

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



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria na atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Posto Antonio Evilásio Meneses de Moraes – UBS das Pedrinhas em Barras/PI

Antonia Maria de Oliveira

Pelotas, 2015

Antonia Maria de Oliveira

Melhoria na atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Posto Antonio Evilásio Meneses de Moraes – UBS das Pedrinhas em Barras/PI

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

Orientador: Douglas Augusto Schneider Filho

Teresina, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

O48m Oliveira, Antonia Maria de

Melhoria na Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Posto Antonio Evilásio Meneses de Moraes –ubs das Pedrinhas Em Barras/PI / Antonia Maria de Oliveira; Douglas Augusto Schneider Filho, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

105 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Schneider Filho, Douglas Augusto, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus, que me proporcionou paciência, resignação e coragem para a conclusão deste trabalho;

À Universidade Federal de Pelotas pela oportunidade de me especializar em saúde da família, e em especial ao meu orientador Douglas Schneider, que pacientemente me orientou durante todo o período de realização do curso.

À equipe da ESF das Pedrinhas pelo apoio e empenho na execução das atividades na UBS.

Agradeço à minha família pelo apoio e compreensão e especialmente a minha filha, Adrielly Caroline Oliveira pelo empenho, orientações e apoio durante as noites em claro que compartilhamos desde o início do curso.

Resumo

OLIVEIRA, Antonia Maria de. **Melhoria na atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Posto Antonio Evilásio Meneses de Moraes –UBS das Pedrinhas em Barras/PI 2015.**

103p.Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) representam importantes problemas de saúde pública, que frequentemente coexistem na prática clínica. Na atualidade, observa-se uma tendência ao aumento das prevalências de HAS e DM, relacionado ao crescimento da população de idosos e das taxas de sobrepeso e obesidade. O objetivo geral do Projeto de Intervenção relatado no presente trabalho consistiu em melhorar a qualidade da Atenção à Saúde dos portadores de HAS e DM, através de uma intervenção realizada durante três meses, na área de abrangência da UBS Pedrinhas, no bairro Pedrinhas, no município de Barras, a 120 km da capital do Estado, Teresina. No contexto desta UBS, as programações de acompanhamento de portadores de HAS e DM apresentavam baixa cobertura. Sendo condições frequentemente assintomáticas, muitos casos sequer eram diagnosticados, fazendo com que os números dos portadores dessas patologias em nossa população fossem subestimados. Na UBS, atua apenas uma equipe de saúde da família, composta por uma médica, uma enfermeira, e cinco agentes comunitários de saúde e duas auxiliares de enfermagem. Há também uma Equipe de Saúde bucal composta por uma dentista e uma auxiliar de saúde bucal, além de duas zeladoras e dois vigilantes. Entre os principais resultados, destacam-se o aumento do número de hipertensos cadastrados na unidade para 135 usuários, correspondentes a 100% do número estimado de portadores dessa condição crônica. Quanto aos diabéticos, 24 dos 40 usuários estimados (60%), foram cadastrados e acompanhados durante a intervenção. Entre os principais resultados, 111 dos 135 usuários hipertensos cadastrados (82,2%) e 23 dos 24 cadastrados (95,8%) receberam exame clínico apropriado, 107 dos 135 cadastrados (79,3%) e 22 dos 24 diabéticos cadastrados (91,7%) fizeram exames complementares, 126 dos 128 hipertensos cadastrados (98,4%) que precisavam de medicamentos (98,4%), e 23 dos 24 diabéticos cadastrados que precisavam de medicamentos (95,8%) os receberam através da farmácia popular ou da UBS. Quanto à realização de atividades de promoção da saúde, 125 dos 135 hipertensos cadastrados (92,6%) orientação sobre alimentação saudável e orientação em relação à prática regular de atividade física, enquanto 23 dos diabéticos 24 cadastrados (95,8%) receberam as mesmas orientações. Com a realização da intervenção, os usuários se mostraram receptivos e esperançosos. Recebemos muitos elogios por parte da comunidade e, mesmo sabendo que havia tempo predeterminado para a intervenção, muitos solicitaram a sua continuidade. Foi perceptível o compromisso deles com as atividades, especialmente com as atividades educativas e orientações realizadas durante às consultas. As ações terão continuidade, estimuladas pelos bons resultados obtidos na intervenção.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico Cobertura do programa de atenção aos hipertensos da Unidade Básica de Saúde das Pedrinhas – Barras/PI. Maio a julho de 2015.	65
Figura 2	Gráfico Cobertura do programa de atenção aos diabéticos da Unidade de Saúde das Pedrinhas – Barras/PI. Maio a julho de 2015.	65
Figura 3	Gráfico Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo, na Unidade de Saúde das Pedrinhas – Barras/PI. Maio a julho de 2015.	66
Figura 4	Gráfico Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo, na unidade de saúde das Pedrinhas – Barras/PI. Maio a julho de 2015.	67
Figura 5	Gráfico Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, na unidade de saúde das Pedrinhas – Barras/PI. Maio a julho de 2015.	67
Figura 6	Gráfico Proporção de diabéticos com exames complementares em dia na UBS das Pedrinhas – Barras/PI. Maio a julho de 2015.	68
Figura 7	Gráfico Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, na unidade de saúde das Pedrinhas – Barras / PI. Maio a julho de 2015	69
Figura 8	Gráfico Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, na unidade de saúde das Pedrinhas – Barras/PI. Maio a julho de 2015.	7-
Figura 9	Gráfico Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, na unidade de saúde das Pedrinhas – Barras/PI. Maio a julho de 2015.	70
Figura 10	Gráfico Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, na unidade de saúde das Pedrinhas – Barras/PI. Maio a julho de 2015.	71
Figura 1 1	Gráfico Proporção de hipertensos faltosos às	72

	consultas médicas com busca ativa, na unidade de saúde das Pedrinhas – Barras/PI. Maio a julho de 2015.	
Figura 1 2	Gráfico Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa, na unidade de saúde das Pedrinhas – Barras/PI. Maio a julho de 2015.	72
Figura 1 3	Gráfico Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento, na unidade de saúde das Pedrinhas – Barras/PI. Maio a julho de 2015.	73
Figura 1 4	Gráfico Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, na unidade de saúde das Pedrinhas – Barras/PI. Maio a julho de 2015	74
Figura 1 5	Gráfico Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular, na unidade de saúde das Pedrinhas – Barras/PI. Maio a julho de 2015.	75
Figura 1 6	Gráfico Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular, na unidade de saúde das Pedrinhas – Barras/PI. Maio a julho de 2015.	75
Figura 1 7	Gráfico Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, na unidade de saúde das Pedrinhas – Barras / PI. Maio a julho de 2015.	76
Figura 1 8	Gráfico Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, na unidade de saúde das Pedrinhas – Barras/PI. Maio a julho de 2015.	77
Figura 1 9	Gráfico Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física, na unidade de saúde das Pedrinhas/Barras/PI. Maio a julho de 2015.	78
Figura 20	Gráfico Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física, na unidade de saúde das Pedrinhas – Barras/PI. Maio a julho de 2015.	79
Figura 21	Gráfico Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo, na unidade de saúde das Pedrinhas – Barras/PI.	70

Maio a julho de 2015.

Figura 22	Gráfico Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo, na unidade de saúde das Pedrinhas – Barras/PI. Maio a julho de 2015	80
Figura 23	Gráfico Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal, na unidade de saúde das Pedrinhas – Barras/PI. Maio a julho de 2015.	81
Figura 24	Gráfico Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal, na unidade de saúde das Pedrinhas – Barras/PI. Maio a julho de 2015.	81
Figura 25	Fotografia de Palestra sobre CA prostático e atividade física com Equipe do NASF	96
Figura 26	Fotografias de Palestra sobre CA prostático e atividade física com Equipe do NASF	96
Figura 27	Fotografias de Palestra sobre Exame Clínico para diagnóstico do Diabetes e seus fatores de risco.	97
Figura 28	Fotografias de Palestra sobre Hipertensão e Dislipidemias.	97
Figura 29	Fotografias de Palestra sobre Alimentação Saudável	98
Figura 30	Fotografia de Equipe de Saúde da Família na Palestra sobre Saúde Bucal	98
Figura 31	Fotografia de Integrantes da Equipe do NASF	99

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
HAS -	Hipertensão arterial sistêmica
DM -	Diabetes Mellitus
NASF -	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SIAB -	Sistema de Informação da atenção Básica
UBS -	Unidade Básica de Saúde
PMMB -	Programa Mais Médicos para o Brasil
TQC -	Teste de Qualificação Cognitiva
SUS -	Sistema Único de Saúde

Sumário

1	Análise Situacional	11
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2	Relatório da Análise Situacional.....	13
1.3	Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	21
2	Análise Estratégica	22
2.1	Justificativa.....	22
2.2	Objetivos e metas.....	23
2.2.1	Objetivo geral.....	23
2.2.2	Objetivos específicos e metas.....	23
2.3	Metodologia.....	25
2.3.1	Detalhamento das ações	25
2.3.2	Indicadores	43
2.3.3	Logística.....	49
2.3.4	Cronograma.....	59
3	Relatório da Intervenção.....	60
3.1	Ações previstas e desenvolvidas	60
3.2	Ações previstas e não desenvolvidas	62
3.3	Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	62
3.4	Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	62
4	Avaliação da intervenção.....	64
4.1	Resultados	64
4.2	Discussão.....	82
5	Relatório da intervenção para gestores	84
6	Relatório da Intervenção para a comunidade	88
7	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	92
	Referências	94
	Apêndices.....	95
	Anexos	100
	Anexo A - Documento do comitê de ética	101
	Anexo B - Planilha de coleta de dados	102
	Anexo C - Ficha espelho.....	103
	Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias	105

Apresentação

O presente trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, da Universidade Aberta do SUS - UNASUS/Universidade Federal de Pelotas – UFPEL (EAD UFPEL), é resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as Unidades de Ensino que integram o Projeto Pedagógico do curso. A Intervenção foi realizada na Unidade Básica da Saúde (UBS) das Pedrinhas, no município de Barras, situado no Estado do Piauí, com o objetivo de melhorar os cuidados de saúde oferecidos aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. O presente volume está organizado em cinco unidades de trabalho sequenciais e interligado. Na primeira parte está a análise situacional, desenvolvido na Unidade um do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica, traduzida na construção de um projeto de intervenção, que ocorreu ao longo da unidade dois. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas, durante a unidade três do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construída ao longo da unidade quatro, a discussão e os Relatórios para os Gestores e para a Comunidade. Na quinta e última parte está à reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de julho de 2014, quando foram postadas as primeiras tarefas, e sua finalização no mês de novembro de 2015, com a entrega do presente Volume do Trabalho de Conclusão do Curso.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A UBS das Pedrinhas está localizada no município de Barras/PI, no bairro de mesmo nome. Possui uma estrutura física dentro dos padrões preconizados pelo Ministério da Saúde.

Está organizada da seguinte maneira: hall de entrada, porta larga, dois banheiros, masculino e feminino com adaptação para deficiente físico, uma sala do SAME para organização das fichas e material administrativo, uma farmácia, corredor, uma sala de procedimentos, uma sala de acolhida de preparo, uma sala de vacina, um consultório médico, um consultório de enfermagem com banheiro, um consultório para apoio do NASF, um consultório odontológico, uma dispensa, uma sala para atividade coletiva, uma sala para os agentes de saúde, uma cozinha, um consultório para coleta de exames de prevenção, e banheiro.

Mas essa boa estrutura, só foi possível graças a um trabalho de análise situacional no ano anterior. Há cerca de um ano atrás, a Unidade estava completamente fora dos padrões do Ministério da Saúde.

Ao perceber que a maioria da nossa clientela era de idosos, principalmente com doenças crônicas como cardiopatias, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, percebemos que era primordial a esse grupo etário a garantia de acesso com menos dificuldade levando em consideração não só a acessibilidade, mas também a disponibilidade de equipamentos e instrumentos de uso geral em condições satisfatórias existentes na Unidade Básica de Saúde.

Na nossa realidade muitas vezes esses equipamento inexistem e quando são encontrados são insuficientes causando limitações e transtornos ao atendimento do dia-a-dia, como a falta de um otoscópio ou a demora para consertar um sonar.

Nos deparamos também com a falta de material bibliográfico e protocolos que possam nos ajudar a solucionar de maneira mais rápida e eficaz alguma morbidade de caráter esporádico que possa ocorrer. Sendo assim as limitações observadas são significativas para a unidade básica de saúde e para o usuário.

Ou seja, com uma precariedade geral de todos os ambientes e problemas graves quanto à acessibilidade, percebeu-se que existiam barreiras arquitetônicas que limitavam o acesso de idosos e portadores de deficiências. Atualmente, essas barreiras foram transpostas, com benefícios para profissionais e usuários.

É perceptível a necessidade da porta larga e rampas para melhor acesso dos idosos e deficientes, percebe-se como é valoroso ter o hall de entrada para acolher melhor esses usuários, dando-lhes maior conforto e diminuindo os conflitos. Fato associado à boa distribuição da demanda que favorece a diminuição no número de filas.

Os dois banheiros, masculino e feminino com adaptação para deficiente físico mostram uma preocupação com as necessidades de cada indivíduo. A sala do SAME ficou mais organizada e ajudou a melhorar os registros da unidade. A farmácia ficou mais ampla e melhor organizada, pois antes a nossa farmácia era apenas um armário.

A equipe também se sentiu valorizada ao receber um consultório para cada profissional – médico, enfermeiro, dentista e um consultório para apoio do NASF pois cada um tinha um espaço melhor para trabalhar e fazer exame físico/clínico sem deixar o paciente constrangido, pois antes tínhamos apenas uma sala pequena dividida para os profissionais, mas nem sequer biombo tínhamos na unidade.

Mas um dos maiores ganhos foi a sala de atividades educativas, pois sentíamos falta de fazer as ações de educação em saúde para a população por falta de local apropriado e confortável para os usuários. A promoção da saúde se faz indispensável na atenção básica.

Atualmente, as principais limitações do serviço se referem ao despreparo dos profissionais para realizar atividades educativas e de promoção da saúde, assim como para organizar o atendimento à demanda espontânea. A atenção básica deveria estar preparada para o atendimento de toda a demanda que chega à UBS, mas isso ainda não é uma realidade em nossa Unidade.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A cidade de Barras é a sétima mais populosa do Piauí. Com pouco mais de 46 mil habitantes, é berço de famílias tradicionais, que ajudaram a povoar e contribuíram com o progresso do Estado à época das grandes fazendas, quando o Estado viveu o apogeu de ser o "terceiro mais rico do Brasil", graças a criação de gado. Sua história começa no Século XVIII. A padroeira do município é Nossa Senhora da Conceição, com seus festejos religiosos sendo comemorados de 28 de novembro a 8 de dezembro. Banhada pelos belos rios Marathaoan e Longá, Barras é quase uma ilha. Balneários naturais dos melhores circulam a cidade, além de bons restaurantes, hotéis e uma vida noturna agradável. Distante de Teresina apenas 120 quilômetros, a chamada "Terra dos Governadores" fica a exatos 230 quilômetros do litoral piauiense.

De um comércio forte, ao lado da agricultura, Barras tem nessas duas fontes a base da sua economia. No comércio concorre com outros grandes centros do meio-norte do Piauí, como Campo Maior, Esperantina e Piripiri.

No bairro das Pedrinhas existem duas escolas primárias, sendo uma destinada às crianças de 7 a 14 anos e outra para adolescentes de 15 anos ou mais. Quanto ao tratamento de água no domicílio, a situação é a seguinte: em 54,13% dos domicílios a água é filtrada, em 0,98% deles é fervida, e em 24,21% a água é consumida sem tratamento no domicílio. O destino do lixo é a coleta pública.

Quanto à rede de saúde, a cidade possui um hospital municipal chamado Leônidas Melo, que atende à população em geral e funciona 24h em regime de plantão, atendendo também urgências e emergências obstétricas. A cidade possui 19 equipes de Saúde da Família, com uma cobertura de 100% das áreas urbana e rural. Conta ainda com duas equipes de NASF e um CAPS I. Com relação à saúde bucal, existem 14 ESF contam também com Equipes de Saúde Bucal (ESB), e há também um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Contamos ainda com referências para serviços e exames especializados, oferecidos e regulados pela Secretaria Estadual da Saúde, alguns localizados no próprio município e outros em outras cidades e até na capital, com as seguintes especialidades: ortopedia ginecologia, psiquiatria, pediatria, e exames de imagem – ultrassonografia mamária, abdominal e transvaginal. As maiores filas são para as especialidades de neuropediatria e neurologia.

Quanto à UBS na qual trabalho, denominada Pedrinhas desde março de 2013, ela está localizada na Rua Alcides do Rego Lages, no bairro Pedrinhas. A Unidade contava, até setembro de 2013, com dois consultórios - um para consulta médica e de enfermagem e outro para atendimento odontológico - e uma sala de imunizações. Além disso, havia uma recepção para acolhimento e todos os outros serviços (marcação de consultas, aferição de pressão arterial e realização de glicemia capilar, peso e altura, realização de palestras, curativos). A Unidade tinha apenas um banheiro, utilizado por funcionários e usuários.

No período entre os meses de agosto de 2013 e setembro de 2014, a UBS passou por uma reforma, e hoje conta com sala de espera e recepção, dois consultórios médicos, consultório de enfermagem e consultório odontológico, sala de inalação, sala de dispensação de medicamentos, sala de curativos, sala de estocagem de medicamentos, sala de procedimentos, consultórios diferenciados (para eventual utilização pelos profissionais do NASF); sala de diagnóstico médico laboratorial, sala de esterilização, sala de atividades coletivas, copa, dois banheiros para deficientes e dois banheiros comuns,

Na UBS das Pedrinhas há apenas uma ESF, composta por uma médica (Antonia Maria), uma enfermeira (Patrícia), e cinco agentes comunitários de saúde (Geneilson, Antônio Lima, Erinalda, Giselda, Kelvi e duas auxiliares de enfermagem: Conceição, Chaguinha). Há uma Equipe de Saúde bucal composta pela dentista (Salomé) e a auxiliar de saúde bucal (Linalva). Contamos ainda com duas zeladoras (Marina e Josefa) e dois vigilantes (Sérgio e Manoel). Possui uma área adstrita com 1.924 habitantes.

A equipe se reúne mensalmente para entrega de relatórios e elaboração de cronograma do mês. A unidade funciona de segunda a sexta-feira, das 07h30min às 17h. As atividades do posto são realizadas em todos os dias da semana, sendo que os atendimentos médicos são realizados de acordo com o quadro a seguir:

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Consulta geral	Pré-natal	Visita domiciliar	Hipertensos e diabéticos	Reunião com a equipe e atividades educativas
Puericultura	Demanda Espontânea	Demanda espontânea	Demanda espontânea	
Demanda espontânea				

O atendimento à demanda espontânea é realizado todos os dias, pois muitos usuários não agendados nos procuram diariamente. Em se tratando de demanda espontânea, vale ressaltar que a equipe ainda precisa discutir mais sobre o acolhimento, a fim de ampliar a compreensão de todos sobre sua importância e organizar o processo de trabalho para garantir que o mesmo ocorra de forma satisfatória e resolutiva. Assim, o acolhimento deve garantir a escuta qualificada dos usuários, a atenção às suas queixas e necessidades e a sua vinculação ao serviço.

Com relação à população assistida pela Unidade, a maioria é constituída por famílias com grandes carências sociais, sendo que 76% delas são beneficiárias do Programa Bolsa-Família. A Unidade é bastante frequentada por idosos, apesar do predomínio de jovens na estrutura demográfica da cidade. (Figura 1).

Tabela 1. Distribuição da população da área de abrangência da UBS das Pedrinhas de acordo com a faixa etária. Barras/Piauí. 2014.

Fonte: SIAB

Faixa etária	Nº
Menores de 1 ano	30
Menores de 5 anos	60
De 5 a 14 anos	372
De 15 a 59 anos	1250
60 ou mais anos	212
Total	1924

A tabela abaixo mostra a síntese da situação da UBS quanto à cobertura das ações programáticas. Dessa forma, podemos observar deficiências nas programações, que passíveis de serem trabalhadas com um projeto de intervenção específico que viabilize sua ampliação e o cumprimento dos princípios da universalização e da equidade.

Tabela 2. Cobertura encontrada inicialmente nos programas abordados pela ESF.

Fonte: Caderno de ações programáticas

Programa	Cobertura Inicial
Pré-natal	27%
Puerpério	63%
Saúde da Criança	100%
Câncer de Colo de Útero	53%
Câncer de mama	33%
Hipertensão	22%
Diabetes	11%
Saúde da Pessoa Idosa	34%

Percebe-se que a ação programática com melhor cobertura é a da saúde da criança, com cerca de 100%, enquanto que os menores indicadores se referem aos cuidados para portadores de hipertensão e diabetes.

Em relação à saúde da criança os profissionais de saúde devem estar atentos às mudanças e às necessidades de adaptação que ocorrem nas famílias diante de um novo ser. A puericultura foi a primeira ação programática estabelecida na atenção primária à saúde e foi um fator importante na redução da mortalidade infantil no País. Essa tradição constitui-se num dos motivos da boa cobertura dessa ação na UBS.

Nossa UBS oferece o atendimento para as crianças entre 0 e 5 anos de idade, subdividindo esses atendimentos, entre médico (crianças entre 0 e 2 anos) e enfermeira (crianças de 2 a 5 anos) de acordo com a idade, e priorizando o atendimento pelo médico às crianças de maior gravidade. Nesses atendimentos são observados peso, altura, crescimento e desenvolvimento e situação de vacinação, além de serem realizadas orientações sobre a alimentação. A estimativa para crianças menores de cinco em nossa área, de acordo com o caderno de ações programáticas é de 60 crianças. O número de crianças menores de um ano estimado é de 30 e a UBS faz o acompanhamento de 30 crianças.

As crianças também são encaminhadas para a equipe de saúde bucal. A atenção à saúde da criança em nosso serviço é satisfatória, pois há uma boa cobertura das crianças da área e atendemos às necessidades da população. Contudo, acredito que poderíamos melhorar a atenção a esse grupo, implantando um cronograma de atividades lúdicas na sala de espera, dedicando maior atenção às crianças em idade escolar e enfatizando a conscientização das mães quanto à importância desses atendimentos e acompanhamentos.

Em relação ao controle do câncer de colo do útero, a cobertura da equipe está em torno de 51% (257 de 482 mulheres), sendo necessárias melhorias no acompanhamento das mulheres que procuram a unidade básica de saúde e na coleta e registro dos dados referentes às coletas e aos resultados nos livros de registro já existentes na UBS. Quanto ao câncer de mama, a UBS também possui fichas e livros nos quais são registradas as solicitações de mamografias para o rastreamento da doença. A cobertura da equipe está em torno de 30%.

Também nessa ação é necessário aprimorar os registros das informações, para que tenhamos indicadores confiáveis e para que possamos desencadear ações para ampliar as coberturas atuais. A divulgação desses dados deve ser estendida à toda a comunidade, por meio dos ACS, para que a população tenha conhecimento do serviço que é oferecido e da importância de utilizá-lo adequadamente.

A atenção ao pré-natal e puerpério envolve todos os cuidados dispensados às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal. Tem como objetivo primordial prevenir a mortalidade e a morbidade do bebê e da mãe, por meio de uma série de cuidados e recomendações que incluem ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e diagnóstico precoce e tratamento adequado dos problemas que possam acontecer neste período. Por isso é de total importância o envolvimento de toda a equipe de profissionais da UBS nessas ações.

Com relação ao pré-natal, nossa UBS oferece um bom atendimento às gestantes que comparecem ao posto de saúde, incluindo todos os cuidados necessários para o bom desenvolvimento da gestação. Contudo, nossa cobertura é bastante baixa, sendo 8 o número de gestantes residentes na área.

A UBS realiza atividades de pré-natal duas vezes na semana, também envolvendo atendimentos pelo médico e pela enfermeira. Entendo que uma ação fundamental para melhorar a qualidade do pré-natal em nossa UBS é a sensibilização dos profissionais e das gestantes quanto à importância desses atendimentos e a necessidade de comparecerem às consultas, de modo a iniciarem o acompanhamento no primeiro trimestre da gestação e realizarem regularmente seus exames ginecológicos. Além disso, mensalmente são feitas atividades em grupo, como palestras e rodas de conversa sobre aleitamento materno, geralmente realizadas em parceria com o NASF, que é composto por três nutricionistas, duas psicólogas e dois educadores físicos. As gestantes classificadas como de alto risco são encaminhadas ao ginecologista.

Com relação ao puerpério, nossa UBS oferece um bom atendimento, incluindo todos os cuidados necessários para o bom desenvolvimento do período puerperal, bem como redução dos fatores de risco para mortalidade infantil e materna. Nossa cobertura é de 63% do total de partos (Esse número equivale a 19 de 30 partos estimados).

Outro fato que deve ser enfatizado é que poucas vezes é realizada uma avaliação da situação da saúde mental na consulta de puerpério, o que seria muito

importante para avaliar o estado psíquico das mulheres, visto que tem crescido o número de casos de depressão pós-parto. O ACS tem papel primordial na identificação da gestação e na vinculação da gestante à equipe, além de participar do acompanhamento pré-natal.

O serviço de saúde não adota protocolo ou manual técnico, apenas prontuário no qual são especificadas todas as condutas realizadas. As dificuldades encontradas estão relacionadas à própria conscientização da população para o início do acompanhamento de pré-natal o mais imediatamente possível, assim que constatada a gravidez.

Quanto ao atendimento a portadores de HAS e DM, os indicadores calculados com os dados disponíveis na unidade mostram coberturas de apenas 22% - Em números absolutos, 86 de 400 hipertensos estimados e de 11% - Em números absolutos, 13 de 114 diabéticos estimados pelo caderno de ações programáticas.

No entanto, há uma suspeita de subnotificação dos dados por perda de alguns registros, o que indica a necessidade de serem melhorados os processos de registro de atendimentos e atividades realizadas na unidade. Também é clara a necessidade de melhoria no atendimento às reais necessidades dos portadores dessas patologias ou condições crônicas, como o exame periódico e medida da sensibilidade dos pés dos diabéticos, e palpação dos pulsos tibial e pedioso.

A UBS atende esses usuários um dia por semana, sendo esses atendimentos registrados nos prontuários clínicos e no Sistema HIPERDIA.

Entendo que reservar apenas um dia para esses atendimentos é muito pouco, pois o grupo apresenta grande demanda e exige bastante tempo para cada consulta, a fim de que sejam bem realizados os exames clínicos. Contudo, isso já foi motivo de reuniões entre a equipe e gestores, e os mesmos apenas justificam que é assim que funciona em todas as unidades básicas de saúde da cidade e que é possível atender a todos em um único dia.

Os usuários são atendidos pelo médico e pela enfermeira, com a participação dos auxiliares de enfermagem na aferição de peso, medida da cintura e circunferência abdominal. O processo de trabalho precisa ser melhorado, primeiramente com uma maior agilidade na devolução dos resultados dos exames complementares. Em nosso município, os usuários realizam os exames após a

autorização da regulação (a nível estadual). Em função da grande demanda, os resultados demoram mais de 30 dias.

A Hipertensão Arterial Sistêmica se constitui na mais frequente das doenças cardiovasculares, sendo também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como Acidente Vascular Encefálico, Infarto Agudo do Miocárdio e doença renal crônica. Pois isso, é necessário que as equipes de atenção básica compreendam que esses usuários, além de portadores dessas enfermidades, são pessoas vulneráveis, para os quais os cuidados devem ser redobrados. Assim, importa não apenas aumentar o número de usuários atendidos, mas também e sim, melhorar a qualidade do atendimento oferecido a esses indivíduos.

Quanto à Diabetes Mellitus, esta configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em um grande desafio para os sistemas de saúde. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade, são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em nível global.

Na UBS os usuários são atendidos no mesmo dia da HAS. A cobertura dos usuários com Diabetes também precisa ser melhorada assim como a qualidade do atendimento, principalmente no tocante à avaliação dos pés e sensibilidade.

No contexto da UBS das Pedrinhas, a cobertura dos hipertensos está limitada a 22% do número estimados de usuários com essa condição crônica. Temos usuários que faltam às consultas programadas para seu acompanhamento, comparecendo à Unidade apenas para retirar os medicamentos. Outros usuários, para os quais são solicitados exames, não comparecem à consulta agendada para receber o resultado. Também há deficiência nos registros.

No tocante ao grupo de usuários portadores de Diabetes, a cobertura é de apenas 11%, o que mostra um déficit alarmante no acompanhamento a esses usuários, além dos mesmos problemas quanto aos registros dos acompanhamentos realizados. Há grande necessidade de melhoria na cobertura, na qualidade do exame clínico e nos demais indicadores de qualidade.

No ano de 2015, estima-se que o Brasil será o sexto país com mais idosos no mundo, o que traz a necessidade de que os serviços públicos de saúde se preparem para atender bem a essa demanda tão crescente de idosos. Os processos de trabalho precisam ser reavaliados, visando melhorar a qualidade do atendimento.

Também em nossa Unidade é necessário melhorar a estrutura e capacitar os profissionais para atender aos idosos da melhor forma possível, traçando estratégias para ampliar a cobertura e aprimorar a qualidade da atenção aos idosos.

A nossa população vem apresentando um processo de envelhecimento rápido. A faixa etária acima de 60 anos alcança taxas de crescimento superiores às da população jovem. A estimativa do número de idosos residentes na área é de 215 idosos, e a cobertura é de 34%, muito abaixo do desejado para essa população tão vulnerável.

Tem sido um grande desafio para toda a equipe organizar o atendimento a esta faixa etária, visto que os mesmos não compreendiam o cronograma de atendimento e não compareciam à unidade nas datas agendadas, procurando-nos principalmente para atendimentos à demanda do dia. Dessa forma, a equipe está buscando estratégias para conscientizar a população quanto à importância de seguir o cronograma de atendimento, realizando acompanhamento regular da sua saúde.

O serviço de saúde bucal no âmbito da atenção básica é parte fundamental na execução dos princípios do SUS. Na UBS das Pedrinhas existe uma equipe de saúde bucal, que conta com uma dentista e uma Auxiliar de Saúde bucal, porém há um problema a ser resolvido à integração entre os processos de trabalho da ESF e da ESB. Além disso, a demanda para atendimento odontológico ainda é reduzida. Creio que a atenção à saúde bucal poderia melhorar se houvesse atendimento do usuário no mesmo dia e horário do restante da equipe. Em segundo lugar, o atendimento poderia ser melhorado se nas reuniões mensais estivessem presentes também as profissionais da equipe de saúde bucal.

Ao longo desse tempo, de reformas e ampliação da unidade básica de saúde, foram necessárias várias reuniões, nas quais fomos reavaliando a cada momento as necessidades de adequação do cronograma de atividades para realização das tarefas da equipe. Certamente houve melhoria no atendimento e execução do trabalho. É importante salientar a importância do Programa Mais Médicos para o Brasil no contexto da nossa Unidade Básica de Saúde, contribuindo para o aperfeiçoamento dos profissionais e, conseqüentemente, para a melhoria da qualidade da assistência básica à saúde no município de Barras - PI.

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

Entre o momento em que eu escrevi sobre a situação da AB na Unidade, no início do Curso, e o momento em que elaborei meu Relatório de Análise Situacional, minha percepção sobre a Unidade se ampliou significativamente. O que eram apenas impressões se transformou em um conhecimento mais profundo, propiciado pelas informações trabalhadas através do Caderno de Ações programáticas e das Questões Reflexivas estudadas e respondidas a cada semana. Pude perceber mais nitidamente as virtudes e também os problemas da Unidade, assim como a importância dos estudos para a reorganização de alguns processos de trabalho.

Assim sinto que meu aprendizado está sendo útil, contribuindo para que eu atue de forma mais organizada e eficiente junto aos meus colegas e aos usuários da Unidade.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

As transições demográfica, nutricional e epidemiológica ocorridas no século passado determinaram um perfil de risco no qual doenças crônicas, como a Hipertensão Arterial (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), assumiram proporções crescentes e extremamente preocupantes. O DM e a HAS são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

A Unidade Básica de Saúde das Pedrinhas, A equipe conta com um médico, uma enfermeira, cinco agentes comunitários de saúde e duas auxiliares de enfermagem, e atende uma área adstrita com cerca de 552 famílias, com um total de 1.991 habitantes. Com uma população predominantemente idosa na área, foi preconizada como alvo a atenção a essas duas patologias pois torna-se preocupante o número de pessoas que apresentam a doença de forma silenciosa e permanecem sem diagnóstico.

Na UBS, a cobertura dos hipertensos é de apenas 22%, e 11% de diabéticos, isso porque existem ainda alguns hipertensos que comparecem à Unidade apenas para receberem receitas e vários usuários, mesmo com exames solicitados, não comparecem à consulta agendada para receberem os resultados. Há falhas na cobertura, assim como nos indicadores de qualidade, que demonstram déficits nos registros e/ou de realização das ações de acompanhamento, mostrando a necessidade de melhorar as ações e seu registro, para então consigamos melhorar a qualidade da assistência oferecida a esse grupo.

Dessa forma, faz-se necessária uma intervenção, para reorganização dos cuidados com os portadores de HAS e DM, considerando os problemas e as necessidades específicas desses grupos. Não obstante, cabe lembrar que existem inúmeras limitações para o desenvolvimento das atividades em nossa Unidade, visto que esses cuidados envolvem muitos profissionais e demandam muito tempo do seu trabalho. Esperamos, com o treinamento adequado, enfrentar e superar essas limitações. Sabe-se também que os dados de cobertura acima apresentados podem estar distorcidos pela qualidade dos registros das ações realizadas para hipertensos e diabéticos. Com a implementação do projeto, pretende-se alcançar os seguintes objetivos:

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

- ✓ Melhorar a Qualidade da Atenção à Saúde dos usuários com HAS e/ou DM na UBS das Pedrinhas.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1 Cadastrar a 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos

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

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

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

Meta 2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Farmácia da UBS para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Farmácia da UBS para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família - Posto Antonio Evilásio M. de Moraes – UBS das Pedrinhas, no Município de Barras - PI. Participarão da intervenção usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, residentes na área de abrangência da unidade.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos

- 1.1. Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde**
- 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**

Para ampliar a cobertura dos hipertensos e diabéticos, pretende-se cadastrar 100% dos portadores dessas patologias residentes na área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde. Isso poderá ser realizado a partir do monitoramento do número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, além de garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.

Eixo: monitoramento e avaliação

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

Todos os usuários com diagnósticos de hipertensão e Diabetes serão cadastrados pelos ACS, e o cadastro deverá ser complementado com os novos casos identificados nos atendimentos realizados pela Unidade. Será utilizada a ficha B do SIAB, e os dados serão monitorados semanalmente pelo Técnico de Enfermagem.

Eixo: organização e gestão do serviço

Ações:

- Garantir o registro dos hipertensos/diabéticos cadastrados no programa;
- Melhorar o acolhimento para os portadores de HAS/DM;
- Garantir o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial e para a realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

A melhoria dos registros pode ser realizada com maior organização do serviço, desde aqueles realizados durante o acolhimento até os dados colhidos pelos agentes de saúde nas residências dos usuários durante as visitas domiciliares.

Para desenvolver estas ações, de posse dos registros dos números de hipertensos/diabéticos cadastrados, realizaremos mensalmente os pedidos à farmácia da Secretaria de Saúde, para garantir o material que precisamos conforme a quantidades de usuários da área. Quem fará o pedido será a Enfermeira da ESF, que também providenciará os registros necessários.

Quanto ao acolhimento será desenvolvido do acordo com a ideia de escuta qualificada, a qual será realizada durante as consultas, mas também será

implantada uma caixa de sugestões na entrada da unidade para que os usuários possam opinar e sugerir melhorias no atendimento.

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.

Serão realizadas atividades educativas na comunidade, quinzenalmente, nas quais serão explicadas e discutidas as características das doenças, suas causas e como identifica-las, controla-las ou evitá-las, também serão utilizados os meios de comunicação da cidade – Rádio e Jornal - nos quais divulgaremos informações sobre os mesmos temas e sobre os serviços oferecidos pela UBS.

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.

Para a realização desta ação, faz-se necessário capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde, além de capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial

de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Deve-se ainda, capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde, bem como capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Serão realizadas 2 sessões quinzenais de capacitação, com duas horas de duração, nas primeiras quatro semanas do projeto. Essas sessões terão a participação de todos os ACS e dos Técnicos de Enfermagem, serão coordenadas pela Médica e tratarão dos seguintes temas: Cadastramento e preenchimento da ficha B, realização do teste de glicose e verificação da PA. As atividades terão uma hora para apresentação teórica e uma hora para discussões entre os participantes. Uma das sessões será reservada para uma atividade prática de medida de PA, para os Técnicos de Enfermagem.

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

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

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

Eixo: monitoramento e avaliação

Ações:

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos

Com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos, deve-se realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos a cada consulta, além de garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo e realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos, mantendo a comunicação e a articulação com a equipe de saúde bucal.

Para realizar esta ação, faremos exame clínico em todos os usuários diabéticos e hipertensos, e revisaremos mensalmente os prontuários clínicos individuais e avaliaremos a realização dos exames.

Eixo: organização e gestão do serviço

Ações:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos/diabéticos
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Para realizar esta ação, vamos garantir que cada membro da equipe saiba como fazer o exame clínico para diagnosticar os usuários hipertensos e diabéticos, realizando capacitação dos mesmos. A capacitação para atualização dos profissionais quanto aos procedimentos de exame clínico dos usuários será realizada semanalmente pela médica e enfermeira da equipe.

Eixo: engajamento público

Ações:

- Orientar os usuários 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.

Realizar quinzenalmente palestras na comunidade, para fazer com que a mesma conheça os riscos das doenças, entenda a importância do acompanhamento de saúde e saiba quais são os serviços oferecidos pela UBS.

Eixo: qualificação da prática clínica

Ações:

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Faremos a capacitação de toda a equipe para realizar exame clínico e odontológico a todos os usuários e avaliar todos os usuários quanto à necessidade de atendimento odontológico

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

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

Eixo: monitoramento e avaliação

Ações:

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

Para realizar esta ação, a médica e a auxiliar de enfermagem irão monitorar por meio do prontuário e planilha onde constam os nomes dos usuários, os exames solicitados e exames recebidos.

Eixo: organização e gestão do serviço

Ações:

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

Por meio do monitoramento dos exames solicitados e recebidos conforme acima citado, sendo assim possível verificar junto aos usuários o que ocasionou o déficit no retorno à consulta e se for verificado problemas na entrega dos exames, a equipe irá notificar a secretaria de saúde para que toma as devidas providências.

Eixo: engajamento público

Ações:

- Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Serão realizadas mensalmente palestras na comunidade, a fim de esclarecer sobre a necessidade de realização dos exames complementares, ressaltando a importância da periodicidade dos mesmos.

Eixo: qualificação da prática clínica

Ações:

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

Será realizada a capacitação de toda a equipe realizando a explanação do protocolo para solicitação de exames complementares.

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

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

Eixo: monitoramento e avaliação

Ações:

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Outro fato relevante para melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos é manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, fato que pode ser discutido nas reuniões semanais, assim como a atualização dos profissionais da equipe no tratamento da hipertensão e orientação aos usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

A funcionária responsável pelos medicamentos da unidade (auxiliar de enfermagem) irá realizar o monitoramento dos medicamentos da unidade e informar sempre que houver necessidade, de modo que haja previsão e provisão de maneira eficaz.

Eixo: organização e gestão do serviço

Ações:

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Eixo: engajamento público

Ações:

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

Durante as palestras quinzenais que acontecerão na unidade, principalmente sobre as principais patologias em questão – HAS E DM – serão reforçados os direitos dos usuários aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Eixo: qualificação da prática clínica

Ações:

- 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.

Durante as reuniões de capacitação da equipe, serão ressaltadas as orientações quanto ao tratamento da hipertensão e sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 90% dos hipertensos.

2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 90% dos hipertensos.

Eixo: monitoramento e avaliação

Ações:

- Monitorar os hipertensos/diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

As ações de saúde bucal serão organizadas em acordo com a equipe de saúde bucal, de forma que haja monitoramento dos atendimentos odontológicos dos hipertensos e diabéticos. Também deve ser providenciada a reorganização da agenda da Equipe de saúde bucal, para que a mesma possa realizar atividades para orientação da comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal.

Realizaremos encontros mensais com a equipe odontológicas para verificar o monitoramento dos atendimentos realizados a hipertensos e diabéticos.

Eixo: organização e gestão do serviço

Ações:

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos/diabéticos
- Organizar a agenda de saúde bucal para a realização da consulta odontológica dos hipertensos/diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

A equipe odontológica será responsável por avaliar a necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos/diabéticos e organizar a agenda de saúde bucal para a realização da consulta odontológica dos mesmos.

Eixo: engajamento público

Ações:

- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal dos hipertensos/diabéticos.

Durante as palestras quinzenais que acontecerão na unidade aos usuários hipertensos/diabéticos, os usuários serão orientados quanto a importância de realizar avaliação da saúde bucal.

Eixo: qualificação da prática clínica

Ações:

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

Durante as reuniões de capacitação da equipe, serão ressaltadas as orientações quanto a avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos/diabéticos.

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

3.1. Buscar 90% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Eixo: monitoramento e avaliação

Ações:

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

Para atingir o objetivo de melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa e atingir os 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde, conforme a periodicidade recomendada, deve-se monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia), além de organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

A fim de que não haja recorrência nas faltas às consultas, é necessário esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, assim como da importância de não faltarem às consultas marcadas.

O ACS realizará tal atividade no momento da visita domiciliar. Se houver recorrência ou aumento do número de faltas a equipe toda realizará visitas para o esclarecimento da família.

Semanalmente será realizado o monitoramento dos livros de registro da pela equipe, a fim de verificar a periodicidade das consultas previstas no protocolo, momento em que serão organizadas visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Melhorar o registro das informações se constitui um dos objetivos mais relevantes, visto que os mesmos podem trazer o retrato do trabalho que vem sendo realizado na unidade. Para manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, deve-se monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Melhorar o registro das informações se constitui um dos objetivos mais relevantes, visto que os mesmos podem trazer o retrato do trabalho que vem sendo realizado na unidade. Para manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, deve-se monitorar a

qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Deverá ser implantado na unidade a ficha de acompanhamento, além de pactuar com a equipe o registro das informações, lembrando de 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.

Eixo: organização e gestão do serviço

Ações:

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos
- Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.
- Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Será organizada por toda a equipe uma agenda de vistas domiciliares em busca dos hipertensos e diabéticos faltosos, baseado o registro de monitoramento dos faltosos.

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 e diabético
- Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização de consultas

Durante as palestras mensais de orientação sobre os exames complementares, a comunidade será informada pela equipe sobre importância de realização das consultas e periodicidade preconizada para a realização de consultas. Além disso, a comunidade poderá sugerir durante as discussões novas formas de trabalho para as suas necessidades

Eixo: qualificação da prática clínica

Ações:

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

A enfermeira da equipe irá realizar a capacitação da equipe de ACS para que os mesmos efetuem em as orientações de hipertensos e diabéticos quanto a realização de consultas e periodicidade.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

4.1. Manter ficha de acompanhamento de 90% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na Unidade de saúde.

Eixo: monitoramento e avaliação

Ações:

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

A auxiliar de enfermagem irá realizar o monitoramento dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Eixo: organização e gestão do serviço

Ações:

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar a ficha de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de

risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Eixo: engajamento público

Ações:

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

Durante as visitas domiciliares os ACS irão realizar orientações aos usuários sobre os direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Eixo: qualificação da prática clínica

Ações:

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

Durante as reuniões de capacitação da equipe, será ressaltada a importância do preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos.

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

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

Eixo: monitoramento e avaliação

Ações:

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

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

Com o objetivo de mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular, deve-se realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Será implantada uma ficha de estratificação de risco para melhor classificação dos usuários.

Para isso, deve-se monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, sempre priorizando o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizando a agenda para o atendimento desta demanda.

A equipe será capacitada semanalmente para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, para ressaltar a importância do registro desta avaliação. E para esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis serão realizadas mensalmente.

Eixo: organização e gestão do serviço

Ações:

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

Será organizada uma agenda para o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco, de forma que haja pelo menos um atendimento mensal a esses usuários.

Eixo: engajamento público

Ações:

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

Durante as consultas os usuários serão orientados quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e esclarecidos quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

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, 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.

Durante as reuniões semanais de capacitação, a equipe será orientada sobre estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés; a importância do registro desta avaliação. Serão discutidas com toda a equipe, estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

Eixo: monitoramento e avaliação

Ações:

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos/diabéticos.

Com o objetivo de promover a saúde de hipertensos e diabéticos, deve-se garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos, além de garantir orientação em relação à prática regular de atividade física e tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Para isso, deve-se monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos, além de organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável, bem como demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Todas as capacitações da equipe serão realizadas semanalmente nos turnos da tarde, com todos os integrantes da equipe para todos possam colaborar com suas ideias e as atividades sejam delegadas conforme necessidade da equipe.

Durante as consultas os usuários serão orientados quanto aos aspectos nutricionais de sua rotina, levando em consideração as condições socioeconômicas da população, encaminhando-se para a nutricionista em casos de maior complexidade.

Eixo: organização e gestão do serviço

Ações:

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

Justamente, com a equipe de nutrição do NASF, serão realizadas práticas coletivas sobre alimentação saudável bimestralmente.

Eixo: engajamento público

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

Durante as consultas médicas os usuários e familiares serão orientados sobre a importância da alimentação saudável.

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.

Durante as reuniões de capacitação da equipe, serão realizadas orientações sobre práticas de alimentação saudável e metodologias de educação em saúde.

6.2. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos/diabéticos.

Eixo: monitoramento e avaliação

Ações:

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

Mensalmente serão verificados nos prontuários se foram realizadas as devidas orientações sobre atividade física regular aos diabéticos.

Eixo: organização e gestão do serviço

Ações:

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

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

Eixo: engajamento público

Ações:

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

Eixo: qualificação da prática clínica

Ações:

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

Durante as reuniões de capacitação da equipe da unidade, serão discutidos aspectos da • promoção da prática de atividade física regular e metodologias de educação em saúde.

6.3. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos/diabéticos.

Eixo: monitoramento e avaliação

Ações:

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

Mensalmente serão verificados nos prontuários se foram realizadas as devidas orientações sobre atividade física regular aos diabéticos.

Eixo: organização e gestão do serviço

Ações:

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

Será solicitado pela enfermeira da equipe para o gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Eixo: engajamento público

Ações:

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

Durante as consultas médicas os hipertensos tabagistas serão orientados sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Eixo: qualificação da prática clínica

Ações:

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

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

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

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

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

Eixo: monitoramento e avaliação

Ações:

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.

Mensalmente serão verificados nos prontuários se foram realizadas as devidas orientações sobre atividade física regular aos diabéticos.

Eixo: organização e gestão do serviço

Ações:

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

A marcação de consultas já levará em consideração o tempo médio de consultas a fim de garantir orientações em nível individual.

Eixo: engajamento público

Ações:

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

Durante as consultas médicas os usuários e familiares serão orientados sobre a importância da higiene bucal.

Eixo: qualificação da prática clínica

Ações:

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Durante as reuniões de capacitação da equipe, serão realizadas orientações sobre higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1: Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

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

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

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

Meta 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.

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.3: 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 2.4 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia

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

Meta 2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Farmácia da UBS para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Farmácia da UBS para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

Indicador 2.8: 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 de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

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

Indicador 3.1:

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 às consultas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador 4.1: Proporções 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 do 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 hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1 Realizar estratificação de 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 de 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. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Meta 6.3 Garantir orientação em relação 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 usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão Arterial Sistêmica vamos adotar o Manual Técnico de Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica do Ministério da saúde, 2013 e o de Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, 2013.

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos

Eixo: monitoramento e avaliação

Para realizar o monitoramento dos usuários com diagnósticos de hipertensão e Diabetes serão utilizadas as fichas do SIAB e E-SUS, e os dados serão monitorados semanalmente pelo Técnico de Enfermagem.

Eixo: organização e gestão do serviço

Para a organização das ações, de posse dos registros dos números de hipertensos/diabéticos cadastrados, serão realizados mensalmente os pedidos à farmácia da Secretaria de Saúde, para garantir o material que precisamos conforme a quantidades de usuários da área. O pedido será realizado pela Enfermeira da ESF, que também providenciará os registros necessários.

Eixo: engajamento público

Serão realizadas atividades educativas na comunidade, quinzenalmente, no auditório da UBS, já reservado para essa finalidade. Serão 8 reuniões, com uma hora de duração cada, as quintas-feiras pela manhã. Serão utilizados um notebook e um projetor multimídia (Data show já presente na unidade).

Eixo: qualificação da prática clínica

Serão realizadas 2 sessões quinzenais de capacitação, nas primeiras quatro semanas do projeto, no auditório da UBS, já reservado para essa finalidade. Serão 8 reuniões, com duas horas de duração cada, as quintas-feiras pela manhã. Serão utilizados um notebook e um projetor multimídia (Data show já presente na unidade).

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

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

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

Eixo: monitoramento e avaliação

Para realizar esta ação, faremos exame clínico em todos os usuários diabéticos e hipertensos, e revisaremos mensalmente os prontuários clínicos individuais e avaliaremos a realização dos exames. Para realizar o monitoramento dos usuários com diagnósticos de hipertensão e Diabetes serão utilizadas as fichas do SIAB e E-SUS, e os dados serão monitorados semanalmente pelo Técnico de Enfermagem.

Eixo: organização e gestão do serviço

A capacitação para atualização dos profissionais quanto aos procedimentos de exame clínico dos usuários será realizada quinzenalmente pela médica e enfermeira da equipe, no auditório da UBS, já reservado para essa finalidade. Serão 8 reuniões, com duas horas de duração cada, as quintas-feiras pela manhã. Serão utilizados um notebook e um projetor multimídia (Data show já presente na unidade).

Eixo: engajamento público

Realizar quinzenalmente palestras na comunidade, para fazer com que a mesma conheça os riscos das doenças, entenda a importância do acompanhamento de saúde e saiba quais são os serviços oferecidos pela UBS. Serão 8 reuniões, com uma hora de duração cada, as quintas-feiras pela manhã. Serão utilizados um notebook e um projetor multimídia (Data show já presente na unidade). Na unidade já possui as cadeiras necessárias(30) para cada ação e serão distribuídos lanches para a comunidade por contribuição da secretaria de saúde e dos funcionários da unidade.

Eixo: qualificação da prática clínica

Faremos a capacitação de toda a equipe avaliar todos os usuários quanto à necessidade de atendimento odontológico. Serão 8 reuniões, com duas horas de duração cada, as quintas-feiras pela manhã. Serão utilizados um notebook e um projetor multimídia (Data show já presente na unidade).

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

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

Eixo: monitoramento e avaliação

Para realizar esta ação, a médica e a auxiliar de enfermagem irão monitorar por meio do prontuário e planilha onde constam os nomes dos usuários, os exames solicitados e exames recebidos. Os dados serão monitorados semanalmente pelo Técnico de Enfermagem.

Eixo: organização e gestão do serviço

Por meio do monitoramento dos exames solicitados e recebidos conforme acima citado, sendo assim possível verificar junto aos usuários o que ocasionou o

déficit no retorno à consulta e se for verificado problemas na entrega dos exames, a equipe irá notificar a secretaria de saúde para que toma as devidas providências.

Eixo: engajamento público

Serão realizadas mensalmente palestras na comunidade, a fim de esclarecer sobre a necessidade de realização dos exames complementares, ressaltando a importância da periodicidade dos mesmos. As palestras terão uma hora de duração cada, as quintas-feiras pela manhã. Serão utilizados um notebook e um projetor multimídia (Data show já presente na unidade). Na unidade já possui as cadeiras necessárias (30) para cada ação e serão distribuídos lanches para a comunidade por contribuição da secretaria de saúde e dos funcionários da unidade.

Eixo: qualificação da prática clínica

Será realizada a capacitação de toda a equipe realizando a explanação do protocolo para solicitação de exames complementares.

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

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

Eixo: monitoramento e avaliação

A funcionária responsável pelos medicamentos da unidade (auxiliar de enfermagem) irá realizar o monitoramento dos medicamentos da unidade e informar sempre que houver necessidade, de modo que haja previsão e provisão de maneira eficaz.

Eixo: organização e gestão do serviço

A auxiliar de enfermagem será por realizar o monitoramento dos registros das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Eixo: engajamento público

Durante as palestras quinzenais que acontecerão na unidade, principalmente sobre as principais patologias em questão – HAS E DM – serão reforçados os direitos dos usuários aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. As palestras terão uma hora de duração cada, as quintas-feiras pela manhã. Serão utilizados um notebook e um projetor multimídia (Data show já presente na unidade). Na unidade já possui as cadeiras

necessárias(30) para cada ação e serão distribuídos lanches para a comunidade por contribuição da secretaria de saúde e dos funcionários da unidade.

Eixo: qualificação da prática clínica

Durante as reuniões de capacitação da equipe, serão ressaltadas as orientações quanto ao tratamento da hipertensão e sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 90% dos hipertensos.

2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 90% dos hipertensos.

Eixo: monitoramento e avaliação

Serão realizados encontros mensais com a equipe odontológica para verificar o monitoramento dos atendimentos realizados a hipertensos e diabéticos.

Eixo: organização e gestão do serviço

A equipe odontológica será responsável por avaliar a necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos/diabéticos e organizar a agenda de saúde bucal para a realização da consulta odontológica dos mesmos.

Eixo: engajamento público

Durante as palestras quinzenais que acontecerão na unidade aos usuários hipertensos/diabéticos, os usuários serão orientados quanto a importância de realizar avaliação da saúde bucal. Serão utilizados um notebook e um projetor multimídia (Data show já presente na unidade). Na unidade já possui as cadeiras necessárias(30) para cada ação e serão distribuídos lanches para a comunidade por contribuição da secretaria de saúde e dos funcionários da unidade.

Eixo: qualificação da prática clínica

Durante as reuniões de capacitação da equipe, serão ressaltadas as orientações quanto a avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos/diabéticos. Serão utilizados um notebook e um projetor multimídia (Data show já presente na unidade).

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

3.1. Buscar 90% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Eixo: monitoramento e avaliação

A médica e enfermeira da equipe irão realizar o monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) de hipertensos e diabéticos.

Eixo: organização e gestão do serviço

Será organizada por toda a equipe uma agenda de vistas domiciliares em busca dos hipertensos e diabéticos faltosos, baseado o registro de monitoramento dos faltosos.

Eixo: engajamento público

Durante as palestras mensais de orientação sobre os exames complementares, a comunidade será informada pela equipe sobre importância de realização das consultas e periodicidade preconizada para a realização de consultas. Além disso, a comunidade poderá sugerir durante as discussões novas formas de trabalho para as suas necessidades. Serão utilizados um notebook e um projetor multimídia (Data show já presente na unidade). Na unidade já possui as cadeiras necessárias(30) para cada ação e serão distribuídos lanches para a comunidade por contribuição da secretaria de saúde e dos funcionários da unidade.

Eixo: qualificação da prática clínica

A enfermeira da equipe irá realizar a capacitação da equipe de ACS para que os mesmos efetuem em as orientações de hipertensos e diabéticos quanto a realização de consultas e periodicidade. A capacitação será realizada no auditório da UBS, e serão utilizados um notebook e um projetor multimídia (Data show já presente na unidade).

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

4.1. Manter ficha de acompanhamento de 90% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na Unidade de saúde.

Eixo: monitoramento e avaliação

A auxiliar de enfermagem irá realizar o monitoramento dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Eixo: engajamento público

Ações:

Durante as visitas domiciliares os ACS irão realizar orientações aos usuários sobre os direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Eixo: qualificação da prática clínica

Durante as reuniões de capacitação da equipe, será ressaltada a importância do preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos.

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

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

Eixo: monitoramento e avaliação

A médica e enfermeira da equipe irão realizar o monitoramento do número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Eixo: organização e gestão do serviço

Será organizada uma agenda para o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco, de forma que haja pelo menos um atendimento mensal a esses usuários.

Eixo: engajamento público

Durante as consultas os usuários serão orientados quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e esclarecidos quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

Eixo: qualificação da prática clínica

Durante as reuniões semanais de capacitação, a equipe será orientada sobre estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés; a importância do registro desta avaliação. Serão discutidas com toda a equipe, estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. A capacitação será realizada no auditório da UBS, com a utilização de um notebook e um projetor multimídia (Data show já presente na unidade).

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

Eixo: monitoramento e avaliação

Durante as consultas os usuários serão orientados quanto aos aspectos nutricionais de sua rotina, levando em consideração as condições socioeconômicas da população, encaminhando-se para a nutricionista em casos de maior complexidade.

Eixo: organização e gestão do serviço

Juntamente, com a equipe de nutrição do NASF, serão realizadas práticas coletivas sobre alimentação saudável bimestralmente. Durante os encontros para realização das palestras, serão servidos lanches saudáveis sendo orientadas as propriedades dos alimentos.

Eixo: engajamento público

Durante as consultas médicas os usuários e familiares serão orientados sobre a importância da alimentação saudável.

Eixo: qualificação da prática clínica

Durante as reuniões de capacitação da equipe, serão realizadas orientações sobre práticas de alimentação saudável e metodologias de educação em saúde.

6.2. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos/diabéticos.

Eixo: monitoramento e avaliação

Mensalmente serão verificados nos prontuários se foram realizadas as devidas orientações sobre atividade física regular aos diabéticos.

Eixo: organização e gestão do serviço

Ações:

Será solicitado ao gestor, pela médica e enfermeira da equipe parcerias institucionais para envolver educadores físicos na atividade de orientação à atividade física regular e segura.

Eixo: engajamento público

Eixo: qualificação da prática clínica

Durante as reuniões de capacitação da equipe da unidade, serão discutidos aspectos da promoção da prática de atividade física regular e metodologias de

educação em saúde. A capacitação será realizada no auditório da UBS, e serão utilizados um notebook e um projetor multimídia (Data show já presente na unidade).

6.3. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos/diabéticos.

Eixo: monitoramento e avaliação

Mensalmente serão verificados nos prontuários se foram realizadas as devidas orientações sobre atividade física regular aos diabéticos.

Eixo: organização e gestão do serviço

Será solicitado pela enfermeira da equipe para o gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Eixo: engajamento público

Durante as consultas médicas os hipertensos tabagistas serão orientados sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

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

Eixo: monitoramento e avaliação

Mensalmente serão verificados nos prontuários se foram realizadas as devidas orientações sobre atividade física regular aos diabéticos.

Eixo: organização e gestão do serviço

A marcação de consultas já levará em consideração o tempo médio de consultas a fim de garantir orientações em nível individual. Deverão ser agendadas no máximo 20 Pessoas, levando em consideração a demanda espontânea.

Eixo: engajamento público

Durante as consultas médicas os usuários e familiares serão orientados sobre a importância da higiene bucal.

Eixo: qualificação da prática clínica

Durante as reuniões de capacitação da equipe, serão realizadas orientações sobre higiene bucal. A capacitação será realizada no auditório da UBS, e serão utilizados um notebook e um projetor multimídia (Data show já presente na unidade).

Síntese das atividades de capacitação dos profissionais da UBS para a intervenção

	Atividades para capacitação dos profissionais			
Profissional	Conteúdo	Responsável	Carga horária	Semana
ACS	<ul style="list-style-type: none"> • Cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde 	Médica da equipe	2 Horas	1
	<ul style="list-style-type: none"> • Periodicidade das consultas 	Médica da equipe	2 horas	1
Equipe: ACS e Técnicos de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Verificação da pressão arterial • Realização do hemoglicoteste 	Médica da equipe	2 Horas	2
	<ul style="list-style-type: none"> • Exame clínico e odontológico • Registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabéticos 	Médica da equipe	2 Horas	2
	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo para solicitação de exames complementares • Medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia 	Médica da equipe	2 Horas	3
	<ul style="list-style-type: none"> • Estratificação de risco • Estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis • 	Médica da equipe	2 Horas	3
	<ul style="list-style-type: none"> • Estratificação de risco • Estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis • Práticas de alimentação saudável e metodologias de educação em saúde 	Médica da equipe	2 Horas	4
	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção da prática de atividade física regular. • Tratamento de usuários tabagistas • Higiene bucal 	Médica da equipe	2 Horas	4

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

As ações foram desenvolvidas em apenas 12 semanas, devido a problemas pessoais que impossibilitaram a continuidade em tempo hábil para finalização do Curso de Especialização.

As atividades iniciais foram as capacitações realizadas aos funcionários da unidade. Essas atividades ocorreram no próprio auditório da unidade. Foi um momento de integração da equipe e apresentação do projeto de intervenção. Participaram dessas atividades primeiramente todos os funcionários da equipe de saúde juntos e posteriormente algumas atividades apenas para ACS e auxiliares de enfermagem.

No tocante ao engajamento público, partimos do pressuposto que a educação das pessoas se faz necessária para adquirir subsídios que dessem sustentação às intervenções necessárias, sendo que a educação é um dos principais facilitadores de saúde. Levar conhecimento à comunidade a qual vive uma realidade que mostra condições de vida subumanas, nos trouxe a percepção de que era uma quantidade mínima de pessoas na comunidade que possuíam acesso à educação.

Nesse contexto, antes de iniciar a intervenção, os pacientes procuravam a UBS com o objetivo apenas de tratar doenças, não sabendo que o objetivo principal da Estratégia consiste em promoção da saúde e prevenção de doenças.

Na realização das rodas de conversa, eram realizadas não somente a abordagem de conteúdos importantes para os usuários da intervenção, mas não somente relacionado, por exemplo, à alimentação saudável e saúde bucal, mas também temáticas sugeridas pelos próprios usuários como a sexualidade.

Ao longo da intervenção, foi perceptível a carência de conhecimento em relação aos temas que envolviam a saúde dos mesmos, e que a cada novo encontro

os resultados vinham vertiginosamente. Relatavam mudanças na alimentação, que haviam iniciado a atividade física e ainda convidados vizinhos e parentes. Outros relatos marcantes eram sobre a melhora na disposição após as mudanças e principalmente que os mesmos pediam incessantemente que aquelas reuniões e palestras não cessassem, pois se sentiram valorizados e estavam aprendendo a cuidar da própria saúde.

Algumas das atividades realizadas com o grupo tiveram a colaboração da equipe do NASF, a qual se mostrou bastante receptiva e acessível à temática do projeto e contribuíram bastante com a descontração advinda das atividades com educador físico, mas também das orientações da nutricionista com alternativas acessíveis para os mesmos.

Apesar de bastante resistência, algumas mudanças foram realizadas na questão gerencial da unidade, no tocante a reorganização dos dias preconizados para o grupo de atendimento em questão, mas ainda não atende às reais necessidades. Contudo, isso só possível devido à saída da funcionária responsável por conta de licença maternidade. Temo que ao retornar, as restrições voltem, mesmo que os dados de melhorias sejam mostrados. O cadastramento de hipertensos e diabéticos se deu de forma adequada, com a ajuda valiosa dos agentes comunitários de saúde. Durante a intervenção começamos a organizar melhor os dados sobre os atendimentos, a fim de manter atualizadas as fichas de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade.

A realização da estratificação do risco cardiovascular em hipertensos e diabéticos com maior rigor e continuidade foi o fato marcante para melhoria da qualidade desse atendimento, para que pudéssemos alcançar bons resultados no tratamento desses usuários, à medida que fomos atendendo de acordo com a real necessidade de cada um.

As orientações quanto à alimentação saudável, prática regular de atividade física; riscos do tabagismo e higiene bucal, antes realizadas de maneira pontual, com a intervenção passaram a ser realizadas regularmente, direcionadas a todos os usuários que compareciam às consultas.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

A busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde foi um desafio, pois como parte da equipe se recusava a colaborar de forma efetiva o trabalho ficou mais pesado no sentido de necessitar da ajuda para organizar a busca e dividir as tarefas.

Quanto à realização do atendimento odontológico, a equipe de saúde bucal poderia ter se integrado mais ao restante da equipe durante a intervenção, o que contribuiria para melhores resultados nas metas relacionadas com a área da saúde bucal. Quanto à realização dos exames complementares, como já comentado anteriormente, a maior dificuldade se referiu à demora na sua realização e no recebimento dos resultados, situação que já foi informada aos gestores.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

As dificuldades encontradas, relativas à coleta e sistematização dos dados, foram relacionadas ao equipamento necessário para isso durante a consulta: o computador. Demorou muito tempo, na verdade quase todo o período da intervenção, para que fosse consertado o computador da unidade - enquanto isso fiquei utilizando aparelho próprio. No início tive um pouco de dificuldade em entender o lançamento dos dados na planilha e como seria realizado o cálculo dos indicadores, mas consegui superar essas dificuldades com a devida orientação.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

O projeto de intervenção trouxe ganhos imediatos e notáveis por todos que compartilham do serviço. Dessa forma, as ações programáticas não poderiam estar sendo reduzidas e, portanto, o mesmo se tornou viável logo após a percepção dos resultados na comunidade.

Ressalto que ainda temos muitos aspectos a serem melhorados, no tocante à busca ativa e atendimento odontológico desses usuários. Mas creio que com o que aprendemos durante esse período iremos aprimorar cada vez mais cada uma dessas ações.

Como as ações programáticas envolvem todo o serviço de saúde, e não somente relacionadas ao grupo alvo da temática do projeto, pretendemos adequar para os demais alvos da estratégia.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da UBS das Pedrinhas. As ações da intervenção foram planejadas ao longo da Unidade 2 do Curso de Especialização em Saúde da Família da UNASUSA/UFPEL, com base nos “Cadernos da Atenção Básica – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica” de Diabetes Mellitus (caderno 36) e de Hipertensão Arterial Sistêmica (caderno 37), publicado pelo Ministério da Saúde em 2013. Apresentamos a seguir os resultados obtidos, de acordo com os objetivos e metas previamente estabelecidas.

Na área de abrangência da unidade tem 1994 habitantes, portanto de acordo com a estimativa do caderno de ações programáticas deveríamos ter 400 usuários hipertensos e 114 usuários diabéticos e de acordo com a estimativa da planilha de coleta de dados deveríamos ter 303 usuários hipertensos e 75 usuários diabéticos. Na análise dos resultados vamos utilizar a estimativa da planilha, por considerar mais próximo de nossa realidade.

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

Meta 1.1 – Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Os números e proporções obtidos nos três meses de intervenção relacionado à cobertura de hipertensos foram os seguintes considerando em nosso denominador 303 usuários com hipertensão arterial sistêmica. No primeiro mês 66 hipertensos foram cadastrados (21,8%), no segundo mês o número de hipertensos cadastrados foi de 110 (36,3%), e, no terceiro mês, esse número atingiu 135 cadastrados (44,6%). (Gráfico 1).

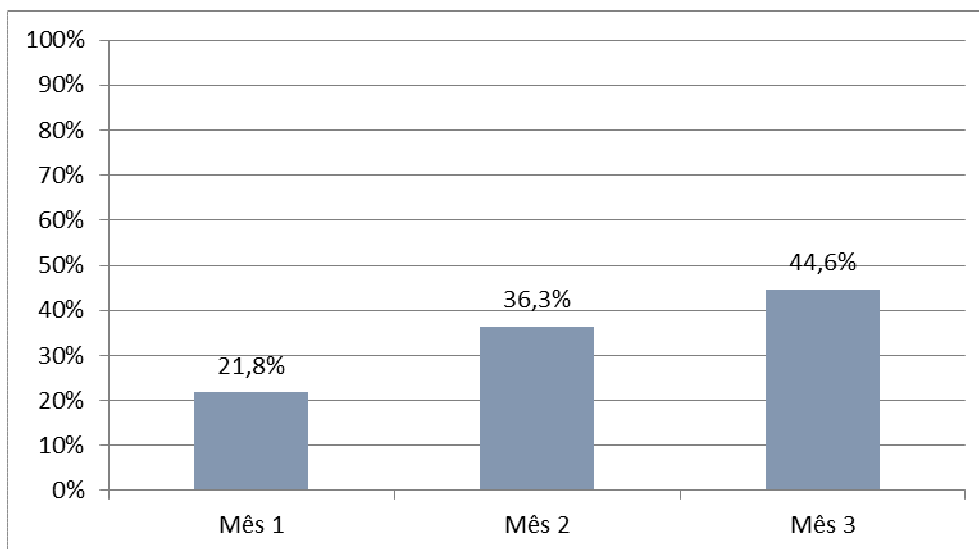


Figura 1 Gráfico Cobertura do programa de atenção aos hipertensos da Unidade Básica de Saúde das Pedrinhas – Barras/PI. Maio a julho de 2015.

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.

Utilizaremos aqui a estimativa de 75 usuários com diabetes mellitus. Os números e proporções obtidos nos três meses de intervenção relacionado à cobertura de diabéticos foram os seguintes: no primeiro mês 15 foram cadastrados (20%), no segundo mês o número foi para 20 cadastrados (26,7%), e, no terceiro mês subiu para 24 cadastrados (32%) (Gráfico 2).

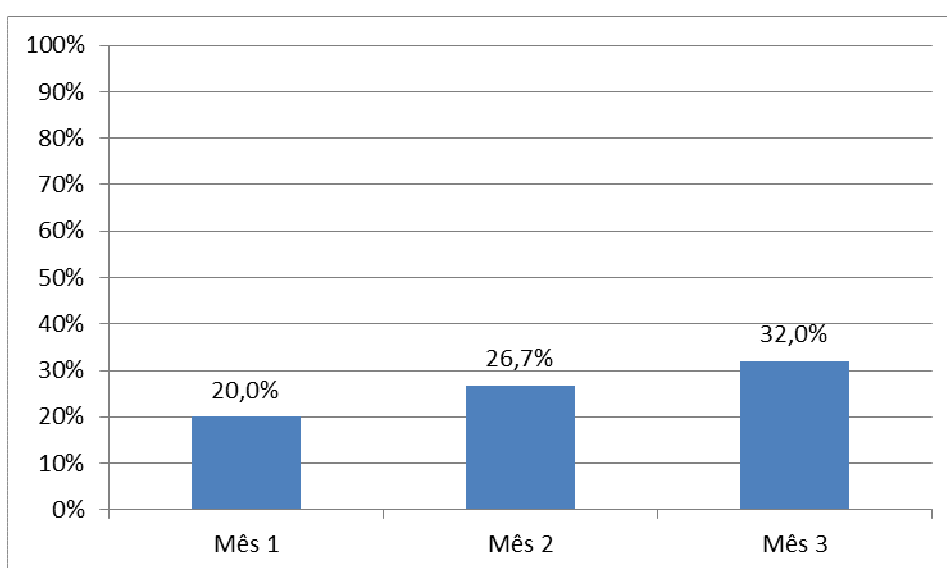


Figura 2 Gráfico Cobertura do programa de atenção aos diabéticos da Unidade de Saúde das Pedrinhas – Barras/PI. Maio a julho de 2015.

Neste caso, a meta não foi atingida, mesmo com todo o esforço dos ACS na busca desses usuários. Um dos motivos que justificam o não cumprimento dessa meta é que muitos usuários encaminhados pelos ACS com possíveis portadores de DM não retornaram com os exames solicitados, o que não permitiu a confirmação da condição de portadores de DM durante a intervenção.

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

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

Os números e proporções de hipertensos com exame clínico adequado obtidos nos três meses de intervenção foram os seguintes: no primeiro mês foi realizado exame em 51 dos 66 cadastrados (77,3%), no segundo mês em 85 dos 110 cadastrados (77,3%), e, no terceiro mês em 111 dos 135 usuários hipertensos cadastrados (82,2%) (Gráfico 3).

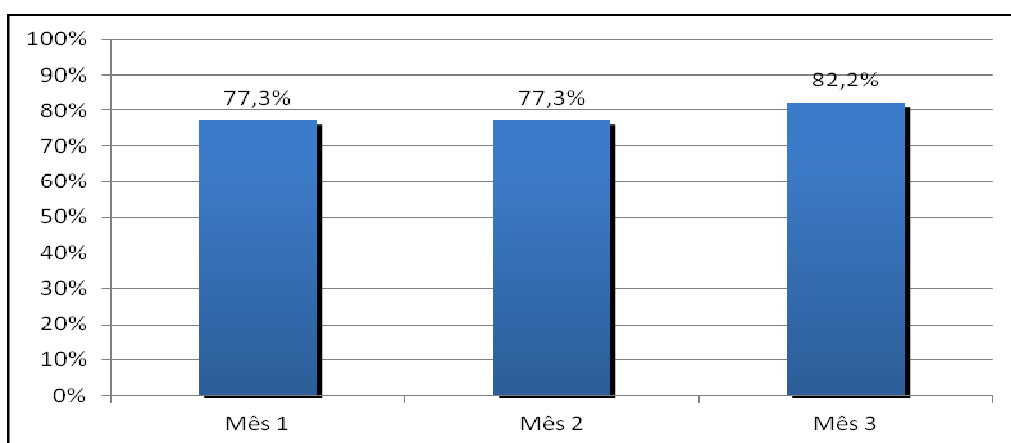


Figura 3 Gráfico Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo, na Unidade de Saúde das Pedrinhas – Barras/PI. Maio a julho de 2015.

Não foi possível realizar o exame clínico apropriado a todos os cadastrados em função de faltas às consultas agendadas e ao pequeno período da intervenção.

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

Os números e proporções de diabéticos com exame clínico adequado obtidos nos três meses de intervenção foram os seguintes: no primeiro mês foi realizado exame em 14 dos 15 cadastrados (93,3%), no segundo mês em 19 dos 20 cadastrados (95%), e, no terceiro mês em 23 dos 24 cadastrados (95,8%) (Gráfico 4).

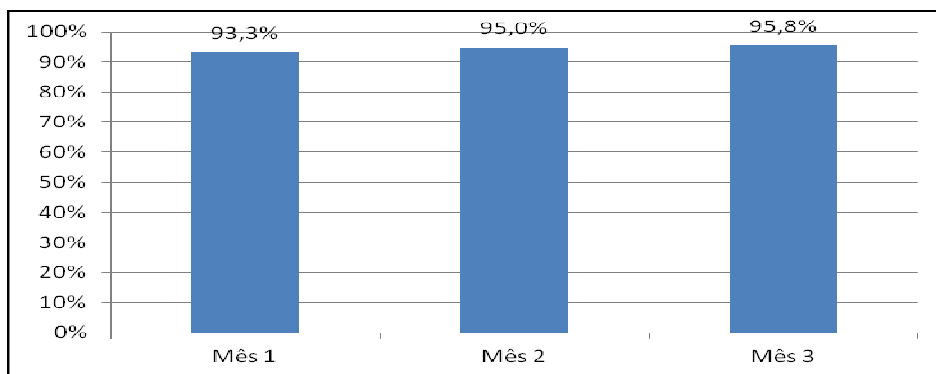


Figura 4 Gráfico Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo, na unidade de saúde das Pedrinhas – Barras/PI. Maio a julho de 2015.

Não foi possível realizar o exame clínico apropriado a todos os cadastrados em função de faltas às consultas agendadas e ao pequeno período da intervenção.

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

Os números e proporções de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo obtidos nos três meses de intervenção foram os seguintes: no primeiro mês os exames foram realizados em 57 dos 66 cadastrados (86,4%), no segundo mês em 85 dos 110 cadastrados (77,3%), e, no terceiro mês em 107 dos 135 cadastrados (79,3%) (Gráfico 5).

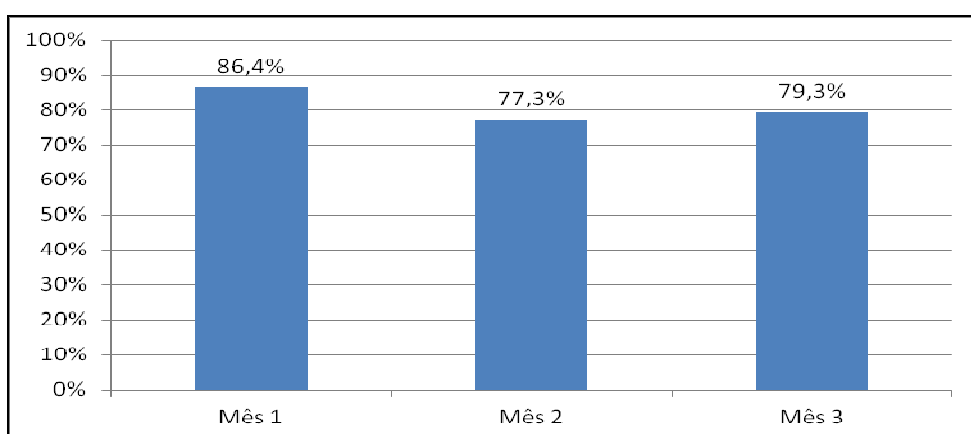


Figura 5 Gráfico Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, na unidade de saúde das Pedrinhas – Barras/PI. Maio a julho de 2015.

A meta não foi atingida, pois muitos usuários não tinham exames e então realizamos a solicitação, porém não ficaram prontos antes de finalizar a intervenção. Considerando que a marcação do exame demora e o retorno do resultado também é demorado. Ressaltamos que alguns usuários já possuíam exames recentes e não foi necessário realizar todos novamente.

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

Os números e proporções de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo obtidos nos três meses de intervenção foram os seguintes: no primeiro mês foi realizado em 14 dos 15 cadastrados (93,3%), no segundo mês em 19 dos 20 cadastrados (95%), e, no terceiro mês em 22 dos 24 cadastrados (91,7%) (Gráfico 6).

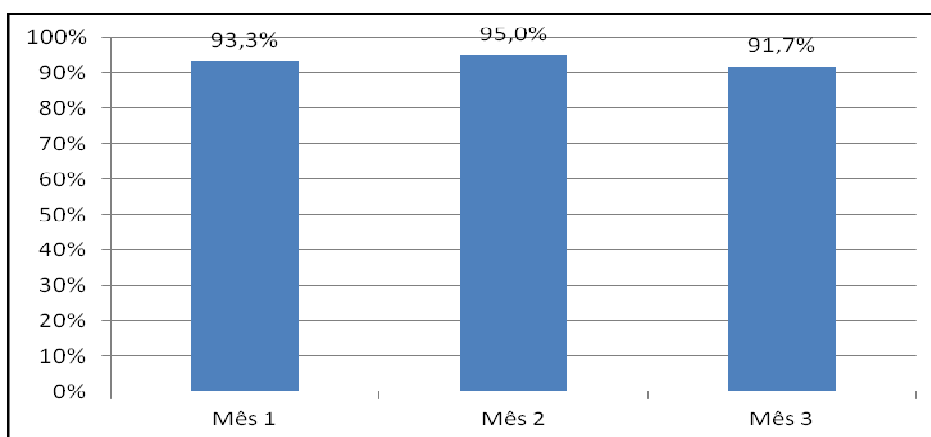


Figura 6 Gráfico Proporção de diabéticos com exames complementares em dia na UBS das Pedrinhas – Barras/PI. Maio a julho de 2015.

A meta não foi atingida, pois apenas um usuário diabético não retornou com o resultado dos exames, desta maneira ficamos com o registro incompleto.

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

Os números e proporções obtidos nos três meses de intervenção de hipertensos com medicamentos prescritos da farmácia popular foram os seguintes: no primeiro mês foram 57 dos 63 cadastrados (90,5%), no segundo mês 97 dos 103 cadastrados (94,2%), e, no terceiro mês 126 dos 128 cadastrados (98,4%) (Gráfico

7).Creio que são os casos em que recomendamos apenas MEV. Mudança no Estilo de Vida – início da atividade física e mudanças na alimentação.

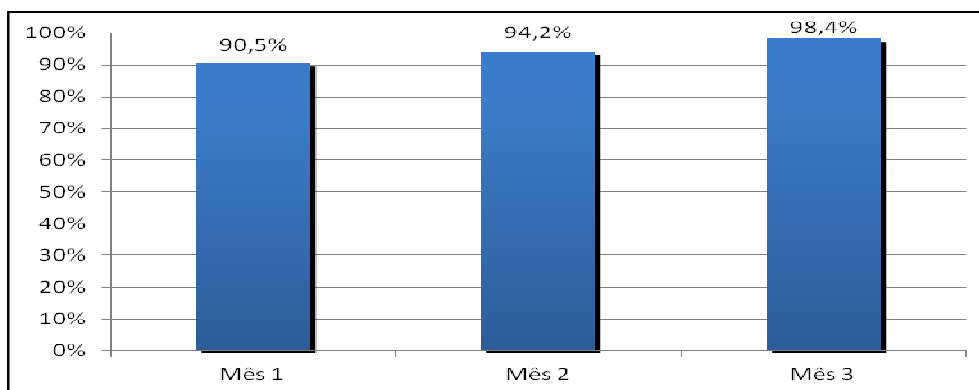


Figura 7 Gráfico Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, na unidade de saúde das Pedrinhas – Barras / PI. Maio a julho de 2015.

A meta não foi plenamente atingida porque nem todos os pacientes era recomendado o uso da medicação, de acordo com a estratificação do risco. A alguns pacientes foi recomendado Mudança no Estilo de Vida – início da atividade física e mudanças na alimentação, e monitoramento da pressão arterial.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Farmácia da UBS para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Os números e proporções obtidos nos três meses de intervenção de diabéticos/ com medicamentos prescritos da farmácia popular foram os seguintes: no primeiro mês dos 13 dos 15 cadastrados (86,7%), no segundo mês dos 17 dos 20 cadastrados (85%), e, no terceiro mês dos 23 dos 24 cadastrados (95,8%) (Gráfico 8).

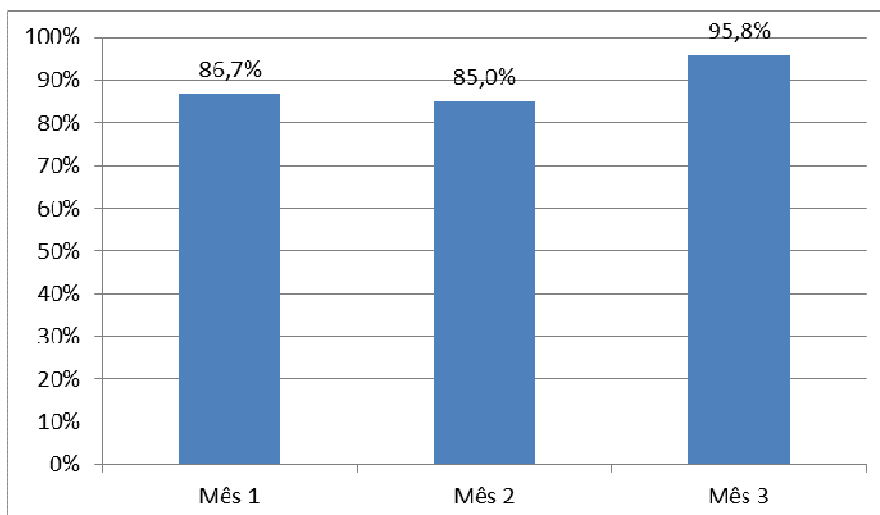


Figura 8 Gráfico Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, na unidade de saúde das Pedrinhas – Barras/PI. Maio a julho de 2015.

A meta não foi plenamente atingida porque nem todos os pacientes era recomendado o uso da medicação, de acordo com a estratificação do risco. A alguns pacientes foi recomendado Mudança no Estilo de Vida – início da atividade física e mudanças na alimentação, e monitoramento da glicemia.

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

Os números e proporções obtidos nos três meses de intervenção de hipertensos com necessidade de atendimento odontológico foram os seguintes: no primeiro mês dos 62 dos 66 cadastrados (93%), no segundo mês dos 104 dos 110 cadastrados (94,5%), e, no terceiro mês dos 121 dos 135 cadastrados (89,6%) (Gráfico 9).

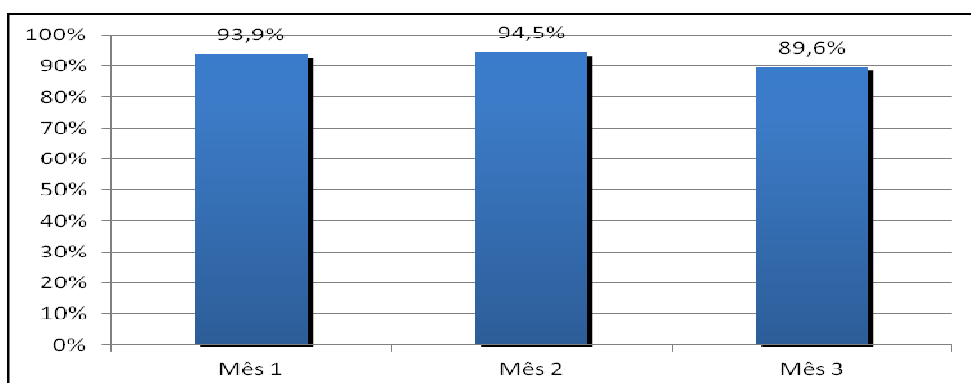


Figura 9 Gráfico Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, na unidade de saúde das Pedrinhas – Barras/PI. Maio a julho de 2015.

Há que se ressaltar que a avaliação da necessidade de atendimento ocorreu em todos os atendimentos, mas nem todos os hipertensos foram atendidos, pois houve alguns momentos em que o atendimento odontológico foi suspenso pela dentista responsável e remarcados para data posterior, não alcançando o período da intervenção.

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

Os números e proporções obtidos nos três meses de intervenção de diabéticos com necessidade de atendimento odontológico foram os seguintes: no primeiro mês foi realizada avaliação em 12 dos 15 cadastrados (80%), no segundo mês 19 dos 20 cadastrados (95%), e, no terceiro mês 24 dos 24 cadastrados (100%) (Gráfico 10).

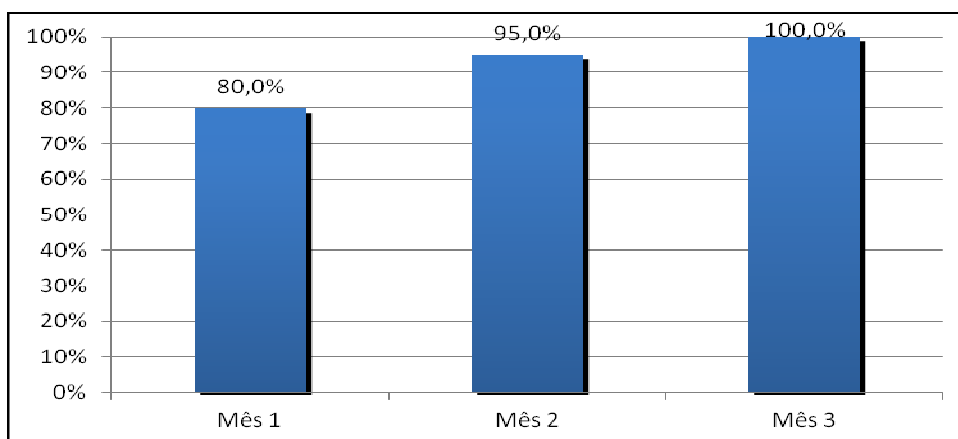


Figura 10 Gráfico Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, na unidade de saúde das Pedrinhas – Barras/PI. Maio a julho de 2015.

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

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

Os números e proporções obtidos nos três meses de intervenção na busca dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada, foram os seguintes: no primeiro mês 17 foram buscados dos 26 cadastrados faltosos (65,4%), no segundo mês 43 buscas para 55 cadastrados

faltosos (78,2%), e no terceiro mês 54 para 62 cadastrados faltosos (87,1%) (Gráfico 11).

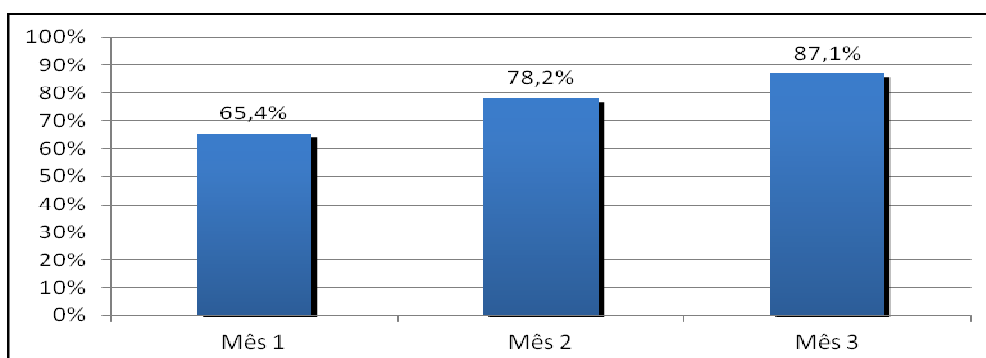


Figura 11 Gráfico Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa, na unidade de saúde das Pedrinhas – Barras/PI. Maio a julho de 2015.

A meta de buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas não foi atendida, pois durante os dias disponibilizados para as visitas tanto de ACS como da equipe, nem sempre era possível encontrar os usuários em casa, visto que muitos trabalham dois turnos. Essa foi também a razão de muitos deles não conseguirem comparecer às consultas na UBS.

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

Os números e proporções obtidos nos três meses de intervenção na busca dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada foram os seguintes: no primeiro mês dos 6 dos 8 cadastrados (75%), no segundo mês 10 dos 11 cadastrados (90,9%), e, no terceiro mês, 10 dos 11 cadastrados (90,9%) (Gráfico 12).

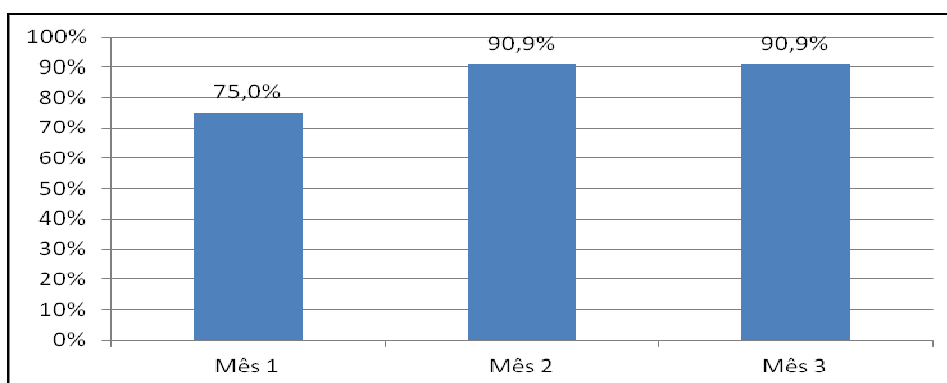


Figura 12 Gráfico Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa, na unidade de saúde das Pedrinhas – Barras/PI. Maio a julho de 2015.

A meta de buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas não foi atendida, pois durante os dias disponibilizados para as visitas tanto de ACS como da equipe, nem sempre era possível encontrar os usuários em casa, visto que muitos trabalham dois turnos. Essa foi também a razão de muitos deles não conseguirem comparecer às consultas na UBS.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações:

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

Os números e proporções obtidos nos três meses de intervenção nos registros da ficha de acompanhamento dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde foram os seguintes: no primeiro mês 58 dos 66 cadastrados (87,9%), no segundo mês 97 dos 110 cadastrados (88,2%), e, no terceiro mês 128 dos 135 cadastrados (94,8%) (Gráfico 13).

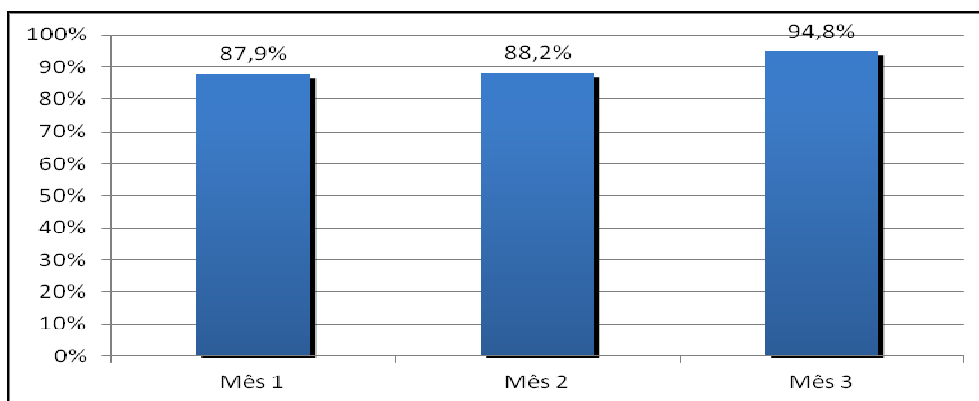


Figura 13 Gráfico Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento, na unidade de saúde das Pedrinhas – Barras/PI. Maio a julho de 2015.

Percebi algumas falhas no manuseio das fichas de acompanhamento, fato que atrapalha a consulta, pois muitas vezes ao solicitar as fichas de acompanhamento a funcionária refere algum problema (perda, por exemplo) e é realizada uma nova ficha. Entretanto, os dados do acompanhamento, nesses casos, ficaram perdidos. Durante o tempo da intervenção, adotamos novas formas de organização e gerenciamento das mesmas, contudo durante a intervenção o problema não foi sanado completamente.

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

Os números e proporções obtidos nos três meses de intervenção nos registros da ficha de acompanhamento dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde foram os seguintes: no primeiro mês 13 dos 15 cadastrados (86,7%), no segundo mês 18 dos 20 cadastrados (90%), e, no terceiro mês 24 dos 24 cadastrados (100%) (Gráfico 14).

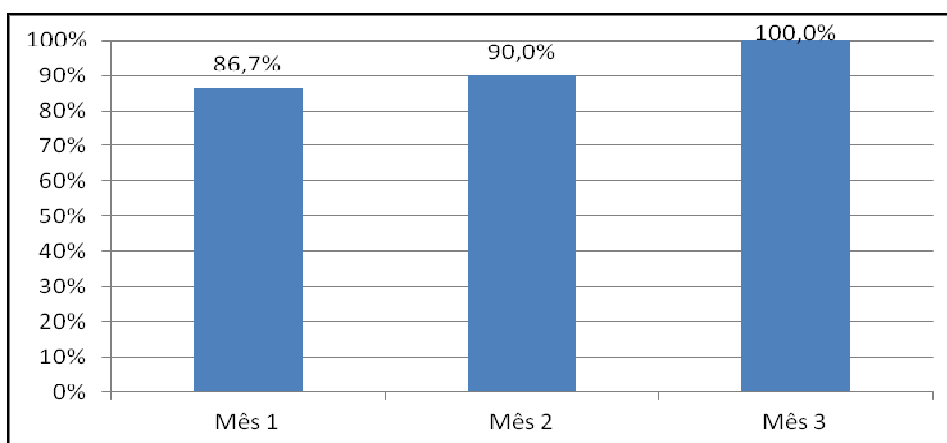


Figura 14 Gráfico Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, na unidade de saúde das Pedrinhas – Barras/PI. Maio a julho de 2015.

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

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

Os números e proporções obtidos nos três meses de intervenção na realização de estratificação do risco cardiovascular dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde foram os seguintes: no primeiro mês foram realizadas 46 estratificações dentre os 66 hipertensos cadastrados (69,7%), no segundo mês 77 dos 110 cadastrados (70%), e, no terceiro mês 111 dos 135 cadastrados (82,2%) (Gráfico 15).

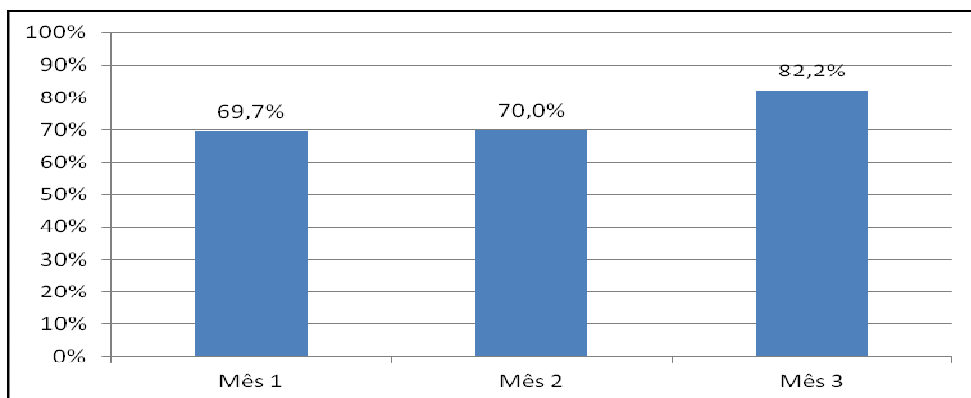


Figura 15 Gráfico Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular, na unidade de saúde das Pedrinhas – Barras/PI. Maio a julho de 2015.

A realização de 100% das estratificações de risco não foi possível de ser alcançada pelo fato de que por inúmeras vezes o tempo de atendimento ser reduzido devido à grande demanda espontânea da unidade.

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

Os números e proporções obtidos nos três meses de intervenção na realização de estratificação do risco cardiovascular dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde foram os seguintes: no primeiro mês haviam 9 dos 15 cadastrados (60%), no segundo mês foram 15 dos 20 cadastrados (75%), e, no terceiro mês foram 23 dos 24 cadastrados (95,8%) (Gráfico 16).

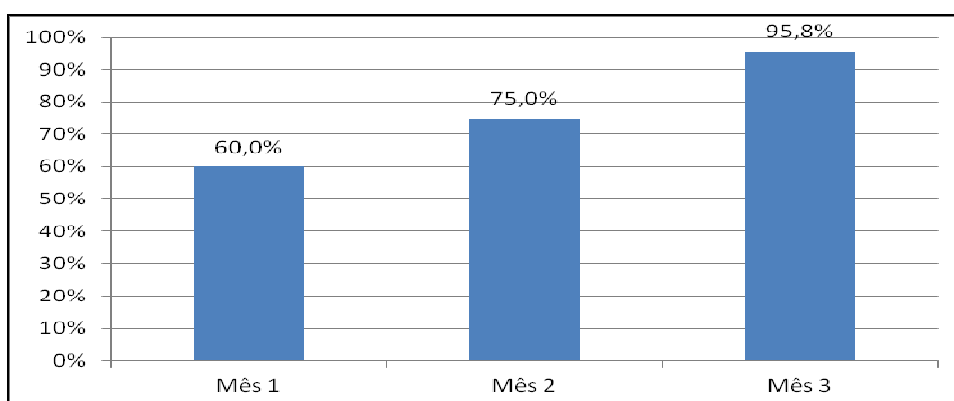


Figura 16 Gráfico Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular, na unidade de saúde das Pedrinhas – Barras/PI. Maio a julho de 2015.

A realização de 100% das estratificações de risco não foi possível ser alcançada pelo fato de que por inúmeras vezes o tempo de atendimento ser reduzido devido à grande demanda espontânea da unidade.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos:

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

Os números e proporções obtidos nos três meses de intervenção sobre a orientação nutricional sobre alimentação saudável aos hipertensos foram os seguintes: no primeiro mês 61 dos 66 cadastrados (92,4%), no segundo mês 101 dos 110 cadastrados (91,8%), e, no terceiro mês 125 dos 135 cadastrados (92,6%) (Gráfico 17).

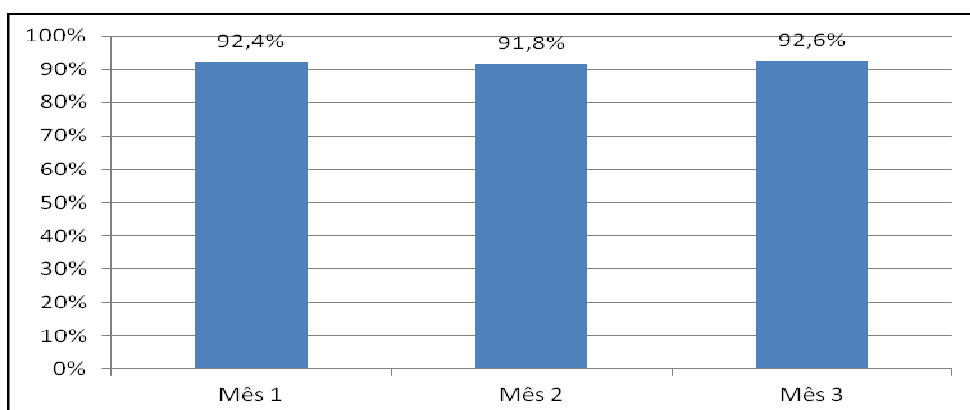


Figura 17 Gráfico Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, na unidade de saúde das Pedrinhas – Barras / PI. Maio a julho de 2015.

A orientação em relação à orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos não foi atingida por nem todos terem retornado às consultas, pois antes da intervenção não fazíamos isso a todos os usuários, mas somente àqueles que aceitavam e se diziam capazes de realizar. A orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos decorre de nem todos terem retornado às consultas, pois antes da intervenção não fazíamos isso a todos os usuários, mas somente àqueles que aceitavam e se diziam capazes de realizar. Mas, com o aprendizado da intervenção, passamos a realizar essas orientações para todos os usuários que compareciam às consultas.

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

Os números e proporções obtidos nos três meses de intervenção sobre a orientação nutricional sobre alimentação saudável aos diabéticos foram os seguintes: no primeiro mês foram 11 dos 15 cadastrados (73,3%), no segundo mês 18 dos 20 cadastrados (90%), e, no terceiro mês atingiu-se 23 dos 24 cadastrados (95,8%) (Gráfico 18).

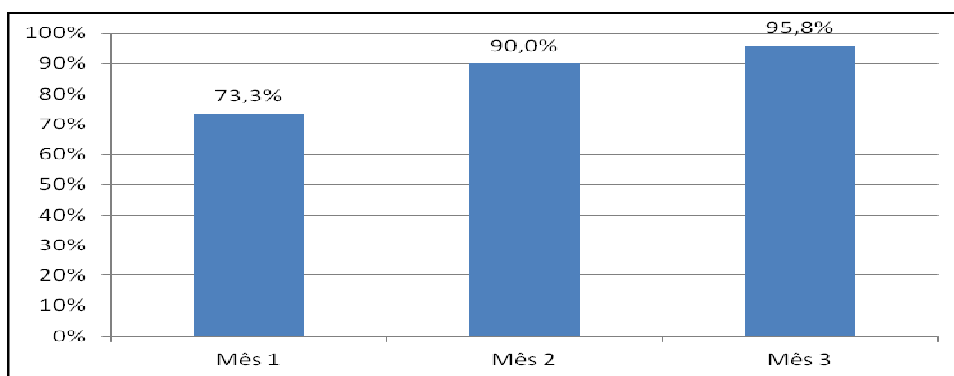


Figura 18 Gráfico Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, na unidade de saúde das Pedrinhas – Barras/PI. Maio a julho de 2015.

A orientação em relação à orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos não foi atingida por nem todos terem retornado às consultas, pois antes da intervenção não fazíamos isso a todos os usuários, mas somente àqueles que aceitavam e se diziam capazes de realizar. A orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos decorre de nem todos terem retornado às consultas, pois antes da intervenção não fazíamos isso a todos os usuários, mas somente àqueles que aceitavam e se diziam capazes de realizar. Mas, com o aprendizado da intervenção, passamos a realizar essas orientações para todos os usuários que compareciam às consultas.

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

Os números e proporções obtidos nos três meses de intervenção sobre a orientação em relação à prática regular de atividade física aos usuários hipertensos foram os seguintes: no primeiro mês 60 dos 66 cadastrados (90,9%), no segundo

mês 100 dos 110 cadastrados (90,9%), e, no terceiro mês 125 dos 135 cadastrados (92,6%) (Gráfico 19).

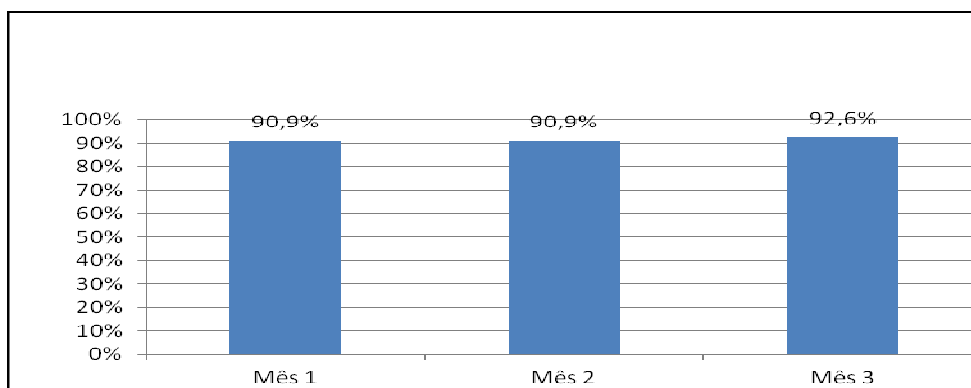


Figura 19 Gráfico Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física, na unidade de saúde das Pedrinhas/Barras/PI. Maio a julho de 2015.

A orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos decorre de nem todos terem retornado às consultas, pois antes da intervenção não fazíamos isso a todos os usuários, mas somente àqueles que aceitavam e se diziam capazes de realizar. Mas, com o aprendizado da intervenção, passamos a realizar essas orientações para todos os usuários que compareciam às consultas.

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

Os números e proporções obtidos nos três meses de intervenção sobre a orientação em relação à prática regular de atividade física aos usuários diabéticos foram os seguintes: no primeiro mês 11 dos 15 cadastrados (73,3%), no segundo mês 18 dos 20 cadastrados (90%), e, no terceiro mês 23 dos 24 cadastrados (95,8%) (Gráfico 20).

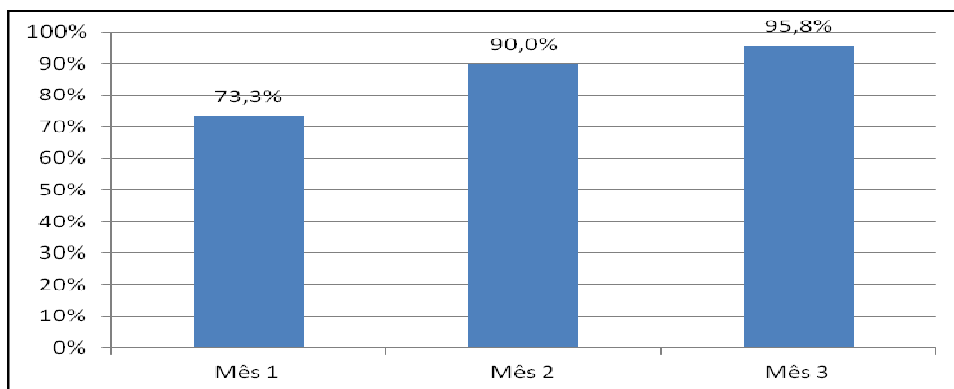


Figura 20 Gráfico Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física, na unidade de saúde das Pedrinhas – Barras/PI. Maio a julho de 2015.

A orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos decorre de nem todos terem retornado às consultas, pois antes da intervenção não fazíamos isso a todos os usuários, mas somente àqueles que aceitavam e se diziam capazes de realizar. Mas com o aprendizado da intervenção passamos a realizar a todos os usuários que compareciam às consultas.

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

Os números e proporções obtidos nos três meses de intervenção sobre as orientações acerca dos riscos do tabagismo aos usuários hipertensos foram os seguintes: no primeiro mês 54 dos 66 cadastrados (81,8%), no segundo mês 94 dos 110 cadastrados (85,5%), e, no terceiro mês 122 dos 135 cadastrados (90,4%) (Gráfico 21).

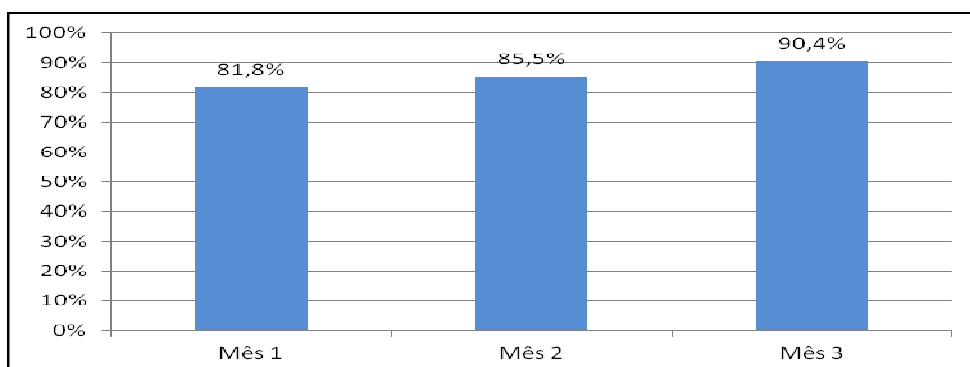


Figura 21 Gráfico Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo, na unidade de saúde das Pedrinhas – Barras/PI. Maio a julho de 2015.

A orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos, só não foi possível porque nem todos os usuários retornaram às consultas até o terceiro mês de intervenção.

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

Os números e proporções obtidos nos três meses de intervenção sobre as orientações acerca dos riscos do tabagismo aos usuários diabéticos foram os seguintes: no primeiro mês 11 dos 15 cadastrados (73,3%), no segundo mês 18 dos 20 cadastrados (90%), e, no terceiro mês 23 dos 24 cadastrados (95,8%) (Gráfico 22).

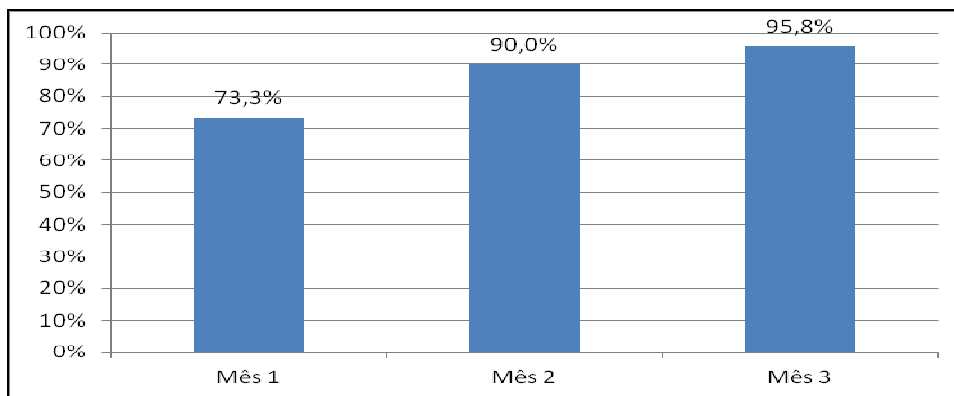


Figura 22 Gráfico Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo, na unidade de saúde das Pedrinhas – Barras/PI. Maio a julho de 2015.

A orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos, não foi possível porque algumas vezes não conseguimos realiza-la no tempo de duração da consulta.

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

Os números e proporções obtidos nos três meses de intervenção sobre as orientações acerca da higiene bucal aos usuários hipertensos foram os seguintes: no primeiro mês 60 dos 66 cadastrados (90,9%), no segundo mês dos 101 dos 110 cadastrados (91,8%), e, no terceiro mês dos 127 dos 135 cadastrados (94,1%) (Gráfico 23).

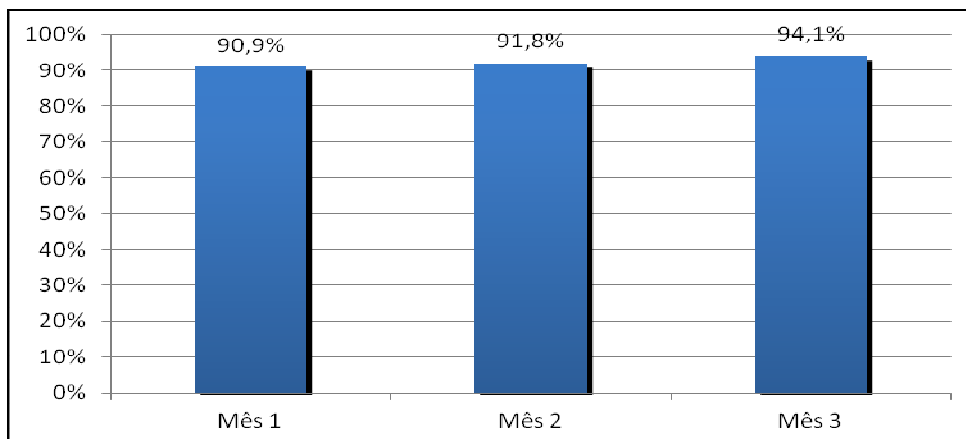


Figura 23 Gráfico Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal, na unidade de saúde das Pedrinhas – Barras/PI. Maio a julho de 2015.

A orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos foi destinada a ser realizada durante o atendimento odontológico e nem sempre isso ocorreu como foi relatado nas consultas, e mesmo sendo realizado posteriormente, consta na planilha os dados coletados inicialmente.

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

Os números e proporções obtidos nos três meses de intervenção sobre as orientações acerca da higiene bucal aos usuários diabéticos foram os seguintes: no primeiro mês 11 dos 15 cadastrados (73,3%), no segundo mês 18 dos 20 cadastrados (90%), e, no terceiro mês 24 dos 24 cadastrados (100%) (Gráfico 24).

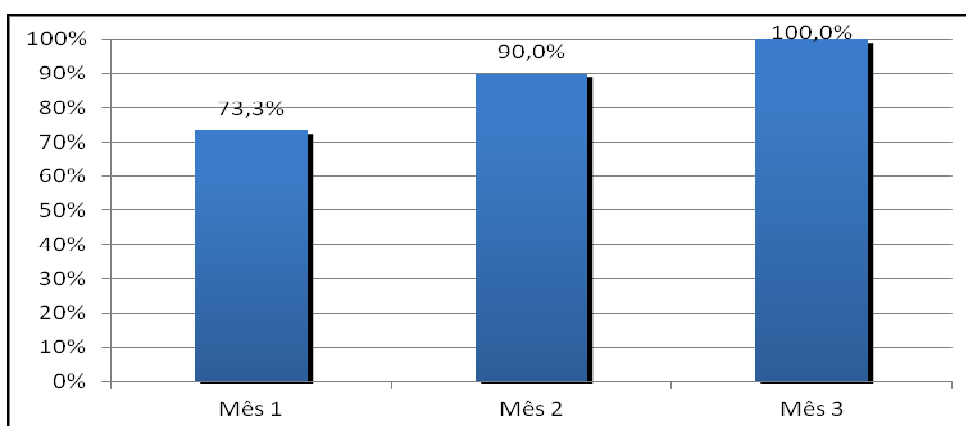


Figura 24 Gráfico Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal, na unidade de saúde das Pedrinhas – Barras/PI. Maio a julho de 2015.

4.2 Discussão

Resumo do que alcançou com a intervenção

Os resultados da intervenção foram muito positivos. Na UBS das Pedrinhas, existe hoje uma preocupação com o cadastramento de novos usuários Hipertensos e Diabéticos, com a organização dos registros nos prontuários, com a busca ativa aos usuários com HAS e DM que faltam às consultas marcadas para seu acompanhamento faltosos. É neste contexto que fazemos hoje o acompanhamento deste grupo alvo, de acordo com a situação de cada usuário avaliada através da estratificação de risco. Instituímos o agendamento de consultas aos usuários desses grupos, e organizamos o acolhimento à demanda espontânea. Uma vez por semana, no início da manhã, antes do início dos atendimentos, realizamos palestras educativas com temas variados de acordo com a necessidade ou com o interesse dos usuários.

A equipe reconhece à importância da intervenção no serviço, pois com ela o acesso dos portadores de HAS e DM à Unidade melhorou significativamente, com o agendamento de consultas, assim como melhorou a qualidade do acompanhamento oferecido aos portadores de HAS e DM, com a estratificação de risco e os cuidados diferenciados para cada situação, assim como com a oferta de atividades educativas.

Para o serviço, os maiores ganhos foram os relacionados com a agilização das atividades da unidade. Mesmo com a realização de novas ações, não se formam longas filas para marcação de consultas, por exemplo. Também houveram ganhos com a melhoria da qualidade dos registros feitos nos prontuários, com o cadastramento dos portadores de HAS e DM, com a melhoria do acolhimento, com a participação da equipe na recepção aos usuários na UBS.

O desenvolvimento do projeto teve grande repercussão na comunidade, pela conscientização quanto ao direito a cuidados qualificados não só aos usuários com HAS e DM, a toda a família. Através da busca ativa aos faltosos, tivemos a oportunidade de conhecer as famílias de muitos usuários, assim como de informa sobre as características do projeto de Intervenção e sobre sua importância para àquela comunidade. A realização das palestras educativas também foi um aspecto importante da intervenção para a comunidade, pois propiciou muita interação e troca de conhecimentos entre a equipe e a comunidade.

Tentaria novas formas de causar um bom entrosamento da equipe e maior aceitabilidade por parte de todos, para obter maior colaboração. Isto, porque um dos maiores problemas enfrentados foi a dificuldade de adesão dos membros, por acharem que devem seguir apenas aquilo que os governantes mandam e que não existe nada a melhorar em bairro pacato de uma cidade pequena do interior de Estado pobre.

O projeto de intervenção trouxe ganhos imediatos e notáveis por todos que compartilham do serviço. Dessa forma, as ações programáticas não poderiam estar sendo reduzidas e, portanto, o mesmo se tornou viável logo após a percepção dos resultados na comunidade. Como as ações programáticas envolvem todo o serviço de saúde, e não somente relacionadas ao grupo alvo da temática do projeto, pretendemos adequar para os demais alvos da estratégia.

Inicialmente pretendemos resolver aquilo não conseguimos alcançar com a intervenção, como a referência das consultas especializadas, (referência e contra referência), a celeridade dos encaminhamentos que ocasionam demoras no atendimento e resolução muitas vezes de casos simples, mas que acabam interferindo diretamente na saúde daquela população.

Pretendemos ainda, usar o projeto como modelo e atingir os demais alvos da estratégia, como no atendimento à criança e à gestante. Outro ponto importante está relacionado a melhorias na educação continuada voltada não só aos profissionais de nível superior, mas também aos de nível médio, para que juntos possamos melhorar a qualidade no atendimento da comunidade.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados gestores,

Meu nome é Antonia Maria de Oliveira, sou médica da Unidade de Saúde da Família há 15 anos, sempre trabalhei em cidades distantes da capital e presenciei as dificuldades que todo médico encontra quando tenta exercer da melhor forma possível aquilo que aprendeu em sua formação, mesmo em condições precárias de atendimento.

Trabalhei em unidades em que não havia nem sequer condições básicas para a realização de procedimentos simples como a ausculta dos batimentos cardio-fetais, muitos menos se ouvia falar em acessibilidade e ou promoção da saúde no sentido real da palavra.

Ao iniciar minha participação no Projeto Mais Médicos, tinha muitas dúvidas em como isso poderia colaborar para melhorar os cuidados, mas não levou muito tempo para perceber. As mudanças na estrutura, e a entrada no Curso de Especialização em Saúde da Família me trouxeram não somente o alerta de pontos em que deveria renovar meus conhecimentos, mas principalmente na oportunidade de melhorar meu conhecimento no tocante ao atendimento ideal para a população com que trabalho.

Venho por meio deste, apresentar-lhes o projeto de intervenção desenvolvido por mim na Unidade Básica de Saúde das Pedrinhas – Barras PI.

Para desenvolver este projeto de intervenção, inicialmente foram realizadas estimativas populacionais por meio de um caderno de ações programáticas, a fim de desenvolver uma estrutura satisfatória e abrangente para a comunidade assistida.

Foi realizada uma análise situacional para que pudéssemos atender às reais demandas da comunidade alvo da UBS das Pedrinhas. Para dar início às atividades

houve uma reunião com a presença de toda a equipe de estratégia de saúde da família e comunidade, mais precisamente grupo alvo do projeto – usuários hipertensos e diabéticos a fim de apresentar a temática do projeto – Ampliação da cobertura da atenção à saúde de hipertensos e diabéticos.

Relatei sobre a importância do projeto e sobre como iríamos reorganizar o cronograma do posto de saúde da unidade, para que fosse introduzido semanalmente este encontro – Equipe/comunidade. Nessa reunião ficou acordado que seriam realizadas semanalmente palestras com temas variados relacionados à saúde do público-alvo, bem como o cadastramento e preenchimento da planilha de coleta de dados. Foi acordado também o acolhimento que seria feito pela auxiliar de enfermagem bem como a busca ativa realizada pelos agentes comunitários de saúde aos usuários faltosos às consultas.

Dando continuidade ao projeto capacitamos a equipe da estratégia de saúde da família composta por cinco agentes comunitários de saúde e duas auxiliares de enfermagem. A capacitação foi realizada durante várias semanas segundo o caderno 15 e 16 do Ministério da Saúde, e foi discutido a respeito da importância do projeto e de como traçar estratégias para lidar com a demanda espontânea, seguindo cronograma sem que haja prejuízo para a comunidade. A capacitação foi realizada no período da tarde, pois consiste no horário menos procurado pela comunidade.

Nas semanas que seguiram estabelecemos horários de reuniões sempre ao final do expediente para que pudéssemos organizar ações para o dia seguinte. Entramos em contato com a equipe do NASF que compareceu comparecendo às reuniões sempre que solicitada.

O cronograma seguiu conforme combinado por toda a equipe: na segunda-feira é feito atendimento de puericultura e atendimento geral; na terça-feira atendimento de pré-natal e demanda espontânea; na quarta visita domiciliar e na quinta-feira hiperdia – iniciando com a palestra, seguido de atendimento individual; na sexta, demanda espontânea. O cronograma foi organizado de forma que semanalmente cada agente seria responsável pela realização das atividades daquela semana.

Quanto à equipe de saúde bucal, o atendimento é realizado de segunda a sexta no horário de 14 às 17h, na mesma unidade básica de saúde. Foi acordado junto à equipe de saúde bucal o atendimento dos usuários do projeto.

Quanto aos exames complementares foram solicitados de todos os usuários que compareciam às consultas. Dos novos usuários estão sendo solicitados os exames à medida que estão sendo atendidos. Os exames são realizados no nosso município em laboratórios credenciados pelo SUS e da rede particular. Gostaríamos de solicitar inclusive celeridade nesse processo, pois muito da demora do retorno acontece decorrente das más condições para realização de exames complementares.

Durante o processo, contamos com a presença do supervisor do Programa Mias Médicos, Dr. Guilherme o qual realizou preciosas sugestões para melhoria do projeto e andamento da unidade. Sempre que presente, elogiou nosso projeto e pediu mais empenho e compromisso por parte dos agentes comunitários de saúde.

Com a realização da intervenção percebeu-se que os usuários se mostravam receptivos e esperançosos com a novidade. Sempre após a palestra costumamos realizar o atendimento individual e organização dos registros para que tudo esteja documentado e facilite as consultas posteriores, bem como os dados para pesquisas posteriores que sempre enriquecem o dia-a-dia da equipe.

Recebemos muitos elogios por parte da comunidade e mesmo sabendo que havia tempo predeterminado para a intervenção, muitos solicitaram que a equipe continuasse com aquele tipo de atendimento tanto coletivo como individual.

Foi perceptível o compromisso deles com as palestras e orientações dadas durante às consultas, e o resultados já são percebidos pelos dados encontrados na intervenção, que durou apenas três.

Entre os principais resultados, destaco o aumento do número de hipertensos cadastrados na unidade para 135 usuários, correspondentes a 100% do número estimado de portadores dessa condição crônica. Quanto aos diabéticos, 24 dos 40 usuários estimados (60%), foram cadastrados e acompanhados durante a intervenção. Entre os principais resultados, 111 dos 135 usuários hipertensos cadastrados (82,2%) e 23 dos 24 cadastrados (95,8%) receberam exame clínico apropriado, 107 dos 135 cadastrados (79,3%) e 22 dos 24 diabéticos cadastrados (91,7%) fizeram exames complementares, 126 dos 128 hipertensos cadastrados (98,4%) que precisavam de medicamentos (98,4%), e 23 dos 24 diabéticos cadastrados que precisavam de medicamentos (95,8%) os receberam através da farmácia popular ou da UBS. Quanto à realização de atividades de promoção da saúde, 125 dos 135 hipertensos cadastrados (92,6%) orientação sobre alimentação

saudável e orientação em relação à prática regular de atividade física, enquanto 23 dos diabéticos 24 cadastrados (95,8%) receberam as mesmas orientações.

Diante dos bons resultados colhidos com essa intervenção gostaríamos de solicitar maior apoio por parte da Secretaria Municipal de Saúde em disponibilizar sempre os insumos necessários para o bom atendimento de toda a equipe, como por exemplo, os medicamentos da farmácia popular.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezada comunidade,

Meu nome é Antonia Maria de Oliveira, sou médica da Unidade de Saúde da Família há 15 anos, sempre trabalhei em cidades distantes da capital e presenciei as dificuldades que todo médico encontra quando tenta exercer da melhor forma possível aquilo que aprendeu em sua formação, mesmo em condições precárias de atendimento.

Trabalhei em unidades em que não havia nem sequer condições básicas para a realização de procedimentos simples como a ausculta dos batimentos cardio-fetais, muitos menos se ouvia falar em acessibilidade e ou promoção da saúde no sentido real da palavra.

Ao iniciar minha participação no Projeto Mais Médicos, tinha muitas dúvidas em como isso poderia colaborar para melhorar os cuidados, mas não levou muito tempo para perceber. As mudanças na estrutura, e a entrada no Curso de Especialização em Saúde da Família me trouxeram não somente o alerta de pontos em que deveria renovar meus conhecimentos, mas principalmente na oportunidade de melhorar meu conhecimento no tocante ao atendimento ideal para a população com que trabalho.

Venho por meio deste apresentar-lhes o projeto de intervenção desenvolvido por mim na Unidade Básica de Saúde das Pedrinhas – Barras PI. Hoje, estamos com o projeto concluído e estamos aqui para mostrar-lhes como funcionou o projeto para o grupo alvo – hipertensos e diabéticos e buscar o apoio de todos para que possamos distribuir essas ações entre os outros grupos prioritários como crianças e gestantes, até que possamos atingir a todos os membros da comunidade, melhorando a qualidade da assistência à saúde na UBS das Pedrinhas.

Para desenvolver este projeto de intervenção, inicialmente foram realizadas estimativas populacionais por meio de um caderno de ações programáticas, a fim de desenvolver uma estrutura satisfatória e abrangente para a comunidade assistida.

Foi realizada uma análise situacional para que pudéssemos atender às reais demandas da comunidade alvo da UBS das Pedrinhas. Para dar início às atividades houve uma reunião com a presença de toda a equipe de estratégia de saúde da família e comunidade, mais precisamente grupo alvo do projeto – usuários

hipertensos e diabéticos a fim de apresentar a temática do projeto – Ampliação da cobertura da atenção à saúde de hipertensos e diabéticos.

Relatei sobre a importância do projeto e sobre como iríamos reorganizar o cronograma do posto de saúde da unidade, para que fosse introduzido semanalmente este encontro – Equipe/comunidade. Nessa reunião ficou acordado que seriam realizadas semanalmente palestras com temas variados relacionados à saúde do público-alvo, bem como o cadastramento e preenchimento da planilha de coleta de dados. Foi acordado também o acolhimento que seria feito pela auxiliar de enfermagem bem como a busca ativa realizada pelos agentes comunitários de saúde aos usuários faltosos às consultas.

Dando continuidade ao projeto capacitamos a equipe da estratégia de saúde da família composta por cinco agentes comunitários de saúde e duas auxiliares de enfermagem. A capacitação foi realizada durante várias semanas segundo o caderno 15 e 16 do Ministério da Saúde, e foi discutido a respeito da importância do projeto e de como traçar estratégias para lidar com a demanda espontânea, seguindo cronograma sem que haja prejuízo para a comunidade. A capacitação foi realizada no período da tarde, pois consiste no horário menos procurado pela comunidade.

Nas semanas que seguiram estabelecemos horários de reuniões sempre ao final do expediente para que pudéssemos organizar ações para o dia seguinte. Entramos em contato com a equipe do NASF que compareceu comparecendo às reuniões sempre que solicitada.

O cronograma seguiu conforme combinado por toda a equipe: na segunda-feira é feito atendimento de puericultura e atendimento geral; na terça-feira atendimento de pré-natal e demanda espontânea; na quarta visita domiciliar e na quinta-feira hiperdia – iniciando com a palestra, seguido de atendimento individual; na sexta, demanda espontânea. O cronograma foi organizado de forma que semanalmente cada agente seria responsável pela realização das atividades daquela semana.

Quanto à equipe de saúde bucal, o atendimento é realizado de segunda a sexta no horário de 14 às 17h, na mesma unidade básica de saúde. Foi acordado junto à equipe de saúde bucal o atendimento dos usuários do projeto.

Quanto aos exames complementares foram solicitados de todos os usuários que compareciam às consultas. Dos novos usuários estão sendo solicitados os

exames à medida que estão sendo atendidos. Os exames são realizados no nosso município em laboratórios credenciados pelo SUS e da rede particular. Gostaríamos de solicitar inclusive celeridade nesse processo, pois muito da demora do retorno acontece decorrente das más condições para realização de exames complementares.

Durante o processo, contamos com a presença do supervisor do Programa Mias Médicos, Dr. Guilherme o qual realizou preciosas sugestões para melhoria do projeto e andamento da unidade. Sempre que presente elogiou nosso projeto e pediu mais empenho e compromisso por parte dos agentes comunitários de saúde.

Com a realização da intervenção percebeu-se que os usuários se mostravam receptivos e esperançosos com a novidade. Sempre após a palestra costumamos realizar o atendimento individual e organização dos registros para que tudo esteja documentado e facilite as consultas posteriores, bem como os dados para pesquisas posteriores que sempre enriquecem o dia-a-dia da equipe.

Recebemos muitos elogios por parte da comunidade e mesmo sabendo que havia tempo predeterminado para a intervenção, muitos de vocês solicitaram que a equipe continuasse com aquele tipo de atendimento tanto coletivo como individual.

Foi perceptível o compromisso de todo o grupo participante e também de outros grupos que acompanharam por diversas vezes ações realizadas, como as palestras e orientações.

Os resultados podem ser percebidos a partir dos dados encontrados na intervenção, que durou apenas três e a maioria já com o alcance de quase 100% em todas as metas.

Se pensarmos no gráfico que tínhamos antes de iniciarmos a intervenção, podemos perceber que houve um acréscimo significativo no número de usuário cadastrados pela equipe após a intervenção.

Entre os principais resultados, destaco o aumento do número de hipertensos cadastrados na unidade para 135 usuários, correspondentes a 100% do número estimado de portadores dessa condição crônica. Quanto aos diabéticos, 24 dos 40 usuários foram cadastrados e acompanhados durante a intervenção. Entre os principais resultados, 111 dos 135 usuários hipertensos cadastrados e 23 dos 24 cadastrados receberam exame clínico apropriado, 107 dos 135 cadastrados e 22 dos 24 diabéticos cadastrados fizeram exames complementares, 126 dos 128 hipertensos cadastrados que precisavam de medicamentos, e 23 dos 24 diabéticos

cadastrados que precisavam de medicamentos os receberam através da farmácia popular ou da UBS. Quanto à realização de atividades de promoção da saúde, 125 dos 135 hipertensos cadastrados orientação sobre alimentação saudável e orientação em relação à prática regular de atividade física, enquanto 23 dos diabéticos 24 cadastrados receberam as mesmas orientações.

Diante dos bons resultados colhidos com essa intervenção gostaríamos de solicitar continuidade do apoio de todos vocês na realização das atividades e também com sugestões de melhorias a serem realizadas na UBS e no atendimento. A equipe se coloca à disposição de todos vocês, no intuito de saber as reais necessidades de vocês, para que possamos agir por um bem comum a todos.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Dentro do contexto do meu trabalho, enquanto médica da ESF, minha inserção no programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) acrescentou conhecimento e experiência no dia a dia do trabalho, oportunidade para realizações, tanto da residência médica como também para o curso de especialização em saúde da família. O que antes achava impossível de acontecer, com médicos atuando em tempo integral na comunidade, participando de palestras, levando conhecimento preventivo às comunidades, participando de rodas de conversas, festejando datas comemorativas, tornou-se possível com o PMMB, há muito a avançar, mas acredito que estas conquistas possam crescer a cada dia, para então chegarmos a uma boa situação de saúde para as comunidades.

Considero o curso de Especialização em saúde da família como uma possibilidade de formação completa, pois tivemos conhecimentos em todas às áreas relacionadas à saúde da comunidade, relacionadas à clínica (estudo de prática clínica, casos interativos, teste de qualificação cognitivo (TQC), e também os fóruns (de clínica e de saúde coletivas), nos quais, através de postagens semanais, fazendo comentários a respeito do trabalho que estávamos desenvolvendo na comunidade. Dentro deste contexto do desenvolvimento do trabalho de saúde coletiva estou sobre a orientação do prof. Douglas Augusto Schneider que pacientemente me orientou para que fosse possível a conclusão desse produto final, que é meu TCC.

Esta orientação foi fundamental para o desenvolvimento do nosso projeto voltado para a comunidade da UBS. Realizamos um trabalho árduo e difícil. Durante quatro meses a equipe de saúde teve que se unir para traçarmos estratégias e executar tarefas relacionadas a intervenção, muitas vezes sendo mal compreendidos por alguns colegas de trabalho. Foram semanas que pareciam

intermináveis, com reuniões quase diárias, para que pudéssemos organizar o serviço, sempre seguindo o cronograma das atividades. Mas, ao final da intervenção, tivemos resultados positivos tanto para a comunidade como para a organização do serviço dentro da unidade de Saúde.

Podemos dizer que hoje estamos oferecendo atendimento com qualidade, pois fizemos busca ativa em todas as áreas, dividimos o atendimento por área de cada ACS semanalmente obedecendo à estratificação de risco para cada usuária, atualizamos a caderneta do idoso (modelo recente instituída pelo SUS), estamos realizando atividades educativas voltadas àquele grupo alvo com temas variados de acordo com a necessidade ou sugeridos pelo grupo alvo. Sempre que possível contamos com a participação da equipe do NASF composto por (Psicóloga, nutricionista, educador físico). Essa era uma realidade distante daquela que me deparei ao chegar naquela UBS em que não existia data definida para atendimento de Hipertensos e Diabéticos apenas usuários chamados de Hiperdia que eram atendidos concomitantes com consulta geral.

Foi uma experiência única, enquanto médica da estratégia de saúde da família, pois, o curso me proporcionou conhecimentos não só dentro do contexto de saúde coletivas, mas integrado à clínica, proporcionando qualidade nos atendimentos diários àquela comunidade.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS** : Uma construção coletiva : Plano Nacional de Saúde (PNS) 2008/2009-2011. Brasília : Ministério da Saúde, 2010.168 p

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

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

MENDES, Telma de Almeida Busch et al . Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 6, Jun, 2011.

Apêndices



Figura 25 Fotografia de Palestra sobre CA prostático e atividade física com Equipe do NASF



Figura 26 Fotografias de Palestra sobre CA prostático e atividade física com Equipe do NASF



Figura 27 Fotografias de Palestra sobre Exame Clínico para diagnóstico do Diabetes e seus fatores de risco.



Figura 28 Fotografias de Palestra sobre Hipertensão e Dislipidemias.



Figura 29 Fotografias de Palestra sobre Alimentação Saudável




Figura 30 Fotografia de Equipe de Saúde da Família na Palestra sobre Saúde Bucal



Figura 31 Fotografia de Integrantes da Equipe do NASF

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

Eu, Antonia Maria de Oliveira, médica, CRM 2384 e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão à disposição dos usuários.

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,

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

Assinatura do declarante