informativos na recepção e orientação verbal por todos os profissionais da UBS.

Eixo: Qualificação da prática clínica

Ações

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

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

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

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

Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.

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

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal. Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento:

A equipe será capacitada nos horários de reunião na UBS, nas primeiras semanas da intervenção. Os facilitadores serão a Enfermeira, o médico, o odontólogo, nutricionista e educador físico, responsáveis por algumas das capacitações que

ocorrerem durante a intervenção. Utilizando os Protocolos Técnicos Assistenciais e os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde. A metodologia das capacitações será mais didática e prática, mais participativa e ativa. Estimulando a conversação e explorando assim o conhecimento destes profissionais quanto aos temas propostos.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e o Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na área de abrangência da ESF II São Pedro do município Coronel Bicaco/Rs.

Meta:

1.1 Cadastrar 100 % das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica da área de abrangência da ESF II no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial.

Indicador 1.1 Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial na unidade de saúde.

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

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

Meta 1.2 Cadastrar 100 % das pessoas com Diabetes Mellitus da área de abrangência da ESF II no Programa de Atenção à Diabetes Mellitus

Indicador 1.2 Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus.

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

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

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com HAS e DM na área de abrangência da ESF II São Pedro do município Coronel Bicaco/Rs.

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

Meta 2.3- Manter exame dos pés em dia em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.3- Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia.

Numerador: Número de diabéticos com exame dos pés em dia.

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

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

Indicador 2.4- Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

Meta 2.5- Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.5- Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

Indicador 2.6- Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

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

Meta 2.7- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.7- Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos (86).

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

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

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

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

Meta 2.9- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.9- Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

Objetivo 3: Melhorar a adesão das pessoas com HAS e DM ao Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na área de abrangência da ESF II São Pedro do município Coronel Bicaco/Rs.

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos as consulta.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e o Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na área de abrangência da ESF II São Pedro do município Coronel Bicaco/Rs.

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 5: Mapear a pessoas com HAS e DM de risco para doença cardiovascular na área de abrangência da ESF II São Pedro do município Coronel Bicaco/Rs.

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

Indicador 5.1- Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

Indicador 5.2- Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Objetivo 6: Incrementar as atividades de Promoção e Educação em saúde a pessoas com HAS e DM da ESF II São Pedro do município Coronel Bicaco/Rs.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para estruturar a nossa intervenção, a equipe vai utilizar a seguinte estrutura de coleta da informação descrita abaixo.

Para realizar a intervenção no programa de Atenção e controle da HAS e a DM, a equipe vai adotar os dois Protocolos ou Manuais Técnicos estabelecidos para estas doenças, estes são: O Caderno de Atenção Básica, nº 37 Brasília 2013 e o Caderno de Atenção Básica, nº 36 Brasília 2013. Também nós vamos utilizar a ficha dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, disponível no município e a ficha em espelho. Para coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, a nossa equipe vai elaborar uma ficha complementar. Estimamos alcançar com a intervenção 226 usuários com HAS e 41 com DM. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das 267 fichas espelho necessária e para imprimir as 267 fichas complementares que serão anexadas às fichas espelho. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica impressa para a coleta dos dados. Para o monitoramento regular e registro das ações vamos utilizar as fichas impressas dos usuários com HAS e DM.

Para organizar o registro específico de cada um dos programas, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todas as pessoas com HAS e DM que vieram ao serviço nos últimos três meses. Junto ao médico, a profissional localizará os prontuários destes pacientes e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo vai-se realizar o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames complementares periódicos em dia, número das ações em Promoção de Saúde relacionada à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus e a avaliação das necessidades de atendimento odontológico destas pessoas com HAS e DM.

Para a coleta dos dados, a nossa ESF vai realizar visitas domiciliares a cada usuário da saúde com HAS e DM na área de abrangência. As visitas vão ser

distribuídas entre os todos os membros da equipe acompanhados sempre por os ACS, eles não vão trabalhar sozinhos e vão ser os responsáveis pela realização das visitas a todas estas pessoas que ele tem na área.

Para viabilizar as ações começaremos com a capacitação sobre os manuais técnicos de Atenção e Controle da HAS e DM para que toda a equipe utilize esta referência para desenrolar as ações. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto vão-se reservar duas horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do Manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

A ESF vai se reunir com a Associação de Moradores e representantes nas igrejas para informar a comunidade sobre a existência e a importância do Programa de Atenção e Controle da Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus no cuidado da saúde; informar-lhes sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, a assistência dá consultas de controle, a realização de atividade física, alimentação saudável, a realização dos exames laboratoriais periódicos, abandono do tabagismo, etc.; orientar-lhes sobre os fatores de risco para o desenvolvimento destas doenças; e solicita-lhes o seu apoio para a realização da pesquisa ativa em na procura dos casos novos que poder-se apresentar.

Os materiais necessários para aferição da pressão arterial e glicemia, serão fornecidos pela secretaria da UBS. Bem como os demais materiais necessários para realização da intervenção.

O monitoramento do numero de pessoas com HAS e DM cadastrados será feito semanalmente, em uma hora disponibilizada das 16 e 17 horas da tarde de todas as terças-feiras pelo médico. O enfermeiro revisará as fichas e atualizará os dados da planilha para subsidiar a discussão do acompanhamento do programa com a equipe.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Graças a Deus, as ações previstas a serem desenvolvidas durante as 12 semanas da intervenção foram realizadas com sucesso. O seguimento dos quatro eixos programáticos facilitou o desenvolvimento de todas as atividades planejadas no projeto de intervenção. A equipe não esteve fora de apresentar dificuldades para o desenvolvimento das atividades planejadas, pois o trabalho só começou a ser realizado um pouco tarde por causa de acidente que tive. Na verdade, tudo ficou atrasado para a época do inverno no Rio Grande e as chuvaradas acabaram atrapalhando os deslocamentos até as comunidades e o deslocamento dos usuários até a UBS para fazer as consultas de acompanhamento e os exames complementares. Quando acarretaram à ausência do usuário, se fazia o replanejamento para evitar os faltosos às consultas.

No desenvolvimento das ações planejadas na intervenção, cada um dos membros da ESF contribuiu ativamente segundo o pactuado. O nosso enfermeiro Douglas contribuiu na realização do cadastramento de todos os hipertensos e diabéticos que a equipe foi incorporando ao acompanhamento da intervenção e ajuda nas atividades educativas a serem realizadas nos encontros com os dois grupos. A técnica de enfermagem e a auxiliar da dentista ficaram responsáveis da organização do acolhimento na UBS junto com a recepcionista, e trabalharam também na coordenação do trabalho com os agentes de saúde e as lideranças comunitárias. O agendamento para as consultas ia-se realizando em quanto os usuários iam sendo contatados pela equipe e eles concordam em participar da intervenção, então a consulta ficava agendada. Segundo o cronograma da intervenção, foi coordenado com os ACS para a realização dos grupos para fazer as atividades de educação em

saúde e as reuniões com as lideranças comunitárias tentando que fosse ao mesmo dia do grupo de hipertensos e diabéticos, para não afetar a dinâmica das comunidades e das pessoas. Nestes encontros com as lideranças das comunidades a equipe realizava uma avaliação sobre o andamento da intervenção em cada uma das comunidades, isso foi parte da rotina dos encontros com eles em cada comunidade.

A nutricionista participou nas atividades educativas relativas ao tema de alimentação saudável. Além de participar das atividades educativas sobre o tema da higiene bucal, a nossa dentista se encarregou da avaliação odontológica dos hipertensos e diabéticos que participaram da intervenção e eu me encarreguei de fazer a coordenação de todo o trabalho dentro da equipe segundo o projeto da intervenção. Também realizei o acompanhamento clínico e o monitoramento de todo o andamento das ações planejadas no projeto da intervenção, segundo o pactuado pela equipe.

Foi projetado a realização de quatro encontros com os grupos de pacientes hipertensos e diabéticos e as metas foram superadas pela dinâmica própria do trabalho a qual mostrou que precisavam serem planejadas um número maior e a ESF acabou por fazer mais 4 encontros acima do planejado quanto às atividades grupais. Os nossos usuários gostaram muito da realização destes encontros nos quais a participação acabou sendo muito boa, conseguindo atingir a participação de 171 usuários diabéticos e hipertensos. Eles estão muito satisfeitos com as reuniões de grupo, pois eles estão vendo que a ESF está se preocupando com a sua saúde e está ensinando-os como se cuidar melhor para evitar complicações das suas doenças.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Este relatório exclui as dificuldades apresentadas que foram resolvidas na hora, pois não acabaram atrapalhando as atividades estabelecidas no cronograma. Devo dizer que por vezes eu fiquei confuso em relação às orientações da semana, pois não conseguia focar quanto eu queria, mas com a ajuda da minha orientadora e da equipe, nós conseguimos superar as dificuldades e manter o andamento do cronograma da intervenção.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Uma das dificuldades que mais preocupava quanto à coleta de dados, era não incluir usuário na planilha enquanto a informação que era solicitada não estivesse completa para não acabar atrapalhando o preenchimento da planilha de coleta de dados da semana. A partir disso, quando os usuários eram atendidos, procurávamos realizar o fechamento das planilhas de coletas de dados e coletar todos os dados corretos na ficha em espelho.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações de monitoramento e avaliação dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção às pessoas com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus da unidade de saúde foram incorporados à rotina do serviço e estão sendo desenvolvidas de maneira regular, graças ao trabalho da nossa ESF, dos ACS nas comunidades, das lideranças comunitárias e dos usuários. Também foi incorporada à rotina o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa; a sensibilização da comunidade sobre a importância do Programa de HAS e DM na sala de espera, durante as consultas individuais e nos grupos de educação em saúde, através de cartazes informativos na recepção e orientação verbal. Também foi incorporada à rotina as capacitações dos profissionais da ESF sobre o Programa para o controle da HAS e DM como um jeito de mantê-los informados e focados na realização das atividades a serem realizadas durante a intervenção.

Contudo, a gestão e organização dos serviços devem ser melhoradas. Nesta hora temos somente dois médicos trabalhando na UBS, pois foram demitidos dois colegas médicos brasileiros por questões de irregularidades de contratação e torcemos para que eles possam voltar ao trabalho para podermos continuar realizando as atividades rotineiras e incluir na rotina da UBS aquelas coisas boas que conseguimos fazer durante a intervenção e que devem formar parte do trabalho diário na UBS.

Também pensamos que podem melhorar as questões relativas ao acolhimento dos usuários com consulta agendada para eles não terem que esperar tempo demais para serem atendidos e evitar os faltosos para as consultas de acompanhamento. Também tem que melhorar a realização da triagem na UBS, pois agora aumentou a demanda de atendimentos para cada médico e alguns de nossos usuários, mesmo que as consultas deles sejam agendadas, devem seguir a fila. A

nossa ESF se reuniu com o secretário de saúde para discutir sobre este tema e ele se comprometeu em resolvê-lo, mas ainda continua do mesmo jeito.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A população alvo da intervenção foram os usuários hipertensos e/ou diabéticos residentes na área de abrangência da ESF II São Pedro, de Coronel Bicaco e teve como objetivo a melhoria da atenção à Saúde destes.

A população residente na área adstrita pela ESF II São Pedro é de 1662 pessoas, sendo que a estimativa segundo a Planilha de Coleta de Dados (VIGITEL, 2011) foram 253 hipertensos e 62 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência. Entretanto consideramos na intervenção os valores de 226 hipertensos e 41 diabéticos, visto que sendo minha população pequena, temos 100% de cobertura no SIAB.

Durante o andamento da intervenção foram atingidas as metas propostas. A equipe conseguiu realizar as ações planejadas sobre os 226 hipertensos e os 41 diabéticos que foram cadastrados no Programa e a realização das ações estabelecidas pelo projeto. Mesmo que o trabalho foi difícil para realizá-lo, a organização garantiu superar as dificuldades e atingir as metas.

A seguir apresento os resultados obtidos em cada meta e cada objetivo.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e ou diabéticos

Metas:

Meta 1.1. Cadastrar 100 % dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde.

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

A equipe conseguiu aumentar o cadastramento de 13,5% para um 100% quanto à população alvo de hipertensos. Este indicador reflete o avanço quanto a uma nova cobertura daqueles pacientes hipertensos que não tinham um acompanhamento pela ESF. No primeiro mês a equipe alcançou uma cobertura de 61 hipertensos (27%), no segundo mês passou para 169 (74,8%) e no terceiro mês atingimos 226 hipertensos (100%), como demonstrado no gráfico de cobertura, figura 1.

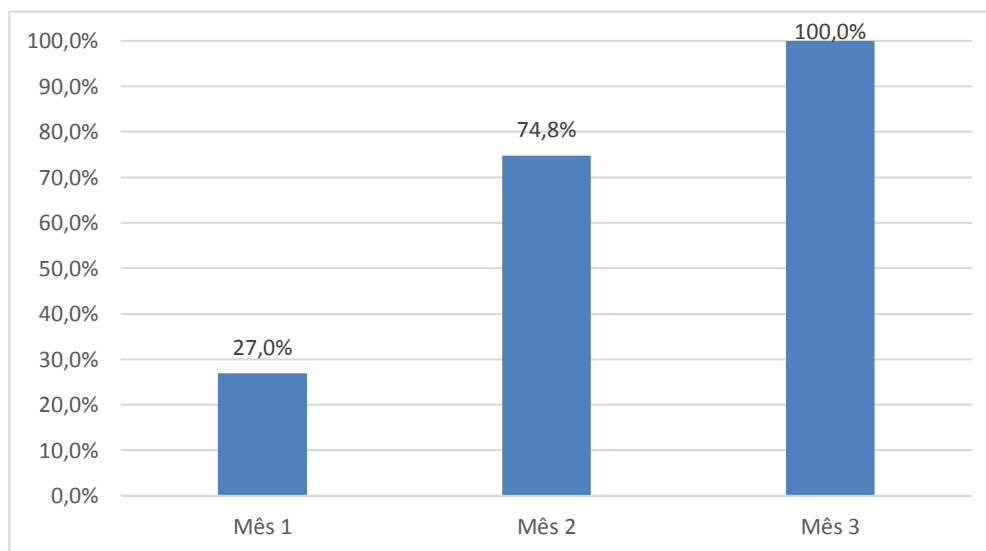


Figura 1: Cobertura do Programa de Atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica na Unidade de Saúde, Coronel Bicaco/RS

Meta 1.2- Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Quanto à população alvo de diabéticos, a equipe conseguiu aumentar a porcentagem do cadastramento de 39% antes da intervenção para 100% depois da intervenção segundo o Caderno de Ações Programáticas. Este indicador reflete o avanço quanto à cobertura de 61% daqueles pacientes diabéticos que não tinham um acompanhamento pela ESF. No primeiro mês a nossa ESF conseguiu atingir 26,8% dos diabéticos, no segundo mês passou para 85,4%, e no terceiro mês foi atingida a meta de 100% deles, como mostra a figura 2.

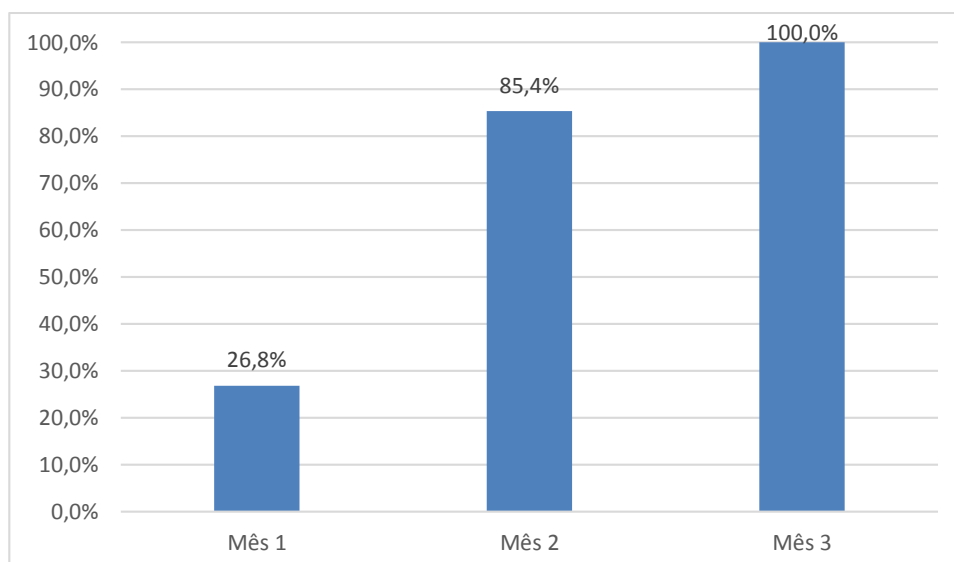


Figura 2: Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na Unidade de Saúde, Coronel Bicaco/RS

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

Metas:

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

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

Ao longo da intervenção, foi atualizada a realização do exame clínico dos pacientes hipertensos, que passou de 35,8% antes da intervenção para 100% depois da intervenção. No primeiro mês a equipe atingiu 61 (100%) dos hipertensos cadastrados, no segundo mês passou para 169 (100%) e no terceiro mês foram 226 (100%) dos usuários. A melhor avaliação clínica de cada um dos usuários permitiu redirecionar o trabalho para um enfoque terapêutico muito mais efetivo e individualizado, além de atualizar a periodicidade do acompanhamento quanto à realização do exame clínico.

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

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

Igualmente, se atualizou a realização do exame clínico para 100% das pessoas diabéticas que era de 12,19% antes da intervenção segundo o Caderno de Ações Programáticas. A avaliação clínica adequada de cada usuário diabético permitiu redirecionar o trabalho para um enfoque terapêutico muito mais efetivo e

individualizado. A realização do exame clínico foi respectivamente de 11 (100%) no primeiro mês, 35 (100%) no segundo mês e 41 (100%) no terceiro mês da intervenção.

Meta 2.3- Manter exame dos pés em dia em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.3- Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia.

A realização do exame dos pés foi respectivamente de 11 (100%) no primeiro mês, 35 (100%) no segundo mês e 41 (100%) no terceiro mês da intervenção. Não se admite que durante o exame clínico da pessoa com diabetes não seja realizado o exame rigoroso dos pés, assim como a realização de orientações frequentes e detalhes sobre a prevenção de lesões nos pés, especialmente uso adequado de calçados, secar bem os pés, verificar sempre qualquer presença de lesões, corte adequado das unhas.

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

Indicador 2.4- Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

O trabalho realizado com a ajuda da comunidade e das lideranças comunitárias na realização da busca ativa dos pacientes faltosos garantiu um mecanismo eficiente para conseguir atingir estes indicadores. A avaliação na consulta de acompanhamento também permitiu a realização e atualização dos exames complementares em dia passando de 4,8% antes da intervenção para 100% dos usuários hipertensos depois da intervenção. No primeiro mês a equipe atingiu 61 (100%) dos hipertensos cadastrados, no segundo mês passou para 169 (100%), e no terceiro mês 226 (100%) dos pacientes.

Meta 2.5 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Indicador 2.5- Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Antes da intervenção só 10% dos pacientes diabéticos tinham realizado os exames complementares em dia. O trabalho educativo realizado pela ESF garantiu que estes pacientes ficassem envolvidos no cuidado da sua saúde e permitiu o estabelecimento de política quanto a periodicidade na realização destes exames

complementares em dia. No primeiro mês da intervenção foi de 11 (100%), 35 (100%) no segundo mês e no terceiro mês da intervenção 41 (100%)

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

Indicador 2.6- Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Quanto à proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular, 100% recebem seus medicamentos mensalmente por esta via. A avaliação clínica realizada em cada um deles permitiu a troca oportuna dos remédios contando com a aprovação daqueles pacientes que tinham uma relação custo-benefício desfavoráveis segundo o princípio da carta dos direitos de usuários da saúde, em que todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça de forma adequada.

No primeiro mês a equipe atingiu 61 (100%) dos hipertensos cadastrados, no segundo mês passou para 169 (100 %), e no terceiro mês 226 (100%) dos pacientes.

Meta 2.7 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Indicador 2.7- Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Quanto à proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular, 100% receberam seus medicamentos mensalmente por esta via, da mesma forma que os usuários hipertensos. No primeiro mês da intervenção foi de 11 (100%), 35 (100%) no segundo mês e no terceiro mês da intervenção 41 (100%)

Como 100% de nossos usuários hipertensos e diabéticos tomam medicamentos para essas doenças, a atenção proporcionada durante a intervenção permitiu realizar uma avaliação do estoque dos medicamentos que eles consumiam para garantir a sua existência e fornecimento na farmácia popular e de outros que são fornecidos na própria UBS.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde

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

Quanto à proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, a equipe atingiu 61 (100%) dos hipertensos cadastrados, no segundo mês passou para 169 (100 %), e no terceiro mês 226 (100%) dos pacientes.

O trabalho combinado da ESF permitiu o avanço de uma atenção odontológica de 3,09% antes da intervenção para um 100% depois da intervenção, garantindo desse jeito uma atenção à saúde bucal de qualidade e um melhor acompanhamento, pois muitos destas pessoas nem faziam ideia da importância do cuidado da saúde bucal para a sua doença.

Meta 2.9- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.9- Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Igualmente melhorou a atenção odontológica de nossos pacientes diabéticos. No primeiro mês da intervenção foi de 11 (100%), 35 (100%) no segundo mês e no terceiro mês da intervenção 41 (100%).

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

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

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

Quanto à proporção de hipertensos faltosos à consulta com busca ativa, durante toda a intervenção, 100% dos pacientes hipertensos que estavam faltosos em cada mês, foram atingidos pela busca ativa da equipe com a ajuda das lideranças comunitárias.

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

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

Somente 37% dos diabéticos faziam acompanhamento com alguma periodicidade na UBS antes da intervenção, graças ao esforço realizado pela ESF, a comunidade e as lideranças comunitárias, nós conseguimos fazer estes pacientes voltarem para a realização do acompanhamento médico periódico e 100% foram atingidos pela busca ativa.

Objetivo 4: Melhorar registros das informações.

Metas:

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

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

Quanto à proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento, todos tiveram seus registros atualizados e adequadamente registrados. No primeiro mês a equipe atingiu 61 (100%) dos hipertensos cadastrados, no segundo mês passou para 169 (100 %), e no terceiro mês 226 (100%) dos pacientes.

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

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

Antes de realizar a intervenção, o atraso da consulta agendada em mais de sete dias era de 63% da população de pacientes diabéticos segundo o Caderno de Ações Programáticas. No primeiro mês da intervenção foram 11 (100%), 35 (100%) no segundo mês e no terceiro mês da intervenção 41 (100%), quanto à proporção de pacientes diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

Metas:

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

Indicador 5.1- Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Outro dos parâmetros muito importantes da intervenção foi a realização da estratificação do risco cardiovascular de nossos pacientes hipertensos, o qual foi realizado a 100% dos pacientes atendidos pela ESF. Antes da intervenção, somente um 4,86% dos pacientes tinham feito a estratificação de risco cardiovascular na área de abrangência. A proporção de hipertensos com estratificação do risco cardiovascular no primeiro mês atingiu 61 (100%) dos hipertensos cadastrados, no segundo mês passou para 169 (100%), e no terceiro mês 226 (100%) dos pacientes.

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

Indicador 5.2- Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Outro dos parâmetros muito importantes da intervenção foi a realização da estratificação do risco cardiovascular de nossos pacientes diabéticos, o qual foi realizado aos 100% dos pacientes atendidos pela ESF, antes da intervenção, somente um 7% destes pacientes tinham feito a estratificação de risco cardiovascular na área de abrangência. A proporção de diabéticos com estratificação do risco cardiovascular 11 (100%), 35 (100%) no segundo mês e no terceiro mês da intervenção 41 (100%).

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Metas:

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

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

Quando foi realizado a Análise Situacional na área de abrangência, somente 6,63% da população de pacientes hipertensos tinham recebido orientação sobre alimentação saudável. Depois da intervenção a ESF conseguiu atingir o 100% da população alvo, mais ainda tem muito que mudar quanto aos costumes alimentares,

pois estes costumes fazem parte da própria cultura da população e tem muito que fazer para conseguir verdadeiras mudanças. Com referência a este indicador, a proporção de hipertensos com orientação sobre alimentação saudável no primeiro mês, a equipe conseguiu atingir 61 (100%) dos hipertensos cadastrados, no segundo mês passou para 169 (100 %), e no terceiro mês 226 (100%) dos usuários hipertensos.

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

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

Quando a ESF realizou a Análise Situacional na área de abrangência, só 7,31% da população de diabéticos tinha recebido orientação sobre alimentação saudável. A proporção de diabéticos com estratificação com orientação nutricional sobre alimentação saudável no primeiro mês foi cardiovascular 11 (100%), 35 (100%) no segundo mês e no terceiro mês da intervenção 41 (100 %).

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

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

Quanto à proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular, antes da intervenção somente 7,96% dos pacientes hipertensos tinham recebido orientação na consulta de acompanhamento, no primeiro mês da intervenção a equipe conseguiu atingir 61 (100%) dos hipertensos cadastrados, no segundo mês passou para 169 (100 %), e no terceiro mês 226 (100%) dos usuários hipertensos.

Durante toda a intervenção a nossa ESF foi realizando atividades grupais para orientar aos grupos de hipertensos sobre a importância que à realização de atividade física regular tem para melhorar o prognóstico desta doença atingindo aos 100% destas pessoas.

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

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

Quanto à orientação sobre a prática de atividade física regular, antes da intervenção somente 7,31% dos pacientes diabéticos tinham recebido orientação na consulta de acompanhamento. Durante toda a intervenção a nossa ESF também realizou atividades grupais e individuais para orientar sobre a importância que a realização de atividade física regular tem para evitar complicações desta doença. A proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular no primeiro mês foi 11 (100%), 35 (100%) no segundo mês e no terceiro mês da intervenção 41 (100 %).

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

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

Também 100% receberam orientação quanto ao risco do tabagismo em complicação cardiovascular devido ao fumo. No primeiro mês a nossa ESF conseguiu atingir 61 (100%) dos hipertensos cadastrados, no segundo mês passou para 169 (100 %), e no terceiro mês 226 (100%) dos usuários hipertensos.

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

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

Em cada uma das atividades grupais e individuais que foram realizadas durante a intervenção, nossos pacientes diabéticos receberam orientação quanto ao risco do tabagismo. A proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo no primeiro mês foram 11 (100%), 35 (100%) no segundo mês e no terceiro mês da intervenção 41 (100 %).

A receptividade por parte dos diabéticos sempre foi muito boa e alguns deles abandonaram este hábito ruim, outros ainda estão lutando e recebem ajuda da ESF para consegui-lo.

Meta 6.7 Realizar orientação sobre higiene bucal à 100% dos hipertensos da Unidade de Saúde

Indicador 6.7 Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal

Quanto à proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal, 100% dos usuários foram atingidos.

Meta 6.8 Realizar orientação sobre higiene bucal à 100% dos diabéticos da Unidade de Saúde

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

Segundo o Caderno de Atenção Básica, nº 36, Brasília, 2013, geralmente, a má higiene bucal, uma longa história de DM e um pobre controle metabólico estão associados à maior gravidade da doença periodontal, devida a numerosos fenômenos fisiopatológicos encontrados no DM, tais como: a resistência diminuída, alterações vasculares, alteração da microflora bucal e metabolismo anormal do colágeno (10). Durante à nossa intervenção, a proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal foram 11 no primeiro mês (100%), 35 (100%) no segundo mês e no terceiro mês da intervenção 41 (100 %).

4.2 Discussão

Nossa equipe conseguiu realizar as ações planejadas em 100% dos usuários com HAS e DM cadastrados durante a intervenção e a realização das ações estabelecidas pelo projeto. Mesmo que o trabalho foi difícil para realizá-lo, a organização garantiu superar as dificuldades e atingir as metas. A intervenção na minha área de abrangência conseguiu aumentar o cadastramento para 100% da população alvo de usuários hipertensos e diabéticos. Foi atualizada a realização do exame clínico em todos eles. A avaliação na consulta de acompanhamento também permitiu a realização e atualização dos exames complementares em dia de ambos os grupos. A intervenção também garantiu que todos nossos usuários hipertensos e diabéticos tivessem os medicamentos necessários da farmácia popular, e que recebem mensalmente por esta via. Permitiu a atenção odontológica avançar de 3,09% antes da intervenção para um 100%.

Todas as pessoas com HAS e DM faltosos foram atingidas pela busca ativa da equipe com ajuda da comunidade e lideranças comunitárias. Foi atualizado e melhorado o registro na ficha de acompanhamento para ambos os grupos de pacientes. Pela primeira vez se conseguiu fazer a estratificação do risco cardiovascular dos usuários hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência. Foram realizadas muitas atividades educativas onde se conseguiu fornecer orientação sobre higiene bucal, alimentação saudável, sobre a importância da prática de atividade física regular, e quanto ao risco do tabagismo no incremento do risco de sofrer complicações cardiovasculares.

O trabalho realizado durante a intervenção permitiu o avanço quanto a uma nova cobertura daquelas pessoas hipertensas e diabéticas que não tinham um acompanhamento pela ESF, permitiu uma melhor avaliação clínica em cada um deles para redirecionar o trabalho e ter um enfoque terapêutico muito mais efetivo e individualizado, permitiu atualizar e melhorar os registros, atualizar as fichas de

atendimento e a periodicidade do acompanhamento quanto à realização do exame clínico e laboratorial, permitiu a troca oportuna dos remédios contando com a aprovação daqueles usuários que tinham uma relação custo-benefício desfavoráveis segundo o princípio da carta dos direitos de usuários da saúde. Permitiu a identificação daqueles hipertensos e diabéticos que apresentavam necessidades de atendimento odontológico para poder agir quanto ao cuidado deles. Mediante o trabalho combinado em equipe, permitiu estabelecer estratégias de trabalho para a busca ativa dos faltosos a consulta junto com a comunidade e lideranças comunitárias, também permitiu fornecer informação detalhada a população alvo sobre as doenças que eles sofrem e como tem que fazer para se cuidar melhor garantindo a participação ativamente das comunidades no cuidado da sua própria saúde.

Para a comunidade a intervenção mostrou de como tem que se organizar para exercer o seu direito a saúde por meio do engajamento público. O trabalho realizado com a sua ajuda e a ajuda das lideranças comunitárias para a realização da busca ativa dos faltosos garantiu um mecanismo muito eficiente para conseguir atingir todos os indicadores projetados. As comunidades ganharam em organização e no melhoramento do seu estado de saúde em geral. Caso fosse realizar a intervenção neste momento, eu não mudaria nada do que foi feito, pois os resultados foram positivos em todos os aspectos.

Quanto à viabilidade de incorporar a intervenção à rotina do serviço e as melhorias que pretendo fazer na ação programática, as ações de monitoramento e avaliação dos pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde foram incorporadas à rotina do serviço e está-se desenvolvendo de maneira regular graças ao trabalho da nossa ESF, dos Agentes de Saúde nas comunidades, das lideranças comunitárias e dos pacientes. Também foi incorporada à rotina o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa e a sensibilização da comunidade sobre a importância do Programa de HAS e DM na sala de espera, durante as consultas individuais. Ainda foi incorporada à rotina do serviço na UBS a realização de atividades grupais de educação em saúde, através de cartazes informativos na recepção e orientação verbal. Foram incorporadas também à rotina as capacitações dos profissionais da ESF sobre o Programa para o controle da HAS e DM como um jeito de manter eles informados e focados na realização das atividades das ações programáticas em ambos os grupos.

Nós pensamos que podemos melhorar as questões relativas ao acolhimento dos pacientes hipertensos e diabéticos com consulta agendada para eles não fiquem esperando tempo demais para serem atendidos e evitar os faltosos para as consultas de acompanhamento. Também tem que melhorar a realização da triagem na UBS, pois agora aumentou a demanda de atendimentos.

5 Relatório da intervenção para gestores

Para o Senhor Marcos Rutili, Secretário de Saúde do município Coronel Bicaco, RS.

De parte do Dr. Gerardo Barcelo Arnedo, Médico do ESF II São Pedro, município Coronel Bicaco, RS.

Dr. Marcos Rutili, é com muito prazer que eu informo ao senhor que terminei de realizar a intervenção sobre a população de pacientes hipertensos e diabéticos da área adstrita da ESF II no período de julho a setembro de 2015. A intervenção tratou sobre a realização das ações programáticas estabelecidas nos Cadernos de Atenção Básica nº 37 (BRASIL, 2013) e o Caderno de Atenção Básica, nº 36 (BRASIL, 2013) para cadastrar, registrar, acompanhar, avaliar e controlar esta população de pacientes, com o objetivo de melhorar a atenção a saúde das pessoas com hipertensão arterial e ou diabetes mellitus.

A intervenção na minha área de abrangência conseguiu aumentar o cadastramento para 100% da população alvo de hipertensos e diabéticos. Foi atualizada a realização do exame clínico em todos eles. A avaliação na consulta de acompanhamento também permitiu a realização e atualização dos exames complementares em dia de ambos os grupos. A intervenção ainda garantiu que todos nossos usuários hipertensos e diabéticos tivessem os medicamentos necessários da farmácia popular, e que recebem mensalmente por esta via, permitiu também à atenção odontológica avançar de 3,09% antes da intervenção para 100%. Todos pacientes hipertensos e diabéticos faltosos foram atingidos pela busca ativa da equipe com ajuda da comunidade e lideranças comunitárias. Foi atualizado e melhorado o registro na ficha de acompanhamento para ambos os grupos de pacientes. Pela primeira vez se conseguiu fazer à estratificação do risco cardiovascular dos pacientes

hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência. Foram realizadas muitas atividades educativas onde se conseguiu fornecer orientação sobre higiene bucal, alimentação saudável, sobre a importância da prática de atividade física regular, e quanto ao risco do tabagismo no incremento do risco de sofrer complicações cardiovasculares.

O trabalho realizado durante a intervenção permitiu o avanço quanto a uma nova cobertura daquelas pessoas hipertensos e diabéticos que não tinham um acompanhamento pela ESF, permitiu uma melhor avaliação clínica de cada um deles para redirecionar o trabalho e ter um enfoque terapêutico muito mais efetivo e individualizado.

Ainda permitiu atualizar e melhorar os registros, as fichas de atendimento e a periodicidade do acompanhamento quanto à realização do exame clínico e laboratorial, permitiu a troca oportuna dos medicamentos contando com a aprovação daqueles pacientes que tinham uma relação custo-benefício desfavoráveis segundo o princípio da carta dos direitos de usuários da saúde. Permitiu a identificação daqueles pacientes que apresentavam necessidades de atendimento odontológico para poder agir quanto ao cuidado deles mediante o trabalho combinado em equipe, permitiu estabelecer estratégias de trabalho para a busca ativa de pacientes faltosos à consulta junto com a comunidade e lideranças comunitárias, também permitiu fornecer informação detalhada à população alvo sobre as doenças que eles sofrem e orientações em Educação à Saúde estimulando o cuidar de si, garantindo a participação ativamente das comunidade no cuidado da sua própria saúde.

Cada um dos membros da ESF contribuiu no desenvolvimento das ações planejadas na intervenção. O nosso enfermeiro realizou cadastramento de todos os hipertensos e diabéticos que a equipe foi incorporando ao acompanhamento e ajudou-nos nas atividades educativas a serem realizadas nos encontros com os grupos segundo o pactuado. A técnica de enfermagem e a auxiliar da dentista ficaram responsáveis da organização do acolhimento na UBS junto com a recepcionista. A nutricionista participou nas atividades educativas sobre o tema de alimentação saudável. Nossa dentista além de participar das atividades educativas sobre o tema da higiene bucal se foi responsabilizada pela avaliação odontológica de nossos

usuários hipertensos e diabéticos que participaram na intervenção. Eu me responsabilizei em fazer a coordenação de todo o trabalho dentro da equipe segundo o projeto da intervenção, da realização do acompanhamento médico e do monitoramento do andamento das ações planejadas programáticas estabelecidas no projeto da intervenção.

Eu quero agradecer a receptividade dos agentes comunitários em relação à Intervenção que ajudou para eles se organizarem na realização do seu trabalho na comunidade.

A nossa Equipe de Saúde da Família tem a certeza da importância que tem o seu trabalho com os pacientes Hipertensos e Diabéticos e que o trabalho em equipe é a solução para atingir os problemas de saúde da nossa comunidade.

Acredito que esta intervenção vai contribuir para ser aproveitada pelas outras equipes de saúde da família de nossa Unidade Básica de Saúde e município, e conseguir ter um grande impacto na morbidade e mortalidade da diabetes mellitus e a hipertensão arterial no município.

A intervenção foi uma grande oportunidade para reforçar a nossa aliança com a comunidade e com vocês gestores de saúde, no intuito de nós podermos oferecer uma melhor atenção em saúde para os nossos pacientes.

Tem aspectos que poderiam ser melhorados do processo do trabalho, tais como a organização do processo de acolhimento na UBS que até agora não é muito bom e na organização do agendamento das consultas para realizar um atendimento planejado e sistemático para diminuir a demanda espontânea na UBS. O transporte da ESF tem que ser melhorado para garantir o deslocamento da ESF até as comunidades distantes da área adstrita.

Finalmente, eu quero agradecer a vocês, como gestores de saúde do município pelo apoio gerencial que deram quanto à logística e para um bom desenvolvimento de nossa intervenção.

Dr. Gerardo Barcelo Arnedo.

Programa Mais Médicos para o Brasil

6 Relatório da Intervenção para a comunidade.

Queridos amigos, hoje a nossa ESF pode chamar-lhes de amigos, pois a gente acaba sentindo-se amigo, depois de ter compartilhado durante o longo período de tempo que durou a intervenção que nós realizamos sobre a nossa população de hipertensos e diabéticos da nossa área adstrita. Foi um trabalho difícil e complexo de realizar, mas conseguimos concluir graças ao trabalho em equipe e a participação das comunidades e das suas lideranças.

A equipe tem o compromisso de oferecer uma boa atenção a cada um de nossos usuários e para isso temos que fazer todo o possível com os recursos que temos ao nosso alcance. Isso é, os nossos olhos, as nossas mãos, os nossos ouvidos e os conhecimentos adquiridos em anos da prática clínica os quais temos que aperfeiçoar cada dia mais. Para fazer isso também são necessários outros recursos para conseguir oferecer bons serviços em saúde para à comunidade, é por isso que o trabalho tem ser realizado em equipe e contar com o acompanhamento da população alvo e das instituições do governo no município para gerar saúde coletiva. Com esse objetivo a nossa ESF realizou o nosso trabalho durante as 12 semanas da intervenção, que teve como objetivo melhorar a atenção às pessoas com hipertensão e ou diabetes mellitus na área de abrangência da nossa ESF São Pedro.

O trabalho realizado durante a intervenção permitiu o avanço quanto à cobertura daquelas pessoas hipertensas e diabéticas que não tinham um acompanhamento pela ESF, permitiu uma melhor avaliação clínica de cada um deles para redirecionar o trabalho e ter um enfoque terapêutico muito mais efetivo e individualizado. Permitiu atualizar e melhorar os registros, atualizar as fichas de

atendimento e a periodicidade do acompanhamento quanto à realização do exame clínico e laboratorial, permitiu a troca oportuna dos remédios contando com a aprovação daqueles usuários que tinham uma relação custo-benefício desfavoráveis segundo o princípio da carta dos direitos de usuários da saúde, permitiu a identificação daqueles que apresentavam necessidades de atendimento odontológico para poder agir quanto ao cuidado nesta área mediante o trabalho combinado em equipe.

Estabelecemos estratégias de trabalho para a busca ativa de usuários faltosos à consulta junto com a comunidade e lideranças comunitárias, também permitiu fornecer informação detalhada à população alvo sobre as doenças que eles sofrem e orientações para cuidarem-se melhor garantindo a participação ativamente da comunidade no cuidado da sua própria saúde. Ainda na realização dos grupos com atividades de educação em saúde sendo as reuniões com as lideranças comunitárias no mesmo dia do grupo de hipertensos e diabéticos para evitar modificar a dinâmica das comunidades e das pessoas. Nestes encontros com as lideranças das comunidades a equipe realizava uma avaliação sobre o andamento da intervenção em cada uma das comunidades, isso foi parte da rotina dos encontros com eles em cada comunidade.

Durante o andamento da intervenção foram atingidas as metas propostas. A equipe conseguiu realizar as ações planejadas sobre os 226 hipertensos e os 41 diabéticos que foram cadastrados no Programa e a realização em eles das ações estabelecidas pelo projeto. Mesmo que o trabalho foi difícil para realizá-lo, a organização garantiu superar as dificuldades e atingir as metas.

Cada um dos membros da ESF contribuiu no desenvolvimento das ações planejadas na intervenção. O nosso enfermeiro realizou cadastramento de todos os hipertensos e diabéticos que a equipe foi incorporando ao acompanhamento e ajudou-nos nas atividades educativas a serem realizadas nos encontros com os grupos segundo o pactuado. A técnica de enfermagem e a auxiliar da dentista ficaram responsáveis da organização do acolhimento na UBS junto com a recepcionista. A nutricionista participou nas atividades educativas sobre o tema de alimentação saudável. Nossa dentista além de participar das atividades educativas sobre o tema da higiene bucal responsabilizou-se pela avaliação odontológica de nossos usuários hipertensos e diabéticos que participaram na intervenção. Eu me responsabilizei em

fazer a coordenação de todo o trabalho dentro da equipe segundo o projeto da intervenção, da realização do acompanhamento médico e do monitoramento do andamento das ações planejadas programáticas estabelecidas no projeto da intervenção.

Eu poderia dizer que a intervenção foi uma grande experiência para mim em poder conhecer muito mais de perto a maneira de ser e pensar dos brasileiros. Eu estou muito feliz em ter a oportunidade de fazer um aporte à saúde de um grande grupo de pessoas que estavam precisando de acompanhamento e controle de suas doenças as quais são a primeira causa das mortes no meu município.

Gostaria ainda de agradecer a todos vocês pela sua ativa participação durante o todo o trabalho da intervenção que a nossa ESF realizou sobre a população de hipertensos e diabéticos da nossa área adstrita. Eu quero me referir ao apoio que a nossa equipe recebeu de vocês quanto à vontade em participar no processo da geração de saúde, processo no qual a participação da comunidade é muito importante. Não tem sistema de saúde no mundo que consiga avançar na geração de saúde sem a participação das comunidades organizadas e responsabilizadas no próprio processo da saúde.

Obrigado mesmo.

6 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Em relação às minhas expectativas iniciais, a minha chegada ao curso de especialização em Saúde da Família, despertou-me muitas interrogações. Primeiro pelos inconvenientes de fazer um curso de especialização à distância, que foi uma novidade para mim, pois nunca tinha feito nada igual na minha vida. Foi também um desafio, pois nem todos têm as mesmas habilidades no uso dos meios de informática e da internet. Por outro lado estava o problema da linguagem, que é diferente da minha língua materna. No meu caso eu consigo entender quase tudo o que eu escuto falar em português brasileiro, mas não tinha o conhecimento da escrita e da gramática da língua portuguesa nem a certeza de me conseguir expressar com a clareza necessária.

O curso, na verdade, representou para mim uma possibilidade de crescimento pessoal e profissional, pois acabei ampliando meus conhecimentos em relação ao sistema de saúde estabelecido aqui no Brasil para oferecer serviços de saúde de ótima qualidade para o povo brasileiro. Apreendi a desenvolver o meu trabalho em equipe garantindo que a prestação dos serviços fosse de uma forma organizada e planejada o qual é muito importante para conseguir obter bons resultados no trabalho. Gostei muito de poder utilizar as ferramentas que estão estabelecidas pelo SUS para garantir o engajamento público e, portanto, a participação da comunidade na solução das dificuldades que se apresentam no processo de oferecer saúde.

Eu também reconheço que com as orientações que foram dadas para nós realizarmos as tarefas durante todo o curso e a participação na realização dos diferentes casos clínicos, eu acabei ganhando em conhecimento e habilidades para o meu correto desenvolvimento na prática clínica diária. É uma coisa que eu agradeço para os nossos professores e orientadores que participaram no curso junto com nós.

Muito obrigado mesmo e abraço a todos vocês.

Referências.

1. MacMahon S, Peto R, Cutler J, Collins R, Sorlie P, Neaton J, et al. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 1, Prolonged differences in blood pressure: prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. *Lancet*. 1990;335(8692):765-74.
2. Law MR, Wald NJ, Morris JK, Jordan RE. Value of low dose combination treatment with blood pressure lowering drugs: analysis of 354 randomised trials. *BMJ*. 2003;326(7404):1427.
3. Willett WC, Dietz WH, Colditz GA. Guidelines for healthy weight. *N Engl J Med*. 1999;341(6):427-34.
4. Barceló A, Aedo C, Rajpathak S, Robles S. The cost of diabetes in Latin America and the Caribbean. *Bull World Health Organ*. 2003; 81(1):19-27.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2013. Caderno de Atenção Básica, n. 36- Estratégias Para o cuidado da Pessoa com Doença Crônica, Diabetes Mellitus. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf Acesso em: 28 dec. 2014.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica, n. 14 - Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad14.pdf> Acesso em: 28 dec. 2014.
7. BRASIL. Ministério da Saúde, Organização Pan-americana da Saúde. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Avaliação do Plano de Reorganização

da Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil. Brasília 2004.

8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica - n.º 16 Diabetes Mellitus. Brasília 2006.
9. BRASIL. Ministério da saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e diabetes mellitus. Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da saúde, 2001.
10. SCHMIDT; DUNCAN; STEVENS et al., 2009; SCHMIDT et al., 2011; ROSA, 2008).

Anexos

Anexo C - 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
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante