

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos na
UBS/ESF Bacurizeiro no município Altos/PI**

Yaima Martínez Jova

Pelotas, 2015

Yaima Martínez Jova

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos na
UBS/ESF Bacurizeiro no município Altos/PI**

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

Orientador: Gisela Cataldi Flores

Pelotas, 2015

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

J86m Jova, Yaima Martinez

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários Hipertensos e Diabéticos na UBS/ESF Bacurizeiro no Município Altos/PI / Yaima Martinez Jova; Gisela Cataldi Flores, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

77 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. Flores, Gisela Cataldi, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicada a meus pais e todas as pessoas que durante minha formação
ofereceram seu apoio incondicional.

Agradecimentos

Agradeço a meu país por me permitir pertencer ao Programa Mais Médicos e ao Brasil por seu acolhimento, a minha orientadora Gisela Cataldi Flores por seus ensinamentos e paciência; a equipe pelo trabalho que foi de vital importância; a minha colega por seu apoio incondicional e a minha família por estar sempre acompanhando me oferecendo forças apesar da distância.

Resumo

JOVA, Yaima Martínez. **Melhoria da atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS/ESF Bacurizeiro em Altos/PI. 2015. 77f.** Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A prevalência estimada de hipertensão no Brasil atualmente é de 35% da população acima de 40 anos. Isso representa em números absolutos um total de 17 milhões de portadores da doença, segundo estimativa de 2004 do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE). Cerca de 75% dessas pessoas recorrem ao Sistema Único de Saúde (SUS) para receber atendimento na Atenção Básica. Para atender os portadores de hipertensão, o Ministério da Saúde possui o Programa Nacional de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. O programa compreende um conjunto de ações de promoção de saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento dos agravos da hipertensão. A equipe de saúde de Bacurizeiro, município Altos, PI, com organização adequada e controle realizou uma intervenção no período de fevereiro até maio de 2015 com o objetivo da melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos na UBS Bacurizeiro no município Altos, PI. A metodologia utilizada foram ações realizadas nos 4 eixos temáticos, quais sejam: organização e gestão dos serviços, monitoramento e avaliação, qualificação da prática clínica e engajamento público. A população que participou da intervenção foram 534 hipertensos e 188 diabéticos. Alcançamos uma cobertura de 98.0%(534) de hipertensos cadastrados e 100%(188) de diabéticos cadastrados. Ao final da intervenção melhoramos a qualidade da atenção a hipertensos (534) e diabéticos (188) com 100%, assim como a adesão de hipertensos (534) e diabéticos(188) ao programa. Alcançamos um 100% da proporção de hipertensos (534) e diabéticos (188) com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo, o 100% da proporção de hipertensos (534) diabéticos (188) com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada assim como a proporção de hipertensos (534) e diabéticos (188) com avaliação de necessidade de atendimento odontológico. O registro das informações melhorou, identificaram-se os hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular, se orientou sobre estratégias de promoção da saúde, a equipe trabalhou em conjunto crescendo profissionalmente e ficou muito envolvida com a comunidade dia a dia oferecendo acolhimento de qualidade e integrando a população toda nas atividades da UBS. Esse trabalho motivou para dar continuidade a programas que fortaleçam a Atenção Primária em Saúde, tais como programa da prevenção do câncer de colo de útero e o pré-natal e puerpério.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; hipertensão arterial, diabetes mellitus.

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso	53
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético	54

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
DM	Diabetes Mellitus
HAS	Hipertensão Arterial
SAMU	Serviço do Atendimento Móvel de Urgência
PMM	Programa Mais Médicos
MS	Ministério da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
IRAS	Infecções Respiratórias Agudas
CAP	Caderno das ações programáticas

Sumário

Apresentação.....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	25
2.1. Justificativa	26
2.2 Objetivos e metas	27
2.2.1 Objetivo geral.....	27
2.2.2 Objetivos específicos	27
2.3 Metodologia	29
2.3.1 Detalhamento das ações	29
2.3.2 Indicadores	38
2.3.3. Logística	44
2.3.4 Cronograma.....	47
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	49
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	51
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	52
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	52
4.1 Resultados.....	53
4.2 Discussão	61
Anexos.....	72

Apresentação

Trata-se do Trabalho de Conclusão de Curso de pós-graduação em Saúde da Família – modalidade de ensino à distância promovido pela Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS.

A Intervenção foi realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Bacurizeiro, localizada na zona urbana, central, do município Altos, estado Piauí.

O volume está organizado em 7 capítulos, quais sejam: Análise Situacional, na qual realizou-se o diagnóstico da realidade, a Análise Estratégica, em que construiu-se o projeto de intervenção, o Relatório da Intervenção, a Avaliação da Intervenção, na qual apresenta-se os resultados e a discussão Relatório da Intervenção para os Gestores, Relatório da Intervenção para a Comunidade, em que nesse resultados os gestores e a comunidade toma conhecimento acerca da intervenção e a Reflexão Crítica sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem, parte final do TCC, na qual destaca-se o significado do processo de aprendizagem.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

O município Altos, bairro Bacurizeiro conta com uma população de 5000 habitantes onde predominam as mulheres, a UBS é única e localiza-se na zona urbana, conta com uma equipe de saúde composto por uma enfermeira, cirurgião odontológico, técnica de saúde bucal, 9 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e clínico geral. Existe no município escolas públicas igrejas, drogarias e comércios.

A equipe de saúde tem trabalhado na detecção e controle das enfermidades não transmissíveis tendo nestas um alto índice, como os hipertensos e diabéticos não controlados, gravidez na adolescência e em mulheres de mais de 35 anos, enfermidades de transmissão sexual e parasitárias e as infecções respiratórias agudas (IRAS) com mais prevalência as pneumonias, bronquites e as rinites alérgicas, tem também um alto grau de analfabetismo algo que dificulta um pouco no cumprimento das atividades educativas. Nas visitas domiciliares feitas todas as quartas-feiras a tarde fazemos atendimento aos pacientes acamados e com dificuldades físicas, cadastramos aquela população que ainda não tem cadastro para melhorar o controle das mesmas e assim facilitar as ações de prevenção e promoção para que haja participação ativa dos usuários.

Temos pouca disponibilidade dos serviços de saúde estando o hospital em reforma deixando de cobrir as maiorias das dificuldades de saúde de urgência do povo e também a ausência de médicos para realizar atendimentos a população o que melhorou com a chegada do Programa Mais Médicos (PMM) que tem um papel fundamental na promoção da saúde e prevenção de doenças no município.

Não contamos com um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) completo e as consultas especializadas têm muitas demoras, que trazem inconformidade dos usuários não tendo o serviço a qualidade requerida e esperado

por todos. Não temos sala de vacinas, serviços de urgência, temos que referenciar aos usuários para Hospital ou outros serviços especializados.

Nossa equipe de saúde dá prioridade às doenças crônicas não transmissíveis que representam um número considerável da população, pelo alto índice de mortalidade e sequelas que causam, sem deixar de mencionar também a atenção pré-natal que tem um alto índice mortalidade e morbidade infantil. Estamos fazendo as mudanças de hábitos com a população, através das palestras, terapias de grupo, reuniões com a comunidade, busca ativa nas visitas domiciliares, conversas, construções coletivas de materiais pedagógicos, além disso, encontramos uma população carente de saúde por enquanto essa também é outra mudança que devemos fazer, lograr que toda a população possa ter atendimento, independente da região que reside.

Os usuários estão mais satisfeitos com nosso atendimento a tempo completo e apoiam à equipe de saúde mostrando-se mais interessados em cada atividade de prevenção e promoção de saúde promovendo também a participação de familiares, vizinhos e amigos.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Altos é um município brasileiro no estado do Piauí, faz parte de Teresina, foi fundado em 1922, tem uma população de 39 975 habitantes numa área total de 957,62 km². O município é limitado ao norte por José de Freitas, a nordeste por Campo Maior, ao leste por Coivaras, ao sudeste pelo Alto Longá, ao sul por Pau D'Arco do Piauí e ao oeste por Pau D'Arco do Piauí e por Teresina. Tens os seguintes bairros: Centro Tranqueira, Batalhão, Maravilha, Carrasco, São Luís, Boca de Barro, Alto Franco, Conjunto Ludgero Raulzinho, Conjunto Tonica Almeida, Bacurizeiro I, Bacurizeiro II, Barraquinha, Santa Inês, Santa luz, Mutirão I, Mutirão II, Ciana, Baixam dos Paiva, Baião de São José, Leite, Boa fé, Betânia, Santo Antônio, Barcelona. (IBGE, 10 out. 2002)

O município tem o hospital municipal José Gil Barbosa, 13 Unidades Básica de Saúde (UBS) distribuídas nos diferentes bairros. O hospital do município funciona, na maioria das vezes, como um intermediário pois são poucos os casos de internações no local visto que este não possui uma infraestrutura mínima básica

para atender à população. Os usuários são transferidos para os hospitais de Teresina.

No setor privado, Altos conta, atualmente, com duas clínicas particulares: Clínica e Escola de Enfermagem São José e Bio Análise CLINENFSJ, com alguns consultórios odontológicos. Possui uma Fundação que atua na área de saúde (Fundação D. Maria de Jesus).

Desde 2013 a prefeitura de Altos tem investido em ações que possibilitem a reestruturação da saúde municipal. Nosso hospital está sendo completamente reformado e ampliado, graças aos recursos conquistados pela prefeita junto ao governo do estado. Esta reforma era uma das principais reivindicações da população altense e foram umas das principais propostas de campanha. Durante duas décadas o hospital e a saúde ficaram a margem da atenção do poder público municipal de Altos, uma situação realmente inaceitável pela população que sofria com os problemas estruturais do mesmo. O município tem um total de 13 UBS, encontrando-se em reforma 7. As três primeiras já foram inauguradas. No município há um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), não tem disponibilidade de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), nem disponibilidade de atenção especializada, os casos são encaminhados para outro município que oferece os serviços médicos, já que se encontra limitada pela reparação do hospital, assim como a disponibilidade de exames complementares.

O hospital recebeu, por meio de parceria realizada pela prefeitura com o Governo de Estado, um novo aparelho de raio X, material odontológico e cirúrgico, densímetro de coluna, braçadeiras, cadeiras de rodas, carros macas, carrinho de curativos, aspirador cirúrgico, cama Fowler, mesas ginecológicas e amalgamador. A prefeitura distribui medicamentos a usuários que consultam nas UBS, por meio da farmácia básica, instalada na Rua Epitácio Pessoa, centro próximo a secretaria Municipal de Educação. Os medicamentos distribuídos sempre mediante a apresentação de receitas médicas proveniente de consultas das UBS. Foi inaugurada a nova sede física do Serviço do Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

A UBS em que atuo está localizada no município Altos de Piauí bairro Bacurizeiro na zona urbana do município, no Sul, vinculada ao modelo da atenção EFS, tem escolas públicas, igrejas, drogarias, comércio. Com um total de 982 famílias, uma população de 5000 pessoas aproximadamente, cadastrados 90%

deles, sendo ofertado atendimento em um local adaptado há 10 meses, a área de abrangência coincide com o mapa que a equipe atualizou este ano. A equipe é composta pelo médico, dentista, enfermeira e técnica de enfermagem que foi incorporada um tempo depois que eu comecei trabalhar na UBS, auxiliar de consultório dentário e 9 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), tem apoio do NASF mas não é completa o que significa que algumas condições médicas não são atendidas no município ,por exemplo o único pediatra atende uma vez por mês, havendo um atendimento inadequado das crianças, não tem sala de reuniões, de almoçarifado, de vacinas, sala de curativos , não tem sala de depósito para materiais de limpeza, não há nenhum abrigo para resíduos sólidos, não tem tecido mosquiteiros nas janelas, há dificuldade com as sinais visuais dos ambientes o que impede uma boa comunicação aos usuários portadores de deficiências visuais (sistema Braille). Não há uma revisão da calibragem do esfigmomanômetro e nenhum sistema de calibração de balanças, não há grade, rampas para portadores de deficiências física motoras que dificultam o acesso à UBS.

Estas deficiências impedem o bom desempenho para atender às necessidades dos usuários, o que interfere no processo de trabalho da nossa equipe que não consegue fazer o seu trabalho com a qualidade requerida, sem atender aos usuários e a demanda dos mesmos, com a urgência que algumas vezes é necessário. Não tem serviços especiais o que afeta no atendimento das necessidades dos usuários, bem como a realização dos atendimentos que, em muitos casos, deve ser de emergência, para fazer um diagnóstico preciso. Acho que essas dificuldades e limitações tem impacto negativo no desenvolvimento da UBS, assim como também o acesso as especialidades, e a demora dos exames complementares. Tomamos como estratégias usar muito mais a clínica e apoiarmos na telessaúde e as tele consultorias. Para melhorar as condições estruturais da UBS nós pedimos apoio à comunidade, as instituições do município tais como a secretaria de saúde e a prefeitura, aguardando a reforma da mesma que está agendada para este ano.

A UBS não tem suficiente espaço o que impede realizar atividades de promoção e prevenção, o equipamento e instrumentos não tem a disponibilidade necessária pois não contamos com antropometria para adultos e crianças portanto não é possível muitas vezes conhecer o Índice de Massa Corporal (IMC), tão importantes para fazer avaliação nutricional dos usuários, na UBS não temos

geladeira exclusiva para vacinas, temos que procurá-las na secretaria de saúde onde tem as condições para guardá-las, não temos glicômetro para medir a glicemia dos portadores de diabetes em um momento dado, carecemos de otoscópio para examinar (otites media aguda), patologia frequente na população, não tem sistema de manutenção e reposição equipamentos.

Não temos disponibilidade de serviços de informática, pois a conexão com internet está ausente a qual é vital para a especialização e sendo assim dificulta o acesso ao curso durante o dia, além disso não posso fazer o telessaúde na UBS, não conto com computador, telefone próprio para dar uma informação com respeito ao trabalho e orientação necessária, temos luvas para fazer prevenção de câncer ginecológico o qual é muito importante para determinar infecções vaginais e câncer de colo de útero. Em termos de consumo os principais problemas são os materiais cirúrgicos, dado que essas atividades cirúrgicas não são feitas na UBS, ao contrário dos receituários e outros documentos de trabalho que existem em boa quantidade. Temos cartão da criança e da gestante para melhor controle e seguimento deste grupo tão susceptível, o consultório odontológico conta com amálgama para corrigir cáries dentárias muito frequente em nossa população pois a educação de saúde bucal é deficiente, o odontólogo conta com máscara e óculos como proteção para o trabalhador, não contamos com materiais para atividades preventivas como por exemplo livros para crianças, TV, computador.

Em relação às atribuições da equipe de saúde nossa UBS cumpre com a proposta da ESF, trabalhamos para melhorar e erradicar deficiências com ações de saúde no âmbito individual e coletivo, fazendo atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças, reabilitação e redução de danos. Os profissionais da nossa UBS participam do processo de territorialização e mapeamentos da área de atuação da equipe nestes encontram-se: identificação de grupos, famílias e indivíduos expostos a risco, de hipertensos, diabéticos, com tuberculose, hanseníase. É muito importante já que permite manter controlada a população o que facilita um bom seguimento destas doenças, também o desenvolvimento das mesmas no âmbito dos indicadores demográficos da população.

São sinalizados os equipamentos sociais como as igrejas, comércio, escolas, grupos sociais, grupos de mães, idosos, moradores, conselho local e outros, dos que nós apoiamos para as atividades da promoção da saúde e prevenção de doenças, tendo um papel fundamental os médicos, enfermeiras e

ACS, realizando atividades nos grupos como palestras, conversas e outras com adolescentes, diabéticos, hipertensos, idosos, usuários com sofrimento psíquico, saúde da mulher, tabagistas, gestantes e puérperas.

Nas atividades das ações programáticas como a visita domiciliar se faz busca ativa dos usuários faltosos, constantemente dado sua importância já que podem aparecer casos novos, os usuários são encaminhados aos outros níveis do sistema respeitando o fluxo de referência e contra referência, como atendimento as especialidades, internação hospitalar, serviços de pronto atendimento e pronto socorro, usando protocolos.

As doenças e agravos são notificados o que permite um controle dentro da UBS, também permite manter informado sobre a quantidade de casos novos para tratar, ter um maior controle sobre doenças não transmissíveis. Nossa equipe de saúde se reúne todos os meses para um melhor planejamento do trabalho onde são discutidos casos, qualificação clínica. Uma de nossas limitações é a não realização de pequenas cirurgias, procedimentos, atendimento de urgências e emergência, esta última considero que a UBS deve ter equipamento para poder realizar este tipo de atendimento pois contamos com um só hospital que não dá para o atendimento de toda a população, e muitas vezes fica longe das moradias, estão trabalhando na ampliação e reparação do mesmo, aumentando o número de atendimento de urgência, melhorando os serviços de saúde, provavelmente para o próximo mês podemos contar com um hospital novo e renovado, com uma sala de urgência e emergência maior, reduzir as quantidades de traslado a outros níveis e aumentar os internamentos na atenção secundária.

A população é de 5000 habitantes com predomínio do sexo feminino com um total de 3034 e 1966 são homens, e o grupo etário que sobressalte é de 10- 49 anos com 1629 mulheres em idade fértil. Nossa UBS conta com uma só equipe de saúde o que considero que tem um tamanho que não está de acordo com a nossa área de abrangência, além disso, a quantidade de ACS não pode muitas vezes fazer cadastro a toda a população em tempo adequado, e também não é possível fazer as visitas domiciliares a todos os usuários que precisarem deste atendimento, isso não quer dizer que não se realize. Para viabilizar a atenção à saúde da população eu como médica tomaria como estratégia dar orientações precisas aos ACS que sem dúvidas tem um papel importante para o bom funcionamento da equipe no que se

refere a como fazer palestras, aumentar o número das visitas domiciliares e assim e alcançar maior número de usuários que ainda não recebem atendimento médico.

O acolhimento pode facilitar a continuidade e redefinição dos projetos terapêuticos dos usuários, sobretudo quando eles procuram a unidade de saúde fora das consultas ou atividades agendadas.

Quando os usuários chegam a nossa UBS são recebidos adequadamente em uma sala destinada para isto pela técnica de enfermagem, onde serão selecionados os atendimentos prioritários, feito isso havendo demanda de clientes os outros serão orientados a retornar no outro horário para serem atendidos. Os atendimentos são feitos tanto pelo médico como enfermeira, odontólogo, técnica de enfermagem que chegou faz pouco tempo a nossa UBS, técnica de saúde bucal e 9 ACS, usando um modelo de acolhimento do dia, da referência de usuário, acolhimento misto e coletivo, sendo este último de muita importância para um enriquecimento de conhecimento para a equipe com discussões de casos coletivos.

A atenção as crianças em nossa UBS são realizadas nas consultas de acordo com a prioridade e programação para crianças menores de um ano, pois contamos com um protocolo que permite seguir adequadamente as crianças. As consultas são realizadas todos os dias da semana em um turno e são registradas em caderneta, enfatizando com as mães de levar seus filhos a atendimento e assim facilita o trabalho de prevenção e promoção. O esquema de vacinação é cumprido corretamente e uma população onde as mães têm conscientização na importância das vacinas para seus filhos, a importância do aleitamento materno, evitar acidentes domésticos, temas que em todos os atendimentos nos falamos, para lograr um maior apoio das mães.

Em relação à **saúde da criança** considero que a cobertura de crianças que estão sendo acompanhadas na UBS é baixa, sendo 26 representando 35% de cobertura com relação à estimativa de 75 em nossa área de abrangência. Os indicadores da qualidade da atenção à saúde da criança mostram um alto percentual. Dentre eles, os que mostraram 100% foram: monitoramento do crescimento na última consulta, monitoramento do desenvolvimento na última consulta, vacinas em dia, orientação para aleitamento materno exclusivo e orientação para prevenção de acidentes. A consulta em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde (MS) é de 92%, o atraso da consulta agendada em mais de 7 dias 92% 2 faltaram de 26, teste do pezinho até 7 dias 18 (69%), primeira

consulta de puericultura nos primeiros 7 dias de vida 81% representado por 21 crianças. As consultas ficam registrados nos prontuários. Estes indicadores foram analisados pela equipe e foi proposto um reforço do monitoramento e avaliação do Programa de Puericultura na UBS, com produção e discussão do relatório mensal nas reuniões de equipe.

A busca de crianças faltosas à consulta agendada continua sendo uma das atividades de maior prioridade, e os ACS tem responsabilidade nesta tarefa já que muitos das crianças são atendidas pelo setor privado. Faz-se necessário melhorar os indicadores com a comunidade, principalmente com as mães e mulheres em idade fértil sobre os problemas que afetam a saúde das crianças, imunização, saúde, bom hábito alimentar, prevenção de acidentes, higiene pessoal, utilização de água fervida, para isso temos realizado um conjunto de atividades baseados em palestras, criando líderes mães nas comunidades que transmitem essa informação, bem como cartazes e outros meios de comunicação. Em nossa UBS o atendimento pré-natal é ótimo já que nós fazemos registro nos prontuários, e nas fichas clínicas de cada uma das gestantes desde seu estado de gravidez até o nascimento da criança.

A cobertura do **pré-natal** é 35%(26) gestantes, baixa, tendo em conta o indicador de cobertura, sendo a estimativa de 75, com pré-natal iniciado no 1º trimestre temos 88%(23) das gestantes, com exame ginecológico por trimestre 81%(21) gestantes, com avaliação de saúde bucal 77%(20) gestantes, isto pode ser pela ausência do obstetra na área e falta de educação de saúde bucal, muito importante nas gestantes pelas complicações que podem trazer, com respeito as consultas em dia de acordo com calendário do MS 100%(26), com solicitação na 1ª consulta dos exames laboratoriais preconizados 100%(26), com vacina antitetânica conforme protocolo 100%(26), com prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo 100%(26), com orientação para aleitamento exclusivo 100%(26), nestes últimos o comportamento foi melhor mas considero que temos que trabalhar muito na pesquisa para aumentar o indicador de cobertura, apesar de muitas mães fazerem seu controle em clínicas privadas. Muitas mães iniciam o pré-natal no primeiro trimestre o que permite detectar com tempo alterações fetais e outras que não começam a aceder aos atendimentos nos primeiros três meses, só se acercam com mais tempo de gravidez, na pesquisa nas visitas domiciliares fazemos ações de promoção da captação gestacional preços e a importância da mesma.

A avaliação da cobertura de consulta de **puerpério** não é boa, a estimativa é de 75. Apresentamos problemas com o cadastro de algumas puérperas já que estas não acessam o serviço, e a equipe de saúde encontra-se trabalhando para melhorar isto, das 27(36%) puérperas foram cadastradas só 16 (61,5%) do total do indicador de cobertura, realizaram exame ginecológico 23 (85%), foram avaliadas quanto a intercorrências 20 (74%) puérperas, consultaram antes dos 42 dias de pós-parto 26 (96%), tiveram a sua consulta puerperal registrada 26(100%), receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido as 26(100%), receberam orientações sobre aleitamento materno exclusivo 26(100%) e tiveram seu estado psíquico avaliado receberam orientação sobre planejamento familiar 26 (100%). Os aspectos que considero poderiam ser melhoradas de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade de atenção á puérperas na UBS e logo contar com a equipe completa para o atendimento integral das puérperas, não contamos com assistente social, educador físico, médico ginecologista ,obstetra, isso dificulta nosso trabalho e influem negativamente em uma melhor qualidade, já que toda puérpera precisa ser avaliada sistematicamente por estas especialidades, isto não significa que não sejam mais sem tem muita demora, pois só contamos com os especialistas centralizados pelo que as vezes o acesso e muito difícil . Outro aspecto a melhorar são as atividades de grupo com elas, aumentado as reuniões para assim melhorar a educação em saúde e lograr melhor prevenção e promoção.

O câncer do colo do útero está associado à infecção persistente por subtipos ontogênicos do vírus HPV (Papiloma vírus Humano), especialmente o HIP-16 e o HIP-18, responsáveis por cerca de 70% dos cânceres cervicais. É uma doença de desenvolvimento lento, que pode cursar sem sintomas em fase inicial e evoluir para quadros de hemorragia vaginal intermitente ou após a relação sexual, secreção vaginal anormal e dor abdominal associada com queixas urinárias ou intestinais nos casos mais avançados (INCA, 2014).

Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero e da mama no Brasil justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessas doenças que incluam ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento e de cuidados paliativos, quando esses se fizerem necessários. Portanto, é de fundamental importância a elaboração e a implementação de Políticas Públicas na Atenção Básica, enfatizando a atenção integral à saúde da mulher, que garantam ações relacionadas ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama

como o acesso à rede de serviços quantitativa e qualitativamente, capazes de suprir essas necessidades em todas as regiões do País. (BRASIL, 2013)

Em relação ao **Câncer de colo de útero**, considero que a cobertura sendo acompanhada na UBS é baixa, sendo 825 que representam 68% da cobertura em relação à estimativa é de 1210 em nossa área de abrangência, sendo os indicadores de qualidade com 100% foram: orientação sobre prevenção de câncer de colo de útero e orientação sobre doenças de transmissão sexual DTS, os indicadores que não alcançaram o total do porcentagem são: exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia e os exames coletados com amostras satisfatórias representam 79% do total (650), exame citopatológico para câncer de colo com mais de 6 meses de atraso tem 53%, a avaliação de risco mostrou 401 (49%), só os exames citopatológico de câncer de colo alterado e os coletados com células representativas da junção escalo colunar não tem incidência. Nossa equipe dado este resultado aumentou o número de visitas domiciliares e a pesquisa em consultas, em busca daquelas mulheres que não tem feita a prevenção, melhorar a toma das amostras, o controle dos riscos como tabagismo, infecção vaginal, uso de camisinha durante as relações sexuais, detecção de antecedentes familiares com esta doença todo isto pode ajudar a melhorar este indicador.

Em relação ao **câncer de mama** considero que a cobertura que estão sendo acompanhadas na UBS é baixa, 203 mulheres com 54% de cobertura com uma estimativa de 375 em nossa área de abrangência. O indicador de qualidade que mostrou 100% foi a orientação sobre prevenção de câncer de mama representado por 203 usuárias, com mamografia em dia temos 168 (83%), com mais de 3 meses de atraso 38%(78) do total e com avaliação de risco para câncer de mama 15%(30), os resultados orientam que nossa equipe deve fazer busca ativa das mulheres que ainda faltam por fazer a mamografia, fazer exame físico e interrogatório para detectar riscos que influem negativamente no câncer de mama como obesidade, idade, estresse, fatores hereditários e os associados ao ciclo menstrual, a terapia hormonal, não aleitamento materno, tabagismo, o sedentarismo, muitos deles passíveis de mudanças, assim como incentivar que as mulheres se realizem o auto palpação das mamas, sempre que se sentir confortável (seja no banho, no momento da troca de roupa ou em outra situação do cotidiano), sem nenhuma recomendação da técnica específica, valorizando-se a descoberta casual de pequenas alterações mamárias. É necessário que a mulher seja estimulada a procurar esclarecimento

médico sempre que houver dúvida em relação aos achados do auto palpação das mamas e a participar das ações de detecção precoce do câncer de mama. Além disso é recomendado o rastreamento de mulheres com risco elevado de câncer de mama, cuja rotina deve se iniciar aos 35 anos, com exame clínico das mamas e mamografia.

Muitas das mulheres têm mamografia em dia, mas temos que trabalhar para a conscientização das que não tem feito o exame conheçam a importância de fazer para a prevenção da doença que tem um importante lugar na mortalidade e morbidade das mulheres do todo mundo dado principalmente pela pouca informação que muita tem do tema de ali que com as reuniões, pesquisa e ações de promoção e prevenção temos que lograr mudanças nas mesmas logrando melhorar isto. Minha UBS tem que fazer o registro bem feito para ter controladas nossas mulheres nas idades de 50-69 anos embora que não é um problema de saúde da área.

A **hipertensão arterial** é uma doença caracterizada pela elevação dos níveis tensionais no sangue. É uma síndrome metabólica geralmente acompanhada por outras alterações, como obesidade. Cerca de 20% da população brasileira é portadora de hipertensão, sendo que 50% da população com obesidade tem a doença. A hipertensão pode acontecer quando nossas artérias sofrem algum tipo de resistência, perdendo a capacidade de contrair e dilatar, ou então quando o volume se torna muito alto, exigindo uma velocidade maior para circular. Hoje, a hipertensão é a principal causa de morte no mundo, pois pode favorecer uma série de outras doenças.

No indicador de estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área temos uma estimativa de 1004, ficando por baixo nossa realidade que apresenta uma cobertura de 54%(545) de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área, de acordo com o Caderno das Ações Programáticas (CAP). No que se refere à realização da estratificação de risco cardiovascular por critério clínico há 232 hipertensos (43%), atraso de consultas agendadas em mais de 7 dias 403(74%), exames complementares periódicos em dia 457(84%), sendo com 100% os seguintes indicadores: orientação sobre prática de atividades físico regular e orientação nutricional para alimentação saudável. Na avaliação de saúde bucal em dia 211 (39%). Temos controle das maiorias dos usuários com hipertensão arterial, que paulatinamente está em crescimento dado ao aumento destes com esta doença, já seja nos atendimentos e nas pesquisas realizadas pela equipe na população.

A área há número considerável de hipertensos com 20 anos ou mais e ainda temos usuários que não foram cadastrados, a maioria da população com esta doença apresenta fatores de risco já identificados e com planejamento para seu controle e tratamento.

Assim que os poucos indicadores da qualidade da atenção à HAS avaliados, resulta que temos muitos usuários com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, temos que aumentar os atendimentos de cada usuário hipertenso e fazer com que eles acessem as consultas. A orientação sobre prática de atividade física regular e a orientação nutricional para alimentação saudável está adequada, são temas tratados em todas as reuniões de grupos e encontros com a população. Para melhorar a qualidade da atenção à HAS na UBS, seria bom investir em ações de promoção e educação em saúde, associada ao autocontrole dos níveis de pressão, a atividade física e à dieta. O conhecimento das doenças está relacionado à melhora da qualidade de vida, à redução dos números descompensações, ao menor número de internações hospitalares e à maior aceitação da doença. Podemos montar uma equipe multiprofissional para a ação educativa e o acompanhamento ambulatorial dos usuários, composta de assistente social, auxiliar de enfermagem, dentista, médico clínico, nutricionista, psicóloga e terapeuta ocupacional, realizar mudanças de estilos e modo de vida, como controle dos fatores de risco como a sobrecarga na ingestão de sal, o excesso de gordura corporal especialmente na cintura abdominal, o abuso de álcool, entre outros.

Os resultados no controle do **Diabetes Mellitus** (DM) advêm da soma de diversos fatores e condições que propiciam o acompanhamento dos usuários com a patologia, para os quais o resultado esperado além do controle da glicemia é o desenvolvimento do autocuidado, o que contribuirá na melhoria da qualidade de vida e na diminuição da morbimortalidade. Os objetivos mais importantes das ações de saúde em DM são controlar a glicemia e, com isso, em longo prazo, reduzir morbimortalidade causada por essa patologia. Portanto, fazer uma intervenção educativa sistematizada e permanente com os profissionais de Saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas atuais em relação a esses problemas de saúde (BRASIL, 2013)

No indicador de estimativa do número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área temos uma estimativa de 287, ficando por baixo nossa realidade

que apresenta uma cobertura de 66%(188) de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área, de acordo com o Caderno das Ações Programáticas (CAP).

Os indicadores da qualidade da atenção à DM avaliados, encontram-se conforme segue: 100%(188) com orientação nutricional para alimentação saudável, a realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico 159 que representa 84% dos diabéticos, atraso da consultas agendadas e mais de 7 dias 110 (58%), os exames complementares periódicos em dia 107 (57%), palpação dos pulso tibial posterior e pediosos nos últimos três meses foi de 100 (53%), exames físico dos pés nos últimos três meses 87 (46%), avaliação de saúde bucal em dia 65 (34%) e último com medida da sensibilidade dos pés nos últimos três meses 10 (6%) dos diabéticos. Alguns não querem ser acompanhados e a equipe faz visitas domiciliares, também muitos demoram em acudir às consultas agendas. Com exames complementares periódicos em dia o 100% (188). Realizamos o exame físico dos pés assim como a palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos três meses aos 100%(188) dos diabéticos.

Para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção aos diabéticos, faz-se necessário um bom rastreamento, controle e estratificação de risco. Portanto, temos que fazer uma intervenção educativa, sistematizada e permanente com a participação da equipe toda para que ocorram mudanças favoráveis. Utilizar a terapia nutricional, realizar o exame físico, incluindo a verificação da pressão arterial, de dados antropométricos (peso, altura e circunferência abdominal), identificar os fatores de risco para DM, avaliar as condições de saúde e solicitar os exames laboratoriais. Sempre tendo como objetivo realizar mudanças dos estilos de vida, promovendo hábitos de vida saudáveis com as palestras, fazendo encontros com os grupos formados e com toda a população, fazer ações de prevenção, por meio do exame frequente dos pés, na pele, realizar avaliação vascular, neurológica e musculoesquelética das pessoas com DM.

Em relação à **saúde do idoso**, temos cadastrado o total de pessoas idosas, e isso facilita nosso trabalho, além disso, todos têm a caderneta de idoso, que tem igual seguimento e concorda com o prontuário. O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a

sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas (BRASIL, 2006)

Com nosso trabalho o cadastro das pessoas idosas está aumentando, o que resulta aumento da demanda pela procura dos serviços de saúde. Este é um dos desafios atuais: escassez de recursos. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos.

O indicador de cobertura é de 532 usuários e temos 532 idosos cadastrados ou seja 100%, também com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e com orientação para atividades físicas regulares 100%, com caderneta de saúde de pessoas idosas 450 (85%) , mesmo acontece com acompanhamento em dia, com avaliação de risco para morbimortalidade e com investigação dos indicadores de fragilização na velhice 85%(450), com Realização de Avaliação Multidimensional Rápida 81%, com 430 usuários , com avaliação de saúde bucal em dia 287 (54%), e com hipertensão arterial sistêmica 185 (35%). Muito deles ainda ficando cadastrados não vão às consultas agendadas, perdem a caderneta, outros moram sozinhos e temos que visitar no domicílio. Os faltosos estão diminuindo com os atendimentos agendados e nas visitas domiciliares, assim como a investigação de indicadores de fragilização na velhice. Fazemos orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, orientação para atividade física. Os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção aos idosos na minha UBS são muitos, podemos aumentar busca ativa que é identificada por meio de visitas domiciliares, temos que buscar fatores de risco, como o ambiente onde o idoso vive, a relação profissional pessoa idosa, -aspectos biológicos, psíquicos, funcionais e sociais.

Oferecer à pessoa idosa e à sua rede de suporte social, incluindo familiares e cuidadores (quando existente), uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito às culturas locais, às diversidades de envelhecer e à diminuição das barreiras arquitetônicas. Aumentar orientações gerais relacionadas à alimentação da pessoa idosa, em especial nas situações de doenças crônicas como diabetes, hipertensão, obesidade e hipercolesterolêmica. Caso sejam necessárias orientações nutricionais específicas, fazer as ações conjunto com a nutricionista para um bom planejamento. A

orientação do profissional de saúde estimulando a população idosa a incorporar um estilo de vida mais saudável e ativo.

Nossa UBS não tem um odontólogo permanente, trabalha no horário limitado, geralmente não dá para ampliar esta prática clínica, além disso, a UBS não tem as condições necessárias para prestar este tipo de atendimento.

Considero que não contamos com uma capacidade instalada para ações coletivas, estas são realizadas de forma desorganizada e muitas vezes o cirurgião dentista junto com a equipe realize ações de promoção e prevenção nas comunidades não podemos dizer que há um controle total da situação, esta é uma das maiores limitações e problemas de saúde que tem nossa UBS, não dispõe de um serviço odontológico organizado e estruturado. Muitas destas ações são feitas mas não ficam constância dos serviços odontológicos feitos, como a realização do cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde bucal. As atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional o equipe medico apoiamos com as palestras nas escolas, nas comunidades, e com todas as famílias respeito a educação em saúde bucal, pelo que também precisa de um bom serviço odontológico que lamentavelmente não podemos brindar. A prefeitura tem como principal problema já identificado essa situação, contamos que para o próximo ano melhore e podamos oferecer um serviço completo.

A forma de registro não permitiu o preenchimento desta parte do caderno de ações programáticas porque na UBS não contamos com um registro odontológico completo, temos algum os prontuários dos usuários arquivos por não ter um atendimento fixo não podemos fazer um registro total e com certeza, além disso, influem muito o atendimento que só e feito duas vezes na semana por médicos diferentes.

Para melhorar a atenção de saúde bucal temos que realizar atenção completa e integral a todos os usuários e as comunidades, atuando no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde bucal, oferecer atendimentos todos os dias da semana, buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias, desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade.

Meu maior desafio como médica neste momento é desenvolver um trabalho com ótima qualidade para a comunidade, embora não existem as condições criadas para isto já que a UBS se encontra em um local adaptado e está em processo de reparação. Oferecemos a melhor atenção com toda nossa disposição e encarecedor entusiasmo, toda nossa equipe como uma grande família. Nosso melhor recurso é o espiritual porque não há melhor cura para um usuário que ser tratado com respeito e humanismo.

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

Ao realizar a tarefa sobre a situação da ESF/APS no meu serviço, não tínhamos dados. Já na Análise Situacional, com acesso aos questionários e aos Cadernos de Ações Programáticas, conheci os indicadores de cobertura, havendo assim a possibilidade de ter os dados reais, para com eles planejar as ações considerando a fragilidades e potencialidades da UBS e da comunidade da nossa área de abrangência.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A hipertensão arterial (pressão alta) é das doenças de maior prevalência na população. No Brasil, a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) estima que haja 30 milhões de hipertensos, cerca de 30% da população adulta. Entre as pessoas com mais de 60 anos, mais de 60% têm hipertensão. No mundo, são 600 milhões de hipertensos, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). Embora o problema ocorra predominantemente na fase adulta, o número de crianças e adolescentes hipertensos vem aumentando a cada dia. A SBH estima que 5% da população com até 18 anos tenham hipertensão – são 3,5 milhões de crianças e adolescentes brasileiros.

A pressão alta caracteriza-se pela presença de níveis de pressão arterial elevados associados a alterações no metabolismo do organismo, nos hormônios e nas musculaturas cardíaca e vascular.

Considerada um dos principais fatores de risco de doença, é responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho em nosso meio. É uma condição de causas multifatoriais que deve receber a atenção e o todos. Nossa UBS não é diferente, por isso escolhemos como foco de intervenção a atenção aos hipertensos e diabéticos.

A Bacurizeiro está localizada na zona urbana de Altos, Piauí temos muitos hipertensos e diabéticos que precisam de controle e orientação. É um local adaptado não tem boas condições estruturais, oferece atendimento em 2 turnos, a equipe está composta pela clínica geral, enfermeira, técnica de enfermagem, odontólogo, técnica dentária e 9 ASC.

O indicador de cobertura é de 54%(545) hipertensos e 66%(188) diabéticos com uma população de 5000 habitantes aproximadamente sendo a estimativa de acordo com dados da CAP de 1004 hipertensos e 287 diabéticos. A qualidade da atenção à saúde pela equipe é boa com a meta de melhorar os resultados atuando diretamente com os usuários. Já estamos realizando ações de promoção e prevenção para alcançar os resultados esperados e nossa população alvo tenha os

conhecimentos suficientes para manter controlada sua enfermidade evitando assim complicações e poder levar uma vida normal.

Justificamos a intervenção considerando que com as ações do foco definido os usuários terão um cuidado integral e os princípios dos SUS da integralidade e da universalidade serão efetivados, por meios da qualificação da prática clínica, da organização e gestão dos serviços, do monitoramento e avaliação e do engajamento público.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção à Saúde dos hipertensos e diabéticos na UBS Bacurizeiro, no município Altos, no estado do Piauí.

2.2.2 Objetivos específicos

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

2.2.3 Metas

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

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

Meta 1.2. Cadastrar 100 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Referente ao 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.

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

Referente ao 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.

Referente ao Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

Referente ao 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.

Referente ao 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 pacientes hipertensos.

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na UBS Bacurizeiro, no Município Altos, Estado Piauí. Embora a estimativa da população de 1004 hipertensos e 287 diabéticos de acordo com os dados do CAP nossa realidade é de 545 hipertensos de 20 anos ou mais e 188 diabéticos de 20 anos ou mais, os que se pretende que participem na intervenção.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta: 1.1. Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde.

Meta: 1.2. Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde, em que será realizada o monitoramento e avaliação periódica, com frequência quinzenal

pela enfermeira, através de planilha Excel, disponibilizada pelo curso. Para tanto será realizada o monitoramento e avaliação periódica, com frequência semanal pela enfermeira, através de planilha Excel, disponibilizada pelo curso.

Organização e gestão do serviço

Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa. Será realizada a organização e gestão do serviço para que a enfermeira, e médico clínico geral possa realizar o registro total dos hipertensos cadastrado no programa semanalmente.

Melhorar o acolhimento com os portadores de HAS e diabéticos. Serão criadas as melhores condições para que a equipe possa realizar um melhor acolhimento de maneira contínua, ao total dos pacientes portadores de hipertensão e diabetes que vem a unidade de forma induzida ou espontânea, por diferentes motivos da consulta, todos os dias, em os dois turnos.

Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde. Será realizada a tomada da medida da pressão arterial na unidade de saúde a todos os usuários que forem a unidade de forma induzida ou espontânea por diferentes motivos. Essa ação será realizada pela enfermeira.

Garantir o registro dos diabéticos e hipertensos cadastrados no programa. Será realizada o registro pela enfermeira, e médico clínico geral, semanalmente com os dados de todos os usuários diabéticos e hipertensos cadastrados.

Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde. Será realizado hemoglicoteste na unidade de saúde a todos os usuários maiores de 20 anos o mais, que forem a UBS de forma induzida ou espontânea por diferentes motivos. Essa ação será realizada pela enfermeira.

Engajamento público

Informar a comunidade sobre a existência do programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde. A equipe de saúde entrará em contato com associação de moradores e com os representantes da comunidade em dois encontros.

Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. A equipe de saúde em contato com associação de moradores e com os representantes da comunidade em dois

encontros na UBS, reiterando a todos os usuários que se acessassem na UBS, mediante a rádio, as visitas domiciliares.

Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. A equipe de saúde entrará em contato com associação de moradores e com os representantes da comunidade em 1 ocasião e reiterando a todo os usuários que se acercassem na UBS.

Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. A equipe de saúde entrará em contato com associação de moradores e com os representantes da comunidade 1 vez no mês.

Qualificação da prática clínica

Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e de diabéticos 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 a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Serão realizadas as capacitações de todo equipe de saúde pelo médico e enfermeira, começando a capacitação sobre o manual técnico de Protocolo de hipertensão e diabetes na própria UBS, no horário utilizado para reunião de equipe mensalmente.

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

Metas:

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

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

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

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

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

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

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

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

Monitoramento e avaliação

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos, monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde; monitorar o número de diabéticos e hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada. Será realizado o monitoramento e avaliação periódica, com frequência semanal pela enfermeira, através do exame dos prontuários dos usuários e a planilha Excel, disponibilizada pelo curso.

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Será realizada o monitoramento e avaliação periódica, com frequência semanal pela enfermeira, a traves do exame dos prontuários dos usuários e a planilha Excel, disponibilizada pelo curso.

Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico. Será realizada o monitoramento e avaliação periódica, com frequência semanal pela técnica de saúde bucal, através do exame dos prontuários dos usuários e a planilha Excel, disponibilizada pelo curso.

Organização e gestão do serviço

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de hipertensos e diabéticos. Será realiza uma reunião de equipe para fazer treinamento de cada membro da equipe na realização no exame clínico de hipertensos e diabéticos que sejam acompanhados todos os dias em todos os turnos possuindo as mesmas possibilidades os trabalhadores e os aposentados.

Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde; estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais. Será realizada uma reunião para analisar a frequências da capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde que elas se faram durante três semanas, na mesma UBS, pele equipe de saúde. Disponer de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde. Será impressa a versão atualizada do protocolo que se encontrará na unidade de saúde ao qual todos terão, isto será feito pela enfermeira na primeira semana com ajuda do gestor municipal.

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. Será realizada uma reunião com toda a equipe solicitando o apoio do gestor municipal para garantir a agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo e estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados, sendo eu a responsável pelo menos com duas frequências.

Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos. Será realizada a organização e gestão do serviço para que a equipe possa realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos atendido na UBS semanalmente pela técnica odontológica.

Organizar a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos hipertensos e diabético provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Será realizada uma reunião com a equipe para que possa realizar os atendimentos dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico em todos os turnos, para serem atendidos no momento que forem a UBS.

Engajamento público

Orientar os usuários 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, quanto a necessidade de realização de exames complementares, quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. A equipe de saúde entrará em contato com associação de moradores e com os representantes da comunidade pelo menos duas vezes durante a intervenção.

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. A equipe de saúde entrará contato com associação de moradores e com os representantes da comunidade duas vezes durante a intervenção.

Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado, para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares, realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e da diabetes, para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia; para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos; para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos. Serão realizadas as capacitações de toda equipe de saúde na própria UBS, no horário utilizado para reunião de equipe mensalmente, disponibilizando 2 horas para isto ao final da reunião, em três ocasiões.

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

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

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

Monitoramento e avaliação

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia). Serão realizados o monitoramento e o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) com frequência semanal pela enfermeira que examinará os prontuários e os agendamentos feitos em cada atendimento.

Organização e gestão do serviço

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos; organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares. Estas serão feitas por qualquer membro da equipe, uma vez feita se fará a organização da agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes da busca ativa, todos os dias e em todos os turnos.

Engajamento público

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas, ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos), esclarecer aos portadores de hipertensão, diabéticos e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. A enfermeira entrará em contato com

associação de moradores e com os representantes da comunidade pelo menos duas vezes ao mês.

Qualificação da prática clínica

Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Serão realizadas as capacitações na própria UBS, no horário utilizado para reunião de equipe mensalmente, disponibilizando 2 horas para isto ao final da reunião.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Metas

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

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; monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde. Será realizada o monitoramento e avaliação periódica, com frequência semanal pela enfermeira, revisando as fichas espelho os prontuários clínicos e através de planilha Excel, disponibilizada pelo curso.

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. Será preenchida a caderneta de acompanhamento desta ação que será feito pela técnica de enfermagem com todos os dados dos usuários e colocaremos a data do agendamento da próxima consulta e será revisado o arquivo específico todos os meses na reunião da equipe.

Engajamento público

Orientar a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. A enfermeira entrara

em contato com associação de moradores e com os representantes da comunidade pelo menos duas vezes ao mês.

Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Serão realizadas as capacitações de toda equipe de saúde na própria UBS, no horário utilizado para reunião de equipe mensalmente, disponibilizando 2 horas para isto ao final da reunião, estas seriam feitas pela enfermeira e eu.

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

Metas

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

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

Monitoramento e avaliação

Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. Será realizada o monitoramento e avaliação periódica, com frequência trimestral pela enfermeira, revisando os prontuários e a fichas espelho dos hipertensos e diabéticos.

Organização e gestão do serviço

Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. Organizar a agenda para o atendimento desta demanda. Nossa agenda de trabalho prevê consultas agendadas regularmente e livre demanda para atenção destes usuários que terão prioridade e serão atendidos o mesmo dia.

Engajamento público

Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, esclarecer a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação). A equipe de saúde em contato com associação de moradores e com os representantes da comunidade pelo menos duas vezes ao mês.

Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvos, capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação; capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Será realizada a capacitação de toda equipe de saúde na própria UBS, no horário utilizado para reunião de equipe mensalmente, disponibilizando 2 horas para isto ao final da reunião, pela enfermeira e eu.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

Monitoramento e avaliação

Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos; monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos, monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos e hipertensos; monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos. Será realizada o monitoramento e avaliação periódica, com frequência semanal pela enfermeira, revisando as fichas espelho os prontuários clínicos e através de planilha Excel, disponibilizada pelo curso.

Organização e gestão do serviço

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável; demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade; organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual. Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista, nutricionista, educadores físicos para estes usuários, pelo menos semanalmente.

Engajamento público

Orientar hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, orientar os hipertensos, diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo; orientar os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal. As orientações serão realizadas pela equipe de saúde com associação de moradores e com os representantes da comunidade pelo menos duas durante a intervenção.

Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável, sobre metodologias de educação em saúde, sobre a promoção da prática de atividade física regular e para o tratamento de usuários tabagistas. Será realizada capacitação na própria UBS, no horário utilizado para reunião de equipe mensalmente, disponibilizando 2 horas para isto ao final da reunião, pela enfermeira e eu.

2.3.2 Indicadores

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

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

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

Numerador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde e acompanhados na UBS.

Denominador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde.

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

Numerador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde e acompanhados na UBS.

Denominador: Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: Número total de diabéticos residente na área e acompanhados na UBS.

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

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

Numerador: Número total de hipertensos com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

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

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

Numerador: Número total de diabéticos com exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

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

Indicador: 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 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: 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 com prescrição de medicamentos.

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

Indicador: 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 residentes na área e acompanhado na UBS.

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

Indicador: 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 residentes na área e acompanhados na UBS.

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

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

Indicador: 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 residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que faltaram as consultas.

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

Indicador: 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 residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que faltaram 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: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

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

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

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

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área e acompanhado na UBS.

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.

Indicador: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular com exame clínico em dia.

Numerador: Número de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular com exame clínico em dia.

Denominador: Número total de hipertensos residente na área e acompanhados na UBS.

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

Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular com exame clínico em dia.

Numerador: Número de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular para exame clínico em dia.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

Numerador: Número de pacientes hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

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

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

Numerador: Número de pacientes diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

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

Indicador: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

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

Indicador: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

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

Indicador: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

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

Indicador: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

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

Indicador: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus vamos adotar o Manual Técnico de Protocolo de Hipertensão e Diabetes do Ministério da Saúde, 2013. Utilizaremos a ficha espelho disponibilizada pelo curso dos 545 hipertensos e 188 diabéticos acompanhados na UBS e residentes na área de abrangência. A ficha não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal, e dados relativos à classificação de risco da hipertensão e diabéticos. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, estimamos alcançar com a intervenção o total cadastro de hipertensos e diabéticos na população. Faremos contato com o gestor municipal para dispor de todas as fichas espelho necessárias e para imprimir as fichas complementares que serão anexadas às fichas espelho. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando os usuários que vieram ao serviço para ser acompanhados nos últimos 3 meses. A profissional localizará os prontuários dos hipertensos e diabéticos e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais, estratificação de risco cardiovascular, assim como promoção de saúde.

Na 1ª semana ocorrerá a capacitação da equipe sobre o manual técnico de Protocolo de Hipertensão e diabetes para que toda a equipe utilize esta referência na atenção às hipertensos e diabéticos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto serão reservadas 3 horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

O acolhimento das hipertensos e diabéticos que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem. Os hipertensos e diabéticos com atraso nos atendimentos e que vem da busca ativa serão atendidas no mesmo turno para ampliar o cadastro e os atendimentos em dia. Os hipertensos e diabéticos com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno para agilizar o tratamento de intercorrências, caso de precisar se fará a conta referência. Os usuários que buscam consulta de rotina terão prioridade no agendamento. Os usuários que vierem a consulta sairão da UBS com a próxima consulta agendada.

Faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade na igreja da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo e informando a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, abordaremos temas sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Além disso informaremos sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes e outras temáticas. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar o cadastro dos hipertensos e diabéticos e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Semanalmente a enfermeira examinará as fichas espelho dos hipertensos e diabéticos identificando aqueles que tem periodicidade das consultas

previstas no protocolo (consultas em dia), exames clínicos apropriados, exames laboratoriais e que tenha realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. O agente comunitário de saúde fará pesquisa ativa de todos os usuários em atraso, estima-se 6 por semana totalizando 24 por mês. Ao fazer a busca ativa dos faltosos já agendará a hipertensos e diabéticos para um horário de sua conveniência. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

Ao final de semana se informará os usuários faltosos que diariamente os ACS na comunidade fará busca ativa deles. Tomaremos como estratégia anotar nos prontuários os números telefônicos dos usuários hipertensos e diabéticos e endereço com todos os dados para facilitar o trabalho dos agentes de saúde. Ao fazer a busca já agendará a hipertensos e diabéticos para um horário de sua conveniência que seriam atendidos quando assistirem na UBS.

2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática	X															
Contato com lideranças comunitárias	X															
Cadastramento dos hipertensos e diabéticos da área adstrita	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	X
Garantir o registro dos hipertensos diabéticos cadastrados.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	X
Orientações a comunidade e pacientes hipertensos e diabéticos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x
Capacitar os ACS para cadastramento e realização de busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos	x															
Garantir com o gestor municipal a agilidade para exames complementares.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	X
Atendimento clínico dos hipertensos e	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	X	X

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A equipe durante estas semanas teve que recorrer um caminho longo para chegar até aqui depois de tanto batalhar, mas não foi e vão porque foram muitos os ganhos, aprendizagem e experiências que conseguimos com a intervenção. Mediante rádio, cartazes e as lideranças comunitárias logramos orientar os hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, assim como a importância da prática de atividade física regular, aos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e sobre a importância da higiene bucal. Durante o desenvolvimento da intervenção fizemos reuniões com o gestor para garantir os materiais necessários para o desenvolvimento da intervenção, além de garantir a disponibilidade dos serviços incluindo os exames laboratoriais e a disponibilidade dos medicamentos na Farmácia Popular precisando de encontros com a responsável da mesma. Foram realizadas reuniões da equipe ao início da intervenção e o desenvolvimento da mesma definindo as atribuições de cada membro da equipe, planejando e organizando as capacitações dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde e estabelecendo periodicidade para as mesmas além de organizar a ação para avaliação de atendimento odontológico. A participação da nutricionista e a psicóloga não foi possível em todas as atividades realizadas na UBS já que só contamos com uma para todo o município, foi falado com o gestor para a incorporação de o educador físico mais não deu certo. Com a intervenção melhorou os registros dos hipertensos e diabéticos permitindo o melhor controle dos mesmos, a qualidade da atenção clínica melhorou ao 100% avaliando a todos os usuários de acordo com a estratificação de risco e organizando a agenda tendo em conta o risco e os usuários provenientes da busca ativa realizada pelos ASC. Os atendimentos eram feitos

todos os dias da semana, com o bom acolhimento dos usuários, envolvidos todos os profissionais, tales como a técnica de enfermagem, a enfermagem, e a medica, além dos profissionais de atendimento odontológico. Todas estas ações desenvolvidas permitirem que ao final da intervenção alcançáramos uma cobertura de 98.0% (534) hipertensos e 100% (188) diabéticos cadastrados na UBS superando a cobertura da estimativa proposto pelo ministério de saúde segundo o CAP.

É muito reconfortável perceber que a qualidade de vida de nossos hipertensos e diabéticos melhorou pelo o acolhimento realizado a cada dia. Os vídeos, as conversas e as palestras realizadas foram decisivos, pois foram o cenário para transmitir a importância de levar uma dieta saudável, praticar exercícios físicos, ter uma boa saúde bucal, evitar o estresse, a obesidade, tomar os medicamentos regularmente apesar da ausência de sintomas. Tudo isso facilitou que os usuários ficassem interessados pela sua saúde, trabalhamos com uma população humilde e carente mais muita agradecida e acolhedora que nunca haviam formado parte de um trabalho dessa magnitude. Também conseguimos incorporar usuários que antigamente não tinham atendimento sistemático e alguns deles não conheciam que eram diabéticos ou hipertensos.

Em relação ao monitoramento e avaliação do número de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa, esta ação foi cumprida integralmente mediante o preenchimento das planilhas e fazendo o registro dos usuários. Visitamos aqueles que por incapacidade físicas, motoras ou sensitivas não pode ir á UBS, ali aferimos pressão arterial, em ocasiões com aparelho emprestado de outra UBS porque não tenhamos e realizamos hemoglicoteste em alguns diabéticos que tinham aparelho próprio pois a equipe nunca teve ele em nossos serviços. Às vezes o número de usuários planejados para serem avaliados semanalmente não chegava e os ACS realizavam busca ativa dos faltosos e na próxima semana estavam presentes na consulta para avaliar e realizar estratificação de risco. Em relação aos esfigmomanômetro a UBS ficou um tempo sem ele e aconteceu assim com o glicômetro para fazer os glicoteste que só foi garantido em algumas consultas pelos usuários. Sobre a divulgação da existência do projeto para a comunidade, realmente tivemos apoio durante todo o projeto pelos os ACS, vizinhos, usuários e familiares e a rádio que falavam sobre os riscos destas doenças e a importância de medir a pressão arterial com periodicidade e sempre tivemos cooperação dos líderes comunitários que ajudaram para que na área de saúde se conhecesse nossos

objetivos. Referente aos exames laboratoriais no seguimento dos HAS e DM não houve dificuldade.

Em relação à capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos foi cumprida nas primeiras semanas. Inicialmente, capacitamos todos aqueles que não conheciam como fazer uma correta verificação de pressão arterial e fazer uma medição adequada da glicemia com o glicoteste além de saber identificar sintomas e complicações das doenças em estudo. Isto foi muito importante para o bom desenvolvimento do trabalho, também elevou o nível profissional dos que foram capacitados.

O atendimento odontológico esteve à disposição ficando assim integrado na ação programática, só ficamos sem serviços pouco tempo porque o odontólogo saiu e ocupou seu lugar outra profissional.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Sobre a organização e gestão do serviço, referente à participação da nutricionista na rotina diária não foi possível porque não temos uma nutricionista só para nossa UBS mais acompanho a gente nas palestras com seus conhecimentos e orientações pertinentes e individualizadas em muitos casos.

Não foi possível a participação dos educadores físicos no grupo de atenção aos hipertensos e diabéticos já os que o município tem estão vinculadas as escolas e não tem disponibilidade para trabalhar com a saúde, contudo a equipe preparava exercícios para orientar a nossa população alvo e incentivar a sua realização. O gestor falou que não tem previsão para a contratação de educadores.

No que se refere à organização do tempo médio com a finalidade de garantir orientações a nível individual não sempre foi possível cumprir já que muitas vezes as pessoas avaliadas foram idosas com baixo nível escolar o que dificulta a compressão dos mesmos em muitas ocasiões prolongando-se assim o tempo médio de consulta. Também em quanto á realização do glicoteste a maioria dos usuários diabéticos não foi avaliada porque não tenhamos fitas reativas nem o glicômetro.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Em relação às planilhas e fechamento de dados apresentamos dificuldades com o preenchimento dela e o cálculo dos indicadores. Tenho que dizer que sempre a orientadora estava oferecendo o seu apoio da secretaria ficou sem problema.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

É muito importante saber que existem algumas ações importantes sendo incorporadas na rotina do serviço como, por exemplo, a recuperação do grupo de atenção aos hipertensos e diabéticos o qual tem um bom acolhimento na comunidade já que não são somente renovadas as receitas dos medicamentos, também fazemos orientações para mudar seu estilo de vida, realizamos orientação sobre as complicações da HAS e DM, os atendimentos são com mais qualidade pelos ACS, ou seja de todo o pessoal que trabalha na UBS por capacitações oferecidas, realizando exercícios físicos orientado pelo fisioterapeuta do hospital nos casos que precisam deste especialista em parceria com a equipe.

A equipe foi capacitada e agora pode fazer toma de pressão arterial e medição da glicose de forma criteriosa usando os esfigmomanômetro e glicoteste sempre que esteja em boas condições pois já falamos com a direção da secretaria para dar solução a este problema.

Também se estão fazendo avaliação dos pulsos e exploração da sensibilidade dos membros inferiores dos usuários diabéticos que antigamente não era feito por ACS. As consultas odontológicas estão sendo feitas a semana toda e antes eram só duas vezes

Agora a comunidade está informada sobre as ações da intervenção e sobre a periodicidade das consultas aos hipertensos e diabéticos além de ter conhecimento da incorporação da intervenção na rotina da UBS.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos na UBS Bacurizeiro no município Altos, Piauí. Na UBS existem 545 hipertensos e 188 diabéticos acompanhados e residentes na área de abrangência, entretanto a intervenção atingiu uma cobertura de 98.0%(534) hipertensos e 100%(188) diabéticos cadastrados na UBS.

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

Meta1.1: Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde.

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

O indicador de cobertura do programa da atenção aos hipertensos na unidade de saúde durante o período da intervenção teve evolução conforme segue: alcançamos no primeiro mês só 23.3%(127), pois era uma experiência nova para todos e a equipe nunca havia ficado envolvido em um trabalho desta magnitude, onde a população joga um papel principal colocando as famílias mais perto das mudanças de estilos e modos de vida aumentando assim a qualidade desta, o próximo mês incrementamos para 46.4%(253), pois a equipe foi adquirindo mais conhecimento devido as capacitações feitas na UBS, no mês 3 a porcentagem aumentou para 78.2%(426) já que as atividades continuaram sendo realizadas pela equipe guiados pelo protocolo e orientações dadas tendo em conta as minhas férias, no último mês alcançamos 98.0%(534). Não atingimos a meta proposta porque ao princípio o enfrentamento ao projeto atrapalhou o tempo da equipe por desconhecimento da proposta, o que no desenvolvimento do trabalho melhorou.

Acho que foi uma vitória porque nossos usuários hoje têm mais percepção de risco e conhecimento sobre sua doença.

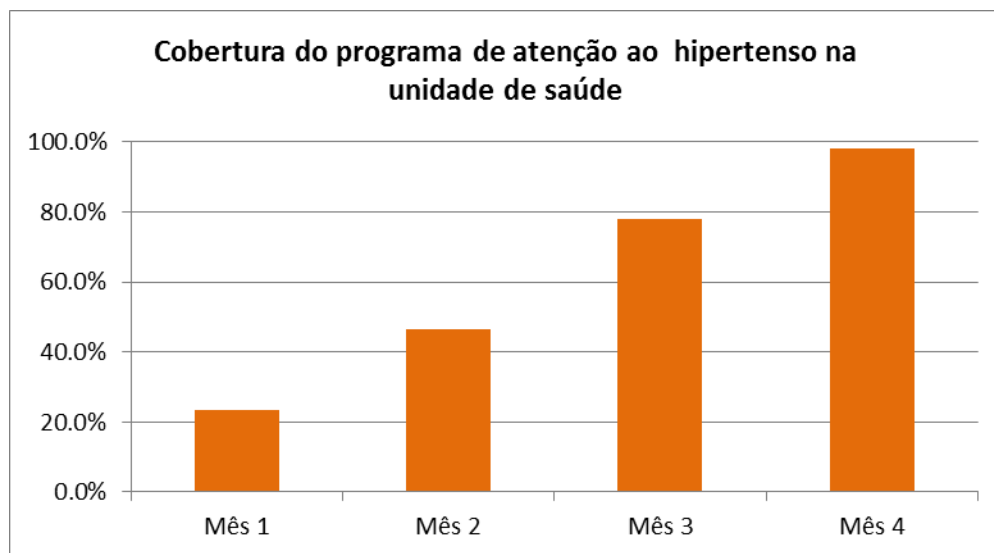


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Bacurizeiro no município Altos, Piauí
Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel, 2015

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

A cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde, teve entre as ações para que aumentasse a mesma por meio do contato das famílias no sistema de saúde sendo no mês 1 a porcentagem foi 25.0%(47) , muito baixo, pois era o começo de um caminho longo cheio de perguntas e respostas, o mês 2 foram cadastrados 87 usuários representando 46.3% do total, evidentemente o número foi maior pois a equipe estava mais envolvido no trabalho e os usuários mostravam mais entusiasmo e colaboração, o terceiro mês continuo avançando 75.0%(141) pelo esforço realizado durante minhas férias, no mês 4 foi decisivo pois a equipe logrou cadastrar 100%(188) dos diabéticos, isto foi muito gratificante, nossos diabéticos aprenderem a levar sua doença de maneira mais responsável.

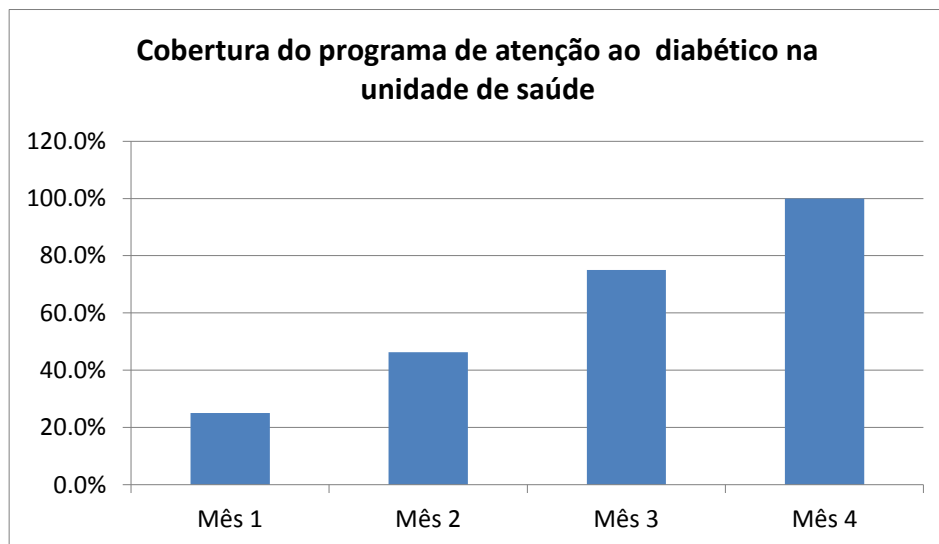


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Bacurizeiro no município Altos, Piauí

Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel, 2015

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

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

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

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

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

Conseguimos que 100% dos usuários se realizarem o exame clínico apropriado de acordo como protocolo, no mês 1 se examinaram 127 hipertensos e 47, no mês 2 foram 253 e 87 (100%), o terceiro mês 426 e 141 (100%) e no último mês 534 e os 188 diabéticos cadastrados durante a intervenção, sempre o exame foi feito com qualidade e com os requisitos correspondentes, além do esforço realizado pelo laboratório do município.

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

Indicador 2. 3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

Os exames complementares em dia de acordo com o protocolo foram feitos para 100% dos usuários cadastrados, tendo em conta a importância dos mesmos na avaliação das suas doenças. No mês 1º se realizarem exames complementares aos 127 hipertensos e 47 diabéticos (100%), no mês 2º foram realizados 253 e 87 (100%), no 3º mês, 426 hipertensos e 141 diabéticos, no mês 4º se realizaram 534 hipertensos e os 188 diabéticos (100%). Os resultados alcançados foram devidos a pontualidade do retorno dos exames e o trabalho da secretaria disponibilizando os materiais necessários para a realização dos mesmos além da preocupação dos usuários.

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.

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.

A prescrição dos medicamentos na farmácia popular para a população alvo não teve dificuldade, o profissional farmacêutico atua de forma integrada com a equipe prestando apoio e controlando a distribuição dos medicamentos e assim todos os usuários os adquiram mensalmente. No mês 1 foram entregues a 127 hipertensos e 47 diabéticos ou seja 100%, no mês 2, (253) hipertensos e 87 diabéticos representando 100%, no mês 3 (426) hipertensos e 141 diabéticos, no mês 4 receberam medicamentos 534 hipertensos e os 188 diabéticos (100%).

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

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

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

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

O risco de complicações bucais aumenta conforme o controle glicêmico diminui, é fundamental atingir o controle dos diabéticos para preveni-las assim como manter cifras normais de pressão arterial para poder efetuar atendimento odontológico adequado por isso a equipe junto com o odontologista ofereceu orientação e tratamento a cada usuário cadastrado. No mês 1 foram avaliados a 127 hipertensos e 47 diabéticos (100%), no mês 2, (253) hipertensos e 87 diabéticos (100%), no mês 3, (426) hipertensos e 141 diabéticos, no mês 4 foram avaliados 534 hipertensos e os 188 diabéticos garantindo acesso a 100%.

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

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

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

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.

A equipe fez um bom trabalho para incorporar os usuários faltosos as atividades realizadas cada semana, os ACS tiveram um papel decisivo para incorporá-los pois realizaram visita domiciliar e contato telefônico. Só tivemos 5 hipertensos faltosos e 1 diabético que foram incorporados mediante busca ativa 100% dos hipertensos e diabéticos com busca ativa.

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. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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.

Foi feito o cadastramento de todos os hipertensos e diabéticos da área adstrita no programa apoiando-o no livro de registro onde temos registrados cada uns de nossos usuários hipertensos e diabéticos diariamente com todos os dados

que precisarem, além de apoiarmos no prontuário e a ficha espelho. Esta ação foi supervisionada pela enfermeira cada final de semana garantindo a proporção de hipertensos e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento para uma cobertura total de 100%. No mês 1 foram registrados 127 hipertensos e 47 diabéticos (100%), no mês 2, 253 hipertensos e 87 diabéticos também 100%, no mês 3, 426 hipertensos e 141 diabéticos no mês 4 se realizaram 534 hipertensos e os 188 diabéticos (100%).

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.

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

A estratificação de risco cardiovascular em 100% foi cumprida com todos os usuários hipertensos e diabéticos avaliados nas consultas e nas visitas domiciliares, tendo em conta a importância da mesma para prever e controlar complicações frequentes destas doenças nos órgãos alvos. Os usuários que têm insuficiência coronariana, insuficiência cardíaca, hipertrofia ventricular esquerda, insuficiência arterial periférica, insuficiência renal crônica estágio 3 ou mais e que tenham tido acidente vascular encefálico ou ataque isquêmico transitório são considerados como de alto risco cardiovascular. Para isto foi indicado exames complementares além de realizar o exame clínico em dia acompanhado de um bom interrogatório para a identificação dos riscos. A proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular alcançou 100%. No mês 1 (127) hipertensos e 47 diabéticos, no mês 2, (253) hipertensos e 87 diabéticos, no mês 3 (426) hipertensos e 141 diabéticos e no mês 4, 534 hipertensos e os 188 diabéticos (100%). .

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

A alimentação saudável é um pilar fundamental no controle da Hipertensão Arterial e da Diabetes Mellitus. A equipe realizou palestras, conversas e convites com a participação da população e em ocasiões da nutricionista quem complementava as orientações dadas cada semana, aumentando assim a qualidade de vida de nossos usuários e evitar as complicações que podem provocar nestas doenças mudando condutas e estilos de vidas. Todas estas ações permitirem que alcançássemos 100% dos hipertensos e diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. Receberam orientação no primeiro mês 127 hipertensos, no mês 2, (253), no mês 3, (423), e no mês 4, 534. No caso dos diabéticos o comportamento do 1º mês foi de 47 usuários, o seguinte de 87, o 3º mês 141 e o último mês de 188 representando 100% dos diabéticos cadastrados.

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

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

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

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

Nesta meta é tão importante como a anterior, a proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física foi cumprida com 100%, embora não tenhamos educador físico por não ter disponível no município, mas a população não deixou de ser incentivada pois a enfermagem, e eu como clinica gral falamos da importância da realização de esportes tentando incorporar a suas atividades diárias, sendo que os usuários realizaram caminhadas, outros se incorporarem a academia. No primeiro mês receberam orientação sobre prática física regular 127 hipertensos, no segundo mês 253, o terceiro mês 426 e no quarto mês 534 ou seja, 100% dos hipertensos. Com relação aos diabéticos no primeiro

mês 47 usuários receberam orientação, no segundo mês 87, no terceiro 141 e no quarto mês 188 que representa 100% em todos os meses.

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

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

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

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

Nossa área não tem alto índice de tabagismo, mas alguns dos usuários fumadores recebiam orientações junto com os demais nas palestras planejadas pela UBS, eram encaminhados para o CAPS para fazer desabitação, portanto a proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo alcançou 100%. No 1º mês se orientaram 127 hipertensos, no 2º mês 253, no 3º mês 426 e no último mês 534. Os comportamentos dos diabéticos foi de 47 no 1º mês, o 2º mês 87, o 3º mês 141 e o 4º mês 188 representando 100%.

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

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

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

6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Uma boa higiene bucal é uma das medidas mais importante para os usuários podam manter seus dentes saudável e para o bem-estar general dos hipertensos e diabéticos pelas complicações que provocam. Durante a intervenção a equipe com a cooperação do odontologista falou sobre neste tema, de como evitar caries, mau hálito, aftas bucales que tão complicadas resultam para os diabéticos pois são mais susceptíveis que o resto da população. Ao final da intervenção a proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre higiene bucal foi 100% garantindo acesso as atividades feitas que não só ajudarem a melhorar o controle dos usuários também prever complicações. No 1º mês foram orientados os 127 hipertensos castrados, no 2º mês os 253, no 3º mês os 426 e no último mês 534.

Com os diabéticos foi 47 no 1º mês, no 2º mês 87, no 3º mês 141 e no 4º mês 188 representando 100% em todos os meses.

4.2 Discussão

Resumo do que alcançou com a intervenção

A intervenção propiciou a ampliação da atenção aos hipertensos e diabéticos da área de abrangência, a melhoria dos registros mantendo ficha de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos e para a classificação de risco de ambos grupos. Priorizamos a prescrição de medicamentos da farmácia popular os hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, assim como a avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Melhoramos a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa com busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada. Promovemos a saúde de hipertensos e diabéticos cadastrados com ampliação a população toda.

Importância da intervenção para a equipe

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do ministério da saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da hipertensão e diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem, os profissionais do serviço de saúde bucal, os ACS, a nutricionista.

Cada um dos membros da equipe realizou as atribuições correspondentes. A enfermeira, a médica (eu) e a cirurgião dentista realizamos assistência integral aos hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários. Realizamos as consultas deles solicitando exames complementares avaliando aos usuários quanto o risco cardiovascular e realizando o exame clínico adequado. Ademais as palestras realizadas foram preparadas pela enfermeira e eu o que facilitou o desenvolvimento do projeto assim como a orientação da população. A enfermeira realizou o monitoramento e avaliação dos registros todas as semanas contribuindo ao melhorar a qualidade dos mesmos, também monitoramos as atividades realizadas semanalmente.

Os ACS realizaram uma função muito importante, o mapeamento de sua área em especificou os hipertensos e diabéticos que acompanhavam. Organizaram os cadastros dos hipertensos e diabéticos atualizando permanentemente esse cadastro, identificando os usuários com risco. Além de orientar a população para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando-as e até agendando consultas, exames e atendimento odontológico, quando necessário. Temos que falar que a participação da nutricionista em algumas atividades foi muito importante para o desenvolvimento do projeto. O acolhimento foi muito bom, melhorando a qualidade da atenção dos usuários.

Isto acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço melhorando a qualidade na atenção ao estende as ações a outras áreas como a saúde da criança, pré-natal e puerpério a prevenção do câncer de colo de útero e controle do câncer de mama, a saúde do Idoso, além de outras doenças como hanseníase, tuberculose, na saúde bucal na população toda. A intervenção melhorou o trabalho conjunto com o CAPS e o NASF. Melhoramos a comunicação com a farmácia popular e a contra-referência com o hospital.

Importância da intervenção para o serviço

Antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas na médica, não tínhamos um bom registro dos hipertensos e diabéticos, o acolhimento não era o melhor, os serviços de odontologia tenham muitas falhas, além que a organização dentro da equipe não era muito boa. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a um maior número de pessoas. A melhoria do registro e o agendamento dos Hipertensos e Diabéticos viabilizou a otimização da agenda para á atenção demanda espontânea o que estendidos para outros programas. A classificação de risco os hipertensos e diabéticos tem sido crucias para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

Importância da intervenção para a comunidade

O impacto da intervenção foi percebido pela comunidade que nunca havia ficado envolvido em um projeto dessa magnitude, a mesma carente de recursos e de atendimento médico, embora o odontologista trabalhe duas vezes por semana em um só turno, os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, isto não gerou insatisfação entre os outros membros da comunidade

porque conheciam o motivo desta priorização já que os ACS foram orientando sobre eles, assim como a lideranças comunitária tenham conhecimento da mesma, os quais colaborarem muito no desenvolvimento das ações do projeto.

O que faria diferente caso fosse realizar a intervenção neste momento

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe. Também faltou uma articulação com os líderes da comunidade e o gestor para explicitar os recursos necessários durante a intervenção e discutir a melhor maneira de que nos apoiarem já que faltou muito por parte deles. Durante o desenvolvimento da intervenção faltou sempre à fita reativa para a realização de hemoglicoteste nos usuários diabéticos, além de que só contamos com um esfigmomanômetro, o que em algumas ocasiões demorou o trabalho. Também insistiria mais com o gestor quanto à possibilidade de contar com o educador físico na UBS, assim como programar melhor a agenda com a nutricionista e a psicóloga para realizar a avaliação dos usuários de risco. Percebo que a equipe está integrada e como vamos a incorporar intervenção a rotina do serviço, teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

Viabilidade de incorporar sua intervenção à rotina do serviço

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco.

Vamos adequar a ficha dos hipertensos e diabéticos para poder coletar e monitorar todos os indicadores que tínhamos previsto no projeto. Investiremos na conscientização dos hipertensos e diabéticos que não são acompanhados para que se incorporem a mesma e assim aumentar a cobertura e cadastro.

Quais os próximos passos

A partir do próximo mês, pretendemos investir na ampliação de cobertura dos hipertensos e diabéticos. Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implementar o programa de prevenção do câncer de colo de útero e de pré-natal e puerpério pois o programa de atenção dos hipertensos e diabéticos já está incorporada a rotina da UBS.

5 Relatório da intervenção para gestores

Caros gestores

Nesse relatório apresentamos como foi implementada a intervenção que objetivou melhorar a Atenção a Saúde dos Hipertensos na UBS Bacurizeiro, município Altos, estado Piauí.

Para tanto, as ações foram planejadas e desenvolvidas de acordo com os eixos do Projeto do Curso de Especialização em Saúde da Família, quais sejam: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço; engajamento público, e qualificação da prática clínica. A intervenção ocorreu entre janeiro e maio de 2015.

Ao final da intervenção embora não alcançamos a meta de cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no programa de atenção à hipertensão e diabetes mellitus da unidade de saúde alcançamos uma cobertura de 98.0%(534) dos hipertensos cadastrados e 100%(188) dos diabéticos. Conseguimos a meta de realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos (534) e diabéticos (188) cadastrados, assim como a meta de garantir a 100% dos hipertensos (534) e diabéticos (188) a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, também logramos a meta de priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos (534) e diabéticos (188) cadastrados na unidade de saúde. No caso da meta de proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico além das dificuldades apresentadas alcançamos a meta com o 100% dos hipertensos (534) e dos diabéticos (188) cadastrados. São aspectos positivos que melhoraram a qualidade de vida dos atendimentos dos hipertensos e diabéticos assim como da população, permitindo a ampliação da cobertura no programa.

Na perspectiva de melhorar a Atenção a Saúde dos Hipertensos na UBS Bacurizeiro foram realizados encontros semanais com os usuários e a participação da odontóloga e a nutricionista. Os encontros aconteceram todas as semanas na igreja do povo e na mesma UBS, onde realizamos palestras e conversas. Essas atividades foram incorporadas na rotina do serviço e estão sendo avaliadas como satisfatória, pois esse momento do grupo tem possibilitado a construção de vínculos, o reforço do autocuidado e da corresponsabilidade dos hipertensos e diabéticos acompanhados pela UBS. Apresentaram-se vídeos educativos com momentos para considerações e esclarecimento de dúvidas.

Com relação a Monitoramento e Avaliação, o cadastramento dos hipertensos e diabéticos no Programa HIPERDIA, foi de grande importância para a prevenção e controle da hipertensão e diabetes, que daremos continuidade exigindo o comprometimento e dedicação de toda a equipe, além do treinamento específico necessário, proporcionado através de capacitações e reuniões de equipe.

Na Organização e Gestão do Serviço disponibilizamos a versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde e material necessário para o atendimento. Garantimos o registro dos 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados, organizando a agenda de saúde bucal e das consultas. Com o material adequado para a tomada de pressão arterial (Esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde (fita reativa), apresentamos dificuldades não sendo possível a disponibilização das matérias necessárias para a melhor desempenho da intervenção.

No Engajamento Público, atividades educativas foram realizadas ficando o desafio de dar continuidade ao cronograma de encontros previstos, programar e supervisionar as atividades a serem desenvolvidas em cada encontro e captar ainda mais usuários, incorporando as atividades a rotina diária. Os usuários cadastrados hipertensos e diabéticos forem avaliados 100% quanto a estratificação do risco cardiovascular permitindo conhecer a prioridade dos atendimentos e melhora da mesma logrando uma boa aceitação da população.

A Qualificação da Prática Clínica foi inserida na rotina diária da UBS. As atividades de educação em serviço realizadas a fim de incrementar um conjunto de capacitações que contribua ao maior conhecimento acerca dos temas de interesse coletivo e facilite o trabalho de cada profissional de saúde, sendo necessário que a gestão central facilite estas iniciativas. Precisamos manter o monitoramento e

avaliação das atividades compartilhada com a equipe de saúde e voltada às demandas da população. Todo isto permitiu promover a saúde de hipertensos e diabéticos nos 100% dos cadastrados e da população.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Caros usuários

Com o presente relatório para a comunidade pretendemos relatar como foi desenvolvida a intervenção da UBS Bacurizeiro do município Altos, estado Piauí.

Foi planejada uma intervenção com o objetivo de Melhorar a Atenção a Saúde dos Hipertensos e diabéticos na UBS Bacurizeiro, Altos /PI. Para tanto foi desencadeada um grupo de ações para alcançar o objetivo proposto. Entre elas encontra-se a realização de reuniões com a equipe de saúde, lideranças comunitárias para apresentação do projeto e informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde e sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Orientamos a comunidade sobre a importância do rastreamento para Diabetes Mellitus em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Organizamos capacitação dos profissionais da equipe, e o estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática. Garantimos e preparamos a planilha para a coleta dos dados e dos recursos visuais para utilização nas capacitações, palestras e conversas como slides e cartazes, vídeos. Monitoramos e avaliamos os usuários hipertensos e diabéticos quanto ao cadastramento no Programa HIPERDIA e registro atualizado no prontuário e ficha espelho. Cadastramos os usuários hipertensos e diabéticos com avaliação odontológica e estratificação de risco. Melhoramos o acolhimento para os usuários hipertensão e diabéticos e avaliação dos indicadores propostos na intervenção. Garantimos com o gestor municipal agilidade para exames complementares.

Com o desenvolvimento da intervenção realizamos palestras na igreja do povo, na UBS, assim como conversas e outras atividades, como convite, as reuniões de hiperdia que tenha boa participação da população. Nesses encontros ocorreu a apresentação de vídeos educativos sobre diversas temáticas com a participação da nutricionista, a psicóloga, e o equipe de odontologia, oportunizando debates, considerações e esclarecimentos de dúvidas para a população, incentivando a participação dos hipertensos e diabéticos e o resto da população.

Após a intervenção constatou-se que os objetivos propostos foram cumpridos maiormente. Com a intervenção melhoramos a Atenção à Saúde dos hipertensos e diabéticos, ampliamos a cobertura que embora não alcançamos 100% dos hipertensos, chegamos ao 98.0% da cobertura de hipertensos (534) e 100% dos diabéticos (188). Melhoramos a qualidade da atenção dos hipertensos e diabéticos, assim como adesão de hipertensos e diabéticos ao programa e o registro das informações.

Todas as ações feitas e planejadas permitiram promover a saúde dos hipertensos e diabéticos cadastrados e da população geral. Espera-se que a comunidade continue contribuindo na continuidade destas ações, assim como a ampliação aos outros programas como programa da prevenção do câncer de colo de útero e o pré-natal e puerpério.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Quando comecei o curso da especialização percebi que não seria fácil, pois iria enfrentar uma língua nova e tentaria mudar estilos e modos de vidas em pessoas com costumes diferentes, tinha uma meta longa com muitas expectativas, mas estava motivada pelo trabalho que faria com uma população carente que aguardava por mim e esperava o melhor.

Durante o tempo do curso fui adquirindo cada dia mais confiança e envolvimento com a comunidade e a equipe que sempre ofereceu apoio além de estarem sempre dispostos a interagir comigo; desta forma criei um relacionamento que achava seria distante facilitando-me o trabalho no projeto de intervenção permitindo que a saúde dos hipertensos e diabéticos e da população toda melhorar na UBS de Bacurizeiro.

Como profissional sinto muito orgulho de formar parte do Programa Mais Médicos, acho que estou mais enriquecida e mais preparada do começo do curso, com cada atividade, com as tarefas, a participação no fórum, no tele saúde, pois tive que estudar mais, procurar bibliografias para me manter atualizada, a participação nos fóruns, no tele saúde, com a ajuda da orientadora que sempre ofereceu seu apoio, todo isto permitiu melhor conhecer a língua assim como falar, escrever e ler melhor. Adquiri vivências inesquecível com os usuários, por meio de demonstrações de carinho, generosidade e agradecimento da população que para mim é tão reconfortável e me enche de regozijo, além do trabalho realizado neste país onde o acolhimento foi ótimo

No decorrer do curso os aprendizados mais relevantes foram a interação com meu povo, aprendi a conhece-los, como orientá-los tendo em conta a personalidade de muitos deles, seu nível escolar, a língua pois agora entende melhor que ao início,

aprendi o funcionamento do SUS guiada por seus princípios para ofertar uma atenção de qualidade.

No desenvolvimento de meu trabalho aprendi como me organizar para realizar cada ação e monitorar a mesma, planejar cada uma delas corretamente, orientar a equipe para cada um fazer seu papel, combinar com o gestor em caso de dificuldade como buscar solução, interagir com a população, respondendo à demanda espontânea e cuidar da comunidade com as orientações, conselhos a muitos deles que me procuram para me falar suas tristezas e alegrias pois sempre estou presente para o que precisarem.

Tudo isto permitiu melhor organização da equipe, controle e registro dos programas e as atividades planejadas cada semana, promover e lograr mudanças na saúde da população assim como manter orientados aos usuários com doenças crônicas não transmissíveis e a comunidade.

Referências

INSTITUTO NACIONAL DE CANCER (Brasil). Estimativa 2014. Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014

BRASIL, 2013. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e de mama 2ª edição Cadernos de Atenção Básica, nº 13, pág-13

BRASIL, 2013. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Estratégias para o cuidado da pessoa com diabetes melittus Cadernos de Atenção Básica, nº 36, pág-21

BRASIL, 2006 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Envelhecimento e saúde da ´pessoa idosa. Cadernos de Atenção Básica - n.º 19 Série A. Normas e Manuais Técnicos, pág. 9

www.abc.med.br › Hipertensão arterial acessado 07/10/2015

www.minhavidacom.br/saude/temas/hipertensao acessado 07/10/2015

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 à disposição dos usuários.

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante