

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e
Diabetes Mellitus da UBS Cidade Baixa e Medianeira, Butiá, RS.**

Edisnel Leyva Perez

Pelotas, 2015

Edisnel Leyva Perez

**Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e
Diabetes Mellitus da UBS Cidade Baixa e Medianeira, Butiá, RS.**

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

Orientador: Nailê Damé-Teixeira

Pelotas, 2015

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

P438m Perez, Edisnel Leyva

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus da UBS Cidade Baixa e Medianeira, Butiá, RS / Edisnel Leyva Perez; Nailê Damé-Teixeira, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

99 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. Damé-Teixeira, Nailê, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

*Dedico este trabalho à comunidade Cidade
Baixa/Medianeira.*

Agradecimentos

A Deus por minha vida, família e amigos.

A Universidade Federal de Pelotas, pela oportunidade de fazer o curso.

Aos professores e coordenadores do curso, pelo convívio, pelo apoio, pela compreensão e pela amizade.

À minha equipe de trabalho pelo empenho, profissionalismo e dedicação.

Resumo

PEREZ, Edisnel Leyva. **Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus da UBS Cidade Baixa e Medianeira, Butiá, RS.** 2015. 97f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano 2015.

O presente trabalho trata de uma intervenção realizada na ESF Cidade Baixa e Medianeira tendo como objetivo a qualificação da atenção prestada a usuários com HAS e DM com idade igual ou superior a vinte anos. Para isso, foram traçados alguns objetivos pontuais, que são: ampliar a cobertura a usuários hipertensos e diabéticos, melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos, melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa, melhorar o registro das informações, promover a saúde de hipertensos e diabéticos, mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular. Esta intervenção foi estruturada para ser desenvolvida no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família Cidade Baixa/Medianeira, no Município de Butiá, no RS. Houve a previsão de participação na intervenção de todas as pessoas situadas nesse território acima de 20 anos, aproximadamente 67% (n=2916) do total população do território. Entre estas, foram foco da intervenção aquelas cadastradas como hipertensas - que correspondem a 22,7% (n=662) e como diabéticas – que correspondem a 5,6% (n=163). Na ampliação da cobertura aos usuários o melhor resultado obtido ficou em 14,1% (n=108) para o grupo de hipertensos e de 14% (n=33) com relação ao grupo de diabéticos. Indicadores que avaliaram a melhoria da qualidade da atenção foram utilizados, sendo o melhor escore atingido de 96,3% (n=108) para hipertensos e 90,9% (n=30) para diabéticos. Para melhoria da adesão, obteve-se resultados de n= 14 (100%) para hipertensos e n= 5 (100%) para diabéticos. Indicadores que avaliaram melhoria dos registros das informações, obtiveram escores máximos de 85,7% (n=66) para hipertensos e 84,8% (n=28) para diabéticos. O mapeamento dos hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular apresentou resultados de 97,2% (n=105) para hipertensos e 90,9% (n=30) para diabéticos. Conclui-se que os resultados da intervenção foram efetivos e que é preciso seguir prevenindo e promovendo a saúde, partindo da perspectiva de integralidade da saúde do usuário com HAS e DM.

Palavras-chave: Saúde da família; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Hipertensão; Diabetes.

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso	62
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético	63
Figura 3	Proporção de hipertensos com exame clínico em dia	64
Figura 4	Proporção de diabéticos com exame clínico em dia	64
Figura 5	Proporção de hipertensos com exames complementares em dia	66
Figura 6	Proporção de diabéticos com exames complementares em dia	66
Figura 7	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada	67
Figura 8	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada	68
Figura 9	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	69
Figura 10	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	69
Figura 11	Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa	71
Figura 12	Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa	72
Figura 13	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	73
Figura 14	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	73
Figura 15	Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável	75
Figura 16	Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável	75
Figura 17	Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular	76
Figura 18	Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular	77
Figura 19	Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo	78
Figura 20	Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo	78
Figura 21	Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal	80
Figura 22	Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal	80

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
DIU	Dispositivo Intrauterino
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	Hemoglicoteste
HPV	Papiloma Vírus Humano
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IRC	Insuficiência Renal Crônica
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer
SUS	Sistema Único de Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	21
2 Análise Estratégica	22
2.1 Justificativa	22
2.2 Objetivos e metas	24
2.2.1 Objetivo geral	24
2.2.2 Objetivos específicos e metas	24
2.3 Metodologia	26
2.3.1 Detalhamento das ações	26
2.3.2 Indicadores	46
2.3.3 Logística	46
2.3.4 Cronograma.....	49
3 Relatório da Intervenção.....	52
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	52
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	58
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	59
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	59
4 Avaliação da intervenção.....	61
4.1 Resultados.....	61
4.2 Discussão	80
5 Relatório da intervenção para gestores	84
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	86
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	88
Referências	89
Apêndices.....	90
Anexos.	91

Apresentação

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) 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 trata de uma intervenção realizada junto à Unidade Básica de Saúde do bairro Cidade Baixa/Medianeira, situada no município de Butiá localizado a 82 km da capital do estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. A intervenção realizada no período de dezesseis semanas teve como objetivo melhorar a atenção à Saúde de usuários com HAS e DM com idade igual ou superior a 20 anos, considerando não apenas o contexto mais amplo de preocupação com HAS e DM do país, mas o modo como estes se revelavam nos dados do território em questão. Seus diferentes momentos e os resultados alcançados através da mesma encontram-se aqui descritos e analisados.

Para tanto, inicialmente são colocadas as análises situacionais que justificaram a elaboração do projeto bem como, sustentaram a intervenção realizada. Em seguida, na segunda parte, são detalhadas as estratégias utilizadas para colocar em prática as ações que materializaram os objetivos mais específicos da intervenção, traduzidos em metas, assim como, são apresentados os indicadores que permitiram monitorar as ações ao longo do tempo e avaliar os resultados obtidos. Na sequência, na terceira parte, são analisados alguns elementos específicos da intervenção efetivada e, na quarta parte, são apresentados os dados quantitativos e qualitativos que permitem a discussão dos resultados da intervenção. Por fim, encontram-se os relatórios e reflexões conclusivas sobre o processo.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A UBS Cidade Baixa e Medianeira conta com uma equipe de saúde da família, integrada por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, um pediatra, um ginecologista, duas recepcionistas, um vigilante e uma higienizadora. Está identificada como UBS urbana e o modelo de atenção é tradicional. Tem atendimento uma vez por semana de pediatria, ginecologia, e clínico geral, com uma carga horária de 4 horas semanais. A estrutura física da UBS é boa, conta com uma sala de espera, uma recepção, um consultório odontológico que ainda não está funcionando, banheiros para deficientes físicos-motores, uma sala de triagem, uma sala de vacina que não funciona porque não temos vacinadora, uma sala de enfermagem, um consultório ginecológico, um consultório do clínico geral e pediatra, uma sala de curativos e procedimentos de enfermagem, três banheiros (sendo um de uso exclusivo para funcionários e dois reservados ao público), uma sala de esterilização, uma cozinha, um dispensário de medicamentos que coincide com a recepção, um quarto de lixo contaminado (expurgo), e uma área de higienização. O processo de trabalho está atrasado, a equipe de saúde está incompleta, e tem alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis principalmente Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, assim como um alto índice de consumo de psicofármacos e drogas ilícitas.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Butiá, localizado no Estado do Rio Grande do Sul, tem uma população de 20.213 habitantes. É um município da região carbonífera e sua principal economia é a mineração de carvão, agricultura e pecuária. O sistema de saúde do município é formado por quatro UBS, das quais três são ESF e uma é tradicional e possui três consultórios odontológicos situados nas UBS/ESF. No município não há Núcleos de Apoio de Saúde da Família, e o Centro de Especialidades Odontológicas.

Em Butiá há poucos especialistas para o atendimento de pessoas que precisam da atenção especializada, existem médicos para o serviço de Ginecologia e Pediatria que oferecem atendimentos nas UBS semanalmente, e Psiquiatria e Ortopedista, no Posto Central da Secretaria Municipal de Saúde uma vez por semana. Os pacientes encaminhados da atenção básica para outras especialidades (Cardiologia, Neurologia, Endocrinologia, Nefrologia, entre outras) integram uma fila de espera às vezes muito longa, pois há pacientes que aguardam há mais de um ano nessa fila.

A assistência hospitalar melhorou há dois meses com a inauguração de um Hospital de baixa complexidade, o qual contempla 36 leitos. Neste hospital, um médico proporciona assistência diariamente e, os casos mais graves, são encaminhados para Hospitais de média e alta complexidade da região.

Exames mais complexos como: Tomografia computadorizada, Ressonância Magnética, Colonoscopia, entre outros, são marcados até um ano da data de solicitação, o qual dificulta o diagnóstico precoce.

A UBS de Saúde da Família Cidade Baixa e Medianeira, identificada como ESF urbana, e modelo de atenção ESF. Conta com uma Equipe de Saúde da Família, composta por: uma enfermeira, um médico clínico geral ou da família, um ginecologista, uma pediatra, um psicólogo, uma nutricionista, dois odontólogos, duas técnicas de enfermagem, um técnico de consultório dentário, uma vacinadora, um vigilante, duas recepcionistas, uma higienizadora e seis agentes comunitários de saúde.

A estrutura física da UBS de maneira geral é boa, pois foi construída dentro dos parâmetros requeridos e regulações sanitárias estabelecidas. Está estruturada da seguinte maneira: uma sala de espera, uma recepção, um consultório

odontológico, banheiros para deficientes físicos- motores, uma sala de triagem, uma sala de vacina, uma sala de enfermagem, um consultório ginecológico, um consultório do clínico geral e pediatra, uma sala de curativos e procedimentos de enfermagem, três banheiros (sendo um de uso exclusivo para funcionários e dois reservados ao público), uma sala de esterilização, uma cozinha, um dispensário de medicamentos que coincide com a recepção, um quarto de lixo contaminado (expurgo), e uma área de higienização. Foi construída há dois anos e até agora não possui nenhuma deficiência que possam atrapalhar o desenvolvimento do trabalho na UBS.

A equipe de saúde é comprometida com o processo de trabalho, planeja, desenvolve atividades e avalia resultados das ações em saúde para as doenças crônicas, prevenção de DST, câncer de colo uterino e mama, imunizações e outras.

A população da ESF Cidade Baixa e Medianeira é de 4353 habitantes, 1887 do sexo feminino, o 43,3%, e 2466 do sexo masculino, o 56,7%. Tem seis agentes comunitários de saúde que cobrem 100% da população, com um máximo de 726 habitantes por cada agente comunitário aproximadamente, e não mais de 130 famílias. A carga horária do médico geral, do Programa Mais Médicos do Brasil é de 32 horas semanais dedicadas para atividades na equipe de saúde da família e 8 horas para atividades de educação, no momento, a especialização em saúde da família, totalizando 40 horas semanais.

O acolhimento do usuário começa na recepção, continua na sala de enfermagem, no consultório do médico e termina quando o paciente deixa o serviço de saúde. Este é realizado por todos os membros da equipe de saúde da família, todos os dias e em todos os turnos de atendimento da UBS.

A atenção à saúde da criança, ocorre na faixa etária de 0 a 72 meses de idade, onde são feitas Puericulturas como atividade fundamental. A consulta de Puericultura tem como objetivo: promover o desenvolvimento e crescimento nas crianças, prevenir e/ ou diminuir os problemas futuros, identificar, diagnosticar e tratar precocemente os problemas de saúde que possam surgir para orientar pais e / ou cuidadores. Atualmente residem no território de abrangência da ESF 52 crianças menores de um ano e todos os atendimentos a estas crianças (Puericulturas), são registrados no prontuário clínico, na ficha de atendimento odontológico e nutricional, na ficha espelho de vacinas e no formulário especial da puericultura que existe na UBS com a finalidade de: verificar crianças faltosas, com riscos, os procedimentos

atrasados e para ter uma forma mais organizada de avaliar a qualidade do programa na UBS. No formulário especial, semanalmente os resultados são discutidos no contexto da reunião de equipe. Os indicadores da cobertura da saúde da criança na UBS é ótimo, porque 100% das crianças são atendidas.

Quanto aos indicadores de qualidade da atenção ao menor de um ano pode-se dizer foram realizadas 50 consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde para crianças menores de um ano de idade e de baixo risco, sendo 96% do total, mesmo assim duas crianças não consultaram até sete dias da data recomendada, sendo o restante do total, 4%. Todos os recém-nascidos realizaram o teste do pezinho até os sete dias de vida, a equipe conseguiu também que todas as crianças realizassem a primeira consulta de puericultura até os primeiros sete dias de idade e foram monitoradas quanto ao crescimento e desenvolvimento na última consulta, pois é este o principal objetivo da puericultura.

A equipe detectou alguns problemas relacionados a atraso de vacina em algumas crianças que não possuem as doses de vacina de acordo com o calendário de imunizações do Ministério de Saúde, e também a crianças que possuem atraso na sua avaliação de saúde bucal. No que diz respeito a saúde da criança, não podemos esquecer os antecedentes de sua vida pré-natal, pois a qualidade da atenção pré-natal é diretamente proporcional à saúde da criança. Esta atenção inclui fornecer uma atenção sanitária individual de acordo as necessidades da mulher e o parceiro (promoção de saúde), uma identificação dos riscos (avaliação de riscos), e início de ações para resolvê-los (intervenção), pois o planejamento familiar é entendido como o conjunto de ações de regulação da fecundidade. Não pode existir um pré-natal de baixo risco sem controle do risco pré-concepcional.

Nas consultas de avaliação pré-natal na unidade de saúde, são acompanhadas atualmente 31 gestantes, com uma cobertura do 47% segundo o Caderno de Ações Programáticas e os atendimentos são registrados no prontuário clínico, no cartão da gestante, no Sisprenatal, na ficha de atendimento odontológico e nutricional, nas fichas espelho das vacinas, os quais têm uma frequência de revisão semanal, para verificar gestantes faltosas, etc. Do total de gestantes 18 iniciarem o pré-natal no primer trimestre, que representa um percentual de 58%, sendo que todas estão com consultas em dia de acordo com calendário do ministério da saúde, fazendo acompanhamento periódico e contínuo das gestantes mensalmente até as 28 semanas, quinzenalmente das 28 até 36 semanas, e

semanalmente no término da gestação, assim como toda gestante com 41 semanas é encaminhada para avaliação do bem-estar fetal. (ILA e monitoramento cardíaco fetal).

Ao avaliar os indicadores da qualidade ao pré-natal concluiu que estão bons, porque o 58% das gestantes da área iniciaram o pré-natal nas primeiras 12 semanas de gestação, mas é necessário atingir 100% das grávidas. Todas elas têm acompanhamento de acordo com o calendário do Ministério da Saúde, assim como vacina e atenção odontológica em dia. Não há casos de abandono do pré-natal nem óbitos de mulheres por causas associadas à gestação, ao parto ou ao puerpério.

A taxa de mortalidade materno-infantil na UBS nos últimos 12 meses é zero, mesmo assim há porcentagem de nascidos vivos com baixo peso. A ESF oferece boa atenção à puérpera e ao recém-nascido; realizando visitas domiciliares às puérperas na primeira semana após o parto e na consulta puerperal nos primeiros 42 dias. Nestas atividades programadas pela equipe são realizados monitoramentos da mulher e a criança, assim como palestras educativas acerca de aleitamento materno exclusivo até os primeiros seis meses de vida, e suplementada até os dois anos. Quanto aos cuidados com o recém-nascido, recebem orientação de prevenção de acidentes no lar como bronca aspiração; a importância de não partilhar a cama com o recém-nascido para evitar complicações, e também sobre cuidados da puérpera e sinais de alarme no puerpério. A equipe tem orgulho de dizer que a atenção ao puerpério é muito boa, porque cobre 100% das puérperas da área de abrangência.

A equipe dá muita importância à saúde da mulher, principalmente na prevenção do câncer de colo de útero e controle do câncer de mama. O câncer do colo de útero é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou à distância. A UBS possui um total de 1038 mulheres entre 25-64 anos de idade, que é a faixa etária mais comumente afetada por estes cânceres, que representa o 87% de cobertura segundo o Caderno de Ações Programáticas. Os atendimentos às mulheres que realizam a coleta de cito patológico na UBS são registrados no livro de registro e no prontuário clínico da paciente, onde esse tipo de atendimento acontece apenas uma vez por semana em todos os turnos, realizado pela enfermeira e/ou médico da família, mas nos casos de rastreamento oportunístico o exame CP é feito no momento. A equipe de saúde realiza atividades

com grupo de mulheres não grávidas em média de uma vez por mês, sendo realizadas no âmbito da UBS e na associação do bairro, com a participação da enfermeira, médico de família, técnico de enfermagem e os agentes comunitários, onde ocorrem palestras acerca de fatores de risco do câncer de colo de útero, mas também, sobre o câncer de mama por ser tão invasivo e frequente. Outros assuntos também são abordados, como: importância de uso de preservativo para evitar a infecção pelo HPV que aumenta a incidência de câncer consideravelmente. Fazemos promoção sobre a vacina contra HPV em meninas entre 9-13 anos de idade, contra os subtipos 6, 11, 16 e 18, sendo os dois últimos os mais oncogênicos, pois estão presentes em 70% dos casos de câncer do colo de útero.

Falamos sobre os malefícios do tabagismo, as infecções vaginais de repetição, principalmente por Clamídia T., a qual pode levar à mulher até infertilidade. Falamos acerca de alimentação saudável e o sobrepeso, assim como a gravidez na adolescência e o uso de anticoncepcional oral e alguns DIU, entre outras coisas. Nessa UBS pode-se dizer que os indicadores da qualidade de prevenção do câncer de colo do útero apresentam um índice muito baixo, pois das 1038 mulheres na faixa etária 25 a 64 anos de idade residentes em nossa área de abrangência: somente 736 tem um exame cito patológico em dia, de acordo com o método de rastreamento do câncer de colo do útero e suas lesões precursoras feitas pelo Ministério da Saúde, para um índice de 71% da população alvo, 112 mulheres dessa faixa etária que não realizam exame após seis meses da data recomendada de acordo com o critério para o exame citopatológico em dia, a qual representa 11%. Provavelmente esta ausência se deve ao medo do resultado do estudo do exame, 26 mulheres com exame citopatológico alterado para um índice de 3%, onde as mesmas são avaliadas pelo ginecologista da área e dirigidas ao posto central da secretaria de saúde para atendimento e seguimento centralizado, onde são encaminhadas para o SISCAN, para atendimento com oncologista e mastologista.

Foram investigadas 364 mulheres com presença de fatores de risco, para um índice de 35%, assim como 836 mulheres foram orientadas quanto à prevenção de fatores de risco e DST 836 mulheres para um índice de 81%. Ao analisar os resultados pode-se dizer que é necessário melhorar muito o aspecto do processo do trabalho, por exemplo: é preciso elaborar um arquivo específico para o registro dos resultados dos exames citopatológicos coletados, pois o existente na UBS está incompleto, organizado esse arquivo, o mesmo será revisado quinzenalmente com a

finalidade de verificar mulheres com exame de rotina atrasado e/ou exame alterado em atraso para avaliar a qualidade do programa. São responsáveis pela revisão desse arquivo o médico da família, a enfermeira e supervisionado pelo ginecologista da área. É utilizada também a seguinte estratégia na UBS: agendamento da próxima consulta, orientação e seguimento através das visitas domiciliares. Toda a equipe será capacitada sobre a conduta a seguir nesses casos. O câncer de mama é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres em todo o mundo, assim como também é a maior causa de morte em mulheres no planeta.

Apesar de ser considerado um câncer de relativamente bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no Brasil, provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estágios avançados. Na ESF Cidade Baixa e Medianeira, atualmente tem-se 386 mulheres acompanhadas, na faixa etária de 50-69 anos o que brinda uma cobertura do 86% segundo o Caderno de Ações Programáticas, e os atendimentos as mulheres que realizam mamografia são registrados no livro de registro e no prontuário clínico.

As ações de rastreamento do câncer de mama são realizadas uma vez por semana o que coincide com a coleta de CP, e acontece em todos os turnos e é feita pelo médico da família e a enfermeira, mas nos casos de rastreamentos oportunístico o exame clínico das mamas é feito no momento e se preciso solicitamos mamografia de acordo com o método de rastreamento e protocolos utilizados para o controle do câncer de mama, também realizamos atividades em grupo de mulheres não grávidas em média uma vez por mês sendo realizadas na UBS e na associação de bairros com participação de médico da família, enfermeiro e técnico de enfermagem.

Na verdade o câncer de mama ainda não pode ser prevenido mais sim diagnosticado o mais cedo possível. Na UBS em questão está sendo realizado palestras mensais onde é ensinado as mulheres a conhecerem seu corpo e fazerem o auto exame que aqui também é chamado de auto cuidado, enfatizando que o auto exame é muito importante assim como a mamografia após os 40 anos de idade, falando dos principais sintomas do câncer de mama, suas manifestações e após cada palestra é realizado o exame clínico das mamas para as mulheres que assim o necessitam.

Nos casos em que é diagnosticado o câncer de mama as mulheres recebem uma atenção diferenciada, são avaliadas as mamografias alteradas pelo ginecologista e agendado consultas com frequência o que facilita o retorno das mesmas para as consultas. O maior aliado nessa luta é o SISCAN que permite solicitar exames, consultar laudos, visualizar as mulheres com exames alterados e fazer um acompanhamento detalhado da população feminina.

A equipe se une nessa luta buscando sempre ajudar e orientar mulheres e assim juntos ganhar essa batalha contra o câncer de mama. Quando avaliados os indicadores de qualidade do controle de câncer de mama pode-se dizer que de um total de mulheres entre 50 e 69 anos de idade residentes na área de abrangência de 386, só 215 tem mamografia em dia, que representa o 56%. Temos 85 mamografias com mais de três meses de atraso, o qual representa 22%, assim como, as 316 mulheres foram orientadas quanto à prevenção do câncer de mama, para um 100%.

Assim como no caso anterior é necessário criar um arquivo especial para o registro das patologias de mama, pois o existente na UBS está incompleto. Este arquivo será revisado com uma frequência quinzenal, conjuntamente com o arquivo dos resultados de exame cito patológico, com a mesma finalidade, e será revisado pelo médico de família e a enfermeira, supervisionado pelo ginecologista da área.

Como estratégia principal para não perder o seguimento de mulheres com exame alterado, é realizado visitas domiciliares de acordo com o estágio do câncer de mama, feita pela equipe de saúde para melhorar e incentivar as mulheres que com muita valentia enfrentam o câncer de mama.

A equipe de saúde também realiza ações de promoção e prevenção em saúde para o controle diminuir a morbimortalidade das doenças crônicas não transmissíveis, em especial a Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus. Hipertensão Arterial é uma doença crônica determinada por elevados níveis de pressão sanguínea nas artérias, o que faz com que o coração tenha que exercer um maior esforço do que o normal para fazer circular o sangue através dos vasos sanguíneos. Ocorre quando as cifras de PA, verificadas em três vezes, realizadas em condições ótimas, com intervalos de 3-7 dias entre cada uma, encontra-se acima de 140 mmHg de pressão sistólica, e 90 mmHg de pressão diastólica, em adultos acima dos 18 anos de idade. É um dos principais fatores de risco pra ocorrência do acidente vascular cerebral tromboembólicos e hemorrágicos, cardiopatias isquêmicas, aneurisma arterial, doença vasculares periféricas, insuficiência renal

crônica, retinopatias, etc. Mesmo moderado, o aumento da pressão sanguínea esta associado à redução da qualidade e esperança de vida.

Na unidade há 764 hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área, o que representa o 79% de cobertura segundo o Caderno de Ações Programáticas. Todos os atendimentos dos pacientes hipertensos são registrados no prontuário clínico, na ficha de atendimento odontológico e nutricional e no formulário especial de controle dos pacientes, que é revisado mensalmente pela enfermeira e medico da família, com a finalidade de verificar pacientes faltosos, procedimentos em atraso, entre outras questões. Nossa equipe de saúde realiza atividades de promoção e prevenção de saúde com grupos de adultos com HAS e Diabetes Mellitus, pois estas doenças podem estar presentes no mesmo paciente, estas atividades são realizadas no âmbito da UBS, mas quase sempre são feitas na associação de moradores do bairro com uma assistência importante dos pacientes. A UBS promove dois grupos de pacientes porque a área abrange dois bairros.

Os profissionais que participam dos grupos palestram acerca de hábitos alimentares saudáveis, prática sistemática de exercícios físicos, controle de peso corporal, malefícios do consumo de álcool e do tabagismo e sobre algumas medidas de controle do estresse. Ao avaliar os indicadores da qualidade de atenção aos pacientes com HAS pode-se dizer que de um total de 764 hipertensos na área de abrangência, 658 tem realizado a estratificação de risco cardiovascular de acordo com critério clínico, que representa um 86% do total.

Foi constatado que 106 pacientes tiveram atraso na consulta agendada com mais de sete dias, sendo 14%, mas acredita-se que esta falta foi, entre outros fatores, devido ao atraso para realização dos exames laboratoriais solicitados, questão que não depende do paciente. Na UBS 658 pacientes obtiveram orientações sobre atividade física regular e alimentação saudável, que representa 86%. A unidade enfrenta ainda problemas com o atendimento odontológico dos pacientes, mas espera-se que seja resolvido porque há dois meses foi inaugurado o consultório odontológico na UBS que tem como prioridade atendimento de diabéticos e hipertensos, até agora 124 pacientes tem saúde bucal em dia, num percentual de 16%.

Como foi falado anteriormente o principal problema na atenção dos pacientes com HAS e DM é o atendimento odontológico, mas algumas estratégias já estão sendo realizadas para melhorar a qualidade da atenção, por exemplo, todos

os pacientes além de agendar consulta de seguimento com clínico geral, agendam consulta com dentista, e é lembrado nas visitas domiciliares pelos ACS. Outros dos problemas de saúde mais frequentes na área é a Diabetes Mellitus que é uma doença crônica não transmissível, caracterizada por um aumento anormal do açúcar ou glicose no sangue. Na UBS há 235 usuários portadores de Diabetes Mellitus com 20 anos ou mais residentes na área, que representa o 85% de cobertura segundo o Caderno de Ações Programáticas.

É uma doença muito comum no mundo, principalmente na América do norte e norte de Europa, acometendo cerca de 8% da população adulta entre 30 e 69 anos de idade, e 0,3% das gestantes. Segundo uma projeção internacional, com o aumento do sedentarismo, obesidade e envelhecimento da população o número de pessoas com diabetes no mundo vai aumentar em mais de 50%, passando de 380 milhões em 2025. Na UBS os atendimentos destes pacientes são registrados no prontuário clínico, na ficha de atendimento odontológico e nutricional e no registro especial com a finalidade de verificar pacientes faltosos ao retorno programado, procedimentos em atraso, e identificar os adultos com maior risco. Este registro é revisado mensalmente pela enfermeira e o médico da família, junto ao registro dos pacientes hipertensos.

A UBS realiza atendimento de adultos com HAS e DM dois dias por semana, mas não acontece em todos os turnos, pois nas manhas são atendidos os pacientes diabéticos o qual permite à equipe fazer HGT em jejum para ter avaliação e controle metabólico do paciente. Atualmente a UBS acompanha 235 pacientes diabéticos com 20 anos ou mais, residentes na área de abrangência e acompanhados na UBS. A equipe de saúde realiza atividades de promoção e prevenção de saúde com grupos de adultos com Diabetes Mellitus, que são realizadas junto com os pacientes hipertensos, pois estas doenças podem estar presentes no mesmo paciente, estas atividades são realizadas no âmbito da UBS, mas quase sempre são feitas na associação de moradores do bairro com uma assistência importante dos pacientes, pois como já relatado anteriormente, dois grupos são realizados, pois a UBS abrange dois bairros.

Os profissionais que participam dos grupos palestraram acerca de hábitos alimentares saudáveis, prática sistemática de exercícios físicos, controle de peso corporal, cuidados com os pés, alertam sobre os sinais e sintomas de descompensação, importância de rotar o sítio da injeção no caso dos pacientes com

diabetes insulina-tratados, prevenção das complicações, pois no grupo de diabéticos e hipertensos com muitas complicações, como amputações de membros, pé diabético, neuropatias diabéticas, doenças renais crônicas, entre outras. Também é falado acerca dos malefícios do consumo de álcool e do tabagismo e sobre algumas medidas de controle do estresse.

Ao avaliar os indicadores de qualidade da atenção aos pacientes diabéticos podemos dizer que de um total de 235 pacientes: 221 tem realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, que representa o 94%, 14 pacientes com atraso da consulta agendada mais de sete dias, o 6%, também 221 pacientes com os exames periódicos em dia, assim como o exame físico dos pés e palpação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos, e medida da sensibilidade dos pés nos últimos três meses, que representa o 94%, 46 pacientes estão com a avaliação bucal em dia, percentual de 20%, devido a questões que foram explicadas anteriormente.

A maior parte destes pacientes diabéticos e hipertensos são considerados idosos, pois idosa é uma pessoa considerada da terceira idade, que têm habilidades regenerativas limitadas, mudanças físicas e emocionais, que expõem em perigo a sua qualidade de vida, podendo levar ao estado de fragilidade, que é um conjunto de manifestações físicas e psicológicas que pode levar a pessoa idosa a desenvolver várias doenças. Na UBS os atendimentos aos idosos são registrados no prontuário clínico, odontológico, nutricional, espelho de vacinas, e ainda em um formulário especial que coincide em muitos casos com os pacientes diabéticos e hipertensos da UBS. Esse prontuário tem revisão mensal, com a finalidade de verificar idosos de risco, completude de registros, procedimentos em atraso e idosos faltosos ao retorno programado. A equipe de enfermeiros e técnicos realiza essa revisão. Nessa área há um total de 434 idosos com mais de 60 anos de idade os quais são acompanhados pela UBS, isto representa uma cobertura do 73% segundo o Caderno de Ações Programáticas, porém, ocorrem casos ainda de idosos que possuem planos de saúde e não fazem uso de nosso serviço. Na UBS são usados protocolos para melhor atendê-los, a caderneta de saúde do idoso que possui informações importantes sobre os mesmos e está disponível na consulta no momento do atendimento, trabalha-se também com o estatuto do idoso dando prioridade no atendimento de consultas para pessoas com mais de 60 anos. Para os

idosos que possuem dificuldades de locomoção é agendado visitas domiciliares pelos agentes comunitários de saúde.

Na unidade são realizados atendimentos aos idosos duas vezes por semana e todos os idosos saem do posto com a próxima consulta agendada, mas se houver necessidade de demanda imediata de problemas de saúde agudo é feito o acolhimento, consulta de enfermagem e avaliado pelo medico assistente e definida a conduta a seguir, o qual pode ocorrer a qualquer dia da semana. A equipe de saúde realiza atividades com grupos de idosos em media de duas vezes por mês, no âmbito da UBS ou na associação de bairro, que coincide quase sempre com os grupos de hipertensos e diabéticos, sendo representado em maior número por idosos. Participam das atividades o enfermeiro, o médico de família, técnicos de enfermagem, odontólogo, agentes comunitários de saúde e outros convidados de secretaria municipal de saúde.

No grupo são realizadas palestras acerca da importância de praticar exercícios físicos, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção da saúde bucal, a psicóloga palestra sobre saúde mental, principalmente a depressão, tabagismo e alcoolismo e sua repercussão negativa na nossa sociedade e nossa saúde, e também sobre a prevenção de lesões não intencionais (acidentes na casa como caídas que eleva o índice de acamamento por fraturas ósseas, principalmente fêmur). Pode-se dizer que os indicadores de qualidade da atenção da pessoa idosa estão bem, porque de um total de 434 idosos que são atendidos na UBS, sendo que: 410 apresentam caderneta de saúde do idoso, tem avaliação multidimensional rápida e apresentam acompanhamento em dia de acordo com o protocolo de atendimento do Ministério da Saúde, que representa o percentual de 94% do total, 371 idosos com HAS e 117 com Diabetes Mellitus, que representa 85% e 27% respectivamente, 410 idosos tem avaliação de risco para morbimortalidade, investigação de indicadores de fragilização na velhice, assim como orientação sobre hábitos alimentares saudáveis e realização de atividades físicas regularmente, que representa o 94%. A equipe possui problemas ainda com a avaliação da saúde bucal, pois o consultório odontológico é de recente implantação na UBS, mas poderá ser resolvido no passo dos dias, neste aspecto só o 30% dos idosos que são atendidos na área de abrangência.

Além de ter boa cobertura na atenção de saúde do idoso, a unidade enfrenta também algumas deficiências que poderiam melhorar, por exemplo, a interconsulta

com outros especialistas que é muito demorada no município e dificulta o processo de trabalho e influi negativamente na atenção integral e na saúde dos idosos.

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

Depois de ler e analisar o texto escrito no início e compará-lo com o atual, é possível dizer que saúde da população melhorou. Hoje em dia o trabalho é mais completo, mais organizado e sem dúvida mais direcionada na prevenção e promoção de saúde. A coleta de dados e a realização de atividades educativas permitiu conhecer profundamente as características sócio demográficas da população, assim como identificar os principais problemas de saúde que afetam a vida da comunidade. Permitiu também o planejamento de estratégias para a resolução dos mesmos. Hoje pode-se dizer que os membros da equipe estão mais unidos, e que os objetivos são os mesmos, melhorar a qualidade de vida dos usuários com competência técnica, comprometimento e humanidade.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM), são doenças que geram problemas de saúde frequentes aos adultos em idade produtiva e demandam um número maior de consultas em ESF. A HAS e DM são as doenças crônicas mais prevalentes na população mundial. Têm sido a principal causa de infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC), Insuficiência Renal Crônica (IRC), Insuficiência Vascular Periférica, e como consequências, as amputações, retinopatias e outras doenças incapacitantes (Brasil, 2013). Outro dado importante sobre a gravidade da HAS e do DM é seu curso silencioso, o que implica no atraso do início do tratamento, podendo levar a desfechos graves. Quanto ao tratamento, pode-se dizer que mais do 80% dos hipertensos e diabéticos podem ser tratados na atenção básica, pois são de fácil rastreamento e diagnóstico. Não requerem tecnologia sofisticadas e podem ser tratadas e controladas com medicamentos de baixo custo e ou gratuitos na própria Unidade de Saúde ou no Programa Farmácia Popular, e tais medicações têm poucos efeitos colaterais e eficácia comprovada. Frente à magnitude do problema, a equipe de saúde determinou como prioridade, essas doenças, para estabelecer o foco da intervenção.

A UBS conta com uma equipe de saúde da família, integrada por uma enfermeira, um médico clínico geral ou da família, uma técnica de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, um pediatra, um ginecologista, duas recepcionistas, um vigilante e uma higienizadora. A população total da UBS é de 4353 habitantes, e possui uma estrutura física muito boa, pois está estruturada por uma sala de espera, uma recepção, um consultório odontológico, banheiros para deficientes físicos-motores, uma sala de triagem, uma sala de vacina, uma sala de enfermagem, um consultório ginecológico, um consultório do clínico geral e pediatra, uma sala de

curativos e procedimentos de enfermagem, três banheiros (sendo um de uso exclusivo para funcionários e dois reservados ao público), uma sala de esterilização, uma cozinha, um dispensário de medicamentos que coincide com a recepção, um quarto de lixo contaminado (expurgo), e uma área de higienização.

A UBS Cidade Baixa e Medianeira acompanha 764 hipertensos que representam 18% da população abrangente, estando de acordo com as estimativas de média populacionais, as quais estão entre 15 e 20% da população maior de 20 anos, com uma cobertura de 79%. No caso dos pacientes diabéticos pode-se dizer que a UBS está abaixo da média nacional com 235 usuários que representam 5,5% do total de habitantes, e 85% de cobertura segundo o Caderno de Ações Programáticas, quando a prevalência do Brasil está próxima a 7,0% em adultos maiores de 20 anos, destes, 117 diabéticos têm 60 anos ou mais (26,9%), ficando acima da prevalência nacional (20%). Realizamos ações de promoção nas consultas e visitas domiciliares, tratando de temas de interesse para eles, como alimentação saudável e prática de exercícios físicos, entre outros. Pretendemos melhorar ou programar os seguintes aspectos: ampliar a cobertura de atendimento para os pacientes hipertensos e diabéticos, realizar acompanhamento em dia e avaliação de risco cardiovascular, manter controlados e compensados os pacientes com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, e estimular a alimentação saudável e a prática de atividades físicas regulares.

Esta intervenção será importante no contexto da APS, porque irá permitir melhor controle e organização das ações de promoção e prevenção de saúde nesta população, diagnóstico comunitário, planejamento e execução com dados da situação de saúde real da UBS. Com esta intervenção, pretende-se melhorar a cobertura dos serviços para este grupo de paciente, e melhorar a clínica especializada com melhor qualidade. Problemas e deficiências serão abordados em um plano de ações em conjunto com a comunidade e gestão para que sejam resolvidos.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção aos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus acima de 20 anos de idade da

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a usuários hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 70% dos usuários Hipertensos da área de abrangência no programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Meta 1.2: Cadastrar 70% dos usuários Diabéticos da área de abrangência no programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

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 diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

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

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 usuários hipertensos.

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família Cidade Baixa/Medianeira, no Município de Butiá, no RS. Participarão da intervenção todas as pessoas situadas nesse território acima de 20 anos, aproximadamente 67% (n=2916) do total população do território. Entre estas, foram foco da intervenção aquelas cadastradas como hipertensas - que correspondem a 22,7% (n=662) e como diabéticas – que correspondem a 5,6% (n=163) segundo o Caderno de Ações Programáticas.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a usuários hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1 Cadastrar 70% dos usuários Hipertensos da área de abrangência no programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Meta 1.2 Cadastrar 70% dos usuários Diabéticos da área de abrangência no programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Monitoramento e avaliação

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

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

DETALHAMENTO: Cada agente de saúde em função do monitoramento e avaliação terá como ponto permanente nas reuniões das semanas a análise do número de hipertensos e diabéticos existentes revisando qualquer mudança acontecida com estes, exemplo migrações, falecimento ou que esteja fora da área de jeito transitório, mesmo assim se avaliará na reunião da equipe geral uma vez por mês o número cadastrados por cada agente de saúde.

Organização e gestão do serviço

- Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.
- Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de diabetes.
- Garantir material adequado para realização do Hemoglicoteste na unidade de saúde.

DETALHAMENTO: Para garantir o registro dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no programa a equipe de trabalho revisará em cada reunião de equipe mensalmente o registro especial destes pacientes, será assignado um responsável para manter estes registros atualizados. O acolhimento será feito inicialmente na recepção da ESF, e continuado pelo resto da equipe de acordo ao atendimento solicitado pelo usuário, sendo este aspecto uns dos pilares mais importantes no atendimento diário na UBS/ESF. A enfermeira da ESF pactuará com a Secretaria Municipal de saúde para obtenção e revisão de qualidade das fitas de HGT, Glicômetro e Esfigmomanômetro.

Engajamento público

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

DETALHAMENTO: Para melhorar o engajamento público a equipe de trabalho da ESF fará palestras na comunidade, no âmbito das Associações de Bairro, acerca da existência do Programa de Atenção à HAS e DM da UBS/ESF, da importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e DM. Serão feitos folder informativos sobre estes aspectos e disponibilizados no âmbito da UBS/ESF. Serão distribuídos na comunidade, pelos agentes comunitários de saúde, folders pequenos com todas as informações referentes ao tema.

Qualificação da prática clínica

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

DETALHAMENTO: Para a capacitação dos ACS, e a equipe em geral, serão agendadas palestras no salão de reuniões da Secretaria Municipal de Saúde mensalmente, e no âmbito da UBS/ESF na reunião de equipe. Serão utilizados como referências bibliográficas os Cadernos da Atenção Básica disponibilizados pelo Ministério da Saúde, e terá como responsável pela capacitação ao médico da família.

Qualificação:

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

Meta 2. 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 diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

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

Monitoramento e avaliação

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos.

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes diabéticos.

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

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

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

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

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

- Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

- Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

DETALHAMENTO: Para melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos da cadastrados na ESF, a equipe terá a responsabilidade de monitorar o numero de hipertensos e diabéticos com exame clínico apropriado, para fazer esta tarefa será criado um sistema de registro das informações interno, que contemple nome do usuário, idade, data de nascimento, numero de cartão do SUS, patologias, fatores de risco, exames solicitados com data de expedição e resultados, e anotações especiais para outros aspectos psicossociais do usuário. Terá como responsável do preenchimento e atualização o medico de família, e enfermeira da UBS.

Organização e gestão do serviço.

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

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

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde. "

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

- 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.

- 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.

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

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

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

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

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

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

DETALHAMENTO: Cabe a cada membro da equipe de trabalho conhecer suas atribuições e cumprir as mesmas. A enfermeira da UBS fará impressão das atribuições de cada membro da equipe e segundo cargo que desenvolve e entregará na primeira semana de iniciado o projeto. A capacitação da equipe será feita mensalmente, no salão de reuniões da secretaria municipal de saúde, e na reunião de equipe no âmbito da UBS/ESF, alternadamente, serão utilizados materiais atualizados disponibilizados na UBS/ESF, (cadernos da atenção básica disponibilizada pelo Ministério da Saúde), e terá como responsável o médico de família. Serão planejadas reuniões com o gestor municipal para garantir agilidade na realização dos exames complementares definidos no protocolo. Caberá a enfermeira da UBS/ESF a responsabilidade de checar mensalmente o estoque de medicamento, fará controle estrito da data de caducidade, medicamentos em falta, e fará registro das necessidades de medicamentos dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde e será discutida com o gestor municipal para procurar o fornecimento dos mesmos na Farmácia Popular do município. No registro especial que será feito na UBS ficará agendado a necessidade de atendimento odontológico dos pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS, e será feita uma ordem de prioridade, sendo o médico de família o responsável para definir a prioridade. Caberá ao Odontólogo da UBS, em conjunto com a enfermeira e recepcionista, reajustar agenda de atendimento odontológico segundo prioridade.

Engajamento público

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

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

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

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

DETALHAMENTO: Serão feitas palestras educativas no âmbito da associação de bairro para fornecer informações de prevenção e promoção em saúde, que serão realizadas com uma periodicidade mensal, e ficarão como responsáveis o médico de família e a enfermeira da UBS, e serão desenvolvidos em horários da tarde. Serão feitas folders educativos que serão disponibilizados na UBS e será explicado pontualmente a cada paciente e familiar na hora da triagem pela enfermeira e resto da equipe.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos cadastrados na UBS.

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado dos pacientes diabéticos cadastrados na UBS.

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

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

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

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

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

DETALHAMENTO: A capacitação da equipe para a realização de exame clínico apropriado em pacientes hipertensos e diabéticos será feita pelo médico da família e a enfermeira da UBS, no âmbito da unidade básica. Serão feitas atualizações profissionais acerca do tratamento da HAS e DM, para os quais serão

utilizados materiais atualizados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, portal UNASUS, Medicina baseada na evidência, Tele saúde, entre outros.

Adesão:

Objetivo 3. Garantir a adesão à consulta dos pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS.

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.

Detalhamento das ações:

Monitoramento e avaliação

. Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo para hipertensos e diabéticos da UBS.

DETALHAMENTO: Serão disponibilizados na UBS/ESF de forma impressa, todos os protocolos de atuação atualizados, para facilitar o monitoramento do cumprimento dos protocolos para hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS. Terá como responsável ao médico da família que atua na UBS, e será feito com uma sequência quinzenal.

Organização e gestão do serviço

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

DETALHAMENTO: Mediante a revisão sistemática dos registros de consultas dos pacientes hipertensos e diabéticos da UBS/ESF, serão identificados os faltosos às consultas, e a enfermeira comunicará aos agentes de saúde, na reunião semanal, acerca dos pacientes faltosos de suas respectivas áreas, e será organizada a busca ativa destes pacientes, disponibilizando um dia da semana para este objetivo. A agenda de atendimento será reorganizada para o acolhimento destes pacientes, disponibilizando fichas extras para demanda espontânea. Será elencado um profissional por turno que deverá receber os pacientes que evadiram o plano de intervenção e foram reposicionados por busca ativa.

Engajamento público

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

DETALHAMENTO: Nas consultas médicas, nas palestras com os grupos de usuários, nas visitas domiciliares semanais pelo médico e enfermeira, nas visitas domiciliares feitas pelos agentes comunitários será explicado como será a programação das consultas e sua importância.

Qualificação da prática clínica

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

DETALHAMENTO: Nas reuniões de equipes semanais, será planejada meia hora para capacitar aos agentes comunitários sobre como devem fazer as orientações aos usuários a realizar as consultas e sua periodicidade.

Registro:

Objetivo 4. Manter os registros adequados dos pacientes hipertensos e diabéticos.

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.

Monitoramento e avaliação

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

DETALHAMENTO: A enfermeira da UBS avaliará a cada semana os registros dos usuários atendidos na semana e levará na reunião de equipe as dificuldades ou erros em cada registro.

Organização e gestão do serviço

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

DETALHAMENTO: Os agentes comunitários terão acesso aos registros dos usuários de sua área de abrangência para revisar se estão em atraso às consultas de acompanhamento e na realização de exame complementar, a enfermeira verificará a cada semana os que não realizaram os exames complementares, a realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença, também revisará semanalmente quais usuários não estão avaliados corretamente e informará na reunião de equipe sobre as deficiências.

Engajamento público

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

DETALHAMENTO: A orientação dos usuários sobre os direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário será feita nas consultas médicas, cada visita domiciliar, palestras e reuniões de grupo por cada membro da equipe de acordo ao contexto.

Qualificação da prática clínica

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

DETALHAMENTO: Nas capacitações planejadas nas reuniões da equipe o médico e enfermeiras realizarão capacitação a toda a equipe em relação aos registros necessários ao acompanhamento dos usuários. Em cada reunião de equipe se necessário se capacitará a equipe para que saibam adequadamente como fazer o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Avaliação de risco:

Objetivo 5. Realizar avaliação de risco a todo paciente hipertenso e diabético.

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.

Monitoramento e avaliação

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

DETALHAMENTO: O médico mensalmente fará o monitoramento da verificação de estratificação de risco por ano para identificar quais usuários não estão verificados para resgatar-lhes e avaliar-lhes em consulta.

Organização e gestão do serviço

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

DETALHAMENTO: Ao serem identificados os usuários de alto risco, estes serão listados e priorizados, tanto para consultas médicas, como para o agendamento de exames complementares e para as visitas domiciliares realizadas pelas ACS, pelo médico e pela enfermeira. De acordo com os usuários classificados neste grupo, semanalmente serão organizadas as agendas para os usuários que deverão ser priorizados para agendamento na próxima semana.

Engajamento público

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

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

DETALHAMENTO: A orientação dos usuários sobre o nível de risco e sua importância do acompanhamento regular para evitar complicações será feita nas reuniões de grupos, nas palestras, visitas domiciliares e consultas médicas, pelos membros da equipe de acordo com sua competência. A orientação para esclarecer aos usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis será feito nas palestras e reuniões de grupo pelo médico e enfermeira, serão preparados temas específicos sobre alimentação saudável e outros hábitos de vida.

Qualificação da prática clínica

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

. Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

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

DETALHAMENTO: Isto será feito nas capacitações, nas reuniões de equipe pelo médico da UBS, tendo como objetivo que a equipe de trabalho saiba como realizar a estratificação de risco, conheça a importância de registrar esta avaliação, e de como fazer estratégias para o controle dos fatores de risco modificáveis.

Promoção da Saúde:

Objetivo 6. Garantir ações de promoção em saúde dirigidas aos pacientes 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 usuários hipertensos.

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

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

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

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

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

Monitoramento e avaliação

. Monitorar a realização de orientação nutricional aos pacientes hipertensos e diabéticos da área.

. Monitorar a realização de orientação para atividade física regular nos pacientes hipertensos e diabéticos da área de abrangência.

. Monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS.

. Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos pacientes hipertensos e diabéticos.

DETALHAMENTO: O monitoramento destas atividades será feita mediante os registros de hipertensos e diabéticos e nos prontuários clínicos, vamos anotando e ter o controle, além de parceria com outros profissionais como nutricionistas para a adequada orientação.

Organização e gestão do serviço

. Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e para orientação de atividade física.

. Demandar junto ao gestor parceiras institucionais para envolver nutricionistas e educadores físicos nesta atividade.

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

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

DETALHAMENTO: Nas reuniões de grupo, que realizamos uma vez ao mês, será abordado o tema relacionado com alimentação saudável e prática de atividade física além de palestras educativas nas consultas planejadas para estes usuários na UBS. Será solicitada ao gestor municipal de saúde, mediante as reuniões que serão planejadas, a participação da nutricionista e educador físico do município que trabalha com o SUS, para que participe uma vez ao mês nas reuniões de grupo com estes usuários da comunidade para uma orientação detalhada sobre alimentação saudável e prática de atividade física. Será solicitada, na reunião com o gestor municipal de saúde, a possibilidade da compra de medicamento antitabagismo de acordo a quantidade de usuários fumantes que precisem deste tratamento, para priorizá-los.

Engajamento público

- . Orientar a usuários e familiares sobre a importância da alimentação saudável, prática de atividade física, existência de tratamento para abandonar o tabagismo e higiene bucal.

DETALHAMENTO: Esta orientação será feita nas visitas domiciliares feitas pela equipe de saúde, nas consultas médicas e nas palestras com os grupos. Explicaremos a eles sobre a importância desses temas para prevenir complicações das doenças.

Qualificação da prática clínica

- . Capacitar a equipe da unidade básica da saúde sobre prática de alimentação saudável.

- . Capacitar a equipe da unidade básica de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

- . Capacitar a equipe de saúde sobre o tratamento de usuários tabagistas.

- . Capacitar à equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

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

DETALHAMENTO: Será solicitada ao gestor municipal de saúde que a nutricionista e o educador físico do SUS façam uma capacitação sobre os temas e realizar-se na UBS com toda a equipe nas reuniões de equipe, onde será feito também capacitação sobre tratamento atualizado antitabagista pelo médico da UBS, de maneira que os usuários possam entender melhor sua importância. Será solicitado ao Odontólogo da UBS capacitação da equipe para oferecer orientações sobre higiene bucal aos pacientes e familiares.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a usuários hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1 Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde

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

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

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

Meta 1.2 Cadastrar 70% 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 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 diabéticos.

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

Meta 2.3 Garantir a 100% dos hipertensos cadastrados 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 cadastrados 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 para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados com prescrição de medicamentos.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados com prescrição de medicamentos.

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

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 cadastrados.

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 diabéticos ao programa

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos 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 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

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

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

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

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

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

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos com risco para doenças cardiovasculares.

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

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular

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

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

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

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

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 dos hipertensos e diabéticos.

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

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 cadastrados.

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 cadastrados.

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 cadastrados.

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 cadastrados.

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 cadastrados.

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 cadastrados.

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 cadastrados.

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 o monitoramento do número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa a equipe de saúde será utilizado o prontuário clínico e registro de atendimentos disponíveis na UBS e no município. Para coletar todos os dados necessários ao monitoramento da intervenção o médico de família e a enfermeira, irão elaborar uma ficha complementar e farão contato com o gestor municipal para imprimir as fichas complementares adequadas. A capacitação da equipe será feita na UBS, e será disponibilizada 1 hora no horário adicionalmente utilizado para a reunião de equipe.

Para monitorar a realização de exame clínico cabe ao médico da família, conforme suas atribuições, auxiliar aos demais integrantes da equipe na realização de cada etapa do exame clínico se tiver dúvida. Para orientar os pacientes e a comunidade pode ser usada a sala de espera da unidade durante o período em que os pacientes estão aguardando para consultas com a utilização de cartazes, áudios e vídeos e a Associação de Moradores dos Bairros Cidade Baixa e Medianeira duas vezes ao mês para realização de Grupo de Hipertensos e Diabéticos. Para que seja feita a capacitação da equipe serão utilizados materiais de apoio (textos do ministério, cadernos de atenção básica do SUS atualizados) e será feita pelo médico

da família e a enfermeira na sala de reunião do Posto Central da Secretaria Municipal de Saúde duas vezes ao mês.

A partir do momento que a unidade tiver o cadastro de 100% de seus hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares a 100% destes pacientes vai depender de um registro especial (prontuário diferenciado) a cada um destes pacientes, especificando data de solicitação, exames solicitados, data de retorno para mostrar resultados de exames e data da próxima consulta. Este registro será monitorado pela enfermeira semanalmente que contará com o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde para fazer a busca ativa dos pacientes que estarão perto da data de realização de novos exames, consultas e pacientes faltosos, e ficará em suporte eletrônico. A equipe de saúde será capacitada pelo médico da família e a enfermeira segundo protocolo adotado na UBS de 15 em 15 dias durante 45 dias.

O médico da família no momento da consulta vai identificar aos pacientes Hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico e será disponibilizado um registro especial já existente na UBS para cada consulta odontológica realizada com estes pacientes. Para organização deste serviço serão disponibilizadas duas fichas diárias para atendimentos odontológicos de hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação feita pelo médico da família da necessidade deste atendimento. Para manter a comunidade informada e engajada será usado o espaço dos grupos de diabéticos e hipertensos e salas de espera. A equipe será capacitada durante a reunião de equipe mensalmente pelas dentistas.

Para monitorar os pacientes faltosos será organizada uma agenda especial de controle de consultas para pacientes hipertensos e diabéticos (os mesmos estarão também na agenda normal de atendimentos). Serão realizadas visitas domiciliares aos pacientes faltosos através da análise da agenda, realizada uma vez da semana com um membro da equipe fixa da UBS junto aos agentes comunitários de saúde. A capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde será feita duas vezes ao mês durante as reuniões pelo médico de saúde da família e a enfermeira.

Criar um modelo de registro padrão para disponibilizar as informações do paciente à todos os membros da equipe de forma clara. Para organização da gestão dos serviços será disponibilizado na recepção da UBS um modelo registro padrão para que todos os membros da equipe possam registrar as ações de saúde realizadas com os hipertensos e diabéticos atendidos pela UBS. Para que se

mantenham atualizadas as informações do SIAB a equipe deve ter compromisso de encaminhar os registros até o segundo dia útil d mês ao digitador destes registros na Secretaria Municipal de Saúde. O responsável em monitorar estes registros será o enfermeiro da UBS.

No registro especial de atendimentos será monitorizado pela enfermeira e medico de família, duas vezes ao mês. Os pacientes serão avaliados clinicamente e identificados os de alto risco e será disponibilizado um atendimento prioritário a este grupo de pacientes. As orientações serão dadas de acordo ao Caderno de Atenção Básica # 36 Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica Diabetes Mellitus e # 37 Hipertensão Arterial, de igual maneira será capacitada a equipe de saúde pelo médico de família e a enfermeira de 15 em 15 dias na sala de reuniões da Secretaria Municipal de Saúde.

A orientação nutricional sobre alimentação saudável, as orientações para a pratica de atividade física regular, sobre os riscos do tabagismo, e sobre higiene bucal serão monitoradas por a enfermeira e o médico da família e serão feitas uma vez ao mês, na associação de moradores, e serão desenvolvidas por educador físico, nutricionista e odontologista. A equipe de saúde recebera capacitação duas vezes ao mês de acordo com os Cadernos de Atenção Básica # 36 e 37 disponibilizados por o Ministério de Saúde.

2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Cadastramento de hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Monitoramento do número de hipertensos e diabéticos cadastrados			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aquisição de material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e medida de Hemoglicoteste na unidade de saúde.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Informação a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Durante 16 semanas a equipe da ESF Cidade Baixa / Medianeira colocou em prática seu projeto de intervenção voltado à atenção primária em saúde, com objetivo de melhorar a atenção aos usuários com HAS e DM acima de 20 anos de idade da UBS Cidade Baixa / Medianeira do Município de Butiá. Elencou-se alguns objetivos específicos, que são ampliar a cobertura a usuários hipertensos e diabéticos, melhorar a qualidade da atenção, melhorar a adesão, melhorar o registro das informações, mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e promover a saúde.

Ações de promoção e proteção da saúde são fundamentais para a reorientação dos modelos assistenciais, sendo uma estratégia de articulação transversal que objetiva a melhoria na qualidade de vida e a redução dos riscos à saúde, através da construção de políticas públicas saudáveis, que proporcionem melhorias no modo de viver. (BRASIL, 2007, p.168). Para tornar a execução do projeto mais eficiente, foi planejado um conjunto de ações que deveriam ser executadas e que serão discutidas aqui, em se tratando não só de seu desenvolvimento ou não, mas da categorização dessas ações, enquanto efetivas ou não, dos resultados qualitativos obtidos em cada uma delas, das facilidades e dificuldades encontradas em cada encontro, em cada intervenção. Todas as ações planejadas visaram aperfeiçoar o programa, colocando a prevenção de saúde em debate com a comunidade e incitando modos de viver mais ancorados em uma existência cuja a saúde. Entretanto, algumas delas não puderam ser implementadas. É relevante dizer que a condição ética de admitir a não eficácia total das intervenções planejadas potencializa a equipe de trabalho para que esta siga

apostando em modelos estratégicos de saúde, conforme preconiza o SUS ao tratar das ações de promoção e proteção:

Refletindo sobre a intencionalidade de ampliarmos a cobertura a usuários com HAS e DM, um dos pontos positivos que se destacam como foi o efetivo engajamento dos ACS, no sentido de elaborarem um diagnóstico prévio sobre usuários com esse perfil, cadastrando-os e convidando-os a participarem das atividades, esclarecendo sobre a importância de uma postura preventiva. Um dos fatores negativos desse primeiro momento foi a incompletude da equipe de ACS. Isso deixou duas zonas do território para serem cobertas por outros agentes, o que certamente pode ter ocasionado o não cadastramento de algum usuário potencial, já que, não sendo os agentes específicos desses territórios, podiam desconhecer intimamente o perfil deste. Ainda assim, considera-se que as metas estabelecidas para aumentar a cobertura foram efetivadas.

Com relação a nosso segundo objetivo, que é melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos, destaca-se a capacitação feita com os ACS, para que possam efetuar uma abordagem mais eficiente. Para isso, tiveram contato com vários documentos disponibilizados pela secretaria de saúde e também os textos da atenção básica disponibilizados nas UBS pelo Ministério da Saúde. Foram discutidos na capacitação os protocolos dos Cadernos de Atenção Básica No.37 - HAS, No.36 - DM, No.17 - Saúde Bucal e No. 29 - Rastreamento. A qualificação, como um todo, foi positiva. Esta atividade foi realizada no período do carnaval, o que gerava certa expectativa, já que se temia que isso pudesse ser um fator desestimulante. Felizmente, todos estavam engajadíssimos e empolgados, já que era o primeiro programa desenvolvido nesse território e para essa população.

Foram realizadas reuniões em equipe, onde assuntos relevantes aos cuidados para pacientes HA e DM foram abordados, na forma de minicurso e diálogo aberto entre os profissionais, onde as ideias de cada um foram muito proveitosas, sendo que em uma dessas reuniões surgiu a criação de um folder sobre cuidados para com pacientes HA e DM que foram entregues a comunidade. Estas reuniões também deram origem a nova abordagem no grupo de HA e DM, com a inserção de uma equipe multidisciplinar nesses eventos, a fim de cuidar do paciente como um todo, e não apenas monitorando suas verificações de PA e hemoglicoteste, compondo um cenário estratégico no trato dessas patologias.

Cabe relatar, também, que a intervenção da equipe multidisciplinar no tratamento destes usuários não se dá apenas no contexto do grupo nos espaços da ESF, mas também em visitas domiciliares que passaram a ser realizadas pela dentista, enfermeira, psicólogo, médico, juntamente com os ACS, abordando duas questões importantes: o vínculo que precisa ser criado entre a equipe e o paciente; e a participação e o incentivo dos familiares para que o paciente tenha sucesso em seu tratamento. Outra questão relevante desse período foi o período de férias de alguns profissionais (incluindo médico) nesse período de término de verão. Apesar de isso ter produzido alguns transtornos no sentido de que se tinha uma equipe reduzida, percebeu-se que o engajamento dos que estavam trabalhando superou essas dificuldades não gerando prejuízo significativo no andamento das intervenções, como se poderá avaliar nos gráficos, cujos números de usuários de atendidos e devidamente registrados com relação a esse período aumenta sutilmente, o que indica que a equipe manteve o ritmo.

Nosso terceiro objetivo foi de melhorar a adesão de usuários com HAS e DM, que são doenças frequentes aos adultos em idade produtiva e demandam um número maior de consultas. Trabalhou-se no sentido de promover a conscientização dos usuários de que essas são doenças silenciosas e que seguidamente produzem desfechos ruins. Pretendia-se, com isso, fomentar a adesão. Também desenvolvemos uma estratégia de busca ativa com os ACS, para que visitássemos todos os usuários que não compareciam a consultas agendadas para o tratamento. Obviamente que essas buscas e essas interpelações foram executadas de modo humanizado, respeitando as particularidades dos usuários.

Para o quarto objetivo, desenvolvemos atividades encaminhadas a capacitar à equipe de saúde acerca do preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos da UBS. Dialogamos sobre o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas e falamos sobre estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Também procuramos garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e medida de Hemoglicoteste na unidade de saúde, dialogando com a gestão e explicando todo o processo de conscientização que estávamos tentando produzir com relação à coleta

de dados e que nada disso adiantaria caso nossos instrumentos não fossem precisos.

Pensamos em desenvolver registro do acompanhamento clínico dos usuários integralizado, tendo todas as atividades/consultas dispostas em um só registro. Mas não conseguimos porque todas as possibilidades que a equipe trouxe (sistematização informacional de dados, fichas integralizadoras, programa computacional para atualização digital de dados) não são possíveis ainda no nosso sistema de saúde, seja por carência de recursos, seja pela falta de consciência com relação à importância dos registros por parte da gestão, etc. Contudo, mesmo sem termos desenvolvido ainda esse novo instrumento de unificação de dados, consideramos que as ações propostas para melhorar os registros foram desenvolvidas com plenitude.

Com relação ao quinto objetivo, efetivamos busca territorial e documental (acessando prontuários da ESF) para descobrir quem é o público alvo. Orientamos os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Consideramos que nossas ações não foram efetivas por muitas questões, como: demora na realização dos exames complementares, não conseguindo otimizar a obtenção desses resultados; evasão no tratamento; insistência por parte dos usuários em não considerar a associação dessas comorbidades, recusando-se, por vezes, a ingressar efetivamente em grupos de hipertensos.

Realizamos a orientação nutricional durante as consultas médicas e de enfermagem. Essas orientações foram dadas por médico e enfermeiros, primeiramente. Posteriormente, médico e enfermeira realizaram capacitação com ACS para que pudessem multiplicar essas informações, produzindo saúde. Orientamos hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável. Organizamos, também, discussões coletivas (equipe ESF e usuários nos grupos específicos de HAS/DM) sobre alimentação saudável e a necessidade de demandar ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade. Também capacitamos a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável, visando capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde alimentar. Além da orientação nutricional, também buscamos realizar outras ações para cumprir o último objetivo,

sugerindo regras e mudanças de hábitos. Essas ações foram realizadas tanto nos encontros dos grupos de HAS/DM como nas consultas médicas e nos atendimentos de enfermagem, contando, ainda, com o reforço dos ACS nas suas visitas domiciliares diárias.

Capacitamos a equipe para a realização de exame clínico apropriado, capacitando a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares. Monitoramos o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e periodicidade recomendada. Orientamos os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares. Monitoramos os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico da UBS. Organizamos ações para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos da UBS, e organizamos a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Orientamos a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos. Capacitamos a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos da UBS. Monitoramos o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo para hipertensos e diabéticos da UBS. Organizamos visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares, como descrevemos nos parágrafos iniciais. Informamos a comunidade sobre a importância de realização das consultas, e esclareceremos aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Com relação ao engajamento público, distribuímos panfletos no território da ESF, trabalho executado predominantemente por ACS. Também orientamos os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, demonstrando nosso engajamento em garantir seus direitos de usuário. Colocamos um cartaz informativo na ESF que tratava desse direito. Orientamos os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e esclarecemos, aos pacientes e a comunidade, à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis. Tal orientação foi passada por médico e enfermeira e, posteriormente, reforçada por

ACS. Monitoramos o número de pacientes hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. Priorizamos o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda. Capacitamos a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. Acompanhamos a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos da ESF, indagando-os sobre a sua rotina de exercícios. Essa atividade foi realizada por uma enfermeira acompanhada de um ACS.

Acompanhamos a realização de orientação sobre riscos do tabagismo (executadas pelas enfermeiras) aos hipertensos e diabéticos da ESF. Orientamos os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Capacitamos a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas para o enfrentamento a essa droga e capacitamos a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde conversando sobre as cartilhas do MS que tratam dessa temática. Acompanhamos a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos da área de abrangência feita pela dentista da ESF e, posteriormente, conversamos com ela sobre a importância de triagem e de atendimento prioritário a esses usuários. Ficou combinado com a dentista que ela reservaria alguns de seus atendimentos para esse público em todos os dias em que atua na ESF. Organizamos tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual e ter maior possibilidade de coletar outros dados relevantes para nossa intervenção, e também, para humanizarmos o atendimento clínico, efetivando a abordagem biopsicossocial. A parceria com outros técnicos, como psicólogo e dentista contribuíram para a efetivação de uma clínica ampliada. Orientamos os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal. É relevante dizer que as ações de monitoramento foram uma constante em toda intervenção, dado que desde as capacitações/orientações, até o atendimento dos usuários, sempre tivemos o cuidado de produzir registros (como os registros de intervenção feitos semanalmente), seja pela ficha de atendimento, seja pela atualização do SIAB, seja através de relatórios de VD's, relatório dos encontros dos grupos, etc. Certamente, a qualificação continua ajudou todos da equipe a entenderem a importância dessas ferramentas.

Conclui-se que o objetivo geral desse projeto fora atingido, não só pelos resultados obtidos em cada eixo, mas também de melhorar o diagnóstico, registrar

os usuários, inseri-los em um grupo voltado à prevenção, otimizar a detecção de comorbidades, acelerar a possibilidade de execução dos exames a partir do correto fluxo administrativo das demandas de saúde e prioridades e, conscientiza-los sobre a dinamicidade biopsicossocial da vida.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Com relação às ações previstas e não desenvolvidas, entende-se que estas estão situadas no campo da não execução adequada do que do não desenvolvimento. Por exemplo, não foi possível melhorar a execução dos exames médicos para os pacientes com HAS e DM no sentido de diagnosticar se existem outras comorbidades, incluindo cardiopatias por questões tanto de fluxo de trabalho quanto por questões humanas. Também nesse sentido, não se conseguiu demandar junto ao gestor municipal parcerias institucionais para envolver nutricionistas nas atividades de orientação nutricional aos diabéticos e hipertensos da ESF, dada a dificuldade de contratação desses profissionais, em função da restrição de verbas e de dificuldades com relação a vínculo empregatício. Apesar disso, a equipe realizou as ações propostas para orientar sobre hábitos de alimentação saudável. Também tropeçamos no envolvimento de educadores físicos nas atividades de orientação sobre realização de atividade física destes pacientes, já que não conseguimos orientadores voluntários e a contratação não era uma realidade possível, infelizmente. Da mesma forma, o restante da equipe também realizou essas orientações.

Outra ação prevista e não executada foi a compra de medicamentos para usuários interessados em abandonar o tabaco. Embora tivéssemos interessados em usar esses medicamentos para abandono do cigarro, não foi feita a compra por parte do gestor municipal.

Um dado negativo é o fato de não ter ocorrido alguns encontros com o gestor municipal, que serviria para tentarmos dinamizar algumas práticas preventivas, agilizando exames, consultas e afins para esse público alvo, porque tivemos duas ocorrências de emergência na ESF no horário planejado para esta reunião. Chegaram à ESF duas emergências: um paciente com urgência hipertensiva que foi resolvida na ESF e marcada consulta de acompanhamento

ambulatorial no horário da tarde, e outro paciente com queimaduras de 2do grau no membro superior esquerdo, que foi encaminhado para o Hospital urgente.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Com relação à coleta dos dados, adotamos todas as medidas para que eles fossem registrados corretamente, adotando estratégias que aliam técnica de coleta a partir dos instrumentos adequados, e também o registro correto. Desenvolvemos uma planilha de acompanhamento que contém todos os dados necessários com relação ao acompanhamento de cada usuário, com registros que permitem filtragem, como o cruzamento de informações, como por exemplo, de o usuário ter HAS e DM e ser sedentário, ou indicar abandono de tratamento; o que nos mobilizaria a uma busca ativa.

Também as informações do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) foram mantidas atualizadas tanto pelo médico quanto por enfermeiras, que entendem a importância do registro dos dados, para que não se percam, e principalmente, para manter o sistema atualizado, servindo como fonte de consulta. Cabe ressaltar o pacto feito com a equipe, demonstrando-lhes a importância de termos acesso aos dados dos usuários, quanto do direito que eles possuem a esses dados, e também, de como esses dados tornam nosso trabalho estratégico.

As dificuldades encontradas nesse processo geralmente estão associadas ao fator humano, por isso reforçamos bem esta ação nas capacitações. O uso de ferramentas tecnológicas para registro e elaboração de dados foi um desafio superado passo a passo pela equipe, que não tinha amplo domínio sobre os programas de estratificação e quantificação, montando gráficos e tabelas, mas, por fim, acreditamos que conseguimos atingir essa meta de modo satisfatório.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Dadas as descrições acima, conclui-se que poucas foram as ações que não puderam ser incorporadas à rotina de serviços como se havia planejado, como é o

caso da orientação esportiva e nutricional, porque era a equipe mesma que, tendo se qualificado minimamente, realizava essas atividades. Todas as outras foram implementadas e seguem sendo aperfeiçoadas, seja a partir dos registros adequados, seja a partir de busca ativa, seja a partir de maior divulgação do programa, seja no exercício diário de se debruçar sobre as questões referentes aos usuários com HAS e DM que estão no nosso território e pensar em modos de tornar suas vidas mais saudáveis.

O objetivo é tornar todas essas modificações uma prática efetiva não só no tempo desta intervenção, mas que possa ser perene, tornando o trabalho de prevenção e promoção um trabalho estratégico. Para isso, precisa-se do engajamento de toda a equipe e também de uma mudança de comportamento que parte da própria equipe com relação a essas práticas que visamos aprimorar ou seguir implementando na nossa práxis. Considero que todos os profissionais envolvidos, do psicólogo ao dentista, estão mobilizados a continuar as ações. Como próximo passo, estamos pensando em implementar outras intervenções, como grupos específicos para outros grupos de usuários da ESF, como usuários de álcool e outras drogas, construindo uma intervenção focada nesse grupo, especificamente, mantendo somente a lógica de planejamento, qualificação de equipe técnica e ACS, criação de dispositivos de acompanhamento, realizando diagnóstico territorial, redução de danos, etc.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção foi desenvolvida no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Cidade Baixa/Medianeira no Município de Butiá, Rio Grande do Sul. Esta unidade de saúde atende a uma população total de 4353 pessoas sendo que o percentual de pessoas com idade de 20 anos ou mais é de aproximadamente 67% (n=2916) da população do território. Entre estas, foram foco da intervenção aquelas cadastradas como hipertensas - que correspondem a 26,2% (n=764) e como diabéticas – que correspondem a 8% (n=235) segundo o Caderno de Ações Programáticas. Através da intervenção planejada, foi possível chegar aos seguintes resultados:

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a usuários hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1- Cadastrar 70% dos usuários Hipertensos da área de abrangência no programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Meta 1.2 - Cadastrar 70% dos usuários Diabéticos da área de abrangência no programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

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

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

Na área de abrangência da unidade de saúde foram identificadas 2916 pessoas com 20 anos ou mais. Entre elas, o número de hipertensos residentes no território era de 764 pessoas. No início da intervenção, apenas 5,1% (n=39) dos

hipertensos eram acompanhados pela unidade de saúde, proporção que cresceu à medida que a intervenção foi implementada, ampliando a cobertura a estes usuários. No que se refere aos pacientes hipertensos, é possível observar a proporção passando para 10,1% (n=77) no segundo mês, para 11,3% (n=86) no terceiro mês e chegando ao final do quarto mês a 14,1% (n=108), evolução que pode ser observada na Figura 1.

O número de pacientes diabéticos era de 235 pessoas, no início da intervenção, apenas 7,2% (n=17) dos diabéticos eram acompanhados pela unidade de saúde, proporção que cresceu à medida que a intervenção foi implementada, ampliando a cobertura a estes usuários, percebe-se um aumento para 12,8% (n=30) no segundo mês, a manutenção da mesma proporção no terceiro mês e novo crescimento ao final, chegando no quarto mês a 14% (n=33), conforme gráfico (Figura 2). Assim, compreende-se que o objetivo de ampliar a cobertura de atenção aos pacientes hipertensos e diabéticos foi possível devido às ações de busca ativa dos ACS, da estratégia de utilizarmos material de divulgação da intervenção e da dedicação integral da equipe. Entretanto, o resultado alcançado ficou muito distante dos 70% colocados como meta. Os fatores que possivelmente interferiram nesse resultado foram a ausência de alguns ACS que estão afastados do trabalho, férias de alguns profissionais, incluindo o clínico geral, a não eficácia de algumas estratégias de divulgação e outros dados relativos às questões próprias do território, bastante relutante com algumas intervenções.

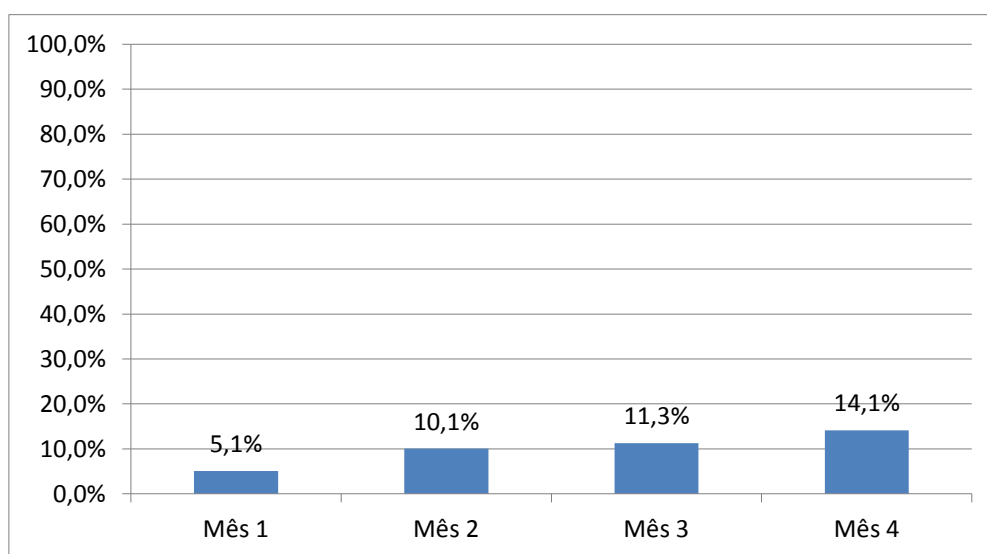


Figura 1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na ESF Cidade Baixa/Medianeira, Butiá, RS. 2015.

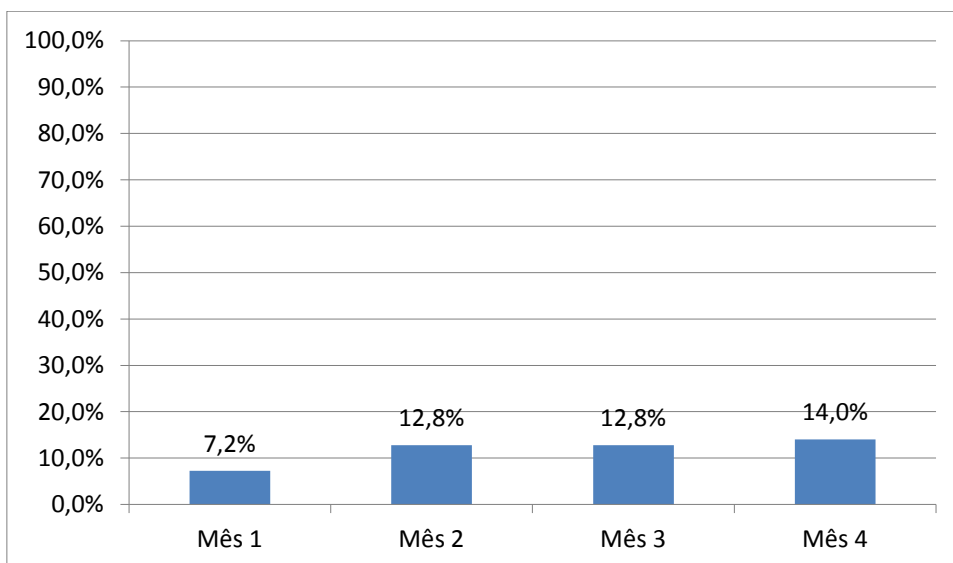


Figura 2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na ESF Cidade Baixa/Medianeira, Butiá, RS. 2015.

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.

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

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

Resultados Alcançados - No início da intervenção, dos 39 hipertensos cadastrados acompanhados pela unidade de saúde 89,7% (n=35) estavam com exame clínico em dia, conforme o protocolo. Ao longo das semanas, assim como cresceu o número de hipertensos acompanhados, aumentou esta proporção. No segundo mês, eram 94,8% (n=73) dos hipertensos acompanhados com exame em dia, no terceiro mês, eram 95,3% (n=82) dos 86 hipertensos acompanhados. Ao final da intervenção, dos 108 hipertensos acompanhados, 96,3% (n= 104) estavam com o exame clínico em dia (Figura 3). No que se refere aos diabéticos, é possível observar que no primeiro mês, dos 17 acompanhados pela unidade de saúde, 76,5% (n=13) estavam com exame clínico em dia. No segundo e terceiro meses, essa proporção se manteve em 90% (n=30) dos 33 pacientes diabéticos acompanhados, subindo um pouco no quarto mês, quando chegou a 90,9% (n=30), dos 33

acompanhados (Figura 4). Compreende-se, portanto, que apesar das metas inicialmente colocadas de realizar exame clínico apropriado em 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos não terem sido atingidas, os resultados foram bons e contribuíram para melhorar a qualidade da atenção a estes pacientes. Isso foi possível devido ao engajamento da equipe e do gestor, qualificando o processo de triagem e a gestão organizando o recebimento desses encaminhamentos. A meta não foi alcançada diante de dificuldades, ora orçamentária, ora da ordem de recursos humanos, no sentido da organização desses processos nas áreas de marcação de consultas.

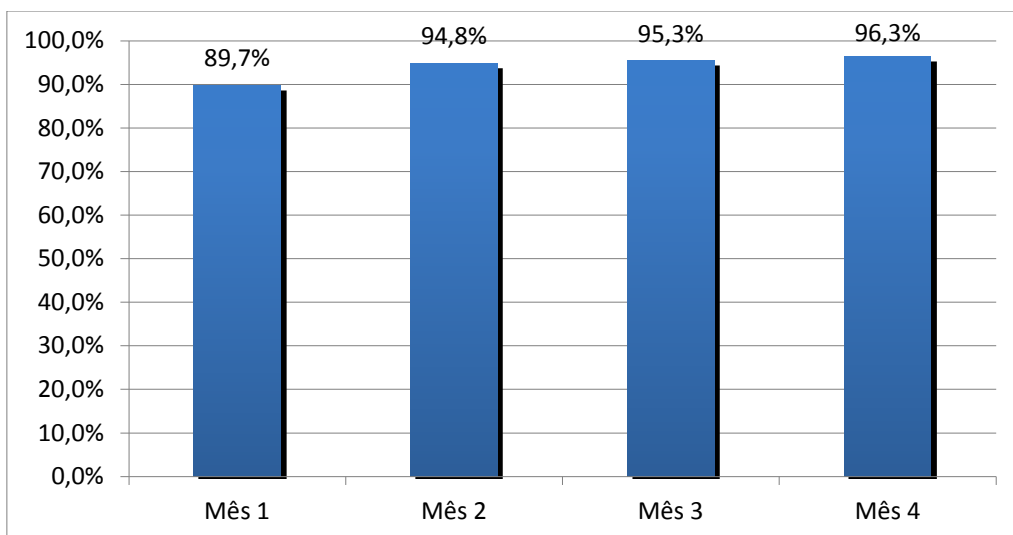


Figura 3. Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na ESF Cidade Baixa/Medianeira, Butiá, RS. 2015.

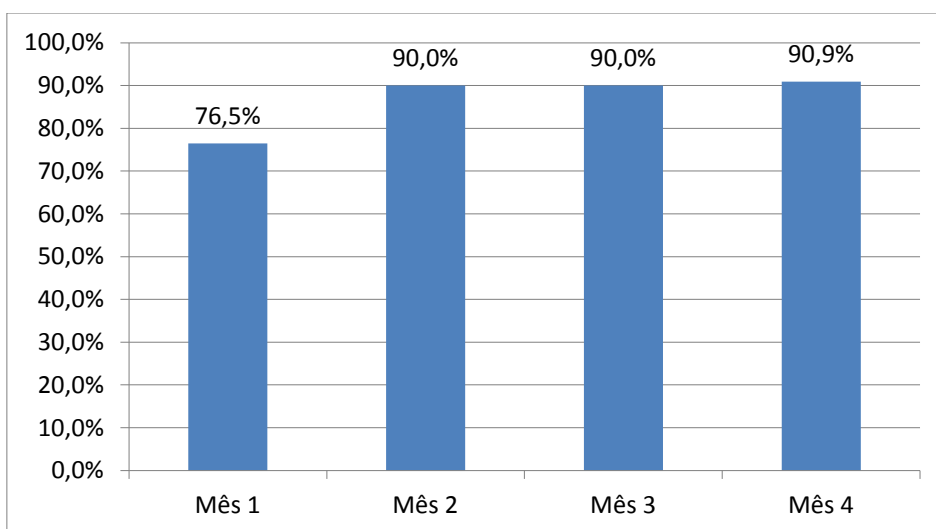


Figura 4. Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na ESF Cidade Baixa/Medianeira, Butiá, RS. 2015.

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

Meta 2.4 Garantir a 100% dos diabéticos cadastrados 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.

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

Resultados Alcançados – A proporção de hipertensos com exames complementares periódicos em dia de acordo com o protocolo inicialmente era de 69,2% (n=27) dos hipertensos acompanhados na unidade de saúde. Esta proporção cresceu de forma pouco significativa ao longo dos quatro meses de intervenção, passando para 74% (n=57) no segundo mês, para 74,4% (n=57) no terceiro mês e chegando ao quarto mês em 76,9% (n=83), conforme gráfico que segue (Figura 5). No que diz respeito aos pacientes diabéticos com exames complementares periódicos em dia de acordo com o protocolo, que inicialmente representavam 64,7% (n=11), o crescimento foi um pouco maior, passando para 80% (n=24) no segundo mês, mantendo essa proporção no terceiro mês e subindo para 81,8% (n=33) no quarto mês (Figura 6). Considera-se que o resultado foi abaixo do esperado, pois o aumento da proporção entre o primeiro e o quarto mês foi bem pequeno em ambos, HAS e DM, e não foi possível atingir as metas previstas. Isto se deve, talvez, pela focalização em outros processos da intervenção, como por exemplo, dos exames periódicos. Também pode se pensar que esse resultado pode ter ocorrido a partir da dificuldade de alguns usuários pra se deslocarem nas datas dos exames, o que configura, hoje, outro parâmetro para análise. Também ocorreram outros fatores que podem influenciar nessa análise, como a incidência de outras intercorrências de saúde nos usuários que participam do grupo, como no caso de um usuário doente mental, que fora internado, ou de outro, que acabou tendo um problema matrimonial e foi para outro território em função da separação, não sendo localizado para que não se esquecesse de alguns exames, que de fato esqueceu.

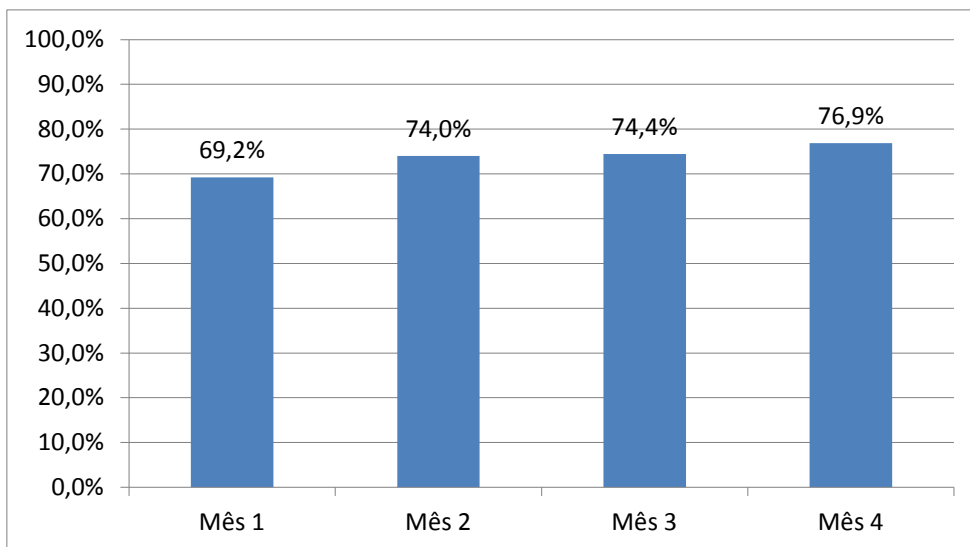


Figura 5. Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Cidade Baixa/Medianeira, Butiá, RS. 2015.

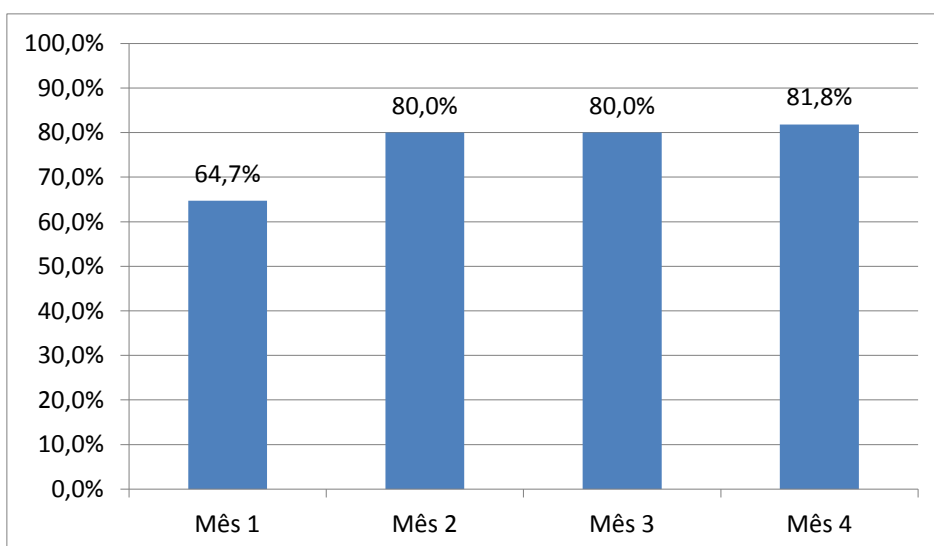


Figura 6. Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Cidade Baixa/Medianeira, Butiá, RS. 2015.

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

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

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

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

Resultados Alcançados – No início da intervenção, a proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada era de 74,4% (n=29) do total de pacientes hipertensos com prescrição de medicamentos. Este índice que aumentou ao longo dos meses, passando para 78,2 (n=61) no segundo, para 80,5% (n=70) no terceiro e chegando a 81,7% (n=89) no último mês de intervenção (Figura 7). O mesmo fluxo foi possível de identificar no caso dos usuários diabéticos: inicialmente 70,6% (n=12) daqueles com prescrição de medicamentos tinham prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, proporção que aumentou para 80,6% (n=25) no segundo e terceiros meses e chegou a 82,4% (n=28) no quarto mês de intervenção (Figura 8). Esses resultados podem ser considerados satisfatórios com relação as metas estabelecidas, visto que não possuímos o controle das medicações e quantidades de medicações para HAS e DM disponíveis na farmácia popular. Mais ações como o contato frequente com a farmácia, a sugestão de aproximação da farmácia junto à gestão, planejando compra de medicamentos foram alternativas que também contribuíram para a evolução do indicador e seguirão contribuindo até que a meta de todos os usuários com HAS e DM cadastrados recebendo suas medicações pela farmácia popular.

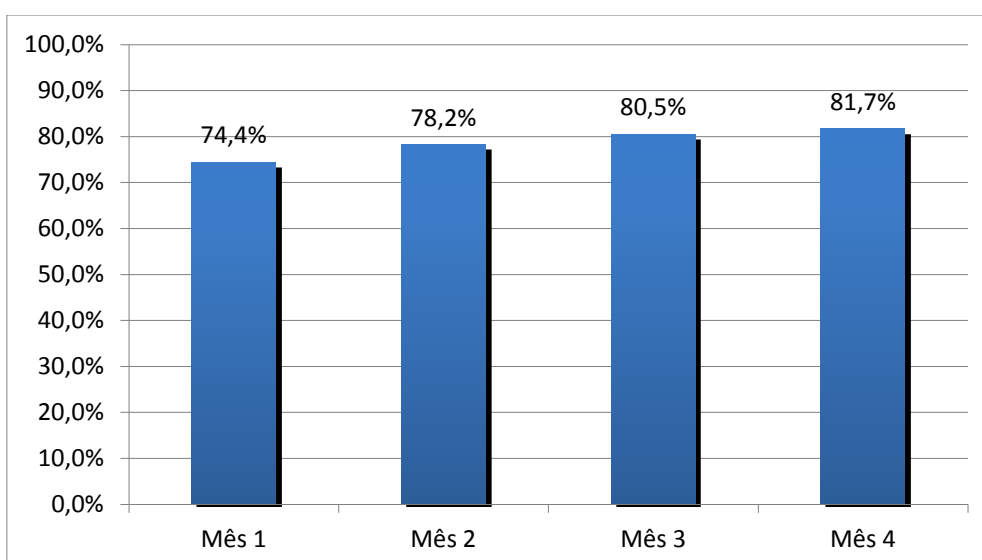


Figura 7. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na ESF Cidade Baixa/Medianeira, Butiá. RS. 2015.

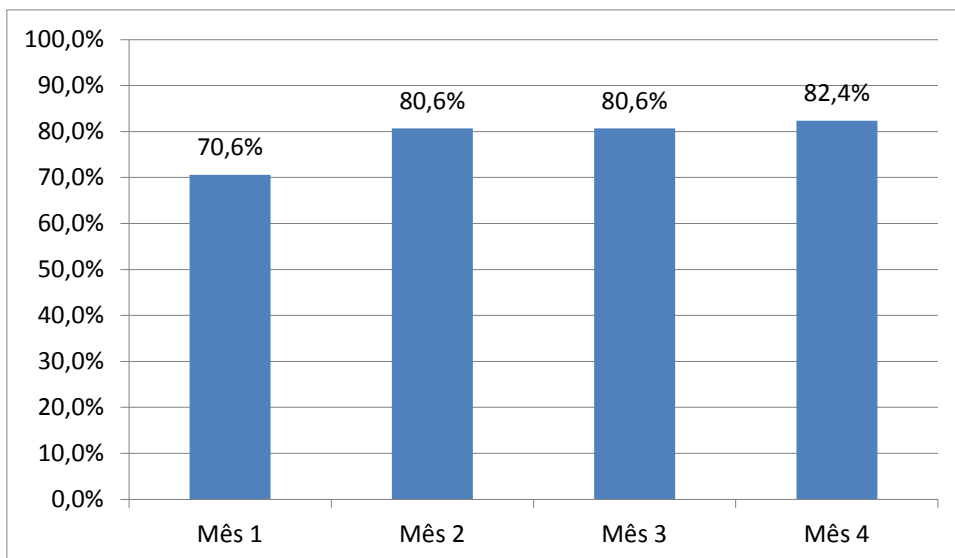


Figura 8. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na ESF Cidade Baixa/Medianeira, Butiá, RS, 2015.

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

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

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

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

Resultados Alcançados – Entre os pacientes hipertensos acompanhados pela unidade de saúde, inicialmente 76,9% (n= 30) tinham avaliada a necessidade de tratamento odontológico. Durante os quatro meses de intervenção, esta proporção aumentou de forma significativa, acompanhando o aumento da cobertura do atendimento a estes pacientes. Já no segundo mês, é possível observar uma proporção de 87% (n=67), que sobe para 88,4% (n=76) no terceiro mês e chega a 90,7% (n=98) no quarto mês (Figura 9). Entre os pacientes diabéticos a mesma tendência pode ser observada passando por índices de 83,3% (n=25) no terceiro e quarto mês e chegando a 84,8% (n=28) no final da intervenção (Figura 10). Ainda que as metas de 100% não tenham sido atingidas, os resultados são positivos e refletem o trabalho de capacitação feito pela dentista com toda a equipe, reforçando a importância desses cuidados com pacientes HAS e DM. Tal capacitação permitiu

que toda a equipe sustentasse um discurso afinado com relação a importância da saúde bucal, conseguindo uma evolução constante no indicador.

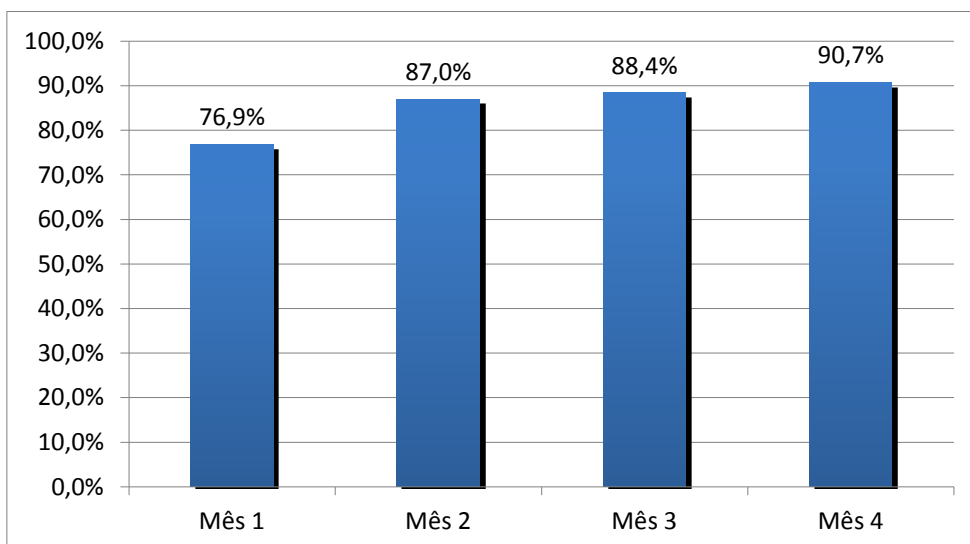


Figura 9. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF Cidade Baixa/Medianeira, Butiá, RS. 2015.

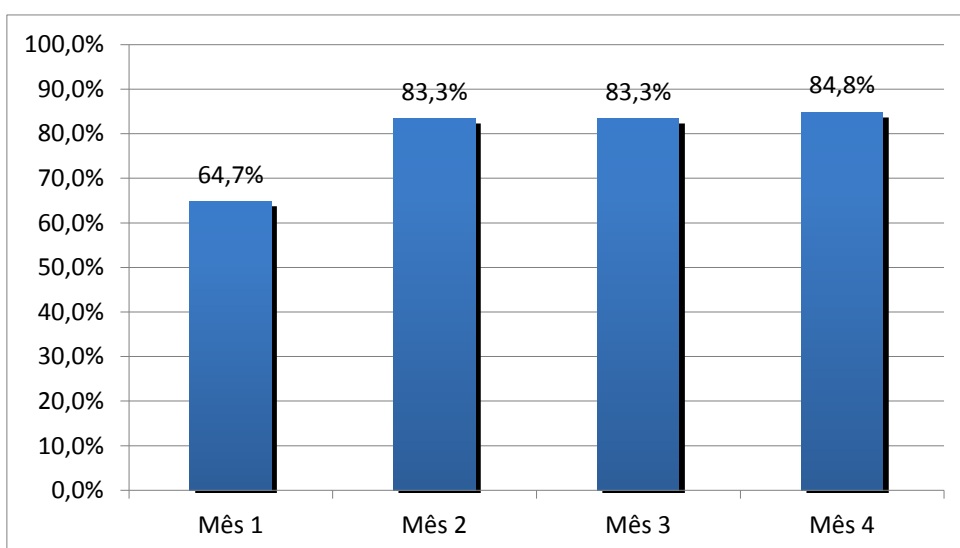


Figura 10. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF Cidade Baixa/Medianeira, Butiá, RS. 2015.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e 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.

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

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

Resultados Alcançados – Ao longo dos quatro meses de intervenção foi possível realizar a busca de 100% dos pacientes hipertensos em acompanhamento na unidade de saúde que faltaram às consultas, o que significou n=4 no primeiro mês, n=9 no segundo mês, n=11 no terceiro mês e n=14 no quarto mês. O mesmo resultado foi obtido no que diz respeito à busca dos pacientes diabéticos faltosos, que corresponderam a n=4 no primeiro mês e n=5 no segundo, terceiro e quarto meses. Assim, é possível dizer que estas metas previstas foram plenamente atingidas, melhorando a adesão ao programa e reforçando objetivos como a melhoria do atendimento a HAS e DM e a ampliação da cobertura. Isso reflete o trabalho intensivo desenvolvido na divulgação do programa, que refletiu na adesão dos usuários, mesmo aqueles que precisaram ser ‘buscados’.

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.

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

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

Resultados Alcançados – A proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento era inicialmente de 84,6% (n=33) de um total de 39 pacientes. Essa proporção oscilou pouco durante os meses de intervenção, subindo para 85,7% (n=66) no segundo mês, reduzindo para 84,9% (n=73) no terceiro mês e voltando a subir no último mês para 85,2% (n=92), conforme gráfico abaixo (Figura 11). No caso dos pacientes diabéticos o crescimento da proporção foi mais significativo, iniciando com 70,6% (n=12) dos 17 pacientes acompanhados pela unidade de saúde, passando a 83,3% (n=25) no segundo e terceiro meses e terminando em 84,8% (n=28), no quarto mês (Figura 12). A equipe não conseguiu atingir o 100% porque não conseguimos preencher todas as fichas de acompanhamentos dos hipertensos e diabéticos adequadamente, por não contarmos com o tempo necessário. Os resultados apontam que a oscilação entre os meses da intervenção foi pequena, mostrando que a equipe teve maturidade com relação aos registros, evidenciando que as capacitações e discussões promovidas na equipe produziram consciência com relação a importância de um registro adequado de dados. Com relação aos diabéticos, foi possível aumentar os índices, pensando que se tinha um número menor desses pacientes relacionados aos hipertensos e, se considerarmos as faltas de consultas dos usuários dentro de cada grupo, isso também refletiu nos escores. Deste modo, consideramos que essas metas não foram atingidas satisfatoriamente pois houve problemas com o preenchimento das fichas de acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos ao longo da intervenção.

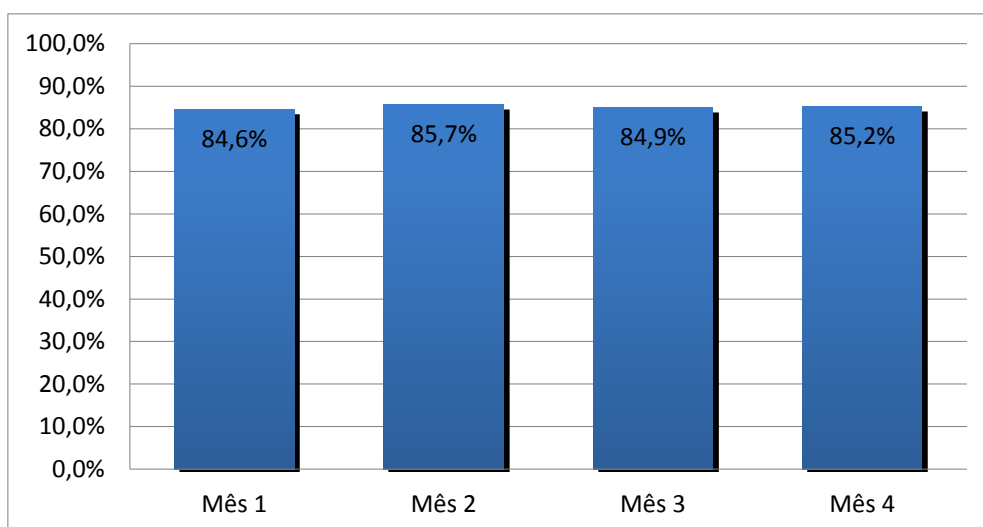


Figura 11. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF Cidade Baixa/Medianeira, Butiá, RS, 2015.

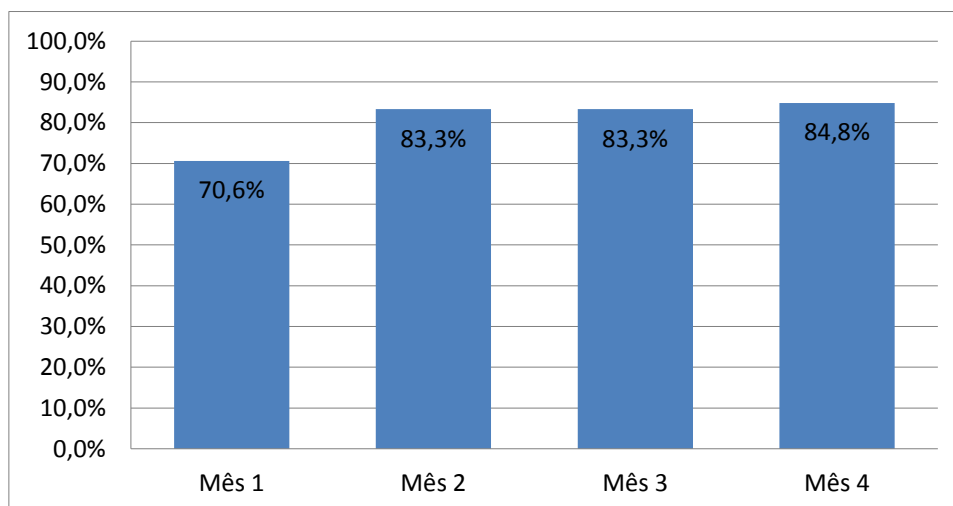


Figura 12. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF Cidade Baixa/Medianeira, Butiá, RS, 2015.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos com risco para doenças cardiovasculares.

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.

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular

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

Resultados Alcançados – Os resultados da intervenção no que se refere à estratificação do risco cardiovascular de hipertensos e diabéticos por exame clínico em dia na unidade de saúde podem ser considerados bons, ainda que não tenham atingido os 100% projetados pelas metas. No caso dos usuários com HAS, observa-se um crescimento constante da proporção passando de 89,7% (n=35) no primeiro mês para 96,1% (n=74) no segundo mês, para 96,5% (n=83) no terceiro mês e chegando a 97,2% (n=105) no quarto mês (Figura 13). No caso dos pacientes

diabéticos, a proporção inicial de 76,5% (n=13) pacientes passa para 90% (n=27) no segundo e terceiro meses e chega a 90,9% (n=30) no último mês (Figura 14). Bons resultados nestes indicadores impactam positivamente nos objetivos da intervenção, sendo importantes por porque se pode auxiliar os usuários a combater adequadamente esses riscos associados, aumentando qualidade de vida e incidência de episódios agudos com relação as funções cardíacas. É importante ressaltar que no que se refere aos usuários com HAS, atingimos praticamente 100% dos usuários, já que era o público de maior vulnerabilidade. Só tivemos o caso de uma paciente que mudou de bairro, pelo que foi impossível fazer a estratificação de risco cardiovascular na consulta.

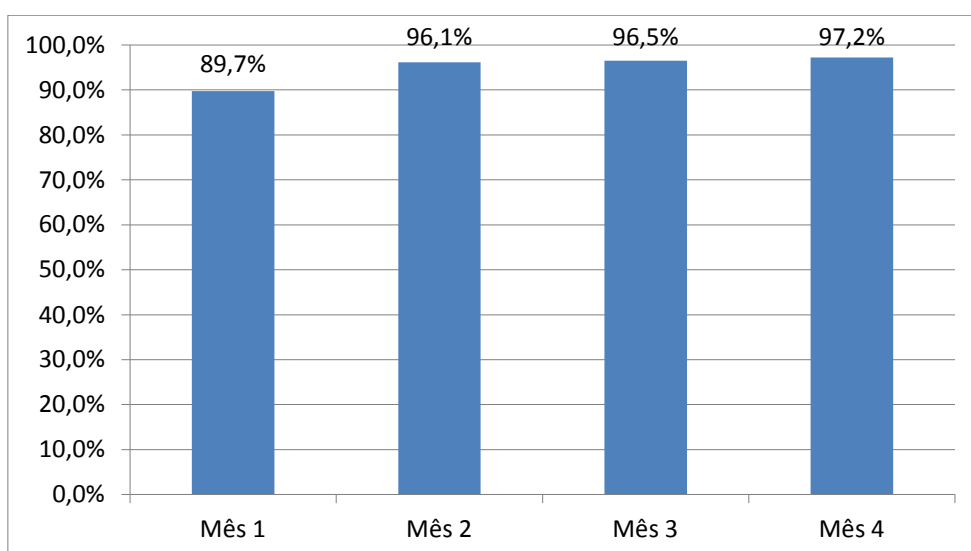


Figura 13. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na ESF Cidade Baixa/Medianeira, Butiá, RS, 2015.

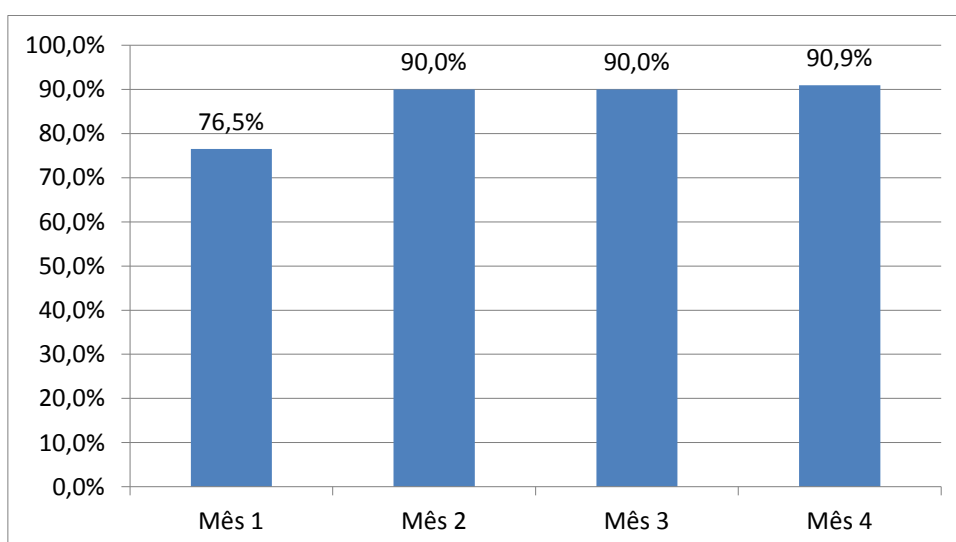


Figura 14. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na ESF Cidade Baixa/Medianeira, Butiá. RS. 2015.

Objetivo 6: Promover a saúde dos hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

Resultados Alcançados – No início da intervenção, a proporção de hipertensos acompanhados pela unidade de saúde com orientação nutricional sobre alimentação saudável era de 92,3 % (n=36) dos 39 pacientes. Esta proporção aumentou ao longo dos quatro meses passando a 97,4% (n=75) no segundo mês, a 97,7% (n=84) no terceiro mês e chegando a 98,1% (n=106) no último mês (Figura 15). No que diz respeito aos pacientes diabéticos, a mesma tendência pode ser observada visto que a proporção inicial era de 82,4% (n=14), passando a 93,3% (n=28) no segundo e terceiro meses e terminando em 93,9% (n=31) no último mês (Figura 16). Estes índices permitem pensar que mesmo não contando com profissional especializado em nutrição, conseguiu-se desenvolver um bom trabalho no sentido de promover hábitos alimentares saudáveis. Não alcançamos 100% porque houve pacientes idosos, com demências, que a equipe de saúde não conseguiu oferecer orientação nutricional porque não tiveram acompanhantes na hora da visita domiciliar.

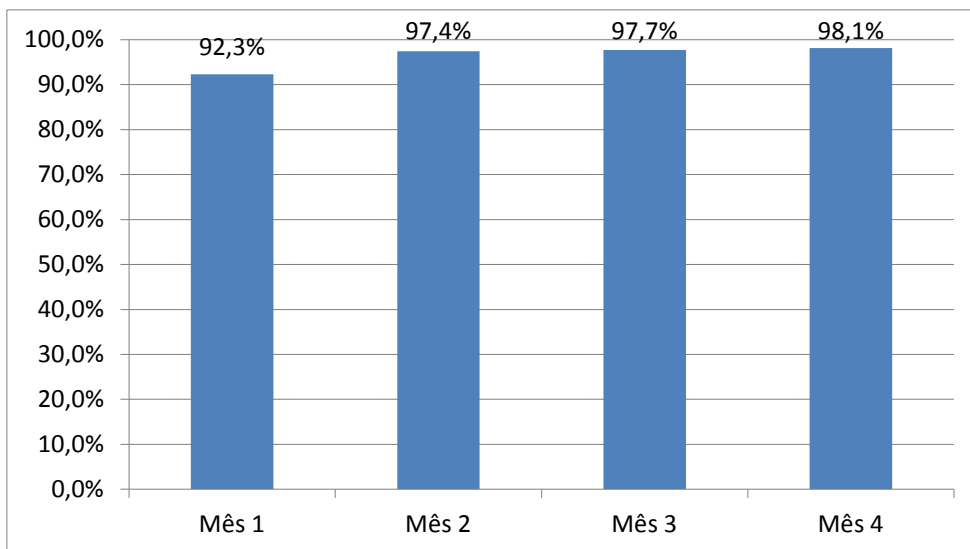


Figura 15. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na ESF Cidade Baixa/Medianeira, Butiá, RS. 2015.

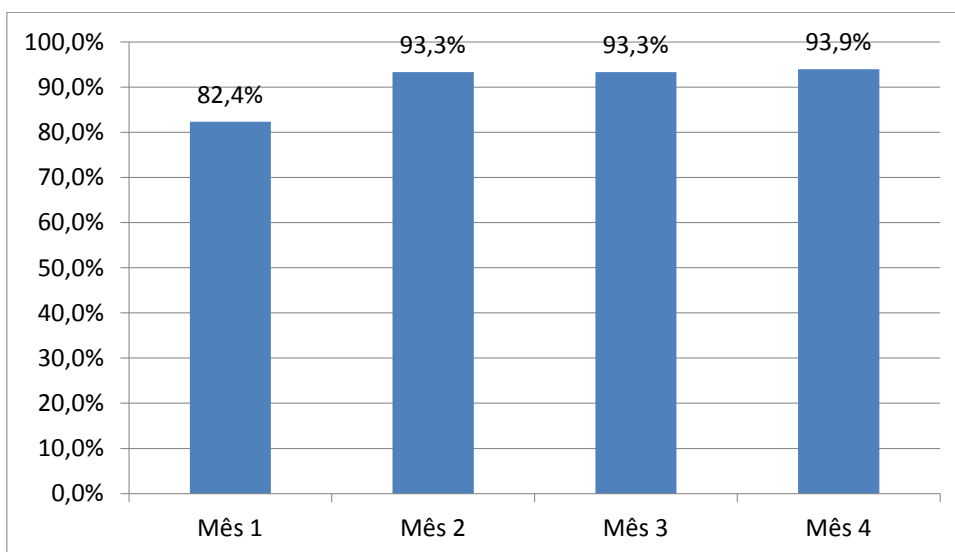


Figura 16. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na ESF Cidade Baixa/Medianeira, Butiá, RS. 2015.

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

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

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

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

Resultados Alcançados – No primeiro mês da intervenção 92,3% (n=36) dos hipertensos acompanhados pela unidade de saúde tinham orientação sobre atividade física regular. Nos meses subsequentes estes números aumentaram e chegaram a 97,4 % (n=75) no segundo mês, a 97,7% (n=84) no terceiro mês, terminando em 98,1% (n=106) no final do quarto mês (Figura 17). O mesmo movimento pode ser observado com os pacientes diabéticos com orientação sobre atividade física regular, que inicialmente representavam 82,4% (n=14) do total, passando a 93,3% (n=28) no segundo e terceiro meses e terminando em 93,9% (n=31) no quarto mês (Figura 18). Estes índices permitem pensar que conseguimos produzir consciência nos usuários com relação a importância da prática de exercícios físicos, e que conseguimos ir aumentando o público alvo mês a mês, dando contornos mais específicos em prestar um atendimento integralizado aos usuários de HAS e DM. A mobilização da equipe contribuiu imensamente para o alcance desses escores. Apesar disso, vários usuários ficaram sem a orientação porque houve pacientes idosos, com demências, que a equipe de saúde não conseguiu oferecer orientação sobre prática regular de atividade física porque não tiveram acompanhantes na hora da visita domiciliar, mas teve alguns que estiveram fora da área por várias semanas.

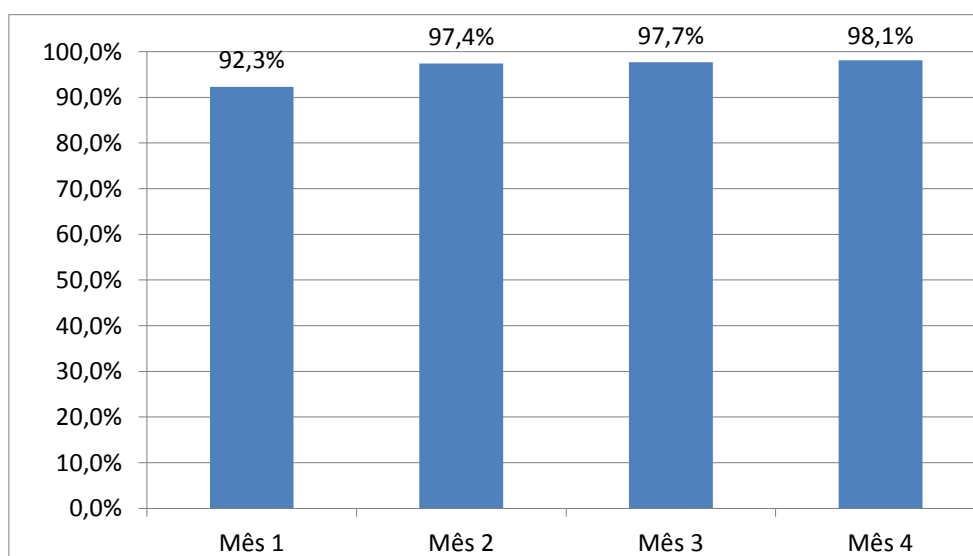


Figura 17. Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular na ESF Cidade Baixa/Medianeira, Butiá. RS. 2015.

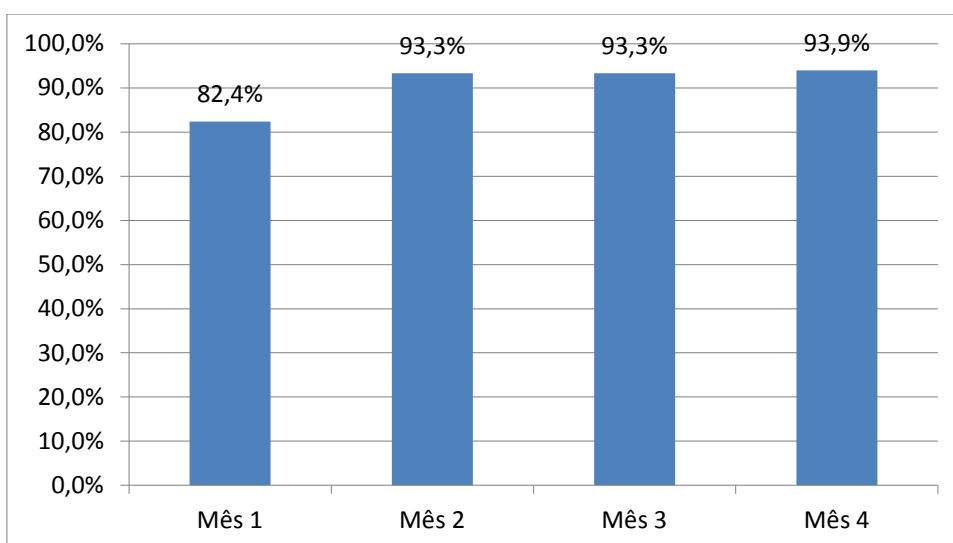


Figura 18. Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular na ESF Cidade Baixa/Medianeira, Butiá. RS. 2015.

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

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

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

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

Resultados Alcançados – A proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo no início da intervenção era de 92,3% (n=36) de um total de 39 pacientes acompanhados pela unidade de saúde. Esta proporção aumentou ao longo da intervenção, passando para 97,4% (n=75) no segundo mês, para 97,7% (n=84) no terceiro mês e terminando em 98,1% (n=106) no quarto mês (Figura 19). No caso dos pacientes diabéticos, o índice inicial era de 82,4% (n=14) no primeiro mês, passando a 93,3% (n=28) no segundo e terceiro meses e terminando em 93,9% (n=31) no quarto mês (Figura 20). Analisando estes indicadores percebe-se que os resultados foram satisfatórios, já que tivemos aumento progressivo ao longo da intervenção. Sabe-se do quão danoso é o tabaco, e problematizar seu uso foi uma tarefa não só no sentido de discutir isso com os

usuários, mas também com os membros da equipe, para que esses dados possam se disseminar, aumentando a adesão de novos usuários em campanhas antitabagismo. Apesar disso, algumas pessoas ficaram sem a orientação e isso aconteceu porque teve alguns usuários que estiveram fora da área por várias semanas por problemas familiares e pessoais.

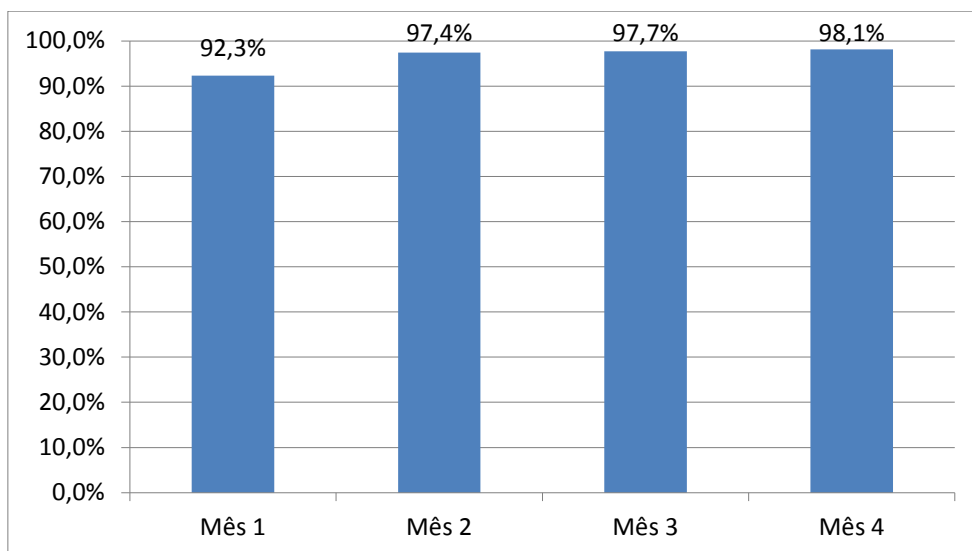


Figura 19. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo na ESF Cidade Baixa/Medianeira, Butiá. RS. 2015.

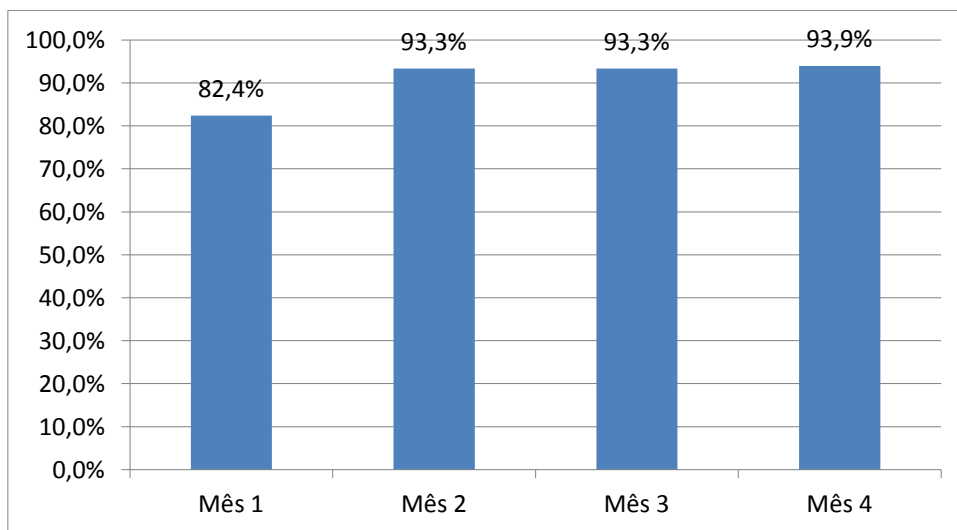


Figura 20. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo na ESF Cidade Baixa/Medianeira, Butiá. RS. 2015.

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

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

Indicador 6.7 Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Indicador 6.8 Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Resultados Alcançados – Inicialmente o número de hipertensos com orientação sobre higiene bucal acompanhados pela unidade de saúde correspondia a 92,3% (n=36) do total de 39 pacientes hipertensos. Ao longo de quatro meses este índice cresceu de forma significativa passando para 97,4% (n=75) no segundo mês, para 97,7% (n=75) no terceiro mês e chegando a 98,1% (n=106), conforme gráfico que segue (Figura 21). O mesmo ocorreu com a proporção de diabéticos, que passou de 82,4% (n=14) do total de 17 pacientes no primeiro mês para 93,3% (n=28) no segundo e terceiro meses e chegando a 93,9% (n=31) no quarto mês (Figura 22). Os indicadores obtidos nestas metas indicam que a equipe, apoiada pela dentista, conseguiu abordar uma grande parcela de usuários, tratando do tema da saúde bucal, demasiado relevante para a saúde dos usuários, já que há comprovada associação de doenças gengivais associadas à HAS e DM. Os encontros realizados com equipe técnica e usuários, as conversas transparentes, as visitas domiciliares e o reforço da importância das práticas de escovação, os panfletos sobre saúde bucal, foram estratégias que também contribuíram para a obtenção desses resultados. Apesar disso, vários usuários não receberam a orientação sobre higiene bucal porque teve alguns usuários que estiveram fora da área por várias semanas por problemas familiares e pessoais.

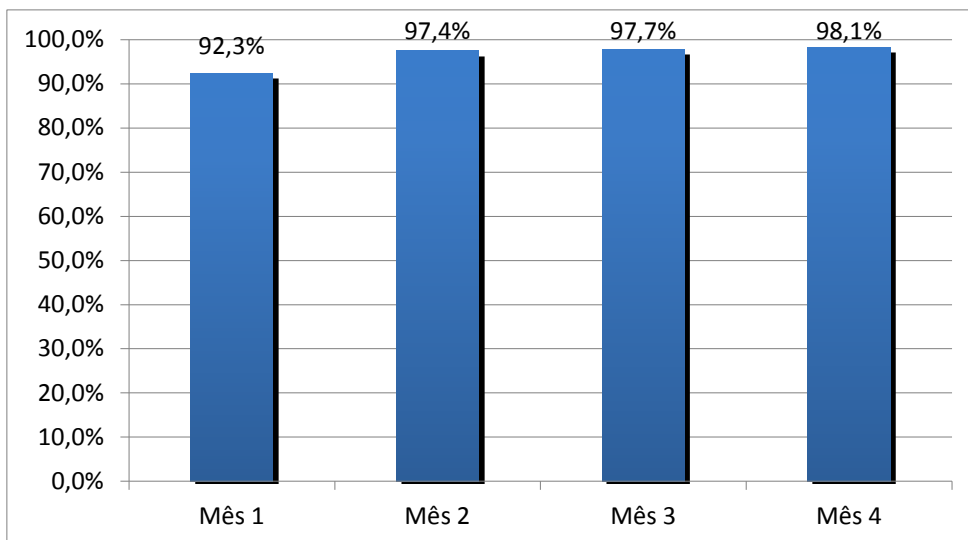


Figura 21. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal na ESF Cidade Baixa/Medianeira, Butiá. RS. 2015.

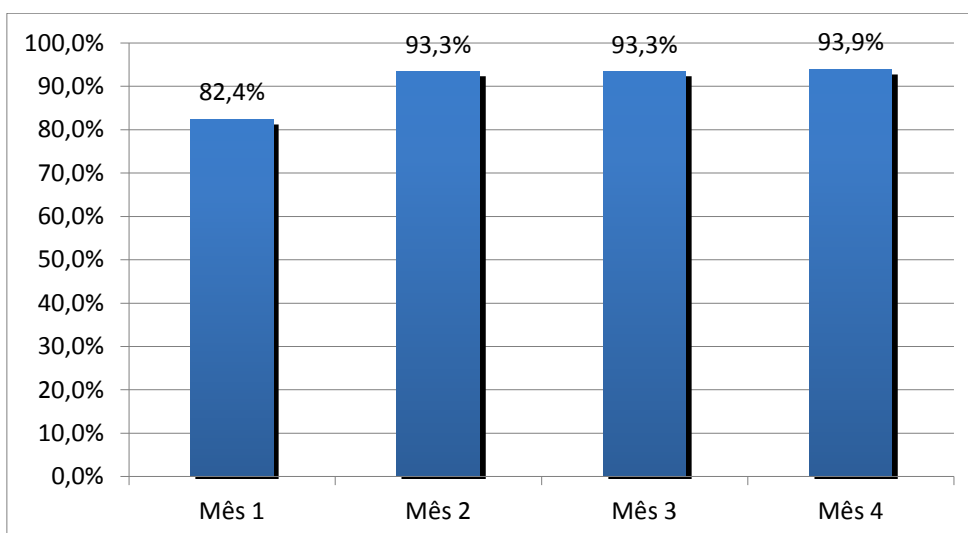


Figura 22. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal na ESF Cidade Baixa/Medianeira, Butiá. RS. 2015.

4.2 Discussão

Apesar das metas propostas não terem sido atingidas, a intervenção realizada na ESF Cidade Baixa/Medianeira acabou sendo muito satisfatória, pois o objetivo de melhorar a atenção aos usuários com HAS e DM com idade igual ou

superior a vinte foi bastante efetiva. Conseguimos aumentar o número de usuários atendidos e, mais que isso, qualificar o serviço prestado gradualmente.

Quando se pensa na equipe multidisciplinar da ESF antes de realizarmos a intervenção, é bastante evidente o quanto todos acabaram se inteirando das características de cada uma dessas patologias, e aprendendo a coletar dados de forma correta, a orientar os usuários, a fomentar as discussões sobre hábitos alimentares e exercícios físicos como potencializadores do tratamento dessas patologias. A intervenção também refletiu na atuação da equipe, que evidencia maior organização com relação aos processos de trabalho, tendo mais consciência de que todos os procedimentos são importantes, da acolhida dos usuários a visitas domiciliares. Tudo isso compõe um quadro que pode colaborar para a manutenção e a prevenção de HAS e DM, aumentando a qualidade de vida dos usuários, o prognóstico dessas doenças, a expectativa de vida de cada um deles.

A dimensão de singularidade dos atendimentos também foi um processo interessante, já que sempre pensamos em realizar um atendimento cujas orientações e atenção estivesse não só focada no usuário e no seu território, mas nos muitos aspectos sociais que compõe 'aquele' usuário, procurando os melhores processos e encaminhamentos para que seu tratamento se efetivasse, como no caso da usuária Adriana que citei anteriormente, que tinha HAS associada com depressão. Os encaminhamentos para o psiquiatra e para o psicólogo foram imprescindíveis para que ela pudesse reposicionar algumas coisas na sua vida. Isso acabou refletindo na melhoria não só do ponto de vista orgânico, mas também psicológico, atendendo aquilo que preconiza o SUS na abordagem integral e biopsicossocial de sujeito. É relevante dizer que toda a processualidade da intervenção acabou por aproximar a equipe, favorecendo os vínculos, aumentando a proximidade de vários campos do saber, incitando-nos a discutir casos, habituando-nos a olhar sistemicamente para cada caso.

Esses processos qualificaram o serviço prestado. Novas planilhas foram elaboradas, o sistema se manteve e se manterá atualizado, beneficiando os usuários e também os profissionais, que podem ter acesso a uma base de dados qualificada. Também outros dispositivos auxiliares nas ações foram implementados, como folders e cartazes, o que possibilitou aos usuários terem maior entendimento quanto aos seus direitos enquanto usuários de um serviço de atenção básica. Esses novos dispositivos, como cartazes, folders, e principalmente, a qualificação do

acolhimento, aproximaram a comunidade da ESF, já que nosso engajamento faz transparecer para a comunidade o quanto estamos empenhados em qualificar os serviços prestados para melhor atendê-los, oferecendo aquilo que eles têm direito. Também a rotina de visitas, que fora aumentada durante a intervenção, aproximou-nos ainda mais da população do território, possibilitando conhecer ainda mais as famílias, suas idiosincrasias, seus sistemas de funcionamento, seu meio social e seus encantos.

Ao pensar criticamente, não consigo distinguir uma etapa que precisasse ser executada de outra forma, porque em alguma medida, consideramos a intervenção muito bem pensada para nosso território. Entretanto, certo é que têm algumas questões que poderiam ser abordadas de um modo mais qualificado, como nas próprias qualificações. Se pudéssemos trazer profissionais de outras áreas para abordar os temas ao invés de a equipe mesmo fomentar e disparar essas qualificações. Também a parceria que não conseguimos com os educadores físicos e com nutricionistas certamente enriqueceriam ainda mais nosso trabalho.

Nesse sentido, percebe-se, a partir da demanda de ofertar outras possibilidades de trabalho e de agregar saberes com as formações, que se pode pensar o quanto essas novas práticas foram incorporadas. Isso ocorreu não só com relação a HAS e DM, mas também para outros fluxos de trabalho, pois a sistematização de dados, o acolhimento humanizado a todos, o atendimento clínico de acordo com os protocolos, o desenvolvimento de ferramentas específicas. Essas práticas não vão só permanecer com relação aos usuários de HAS e DM, mas também serão incorporada a outros atendimentos voltados a outros públicos da ESF. Essas são as medidas que pretendemos seguir adotando sistematicamente, qualificando mais o que faltou na intervenção para alcançar as metas, e olhando criticamente para esses procedimentos, tentando melhorá-los e aplica-los a outros grupos populacionais com a mesma disposição de cuidado e de busca de melhorias.

Tal postura tem nos incitado a levar adiante a intervenção, produzindo uma apresentação do trabalho aqui realizado para as outras ESF's, para que possam ter contato com a nossa produção de conhecimento com relação a esse grupo específico de HAS e DM, mas para que possamos, talvez, incitá-los a implementarem o mesmo fluxo de trabalho nas suas unidades. Até mesmo poderíamos ir além, repensando como que essa intervenção que fizemos poderia ser ajustada para outros territórios, pensando nas suas características fundamentais,

reinventando seu trabalho, problematizando práticas, inventando outros fazeres. Estamos dispostos a seguir fazendo melhorias na nossa ESF, qualificando continuamente nosso serviço para beneficiar os usuários.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado gestor,

O presente relatório trata-se de uma intervenção realizada ao longo de 16 semanas pela equipe de saúde da ESF Cidade Baixa/Medianeira, com objetivo de melhorar a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) acima de 20 anos de idade pertencentes a este território, no Município de Butiá.

Esta unidade de saúde atende a uma população total de 4353 pessoas sendo que o percentual de pessoas com idade de 20 anos ou mais é de aproximadamente 67% (n=2916) do total população do território. Entre estas, foram foco da intervenção aquelas cadastradas como hipertensas - que correspondem a 22,7% (n=662) e como diabéticas – que correspondem a 5,6% (n=163). Através do trabalho realizado, buscou-se ampliar a cobertura a usuários hipertensos e diabéticos, melhorar a qualidade da atenção, melhorar a adesão ao tratamento, melhorar o registro das informações, mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e promover a saúde da referida população.

Ao final dos quatro meses de intervenção podemos identificar a ampliação da cobertura a usuários hipertensos (que passou de 5,1% para 14,1%) e diabéticos (que passou de 7,2% para 14%). Podemos também observar a melhoria da qualidade da atenção com realização de exame clínico apropriado a 96,3% dos pacientes hipertensos e 90,9% dos pacientes diabéticos, aumento da proporção de pacientes com exames complementares periódicos em dia chegando a 76,9% dos hipertensos e 81,8% dos diabéticos, aumento na proporção de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia

priorizada atingido respectivamente índices de 81,7% e 82,4% do total de pacientes com estes perfis, bem como, aumento significativo de pacientes hipertensos (chegando 90,7%) e diabéticos (chegando a 84,8%) com avaliação da necessidade de tratamento odontológico.

No que se refere a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa, os índices evidenciam que foi possível a busca de 100% dos pacientes faltosos. Quanto à qualidade das informações, podemos verificar que 85,2% dos hipertensos e 84,8% dos diabéticos se encontram com registro adequado na ficha de acompanhamento e no que diz respeito a rastreamento de risco para doença cardiovascular temos índices de 97,2% de hipertensos e 90,9% de diabéticos com exames em dia. Por fim, quando consideramos as ações de promoção da saúde desta população, observamos que 98,1% dos hipertensos e 93,9% dos diabéticos receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, orientação sobre prática regular de atividade física, sobre riscos do tabagismo, assim como, sobre higiene bucal.

Estes índices permitem concluir que os objetivos da intervenção foram em grande parte atingidos, contribuindo de forma significativa para a qualificação da atenção aos usuários com HAS e DM. Esses resultados foram possíveis devido a vários fatores, entre os quais, encontra-se o apoio desta gestão municipal à implementação das estratégias planejadas.

Ainda assim, acredita-se que poderiam ter sido alcançados resultados ainda melhores se tivesse sido possível desenvolver registro integralizado do acompanhamento clínico dos usuários, tendo todas as atividades/consultas dispostas em um só instrumento. Isto não se mostrou viável na medida em que todas as alternativas propostas pela equipe, como sistematização informacional de dados, fichas integradas, programa computacional para atualização digital de dados, entre outras, esbarraram nas limitações do sistema de saúde municipal, seja por carência de recursos, seja pela falta de consciência com relação à importância dos registros. Neste sentido, permitimo-nos sugerir este problema como um elemento a ser considerado pela gestão quando planejados investimentos futuros. Também solicitamos que haja a manutenção do apoio à equipe que se siga buscando mais melhorias de índices de saúde nesta área.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Ao longo de 16 semanas, a equipe de saúde da ESF Cidade Baixa/Medianeira do município de Butiá trabalhou intensamente em um projeto que teve por objetivo melhorar a atenção aos pacientes com hipertensão e diabetes acima de 20 anos de idade pertencentes a este território, que são cerca de 2916 pessoas. Nesse sentido, foram realizadas diversas ações dentro da própria equipe, diretamente com os pacientes e também com a comunidade desta região, parceria fundamental para que tenham sido alcançados resultados positivos.

No período da intervenção, conseguimos captar mais pessoas doentes e ampliar a cobertura a usuários hipertensos (que passou de 5,1% para 14,1%) e diabéticos (que passou de 7,2% para 14%). Também melhorou a qualidade dos atendimentos realizados junto a esta população, que passaram a contar com exame clínico apropriado, exames complementares periódicos em dia, prescrição prioritária de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e avaliação da necessidade de tratamento odontológico. Também melhorou a qualidade das informações dos pacientes e dos atendimentos, com registros adequados na ficha de acompanhamento e rastreamento de risco para doença cardiovascular. Além disso, pacientes hipertensos e diabéticos receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, orientação sobre prática regular de atividade física, sobre riscos do tabagismo, assim como, sobre higiene bucal. E, por fim, foi feita a busca dos pacientes faltosos, o que fez aumentar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa oferecido pela ESF Cidade Baixa/Medianeira.

Durante este período também foram realizadas ações junto à comunidade, como a distribuição de panfletos no território da ESF e cartazes de orientação sobre direitos dos usuários do SUS, em especial no que se refere à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, momentos de

esclarecimento aos pacientes e a comunidade sobre a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

Para que este trabalho continue sendo feito, é importante que os moradores da Cidade Baixa/Medianeira conheçam os resultados e contribuam para que as ações sejam mantidas com o passar do tempo. Tanto os usuários hipertensos quanto diabéticos cadastrados no programa, como seus familiares têm direito a um serviço de qualidade e podem cobrar a equipe e o gestor se perceberem que não estão recebendo a atenção que precisam. A comunidade também pode ajudar a melhorar o serviço trazendo suas ideias e sugestões. Os resultados deste trabalho foram muito positivos e a maior parte das ações foi realizada conforme haviam sido planejadas e a maior parte das metas foi alcançada contando, entre outras coisas, com a colaboração da comunidade para que isso tenha sido possível.

Caso você tenha mais de 20 anos ou tenha alguma familiar com suspeita de hipertensão ou diabetes, compareça ao posto para que a equipe faça um rastreamento dessas doenças.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O curso de Especialização em Saúde da Família disponibilizado pelo Programa Mais Médico para o Brasil e facilitado pela UNASUS-UFPEL, foi muito importante para a minha aprendizagem, propiciou que eu aprendesse muito sobre a realidade da saúde pública no Brasil e como podemos aperfeiçoar os serviços ofertados a população usuária. Permitiu a realização do Projeto de Intervenção que teria sido muito difícil fazer sem as ferramentas e exigências estabelecidas pelo curso. Os fóruns de saúde coletiva permitiram interagir com colegas, compartilhar conhecimentos e esclarecer dúvidas, ajudando assim o melhor desenvolvimento do projeto, os casos clínicos foram muito importantes no processo de aprendizagem e na prática médica, facilitando condutas em determinadas situações no meu trabalho e melhorando meus conhecimentos médicos.

Os diálogos com meu orientador foram muito importantes e determinantes na realização e conclusão do projeto, embora tivesse três orientadores ao longo do curso, acredito que cada um deles fez o seu melhor esforço para me ajudar com orientações e exigências, criando um ambiente adequado para sanar dúvidas e receber orientações.

Acredito que o processo de aprendizagem superou as minhas expectativas porque pude aprender coisas não são voltadas para o meu campo de trabalho, mas também a observar alguns aspectos destinados a equipe de trabalho.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

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, 2013c. 128 p.

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, 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à Demanda Espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Queixas mais comuns na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013g.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. 2. Ed.. Rio de Janeiro: ANS, 2007. 168 p.

Apêndices

Apêndice A - Título do Apêndice

Cada Apêndice levará uma sequência de letra diferente (ordem alfabética).



Palestra com grupo de Hipertensos e Diabéticos da UBS/ESF Cidade Baixa/Medianeira, Butiá, RS, 2015.



Visita domiciliar ao paciente hipertenso da área de abrangência da UBS/ESF Cidade Baixa/Medianeira, Butiá, RS, 2015.



Inauguração do Consultório Odontológico da UBS Cidade Baixa/Medianeira, Butiá, RS, 2015.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante