

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria na Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão e/ou
Diabetes na UBS Santa Inês I, Rio Branco/AC**

Homero de Oliveira Lima

Pelotas, 2015

Homero de Oliveira Lima

**Melhoria na Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão e/ou
Diabetes na UBS Santa Inês I, Rio Branco/AC**

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

Orientador: Elenir Terezinha Rizzetti Anversa

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

L732m Lima, Homero de Oliveira

Melhoria na Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes na UBS Santa Inês I, Rio Branco/Ac. / Homero de Oliveira Lima; Elenir Terezinha Rizzetti Anversa, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

104 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. Anversa, Elenir Terezinha Rizzetti, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia.

A minha mãe Ana Maria Lima de Oliveria, que esteve me apoiando em todos os momentos da minha vida a qual não lhe devo somente a minha vida, mais também por ter me tornado quem sou.

Agradecimentos

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

A Universidade Federal de Pelotas, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, eivado pela acendrada confiança no mérito e ética aqui presentes.

A minha orientadora Elenir Terezinha Rizzetti Anversa, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

A minha mãe, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

Resumo

LIMA, Homero de Oliveira. **Melhoria na Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes na UBS Santa Inês I, Rio Branco/AC**.2105. 103f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus são doenças crônicas não transmissíveis de alta prevalência, responsáveis pela maioria das doenças e mortes, são, atualmente, as causas mais comuns de morbidade. No Brasil, nos últimas décadas, as doenças crônicas não transmissíveis vêm representando 69% dos gastos hospitalares no Sistema Único de Saúde. A atenção básica é o local prioritário para que o cuidado integral se efetive caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Frente às estas premissas e análise situacional realizada na UBS Santa Inês I, demonstrou que a atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos estava fragilizada e necessitava de melhorias. Segundo estimativas dos Cadernos das Ações Programáticas há na área de abrangência 918 hipertensos, estavam cadastrados 260 (28%) e 262 diabéticos, 82 (31%) havia registros na UBS. Neste contexto foi realizado um projeto de intervenção a ser desencadeado, tendo como objetivo melhorar a atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes, que teve duração de 12 semanas. Para alcançar os objetivos propostos foram realizadas ações em quatro eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação, engajamento público, organização e gestão do serviço e qualificação da prática clínica. Durante as semanas de intervenção conseguimos melhorar a saúde dos hipertensos e /ou diabéticos. Alcançamos resultados bem promissores e de grande benefício para os usuários. Após a intervenção 152 (19%) hipertensos e 42(21%) diabéticos foram cadastrados e acompanhados percebe-se que o desempenho foi menor, pois ao iniciarmos a intervenção nos deparamos com a fragilidade do cuidado para os hipertensos e diabéticos , que haviam sido simplesmente cadastrado e a grande maioria sem nenhum acompanhamento, e a incipiência dos registros dos dados, nos levou a iniciamos a intervenção desconsiderando os cadastros anteriores .Exames clínicos em dia de acordo como protocolo, hipertensos 96% (146) e diabéticos 98% (41). Exames complementares em dia, hipertensos 96% (145) e diabéticos 98% (41). Prescrições de medicamentos da farmácia Popular/Hiperdia priorizada, hipertensos 100% (151) e diabéticos 100% (42). Registro adequado na ficha de acompanhamento, hipertensos 98% (149) e diabéticos 100% (42). Tiveram orientação nutricional sobre alimentação saudável, hipertensos 99% (151) e diabéticos 100% (42). Orientação sobre a prática de atividade física regular, hipertensos 99% (146) e diabéticos 100% (41). Receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, hipertensos 96% (146) e diabéticos 98% (41). Precisamos ainda aumentar a cobertura, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, orientação sobre higiene bucal e estratificação de risco cardiovascular, e engajamento público, mas com a continuação das atividades pretendemos melhorar cada vez mais a atenção hipertensos e/ou diabéticos.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; doenças crônicas não transmissíveis hipertensão, diabetes mellitus, saúde bucal.

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico - Cobertura do Programa de atenção ao hipertensos na unidade de saúde.	65
Figura 2	Gráfico - Cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade de saúde.	66
Figura 3	Gráfico - Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	67
Figura 4	Gráfico - Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	68
Figura 5	Gráfico - Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	69
Figura 6	Gráfico - Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	70
Figura 7	Gráfico - Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.	71
Figura 8	Gráfico - Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.	72
Figura 9	Gráfico - Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	73
Figura 10	Gráfico - Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	74
Figura 11	Gráfico 12- Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.	74
Figura 12	Gráfico - Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	75
Figura 13	Gráfico - Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	76
Figura 14	Gráfico - Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.	78
Figura 15	Gráfico - Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.	79

Figura 16	Gráfico - Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.	81
Figura 17	Gráfico - Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.	83
Figura 18	Gráfico - Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.	83
Figura 19	Gráfico - Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.	84

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
APS	Atenção Primária à Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CAD	Centros de Imagem e Laboratório
CEAFAN	Centro Especializado de Assistência Farmacêutica Municipal
CRAS	Centro de Referência a Assistência Social
CSAP	Condição Sensível à Atenção Primária
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia da Saúde da Família
ECG	Eletrocardiograma
ESB	Equipe de Saúde Bucal
FUNDACRE	Fundação Hospitalar ou Hospital de Clínicas
HPV	Papiloma Vírus Humano
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
Hb	Hemoglobina
MS	Ministério da Saúde
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos.
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PS	Pronto Socorro
PMM	Programa Mais Médico
SEMSA	Secretaria municipal de saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UESF	Unidade de Estratégias de Saúde da Família
USF	Unidade de Saúde da Família
UA	Unidade de Acolhimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

UNASUS	Universidade Aberta do SUS
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

Apresentação	11
1 Análise Situacional	13
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	13
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	15
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	25
2 Análise Estratégica	27
2.1 Justificativa.....	27
2.2 Objetivos e metas.....	29
2.2.1 Objetivo geral	29
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	29
2.3 Metodologia.....	31
2.3.1 Detalhamento das ações.....	31
2.3.3 Logística.....	50
2.3.4 Cronograma	54
3 Relatório da Intervenção.....	59
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	59
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	60
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	62
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	63
4 Avaliação da intervenção.....	64
4.1 Resultados	64
4.2 Discussão.....	86
5 Relatório da intervenção para gestores	90
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	93
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	95
Referências	97
Anexos	98

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de Pós-Graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas em Parceria com a UNASUS. O trabalho tem como título Melhoria da atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes, na UBS Santa Inês I, Rio Branco/AC.

O volume está organizado em sete unidades de trabalho na ordem abaixo apresentada

Unidade 1 - Análise Situacional, onde foi realizado o reconhecimento do território através da Estrutura, Processo e Resultados, que possibilitou a realização do diagnóstico situacional da UBS.

Unidade 2 - Análise Estratégica com o objetivo de elaborar um projeto de intervenção, conforme as fragilidades detectadas nas ações programáticas permitindo, assim, a definição do foco.

Unidade 3 - Avaliação da intervenção, com o objetivo de traçar um panorama da prática da intervenção na unidade semanalmente.

Unidade 4 - Avaliação dos Resultados da Intervenção expostos por meio da apresentação dos resultados alcançados na intervenção e sua discussão. Além disso, avaliaram-se também as potencialidades e fragilidades encontradas durante a intervenção.

Unidade 5 – Relatório da Intervenção para Gestores, divulgado à comunidade a intervenção realizada.

Unidade 6 – Relatório da Intervenção para a Comunidade, exposto ao gestor a intervenção, impacto e dificuldades.

Unidade 7- Reflexão Crítica sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem, aponta de forma reflexiva a influência e impacto do curso

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade Saúde da Família (USF) Santa Inês I, está localizada na periferia do município de Rio Branco, no estado do Acre. A unidade está localizada no segundo distrito da região da zona urbana

A Unidade Básica de Saúde (UBS) consta com; uma sala de enfermagem, uma sala de odontologia, uma sala de hipermetria, uma sala do médico, uma sala de vacinação, uma recepção, uma sala de curativo, uma sala da administração, uma farmácia; bem abastecida (principalmente de anti-hipertensivos, antiglicemiantes, analgésicos anti-inflamatórios, contraceptivos orais e injetáveis, antibióticos, antiparasitários), disponibiliza de dois banheiros; uma para equipe da UBS e outro para usuários e acompanhantes bem higienizados, uma copa com geladeira, fogão, pia, e abastecimento mensal de café e água mineral. Depósito para medicamentos e outro para materiais de limpeza.

Possui uma área externa coberta, para reuniões e atividades, esta um pouco desorganizada devido a reformas, esta comporta uma média de 10 pessoas.

A equipe é composta por 13 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo 12 do sexo feminino e um do sexo masculino, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de limpeza, um médico, um coordenador da unidade, dentista e sua auxiliar.

O relacionamento da equipe é muito bom, apesar de a dentista e sua auxiliar não se darem muito bem com os demais membros da equipe e não participam do coletivo e ações organizadas pela equipe.

As atividades ocorrem diariamente de forma adequada. Os serviços oferecidos são; atendimento médico diário manhã e tarde, visitas domiciliares e seguimento de doenças crônicas.

A prevenção e promoção de saúde são realizadas de forma individual, estamos planejando ações coletivas e seguimento dos hipertensos e diabéticos. Realizamos vacinação, aferição de pressão arterial e glicemia de jejum esporadicamente. Testes rápidos para sífilis, hepatite B e C e HIV, administração de medicamentos injetáveis são limitados; dipirona, diclofenaco de sódio, e complexo B, e curativos.

Os atendimentos diários são feitos por ordem de chegada (demanda espontânea) e agendamentos no turno da tarde

Ao chegar à Unidade Básica de Saúde (UBS), foi um pouco conturbada devido ao fato do atendimento estar mais centrado sistema de quantidade de atendimentos e não de qualidade, pois tanto a comunidade quanto os funcionários da UBS estavam acostumados a um atendimento quantitativo e não qualitativo. Com o passar do tempo já se pode notar a aceitação devido ao grande apoio dos ACS e do coordenador da unidade, que foi de muita valia.

Hoje só alguns continuam a não compreender, mais o fato de cada usuário atendido diariamente agradecer o atendimento diferenciado e a atenção prestada, supera qualquer coisa, alguns chegam a chorar, pois nunca foram atendidos de tal forma.

O fato de que o ato de escutar pode mudar a vida de vários usuários de tal forma que influenciam em suas condutas me impressiona. Esse simples ato pode alterar, o modo e o estilo de vida, chegando até transformar famílias, e melhorar a convivências.

A relação com a comunidade é boa, a comunidade está bem receptiva, não se pode agradar a todos, ainda há alguns que preferem atendimentos rápidos, não estão muito satisfeitos.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Estou atuando no município de Rio Branco, no estado do Acre, que tem uma população de 357.343 mil habitantes. (IBGE, 2010)

O sistema de saúde está composto por 59 equipes de Estratégias de Saúde da Família (UESF), 59 unidades básicas de saúde tradicionais, um Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Com relação à atenção especializada contamos com; um laboratório de prótese dentária dois centros de Imagem e Laboratório (CAD) um Centro Especializado de Assistência Farmacêutica Municipal (CEAFAN), um Consultório de Rua, uma Unidade de Acolhimento (UA) e um Centro de Referência à Assistência Social (CRAS).

O sistema hospitalar é composto de três Unidades de Pronto Atendimento (UPA), nas quais prestam serviço de urgência e emergência guiado por clínicos e realizam-se cirurgias simples, um Pronto Socorro (PS) que oferece serviço de urgência e emergência comandado por especialistas de várias áreas e cirurgias mais complexas, um Hospital de Clínicas ou Fundação Hospitalar (FUNDACRE), onde se encontram todos os especialistas médicos e para onde são encaminhados os casos mais complexos da Atenção Primária à Saúde (APS), um Hospital da Criança e um Hospital para a Atenção Psiquiátrica.

A UBS em que atuo se chama Santa Inês, localizada na zona urbana do município de Rio Branco / Acre. A mesma é financiada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), não possui vinculação com nenhuma instituição de ensino, seu modelo de atenção é de Estratégia de Saúde da Família (ESF) na qual possui somente uma equipe em atuação. Esta equipe é composta por um médico clínico geral, uma técnica de enfermagem, 13 ACS, uma dentista, uma auxiliar odontológica. Infelizmente a equipe é incompleta, falta uma enfermeira, um farmacêutico ou auxiliar de farmácia e auxiliar de enfermagem. Estes profissionais são de muita importância para o complemento da equipe e fundamentais na aplicação de ações e atendimento diário na ESF. Há somente um funcionário que não faz parte da equipe de saúde que é a auxiliar de limpeza. A unidade não possui um administrador, não

tem recepcionista, o que nos leva a ineficiência em gestão, organização e principalmente na organização de arquivos, prontuários e documentos.

A UBS atende uma área de 5226 habitantes, o que está fora do que é preconizado pelo Ministério da Saúde (MS). Assim para uma assistência adequada e eficiente, deveríamos ter duas equipes.

A estrutura da UBS é composta de, uma sala de enfermagem, um consultório odontológico, uma sala de HIPERDIA, um consultório médico, uma sala de vacina, uma sala de medicamentos, uma sala de curativos e injetáveis, uma farmácia, dois banheiros simples, uma recepção, uma copa, um depósito e uma área externa para reuniões que está desativada. Recentemente, a unidade foi reformada e equipada com materiais como cadeiras, mesas e armários, já os equipamentos médicos e de saúde ainda são muito precários e velhos.

As salas e consultório possuem janelas o que permite uma boa ventilação e iluminação adequada para o atendimento. Infelizmente na unidade faltam; sala específica para a nebulização, a sala de reuniões é pequena, o almoxarifado, a sala de resíduos sólidos, a sala de descontaminação e a sala de recolhimento de resíduos.

A estrutura física deixa a desejar em relação ao acesso à unidade, já que não existem; rampas de acesso, corrimões, banheiros para deficientes físicos e o tamanho das salas e consultórios são muito inferiores aos recomendados pelo Ministério da Saúde (MS). O número de cadeiras é suficiente formando um total de 20, isso é acima do recomendado que seria de no mínimo 15. Os insumos têm um armazenamento adequado, em sala climatizada para sua melhor conservação.

A equipe de saúde, apesar de terem trabalhos acumulativos, realizam recepção e triagem para que o atendimento flua melhor. Há falta de pessoal para atividades e ações como prevenção e promoção à saúde em áreas específicas, formação de grupo de apoio para idosos e doenças crônicas e também a organização de arquivos. Para uma adequada atenção se faz necessário à presença de um funcionário administrativo e uma enfermeira para que a equipe esteja completa, e assim, atuar de forma eficiente.

A área odontológica não funciona, os atendimentos não são diários, não existem programas de prevenção e promoção à saúde, falta compromisso destes profissionais.

Os ACS são basicamente a força de trabalho na UBSF, cumprindo a função de recepcionista, triagem, distribuição de medicamento e organização de medicamentos. Estes trabalhos acumulativos dificultam muito o dia a dia do atendimento, pois estes não são profissionais adequados para estas funções. Para a melhoria do atendimento devemos ter na unidade profissionais qualificados e preparados, como por exemplo, recepcionista e administrador, técnicos ou auxiliares de enfermagem. Todos os profissionais devem estar comprometidos com as ações da UBS, participando de reuniões, realizando estratégias para a melhoria do atendimento e atividades de promoção e prevenção à saúde. Só de forma coletiva podemos cumprir tudo o necessário para a melhoria da Atenção Primária a Saúde (APS).

Para termos uma melhora significativa na atenção é essencial que haja fiscalização e medidas duras aos que não cumpram com seu dever. Não quero mostrar uma posição autoritária ou muito rígida, mas o simples fato de cada um cumprir sua função, seu trabalho, isso já seria o bastante para que tudo melhorasse.

O número de usuários adstritos à unidade é de 5226 habitantes, dos quais 2964 são pessoas de 15 anos ou mais, 2106 são mulheres entre 10 e 59 anos de idade, mulheres em idade fértil 10 a 14 anos é de 1714, mulheres de 25 a 64 anos é de 1100, mulheres de 50 a 69 anos é de 261, menores de 1 ano é de 104, menores de 5 anos é de 208, pessoas de 5 a 14 anos é de 1210, pessoa de 15 a 59 anos é de 3128, pessoas com 60 anos ou mais é de 334, pessoas entre 20 e 59 anos é de 258, pessoas de com 20 anos ou mais é de 2914. De acordo com os dados analisados a estrutura da unidade de saúde Santa Inês é insuficiente para um atendimento adequado à população abrangente. O número da equipe e a estrutura física só comportaria uma população de em média 3000 habitantes. Para melhorar se está esperando a formação de uma segunda equipe de saúde e a construção de uma nova UBS.

A forma que encontramos para lidar com esta situação é o atendimento a livre demanda, já que assim não excluimos nenhum membro da comunidade. Porém, isso acarreta sobre carga de trabalho e dificulta muito as ações que deveriam ser realizadas, como por exemplo, palestras, aconselhamentos e um acompanhamento mais próximo dos habitantes de nossa área.

A demanda espontânea é uma prática cotidiana na UBS, sendo esta a forma de atendimento predominante em nosso serviço. Este é realizado de forma

qualitativa, desta forma podemos ter uma escuta e uma avaliação adequada de todas as comorbidades.

A doença não escolhe hora ou dia para aparecer, ela não é programada muito menos previsível, e por isso que a demanda espontânea deve ser tratada como prioridade na UBS, principalmente em relação a doenças agudas de baixa complexidade onde se pode resolver na UBS, evitando superlotação em unidades de emergência e urgência, melhorando nosso sistema de saúde.

A principal dificuldade é que a demanda é muito maior que os serviços disponíveis na UBS sobrecarregando assim o único serviço disponível, o atendimento médico. Para minimiza estas dificuldades é necessário que a equipe esteja completa, com uma enfermeira para auxiliar no acolhimento e no atendimento a população, um serviço odontológico que funcione e profissionais que priorizem a escuta e grupos de escuta e apoio.

A formação de pelo menos uma segunda equipe de saúde seria de suma importância para que toda a população fosse atendida adequadamente. As dificuldades existem, mais a melhor forma de lidar com isso, e a diversificação no atendimento a população, além de disponibilizar atendimento diário. Também se pode deixar margem no atendimento diário, para o acolhimento a demanda espontânea dessa forma pode dar atenção tanto às doenças crônicas quanto as doenças agudas, e assim melhorar a vida já sofrida dos usuários do SUS.

A atenção à saúde da criança de 0 a 72 meses na unidade de saúde é realizada da seguinte forma; consultas médicas agendadas, visitas médicas domiciliares e demanda espontânea.

A consulta médica agendada é feita diariamente, principalmente em caso de doenças crônicas em que a criança já vem recebendo um atendimento contínuo, prevenção a doenças parasitárias, déficit nutricional, esclarecimento de dúvidas de pais preocupados com atitudes da criança.

As visitas domiciliares são mais direcionadas a atenção à criança deficiente, tanto física como mental, que tem maior dificuldade para deslocamento até a UBS. Estas visitas são muito importantes, pois assim podemos orientar os pais a realizar exames físicos de rotina, visando o início de doenças que possam levar a hospitalização destes pacientes.

A demanda espontânea é a área que esta mais sobrecarregada, pois como sabemos as crianças nesta faixa etária estão desenvolvendo o sistema imune, o que

acarreta varias infecções agudas levando assim a procura de atendimento. Infelizmente não temos um protocolo ou um programa a seguir para esta atenção, tão pouco tem um registro específico para o mesmo devido a que estamos em fase de reestruturação e organização da unidade. Os aspectos positivos é que agora temos uma atenção à criança o que antes não tínhamos. O atendimento a demanda espontânea é o mais frequente, isso nos possibilita a resolução de problemas cotidianos, e relativamente simples na saúde, diminuindo assim a procura das unidades de urgência e emergências, sendo estas procuradas somente se necessário.

A maior dificuldade na atenção á criança é a disponibilidade do acesso da criança a UBS, pois esta, só oferece um único serviço, que é o atendimento médico. Isso acarreta em uma sobrecarga no atendimento médico, que apesar de ser o único serviço à disposição, tem à forma de atendimento muito bem aceita pela população, pois a qualidade do atendimento esta melhorando de forma considerável. Nossa maior dificuldade ainda e a melhora dos registros e o planejamento de ações de saúde e a participação de outros membros da saúde na atenção á criança.

As atividades educativas para a saúde da criança são um fator essencial, mas infelizmente não é realizada na unidade, faltam planejamento e atividade voltadas a este aspecto.

A área de odontologia é um caso complicado, este setor não realiza ações na escola e muito menos atendimento a criança, não disponibiliza demanda espontânea. Essa postura da área odontológica prejudica muito o trabalho na unidade, pois sobrecarrega o atendimento médico, que realiza atendimento a casos agudos odontológicos e retira dúvidas dos pais sobre o aparecimento dos dentes permanentes e decíduos de seus filhos.

De acordo com a estimativa do CAP são 104 crianças e estão sendo acompanhadas, 100 100 (96%), apesar de sabermos os números estimados desta faixa etária da população, não e possível o atendimento adequado destes pequenos devido à falta o e pessoal qualificado como enfermeiro, sendo o médico o único a atende estas crianças.

Os indicadores de qualidade são insuficientes, apesar de se ter 96% de registros, os indicadores estão em 0%, mostrando assim uma grande deficiência na atenção a criança. O único indicador que mostra pontos positivos e a vacinação das

crianças chega a 100 (100%), já que existem campanhas bem fortes em relação ao tema.

As únicas ações em relação ao pré-natal que estão disponibilizadas no serviço são; a primeira consulta, imunização e consulta clínica.

A primeira consulta é realizada pelo médico e feita com a avaliação clínica, exame físico, conversa e exames laboratoriais. Esta primeira consulta também serve para a retirada de dúvidas e aconselhamento médicos em relação à mudança no estilo de vida e cuidados a serem tomados.

A imunização é realizada caso seja necessário e indicada pelo médico.

As consultas clínicas podem ser agendadas ou de forma espontânea, que é a mais frequente, em caso de doenças ou outras comorbidades. A consulta ao médico é muito importante para um tratamento adequado e eficiente de forma a não prejudicar a gestação.

A atenção a gestante infelizmente não está estruturada de forma programática, não havendo a utilização de manuais técnicos ou protocolo. Não há uma forma de registro específico para o pré-natal, pois a enfermeira e os profissionais anteriores não realizavam tal ação.

De acordo com CAPS há 78 gestantes na área de abrangência da UBS e estão em acompanhamento 21(27%), sendo ineficiente, pois não se realiza esta ação na unidade de forma efetiva e organizada. Os indicadores de qualidade da atenção ao pré-natal estão todos em 0%, o que nos mostra claramente uma má qualidade na atenção a gestante.

As atividades educativas são realizadas de forma individual durante a consulta médica, se orienta a usuária dos riscos e cuidados que devem tomar durante as primeiras 22 semanas de gestação, modificações corporais esperadas e a importância da participação paterna. A educação coletiva não é realizada devido à falta de enfermeiro.

Com o acesso mais fácil ao atendimento médico, as gestantes têm mais acesso a informação e cuidados a seguirem durante a gestação principalmente no uso de medicamentos. As maiores dificuldades são a falta de profissionais na unidade. A presença de uma enfermeira é de vital importância para o seguimento do pré-natal, e os demais membros da equipe devem ser preparados para a formação de grupos e aconselhamento dessas gestantes.

Na unidade básica de saúde a única ação de prevenção ao câncer de colo de útero e ao câncer de mama é a consulta médica de forma individual a cada usuária, onde o médico fala sobre a importância da realização dos exames preventivos para o câncer de mama, e a importância de que sejam realizados de forma rotineira de acordo a cada caso. As mulheres são aconselhadas da seguinte forma; se possui fator de risco, como por exemplo; antecedentes familiares de câncer de colo uterino, o exame deve ser realizado a cada ano, se a paciente possui lesões que possa desenvolver futuramente câncer de colo de útero (a lesão mais comum que pode desenvolver câncer de colo de útero e a lesão por Papiloma Vírus Humano (HPV).

As ações em relação ao câncer de mama também são realizadas de forma individual pelo médico, durante as consultas, onde se dialoga sobre a importância do autoexame de mama e a necessidade de agendar uma consulta com a enfermagem para melhor avaliação e orientação. Se a usuária nota qualquer aumento de volume na mama, esta é encaminhada com exames laboratoriais ao mastologista, para melhor avaliação.

Não é utilizado nenhum protocolo ou manual técnico, e a forma de registro é feita somente pela história clínica da paciente.

O aspecto positivo é que a aproximação do médico com a usuária facilita o acesso à informação sobre o tema levando a usuária a ser ciente da necessidade da prevenção à saúde.

As maiores dificuldades enfrentadas são, a falta de um profissional de enfermagem, o qual poderia realizar coleta de material para análise de câncer de colo de útero e auxiliar na avaliação clínica (palpação da mama pelo profissional qualificado) da mama, orientar no autoexame, e se necessário facilitar o acesso a exames complementares como, mamografia e ultrassonografia de mama.

Com a falta de profissionais qualificados, a qualidade da atenção básica em relação ao câncer de mama e ao câncer de colo uterino é ruim, e os registros são feitos esporadicamente prejudicando o monitoramento e o planejamento das ações a serem realizadas.

Não temos atividades voltadas para a prevenção de câncer de colo de útero e câncer de mama, nem atividades educativas sobre estes temas.

Os demais membros da equipe de saúde não participam nem auxiliam no aconselhamento ou orientação de possíveis casos de câncer de mama ou câncer de colo de útero.

A Atenção ao câncer de colo de útero e câncer de mama é muito ineficiente, pois na unidade não disponibilizamos de ações adequadas para mulheres que necessitam desta atenção ao câncer de colo uterino e de mama. Segundo estimativa há na área de abrangência da UBS 1100 mulheres entre 25 e 64 anos e 80 (7%) estão em acompanhamento e os indicadores de qualidade exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia , com mais de 6 meses de atraso, exames citopatológico alterados, avaliação de risco, orientações sobre câncer de colo de útero e DST, amostras insatisfatórias e a representatividade escamo colunar foram impossíveis de serem avaliadas, pois não há registros destes dados na UBS.

A atenção ao câncer de mama o desempenho é ainda mais insatisfatório, na área da UBS há 261 mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos e estão sendo acompanhadas 8 (3%). E os indicadores de qualidade quanto a mamografia em dia, mamografias com mais de 3 meses em atraso, avaliação de risco para câncer de mama, orientações quanto a prevenção de câncer de mama o desempenho foi de 0%, não há dados disponíveis para avaliar estes indicadores.

Um fator que interfere muito no desempenho da atenção ao câncer de colo e mama é a falta de enfermeira na UBS, geralmente estas ações estão mais atreladas a presença desta profissional.

Para melhorarmos a atenção ao câncer de mama e colo é condição ter enfermeira, sistematização dos registros de dados e desenvolver ações de conscientização na comunidade para realização destes exames e tencionar junto ao gestor a necessidade de ter equipe completa.

A atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes é realizada da seguinte forma: consulta agendada e demanda espontânea.

A consulta agendada é uma prática semanal realizada na UBS de saúde, onde é disponibilizada uma tarde da semana para o atendimento a hipertensos e diabéticos. Neste dia são realizadas as primeiras consultas onde se faz uma historia clinica da vida do usuário e os medicamentos utilizados, é realizado o monitoramento da Pressão Arterial (PA) e reavaliação do seu tratamento e também a indicação de exames laboratoriais para avaliação de risco.

O atendimento a livre demanda é feito de forma diária onde o usuário tem acesso a serviço médico de acordo com os níveis pressóricos e glicêmicos apresentados. Se a pressão arterial é inferior a 180/120 ou glicemia menor que 300 o atendimento é realizado na própria UBS, mas se os valores superarem estes números o usuário é encaminhado para a unidade de pronto atendimento mais próxima.

Não utilizamos nenhum protocolo ou forma de registro específico para o monitoramento regular destas ações, o único registro utilizado é o prontuário clínico do usuário onde se encontra todos os detalhes sobre sua doença crônica.

Os aspectos positivos são: fácil acessibilidade que estes usuários têm ao serviço da UBS onde se pode solucionar mais da metade dos casos, evitando assim, a sobrecarga dos sistemas de urgência e emergência e o deslocamento dos usuários para lugares longínquos.

As maiores dificuldades são: a sobrecarga do trabalho e a adesão dos usuários ao tratamento correto e diário de seus medicamentos. A população tem uma boa aceitação do sistema de atendimento, a qualidade em relação à saúde deu um grande passo para a melhora devido à atenção mais humanizada e próxima para com os usuários.

A qualidade dos registros ainda não é muito adequada, pois não se tem um registro específico para estes usuários, mas estamos tentando melhorar. O planejamento e monitoramento das ações não existem em na unidade básica devido à falta de pessoal qualificado. As atividades de educação e saúde são realizadas de forma individual entre médico e usuário, pois esta foi a única forma encontrada no momento já que não se tem a participação dos demais membros da equipe de saúde.

Deveriam estar cadastrados segundo estimativas do CAP 918 hipertensos, mas atualmente 260(28%) e quanto aos diabéticos 262, entretanto, 82 (31%) há registros na UBS. Não esquecendo que a população da área é relativamente jovem. Estamos reforçando a atenção a este grupo e assim esperamos a melhora da cobertura.

Os indicadores estão inferiores devido à falta de ações programáticas que dependem de outras áreas, não médicas. Já as áreas de aconselhamento direto ou individual são realizadas de forma corriqueira de acordo a demanda. Os indicadores sobre pratica de atividade física regular são de 51 (20%) para hipertensos e de 13

(16%) para diabéticos, a orientação alimentar adequada são de 51(20%) para hipertensos e de 13 (16%) para diabéticos. Salienta-se que a dificuldade encontrada em realizar a avaliação desta ação programática, pela fragilidade dos registros dos dados. Percebe-se que a qualidade do cuidado é muito ruim.

A atenção ao idoso é realizada na unidade da seguinte forma: consulta agendada, visita domiciliar e demanda espontânea.

A consulta agendada é feita uma vez por semana possibilitando ao idoso um acesso mais fácil à atenção médica não precisando que estes enfrentem filas desgastantes.

A visita domiciliar também é feita uma vez por semana, assim o idoso que tem dificuldades para ir ao consultório tem acesso à saúde diretamente do conforto de sua casa, sendo a mesma agendada pelos ACS da área correspondente, mas também um familiar pode buscar a unidade de saúde e solicitar a visita e veremos qual a disponibilidade para realização da mesma. Nestas visitas é realizada renovação de receita médica e avaliação física dos principais sistemas do corpo humano, possibilitando o diagnóstico precoce de várias enfermidades que afetam esta faixa etária.

Na demanda espontânea, é possível que o idoso com uma doença aguda possa ser tratado de forma adequada evitando o agravamento de doenças crônicas ou agudas.

Na atenção ao idoso não é feita a utilização de nenhum protocolo predeterminado tão pouco e feito um monitoramento regular destas ações nem e usado um registro específico. O registro é feito somente no prontuário clínico. O ponto positivo é a aproximação do idoso a unidade de saúde, levando o idoso a ter mais segurança e confiança na equipe de saúde, levando a equipe a atuar de forma mais efetiva. A maior dificuldade é a falta de preparo dos demais membros da equipe e a falta de profissionais para a realização de atividades educativas com os idosos.

A cobertura na atenção ao idoso é de 256 (77%), não temos uma cobertura total dos idosos da área, só uma estimativa feita por mim, da quantidade de idosos que frequentam a UBS. Os índices são insuficientes, devido à falta de ações coletivas e grupos de apoio a esta faixa etária tão necessitada.

A qualidade também não é boa, mas não significa que estes estão desassistidos. Na UBS o único atendimento disponível é o médico. Este atendimento

esta sendo melhorado como medidas de aumento a consultas, aconselhamentos e agendamento de consultas, com estes idosos. Os indicadores demonstram ineficiência devido à falta de medidas coletivas. Os indicadores de qualidade são: acompanhamento em dia 20 (8%), hipertensão arterial sistêmica 20 (8%), diabetes mellitus 6 (4%), orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis 20(8%) e orientação para atividade física regular 20 (8%).

As maiores dificuldades enfrentadas na unidade de saúde foram, o início da implantação do novo modelo de atendimento médico da UBS que era o de mudar a visão e ação da unidade básica de quantitativa para qualitativa. As resistências foram muitas desde a população dos membros da equipe de saúde até os gestores, mas felizmente hoje todos se deram conta do quanto é importante a atenção qualificada. E muito se deve aos esforços da maioria dos membros da equipe de saúde que a meu ver é o melhor de uma UBS.

Durante este período de aprendizagem na especialização em saúde da família e o preenchimento do caderno de ações programático pude perceber a falta de orientação e organização que a UBS passa, falta planejamento falta pessoal qualificado, e mais comprometimento. O pouco que pude fazer ainda não é suficiente, mas espero melhorar as condições e serem uns dos que iniciaram o processo de mudança no SUS, e mudança para melhor.

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

No texto que se refere à situação da unidade básica no serviço é falado somente da localização da UBS e os serviços que são prestados as pessoas neste local, esse relato é feito de forma mais local em uma unidade básica.

O texto referente ao Relatório da Análise Situacional já se refere não somente a UBS, ele também se refere a toda a população do município e os serviços que o SUS oferece neste local. Refere-se a outros meios de atenção como a atenção secundária, terciária e serviços de urgência e emergência disponíveis no município e que podem ser de grande ajuda para a atenção primária.

Outro aspecto abordado é a estrutura da UBS, na qual é relatada no primeiro texto, a estrutura física da unidade básica de saúde, meios de trabalho e situação da equipe de saúde. Já no texto sobre análise situacional, além de abranger os temas

de estrutura física, pessoal e de equipe, ele também se refere sobre a forma de trabalhar da equipe, se este é eficiente ou não, seguimento de conduta predeterminada, número de equipe de saúde suficiente para o território, participação ativa da equipe em ações com a comunidade, ênfase na qualidade e periodicidade das ações da unidade básica de saúde da família. O relatório da análise situacional vai além, ele dá detalhes dos atendimentos de acordo com cada grupo de usuário, mostra como e feito o atendimento em cada grupo e como suas qualidades, pontos positivos, negativos e envolvimento da equipe em cada grupo estudado.

Na unidade sobre saúde da família e situação da UBS, mostra como foi conturbada a chegada do novo profissional e os problemas de se fazer entender que a partir daquele dia o atendimento seria qualitativo e não quantitativo. O texto, relatório situacional, nos mostra a evolução e aceitação da nova estratégia implantada pela unidade, pode-se dizer que hoje está tudo mais calmo, o que facilita o trabalho.

É impressionante que com este relatório podemos notar a evolução da APS, e como agora temos mais informação sobre a situação real de nossa UBS, assim podemos diagnosticar os problemas e propor soluções para estes. Espero que continuemos com nosso trabalho e possamos mudar verdadeiramente a APS para melhor.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A situação epidemiológica brasileira traz consigo uma epidemia invisível, a das doenças crônicas. A taxa de mortalidade padronizada por idade por doenças crônicas no Brasil, em pessoas de 30 anos ou mais, é de 600 mortes por cem mil habitantes, o que representa o dobro da taxa do Canadá e 1,5 vezes a taxa do Reino Unido (BRASIL 2013). A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 e 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). A prevalência do Diabetes Mellitus (DM) vem aumentando e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária (CSAP), evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica impede hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009).

A Unidade Básica de Saúde Santa Inês, têm uma estrutura composta de recepção, um consultório médico uma sala de vacina, uma sala de curativo, uma farmácia, uma sala do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), uma sala de enfermagem, uma sala administrativa, uma copa, um consultório odontológico, dois banheiros simples e um depósito. A equipe é constituída por um médico, uma técnica de enfermagem, treze ACS, um auxiliar de limpeza, um dentista e um auxiliar odontológico. A população da área é composta de 5226 habitantes, dos quais 2914 têm 20 anos ou mais.

Segundo estimativas dos CAPs na área de abrangência da UBS há 918 hipertensos e estão cadastrados 260 (28%) e 262 82 (31%) portadores de diabetes

mellitus acompanhados na unidade. Entretanto, a cobertura da atenção a HAS e DM não é fidedigna, pois os registros de dados quase que inexitem, impossibilitando avaliar a maioria dos indicadores de qualidade o que nos remete a pensar que o cuidado é ainda muito incipiente.

A adesão atual dos usuários as atividades desenvolvidas para hipertensos e diabéticos é um pouco incerta, pois a equipe esta incompleta e inadequada para a área de abrangência do serviço. Além disso, o serviço médico é sobrecarregado e a atenção adequada é muitas vezes deficiente. As ações de promoção à saúde só são realizadas de forma individual durante as consultas. As ações já desenvolvidas são: orientações nutricionais, incentivo a atividade física e revisão de medicamentos.

O grau de implementação da intervenção da ação programática deve ser o máximo possível, devemos atender todos os hipertensos e diabéticos na área de abrangência, ou seja, essa intervenção deve incluir todos os que são de responsabilidade da unidade. O envolvimento da equipe deve ser integral e contínuo, os ACS devem fazer chegar à suas respectivas áreas a existência da intervenção e o médico deve apoiar e atender estes usuários, a equipe deve estar em comunicação constante e envolvida completamente nesta atividade. As dificuldades a serem enfrentada serão o convencimento dos outros membros da unidade de saúde da importância de seu envolvimento nesta ação, a falta de enfermeiro e o convencimento dos usuários que a mudança de estilo de vida e essencial para evitar riscos a sua saúde. As limitações existentes são a falta de estrutura como uma sala para atividades coletivas, a falta de profissionais para o auxilio das ações principalmente na área de enfermagem e a sobre carga do atendimento médico. A presença de história clínica, mesmo que antigas e o dia do hipertenso, diabético e idosos irão viabilizar a realização da intervenção, pois já com estas medidas pudemos identificar e começar a inclusão destes usuários na atenção básica e a adesão dos que não frequentam a unidade. Com esta ação que nunca foi realizada na unidade básica, a população se sentirá mais acolhida o que facilitará à adesão deste grupo as medidas propostas, e a modificação no modo e estilo de vida da população alvo.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes da Unidade de Saúde Santa Inês no município de Rio Branco/ Acre.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1: Cadastra 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa a Atenção à hipertensão arterial e diabetes mellitus da unidade de saúde.

Meta 2: Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2 : Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos realizados na unidade de saúde.

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 4: realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 5: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo como o protocolo.

Meta 6: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos.

Meta 8: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos.

Meta 9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% de hipertensos.

Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% de hipertensos.

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

Meta 11: buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 12: buscar 100% dos diabéticos faltosos as consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações sobre hipertensos e diabéticos.

Meta 13: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 14: manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Meta 15: realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 16: realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos na UBS Santa Inês.

Meta 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 19: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 20: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Meta 23: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 24: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

2.3 Metodologia

Este é um projeto de intervenção cujo objetivo é melhorar a atenção de saúde dos hipertensos e diabéticos da unidade de saúde Santa Inês, pertencente ao município de Rio Branco, situado no estado do Acre. Esta intervenção terá como alvo todos os adultos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus, e se realizara num período de quatro meses. Na área adstrita da Unidade de saúde a estimativa é de 750 hipertensos e 196 diabéticos. Pretendemos nos transcurso da intervenção acompanhara 60% dos hipertensos e 60% diabéticos.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1: Ampliar cobertura a hipertensos e diabéticos

Meta 1 e 2: Cadastrar 60% dos hipertensos e 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa a Atenção à hipertensão arterial e diabetes mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento: o médico semanalmente irá realizar avaliação do número de hipertensos e/ou diabéticos os cadastrados através da ficha espelho e se estão sendo atendidos. Após os cadastros serão transcritos na planilha de acompanhamento de dados e irá verificar o desempenho da cobertura através da planilha de EXCEL.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa

Detalhamento: os ACS estarão organizando todos os hipertensos e diabéticos de acordo a cada micro área, criando arquivos específicos facilitando a acesso aos prontuários. Será feita uma busca dos pacientes não cadastrados.

Ação: melhorar o acolhimento para os portadores de hipertensão e diabéticos

Detalhamento: será realizado atendimento diário aos hipertensos e diabéticos, em um dia na semana para o atendimento exclusivo para estes usuários. O acolhimento à demanda espontânea será realizada pela recepcionista que irá agendar consulta para o médico.

Ação: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial e realização do hemoglicoteste na unidade de saúde

Detalhamento: utilizaremos os materiais já existentes na unidade, mas também entrarei em contato como o coordenador da unidade para disponibilizar mais fitas de para realizar glicemia capilar dos usuários que acessarem a UBS de mais materiais.

Engajamento Público

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

Detalhamento: primeiramente irei entrar em contato com o coordenador e os ACS que são residentes da área para que comuniquem aos representantes da comunidade a existência da intervenção no programa de HAS e DM e se necessário o médico explicará pessoalmente.

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

Detalhamento: Na UBS será informado aos usuários a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos pelo médico, recepcionista, e auxiliar de enfermagem e os ACS estarão informando em suas micro áreas os usuários . Será feito através do atendimento médico e por toda a equipe da unidade quando o usuário se apresentar na unidade.

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

Detalhamento: Os usuários que acessarem a UBS será enfatizado a importância do rastreamento de DM em adultos como pressão arterial maior que 135/80 mmHg por todos os profissionais da UBS. Os ACS estarão informando a comunidade em suas respectivas áreas. Isso será feito na unidade de saúde durante os atendimentos.

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

Detalhamento: o médico realizara na unidade básica de saúde diálogo com os usuários sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, o mesmo terá o apoio da técnica de enfermagem e os ACS. Será feito diariamente durante as consultas e se possível realizar conversas com a comunidade.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde

Detalhamento: na primeira semana da intervenção no final do expediente e na manhã da quinta-feira o médico capacitara os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos, mostrando e ensinando como usar a ficha de acompanhamento e ficha espelho.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo o 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.

Detalhamento: na primeira semana da intervenção no final do expediente e na manha de quinta-feira, na unidade básica de saúde o médico e a técnica de enfermagem estarão capacitando os membros da equipe de saúde na verificação da pressão arterial e realização do hemoglicoteste em adultos.

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

Metas 3 e 4: Realizar exame clinico apropriado em 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos.

Monitoramento e Avaliação

Ação: monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos

Detalhamento: o médico durante a consulta avaliara e irá realizar o exame clínico apropriada, se os exames necessários foram realizados, isso como o apoio da ficha espelho e prontuário.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínica de pacientes hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: os ACS realizarão a aferição do peso e altura, a técnica de enfermagem irar aferir pressão arterial e níveis glicêmicos, o médico realizara o interrogatório, exame físico e medicações.

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

Detalhamento: na primeira semana haverá capacitação dos profissionais de acordo os protocolos cadernos de atenção básica Hipertensão e Diabetes. Cada integrante irá ler partes dos cadernos e após será discutido com os profissionais.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais. A capacitação será realizada pelo médico.

Detalhamento: a cada três semanas será realizado uma atualização dos profissionais.

Ação: Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: na primeira semana será impresso e disponível na unidade de saúde os protocolos atualizados.

Engajamento Público

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

Detalhamento: o médico durante as consultas realizara, orientara sobre os riscos da hipertensão e da diabetes e os sinais de alterações quanto pés e sensibilidade de extremidades.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: o médico durante a primeira semana, orientara a equipe da unidade básica de saúde como realizar os exames clínico como aferição da pressão arterial e glicemia capilar.

Meta 5 e 6: Garantir a 100% dos hipertensos e a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo como o protocolo.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde. Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: como o apoio da ficha de acompanhamento será monitorado o numero de exames realizados e solicitados, os exames devem estar em dia. Semanalmente o médico revisara as planilhas.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: através da ficha espelho será possível garantir a solicitação dos exames a todos os usuários. Está ação será realizada pelo médico durante as consultas dos HAS e DM

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

Detalhamento: será realizado dialogo com os gestores para agilidade nos exames complementares preconizados.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: uma planilha Excel será utilizada para alertar sobre os exames complementares, que será monitorado semanalmente pelo médico. Os usuários que ainda não realizaram o exame serão colocados na ficha espelho um lembrete para que na próxima consulta sejam realizados os mesmos.

Engajamento Público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade e a periodicidades de realização de exames complementares.

Detalhamento: o médico durante as consultas orientara os usuários sobre a importância dos exames complementares e se possível irá realizar palestras com a comunidade sobre o tema através da grupos.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento; durante a primeira semana o médico capacitara a equipe de saúde como seguir os protocolos adotados e incentivar a busca de usuários que não estejam em dia com exames complementares.

Meta 7 e 8: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: será avaliado se o usuário utiliza medicamentos da rede do SUS ou se compra o medicamento, será informado que, muitos medicamentos podem ser adquiridos na farmácia da unidade. Durante as consultas e no dispensação dos medicamentos o usuário será informado sobre os medicamentos disponíveis da farmácia popular.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: realizar controle de estoque de medicamentos. Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: o coordenador da unidade fara uma estimativa dos medicamentos para hipertensos, e manter as necessidades dos usuários supridas.

Engajamento Público

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

Detalhamento: durante as consultas o médico informara sobre os medicamentos da farmácia popular, os ACS e a técnica de enfermagem também estarão informando na unidade básica sobre este serviço. Se possível colocaremos cartazes na unidade para reforçar o tema.

Qualificação da Pratica Clínica

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Detalhamento: durante a primeira semana e quando possível realizaremos a atualização no tratamento da hipertensão.

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

Detalhamento: disponibilizaremos na unidade básica de saúde, onde se encontra as farmácias populares no município e informaremos aos usuários a possibilidade de adquirir medicamentos para hipertensão e diabetes nas farmácias populares.

Meta 9 e 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% de hipertensos e 100% de diabéticos.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: semanalmente o médico ira monitorar através de planilha de acompanhamento a necessidade dos usuários de atendimento odontológico.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: durante as consultas será avaliado a necessidade de atendimento odontológico e se possível realizaremos uma ação conjunta com a odontologia para atendimento dos usuários.

Ação: organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: durante o atendimento o médico avaliara através de interrogatório e exame físico a necessidade do paciente de avaliação odontológica e se possível encaminhar a atendimento odontológico.

Engajamento Público

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

Detalhamento: em ações de grupo na unidade básica será orientada sobre a importância da saúde bucal.

Qualificação da Pratica Clinica

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: será informada a equipe de saúde a importância do atendimento odontológico a hipertensos e diabéticos e se necessário o usuário será encaminhado ao serviço de odontologia.

Objetivo 3: melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa

Meta 11 e 12: buscar 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: no fim de cada semana o medico fara um monitoramento da ação e se as consultas estão em dia.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: as visitas domiciliares serão realizadas uma vez na semana estas serão feitas por agendamento tanto da parte do usuário quanto ao agente saúde na busca de faltosos a consulta e se necessário será agendado consulta na unidade básica de saúde.

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

Detalhamento: as visitas domiciliares serão realizadas uma vez na semana estas serão feitas por agendamento tanto da parte do usuário quanto ao agente saúde na busca de faltosos a consulta e se necessário será agendado consulta na unidade básica de saúde.

Engajamento Público

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento: o médico a técnica de enfermagem e os agentes comunitários informaram a comunidades sobre a importância das consultas para hipertensos e diabéticos,

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

Detalhamento: durante as reuniões com a comunidades será ouvida as opiniões dos usuários sobre a ação para evitar aversão dos hipertensos e diabéticos. As reuniões serão realizadas a cada 3 semanas.

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

Detalhamento: durante as ações de grupos o médico esclarecera sobre as periodicidades das consultas.

Qualificação da Prática Clínica

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

Detalhamento: durante a primeira semana da ação o médico capacitará os ACS para a orientar os hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidades.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 13 e 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento: no final de cada semana o médico fará um monitoramento da ação e avaliara a qualidade do registro de hipertensos e diabéticos através da planilha de acompanhamento e quando possível revisar os prontuários.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: o coordenador da unidade básica utilizara os dados para manter as informações do SIAB atualizados.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: o médico implantara a ficha de espelho no dia a dia das consultas.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: o médico dialogara sobreo registro das informações com toda a equipe de saúde como e onde será realizado.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: o médico no final de cada semana realizara o monitoramento dos registros.

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

Detalhamento: o médico no final de cada semana realizara as transferência dos dados colhidos na unidade para o preenchimento de uma planilha Excel onde alertara o profissional se há atraso em alguma das atividades.

Engajamento Público

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

Detalhamento: na unidade saúde todos os membros da equipe de saúde orientarão aos pacientes sobre seus direitos em relação a seus registros e acesso a segunda vi se necessário.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e do diabético.

Detalhamento: durante a primeira semana o médico capacitara a equipe no preenchimento dos registros de acompanhamento do hipertensão e diabético.

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

Detalhamento: durante a primeira semana o médico capacitara a equipe nos registros adequados dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

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

Meta 15 e 16: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e Avaliação

Ação: monitorar o numero de pacientes hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: no final de cada semana o medico realizara o monitoramento da ação e verificara se foi realizado verificação da estratificação de risco.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como alto risco. Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: os usuários com alto risco terão garantido o agendamento de consultas médicas em uma tarde de cada semana e quando acessarem a UBS.

Engajamento Público

Ação: orientar os usuários quando ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Detalhamento: durante as consultas médicas o usuário será informado sobre seu nível de risco e a importância de acompanhamento regular.

Ação: Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Durante as atividades na unidade como aconselhamento, grupo e consulta será esclarecida a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgão alvo.

Detalhamento: na primeira semana o médico capacitara a equipe para realizar estratificação de risco.

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

Detalhamento: na primeira semana o médico capacitara a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Ação: Capacitar a equipe quando a estratégia para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: na primeira semana o médico capacitara a equipe sobre o controle dos fatores de risco.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 17 e 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Monitoramento e Avaliação

Ação: monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: no fim de cada semana o medico realizara monitoramento da ação e observar se esta sendo feito orientação nutricional.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: o medico realizara praticas coletivas, onde ressaltara a importância de uma alimentação saudável. Se possível demandaremos ao gestor o envolvimento de um nutricionista.

Engajamento Público

Ação: orientar hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: o medico junto aos agentes comunitários de saúde orientara os usuários e seus familiares em visitas domiciliares consultas medicas e idas a unidade de saúde sobre a alimentação saudável.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: capacitar a equipe da unidade de saúde sobre praticas de alimentação saudável.

Detalhamento: durante a primeira semana da ação o medico capacitara a equipe de saúde sobre a prática de alimentação saudável.

Meta 19 e 20: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Monitoramento e Avaliação

Ação: monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: no final de cada semana o medico realizara o monitoramento da ação e observara se esta sendo realizada a orientação para atividades físicas.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: organizar praticas coletivas para orientação de atividade física. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: o medico junto a equipe de saúde organizara praticas coletivas e solicitara ao gestor o apoio de um profissional neste tema.

Engajamento Público

Ação: orientar hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: todos os membros da unidade se comprometeram em seu dia a dia de trabalho a orientar usuários e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Detalhamento: na primeira semana da ação o médico capacitara a equipe da unidade básica de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Meta 21 e 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Monitoramento e Avaliação

Ação: monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabetes.

Detalhamento: no final de cada semana o médico realizara monitoramento da ação e observara se esta sendo realizadas orientações sobre o risco do tabagismo.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo.

Detalhamento: o médico solicitara junto ao coordenados da unidade básica de saúde que o gestor forneça medicamentos para o abandono do tabagismo.

Engajamento Público

Ação: orientar os hipertensos e/ou diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: todos os membros da unidade básica de saúde se comprometeram no seu dia a dia de trabalho sobre a existência de tratamento para o tabagismo.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.

Detalhamento: na primeira semana da ação o médico capacitara a equipe da unidade de saúde para o tratamento de pacientes tabagistas

Ação: capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: na primeira semana da ação o medico capacitara a equipe de saúde sobre metodologia de educação em saúde.

Meta 23 e 24: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Monitoramento e Avaliação

Ação: monitorar a realização de orientação sobre a higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: no final de cada semana o medico realizara monitoramento da ação e observara se esta sendo realizada orientações sobre higiene bucal.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: o medico o tempo médio para as consultas para garantir orientações individuais com um tempo mínimo de 15 a 20 minutos e máximo não determinado.

Engajamento Público

Ação: orientar os hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: todos os membros da unidade básica de saúde se comprometeram em orientar usuários e familiares sobre a importância da higiene bucal.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: na primeira semana da ação o medico capacitara a equipe de saúde sobre higiene bucal.

3.1.2. Indicadores

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

Meta 1.1 Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

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

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

Objetivo 2 : Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos realizados na unidade de saúde.

Meta 2.1: Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

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

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

Meta 2.3. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.3. Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

Meta 2.4. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.4 Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

Meta 2.6. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.6. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

Indicador 2.7. 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 2.8. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.8. 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 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.9. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

Meta 2.10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.10. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações sobre hipertensos e diabéticos.

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.

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

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

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

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

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

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

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos 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.

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos na UBS Santa Inês.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para a realização da intervenção da Atenção aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus será adotado o protocolo de hipertensão arterial e diabetes mellitus do Ministério da Saúde, 2013. Para realizar o monitoramento e avaliação utilizaremos ficha espelho sendo necessário 280 fichas e após as informações serão transcritas para planilha Excel .

Na UESF não disponibilizamos qualquer tipo de protocolo ou manual técnico para a avaliação de hipertensos e diabéticos, por isso, estarei solicitando aos gestores o manual técnico e ficha espelho para que possamos usar os materiais adequados para esta intervenção. Serão feitas cópias de todo o material a serem usados na intervenção.

A ficha de acompanhamento para hipertensos e/ou diabéticos não está disponível em minha unidade de saúde não existe qualquer modelo. Pretendo usar a ficha espelho de acompanhamento disponível pelo curso. Esta ficha contém informações como: identificação do usuário, data de nascimento, e portador de hipertensão e/ou diabético, verificação a cada consulta: peso, altura, cintura, pressão, glicemia capilar ou plasmática pós-prandial ou em jejum, intercorrências desde última consulta referidas pelo usuário: não existe complicações anteriores, angina, infarto, AVC, pé diabético, amputação, doença renal, retinopatia, tratamento para hipertensão e/ou diabetes: não medicamentoso, Hidroclorotiazida, Propranolol, Captopril, Metformina, Glibemclamida, Insulina NPH, outros medicamentos, exames: Hb glicosada, creatinina, colesterol, ECG, triglicérides, urina tipo 1, microalbuminúria. Para complementar as informações utilizarei a Ficha espelho que serão necessárias 200 fichas. Gostaria de ressaltar que se encontra uma ficha de acompanhamento melhor à mesma substituirá a ficha citada anteriormente.

Para organizar o registro específico, os ACS iniciarão a busca de hipertensos e diabéticos nos arquivos da unidade de saúde, cada agente comunitário de saúde criará uma pasta ou arquivo onde serão armazenados os prontuários destes usuários de acordo com a sua micro área. Assim criaremos um arquivo específico para hipertensos e diabéticos facilitando e agilizando a busca hipertensos e/ou diabéticos .

As ações a serem realizadas para hipertensos e diabéticos são: monitoramento e avaliação onde os membros da unidade básica de saúde (ACS, técnica de enfermagem e médico) auxiliarão identificação dos portadores destas doenças e intervindo no convencimento de participar das consultas, isso será feito o mais rápido possível no início da intervenção, essa ação será feita na UBS. A organização e gestão do serviço serão garantidas o registro de hipertensos e diabéticos assim como os meios necessários para sua avaliação como equipamentos para a tomada da medida de pressão e medidor glicêmico, os ACS de organizarão os arquivos criando pastas dos HAS e DM de acordo com cada micro área, o coordenador fará o pedido necessário dos equipamentos e será auxiliado pelo médico. No engajamento público necessitaremos mais uma vez do apoio da equipe de saúde (ACS, técnica de enfermagem e médico) para informar a comunidade da existência e importância do programa de atenção aos hipertensos e/ou diabético,

este contato será feito diariamente na unidade de saúde e nas instituições de referencia na comunidade como igrejas e associações.

Na qualificação da prática clínica capacitarei os ACS para o cadastramento e utilização de equipamentos adequados para o seguimento de hipertensos e diabéticos, a qualificação será feita na unidade de saúde da família no fim de expedientes e em uma reunião em horário da manhã, o médico auxiliará e indicará como devem proceder no preenchimento das fichas e cadastramento dos hipertensos e diabéticos.

No inicio da intervenção e iremos começaremos a informar e cadastra todos os hipertensos e diabéticos. Depois deste momento os ACS informarão aos pacientes de sua área sobre a intervenção e poderão agendar consultas, principalmente hipertensos e diabéticos.

Os ACS serão os responsáveis pela identificação de prontuários, convocação dos HAS e DM , preenchimento de dados pessoais da altura e pesagem dos usuários . A técnica de enfermagem será a responsável pode aferir pressão arterial e medir níveis glicêmicos assim como a administração de medicamentos. O medico será o responsável pelo atendimento clínico, preenchimento do protocolo, indicação de exames complementares, avaliação de risco e mudança de medicações.

Esta intervenção se iniciara o mais rápido possível e será feita na unidade básica de saúde onde se encontra os meios, mas adequados para realização desta ação.

Para capacitar a equipe da unidade, detalharei o protcole e explicarei como funciona o sistema, todos serão orientados a quando e como proceder em aspectos referentes a hipertensos e/ou diabéticos. Na aferição da pressão arterial indicarei os valores a serem esperados e valores devem ser preocupantes. Na medição de calores glicêmicos será orientado quando e como se deve proceder em casos elevados de glicemia. Esta capacitação será realizada no final do expediente ou nas reuniões da equipe, assim evitando interferências no atendimento diário.

O acolhimento dos hipertensos e diabéticos que buscarem o serviço será realizado pelos ACS e pela técnica de enfermagem. Para diagnosticar novos portadores de HAS ou DM será realizada a aferição da PA e realização do queiram saber se são portadores destas doenças serão atendidos no mesmo turno para que se realize, precocemente o diagnóstico. Hipertensos ou diabéticos descompensados

serão atendidos de imediato para evitar complicações e se necessário serem enviados a serviços adequados. Tanto hipertensos como diabéticos poderão agendar consultas programadas tanto para renovação de receita como para seguimento programado e se não for possível à consulta no mesmo dia será agendado o mais rápido possível.

A comunidade será contatada através de associações, igrejas, clubes e membros ativos da comunidade. Assim poderemos apresentar o projeto e esclarecer a importância do segmento ao hipertenso e diabético e seu monitoramento. Solicitaremos o apoio da comunidade para ampliar o cuidado a estes usuários e será esclarecido sobre a importância avaliação especializada.

O monitoramento será feito pelo médico da unidade básica e ACS de acordo a cada micro área, de forma semanal avaliaremos os protocolos e identificaremos aqueles que estão como consultas, exames clínicos, exames laboratoriais e revisão medicamentos em atraso. O ACS de saúde realizará a busca ativa dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos e agendará consulta o mais breve possível de acordo às necessidades do usuário.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Durante a intervenção, tivemos alguns objetivos a serem cumpridos, alguns possíveis e fáceis outros mais difíceis, mas tudo de forma positiva. Agora veremos as facilidades e dificuldades de cada parte do projeto de intervenção.

Na primeira semana de intervenção foi à parte de preparação, de forma geral não houve muito interesse da parte dos demais membros da equipe de saúde, o que dificultou muito o início dessa jornada, pois não conseguia reunir todos os profissionais de uma só vez para realizar as práticas propostas, assim comecei uma espécie de peregrinação, onde cada dia falava com uma ou com um grupo pequeno para capacitar e falar sobre o projeto de intervenção e capacitar sobre o protocolo. Mas consegui realizar a capacitação.

Uma coisa que também dificultou muito foi o fato da equipe da UBS estar incompleta, na unidade só tínhamos ACS e o médico, mas mesmo assim prosseguimos. Seguindo as orientações chegou a hora de informar a comunidade sobre o projeto de intervenção, inicialmente foi difícil, pois na comunidade não existe rádio comunitária e para conseguir um carro de som para divulgação necessitávamos de apoio da gestão que não pode ajudar, tentei falar com os ACS para que conversarem com as lideranças, p ACS residem na comunidade e conhecem melhor todos apesarem de concordarem eles não cumpriram o acordo. Então decidi que todos os ACS ficassem responsáveis de informar, chamar e orientar sobre a ação em cada micro área e quando necessário agendasse a consulta destes usuários, dessa formar foi possível chamar a população para participar de nossas atividades.

A planilha Excel-planilha de coleta de dados foi bem útil para segmento de usuários, exames realizados, se os exames estão em dia faltosos ou não, pois

através do desempenho dos indicadores conseguimos visualizar na prática como estava sendo realizado o cuidado para os HAS e DM.

O grupo criado para hipertensos e diabéticos foi de ótima valia e funcionou bem durante as reuniões, pude realizar uma boa explicação sobre as doenças, quais seus fatores de risco como podem previr, mudanças no modo e estilo de vida dos usuários tanto hipertensos e diabéticos quanto seus familiares que compareciam as reuniões e periodicidades dos exames complementares. Uma coisa bem produtiva foi às consultas diárias como cada usuário, pois hoje fazemos valer a equidade do SUS onde cada usuário necessita ser atendido de forma diferente de acordo como suas necessidades e o mais importante pôde realizar um atendimento mais humanizado, não só como os hipertensos e diabético mais também como toda a comunidade, deixando assim de lado o atendimento quantitativo e passando a ser qualitativo.

O monitoramento da intervenção foi bem tranquilo já que estava a minha disposição uma planilha de coleta de dados em Excel, que facilitou muito o arquivamento de dados e o seguimento dos hipertensos e diabéticos, ali estava o necessário para um bom monitoramento, do nome, idade, doença, se fez exames se esta em dia nas consultas se e um usuários faltosos, esta e uma ótima ferramenta para usar a partir de hoje na UBS.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal. Organizar a ação para avaliação de necessidade. Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos HAS/DM. Necessidade de atendimento odontológico dos HAS/ DM Orientar HAS/DM e seus familiares sobre a importância da higiene bucal. Estas ações são bem dependentes de outros membros da equipe de saúde por isso se tornou difícil realiza-la. Quando cheguei à unidade de saúde já havia um clima de bem desconfortante entre a odontóloga e os demais membros da equipe, como o passar do tempo me dei conta que realmente seria difícil de trabalhar como a equipe de odontologia, bem então quando começamos a intervenção, fui à busca de ajuda através de um diálogo, simplesmente fui ignorado e não pude contar como a ajuda. Também quase no começo da intervenção houve uma grande revolta dos usuários como a dentista, ela

não atendia os usuários e os que atendiam os tratava muito mal, foi feito um abaixo assinado e este membro da nossa unidade foi transferido e assim ficamos sem pessoal na odontologia. Devido a uma mistura de falta de interesse e depois a ausência dos profissionais de odontologia não podemos realizar estas ações, há pouco tempo chegou um novo dentista, espero que agora as coisas funcionem.

Orientar aos usuários quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular. Esta parte da intervenção deveria ter sido feito por mim, classificando hipertensos e diabéticos de risco para uma melhor conduta e avisá-los e preveni-los. Primeiramente como já i comentando inicialmente a demanda da unidade de Saúde Santa Inês, estava toda sobre o médico, como isso sobre carregando minhas atividades, como estas classificações também necessitam de exames complementares isso dificultou mais ainda, pois os exames estavam demorando muito e em outras vezes os usuários demoravam muito a retornarem a unidade de saúde da família assim não pude realiza as estratificações. Agora que estamos bem organizados com os prontuários, já poderei completar ação.

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável. Organizar práticas coletivas para orientação de atividades físicas. Esta foi mais uma ação não realizada, como esta ação depende de outros profissionais externo como educadores físicos e nutricionista os quais solicitei aos gestores, mas infelizmente minha solicitação não foi atendida e por isso tive que tentar realizar eu mesmo esta ação, sei que essa não e a forma mais adequada, mas não tive outra escolha se não tomas as rédeas da situação. A jornada começou após os expedientes me dirigi à secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), precisamente ao departamento das unidades básicas de saúde, onde se encontra o coordenador municipal do Programa Mais Médico (PMM), solicitei a mesma que necessitava de apoio par à realização e cumprimento de metas estabelecidas para especialização, e se não fosse possível à atuação de nutricionista e fisioterapeuta que me fornecessem materiais para que eu mesmo realizasse as práticas coletiva. A coordenadora gentilmente me levou aos departamentos responsáveis por estes temas. Primeiro fui ao departamento de hipertensos e diabéticos, aproveitando para conseguir apoio para as ações, e para minha surpresa estavam todos de férias e não havia uma alma viva para me fornecer material. Depois fui falar com a responsável da área nutricional fui bem recebido à senhora foi bem gentil e me disse que havia mais de dois anos que a prefeitura não disponibilizava materiais sobre o tema e que ela só poderia fornecer

um punhado de panfletos que havia por lá, então assim consegui algo para começar não e muito, mas já e um começo. No final da conversa perguntei à senhora gentil onde eu poderia encontra os responsáveis pela área de atividades físicas das unidades de saúde e fui informado que era em um edifício do outro lado da avenida e para lá fui. Quando sai do edifício da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) imagine só esta vá chovendo muito, como costumamos dizer aqui no Acre “um toro d’água” havia dois caminhos a percorrer, ir ao estacionamento que e a céu aberto, deixar o material conseguido e depois dirigir-me ao outro edifício que fica do outro lado de uma avenida movimentada, juro que pensei não ir, pois estava chovendo, mas pensei que quando um quer algo não deve desistir e fui enfrente, correndo para o estacionamento e depois fui atravessar a avenida, onde encontrei um semáforo fechado, fiquei esperando que desse sinal verde para pedestres e isso a chuva não cessava, mas com um pouco de paciência cheguei ate o meu próximo destino. Ao chegar neste setor da secretaria de saúde, com o auxílio de um recepcionista fui falar com a responsável das atividades físicas nas unidades, expliquei que era o doutro Homero e que estava querendo a ajuda dela para que pudesse realizar uma pratica coletiva UBS e que se não fosse possível, que ao menos fornecessem material par que eu mesmo realizasse as atividades, a mulher me olhava descrente e me perguntou, “você e fisioterapeuta ou educador físico”, e lhe respondi, “não, sou médico”, a mulher me olhava com surpresa e sorriu, parecia que nunca tinha recebido a visita de um médico em seu escritório. Bem, ela me forneceu alguns panfletos sobre o tema e disse que quando possível veria a possibilidade de realizar uma atividade na UBS. No final da jornada consegui alguns materiais, sei que não e muito, mas já e um começo.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

As maiores dificuldade na coleta de dados em minha opinião à falta de tempo e a pequena quantidade de usuários que participaram da intervenção, bem pelo menos a meu ver parecem um número baixo, acho que mais pessoas deveriam participar de ações como estas.

Quanto à planilha de coleta de dados não tive dificuldades.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

O projeto de intervenção foi e, é de grande importância para toda a comunidade, e um modificador de indicadores, não só isso modifica vida das pessoas para melhor. A permanência destas atividades como rotina e perfeitamente possível e viável principalmente agora que já estamos acostumados como este ritmo de trabalho, teremos um arquivo permanente para hipertensos e/ou diabéticos na unidade de saúde, continuaremos como o uso das fichas espelho e de acompanhamento, pois estas facilitam muito o entendimento do prontuário, organiza as atividades, agiliza o atendimento e proporciona um melhor acompanhamento do caso de cada usuário. Outro fator muito importante é a ação de grupos de hipertensos e/ou diabéticos, isso é de grande ajuda para comunidade e para os profissionais da UBS, pois aproxima mais a comunidade, facilitando assim todo o processo preventivo e curativo, também estas ações abrem portas para outras atividades com outros grupos de diferentes doenças, sexos e faixa etária podendo assim um dia conseguir abranger todo nossa território.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção foi realizada na UBS Santa Inês, teve início em 5 de janeiro de 2015 e término 30 de abril de 2015 e proporcionou a melhoria da atenção a saúde dos portadores de hipertensão e/ou diabéticos.

Antes da intervenção a cobertura da atenção aos hipertensos era 260 (28%) e para diabéticos era 82 (31%).

Segundo a estimativa existem 750 hipertensos e 152 participaram da intervenção alcançando ao final da intervenção uma cobertura na área adstrita de 19%. Quanto aos diabéticos existem 196 diabéticos destes apenas 42 participaram da intervenção alcançando ao final a cobertura de 21%.

Comparando a cobertura da atenção aos hipertensos e/ou diabetes, pré-intervenção e pós-intervenção, está última foi menor, pois quando iniciamos a intervenção nos deparamos que os usuários ,apenas haviam sido cadastrados e a grande maioria sem nenhum seguimento a longa data, frente a situação iniciamos a intervenção desconsiderando o cadastramento utilizado na análise situacional

Objetivo 1: Ampliar cobertura a hipertensos e diabéticos

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos hipertensos e 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa a Atenção à hipertensão arterial e diabetes mellitus da unidade de saúde.

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

Em relação a cobertura para hipertensos podemos observar uma clara evolução durante a intervenção, no primeiro mês 8% (64), segundo mês 16% (124) e no terceiro mês 19% (152).(Figura 1)

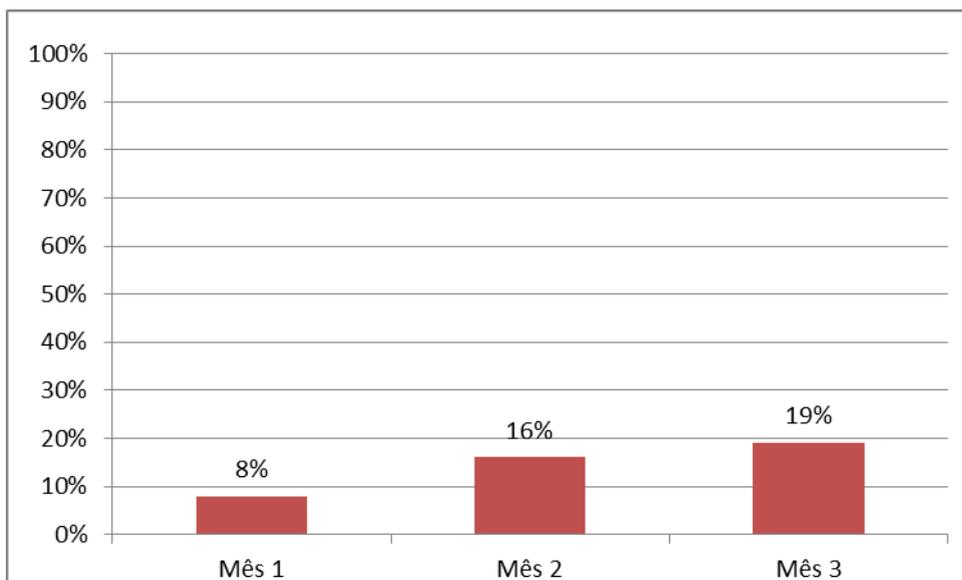


Figura 1- Cobertura do Programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. Santa Inês 1, Rio Branco, Acre 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados final.

A meta pactuada foi de 60% para hipertensos, mas, do estabelecido alcançamos 19%. A meta não foi atingida.

O que mais auxiliou ao crescimento da cobertura foi a criação de um arquivo exclusivo para hipertensos e diabéticos (todos os prontuários foram separados e arquivados em uma gaveta arquivo, para melhor manuseio) e o auxílio ACS que ajudaram muito a medida que estes conheciam bem, os usuários. Também foram fatores que contribuíram para o aumento da cobertura a divulgação da intervenção na comunidade, o monitoramento e avaliação realizada semanalmente, a busca ativa dos faltosos a organização da agenda e o acolhimento.

Algumas dificuldades foram enfrentadas, como a equipe incompleta e o fato a UBS ter uma população muito acima do preconizada pelo Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), ou seja, está com o dobro de sua capacidade.

O cadastramento foi realizado pelo médico, durante as consultas o qual já era cadastrado anteriormente e começava fazer parte do programa. Se compararmos o desempenho antes da intervenção e pós-intervenção, a última esta menor, pois iniciamos a intervenção como se nenhum usuário há estivesse cadastrados, pois não conseguíamos achar as fichas de cadastrados na UBS.

Apesar de não ter conseguido a meta pactuada, vamos continuar realizando ações para cadastrar e acompanhar todos os usuários da área adstrita da UBS.

Meta 1.2: Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa a Atenção à hipertensão arterial e diabetes mellitus da unidade de saúde.

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

No primeiro mês alcançamos 12% (24) de diabéticos assistidos pela unidade, no segundo mês 19% (38) e terceiro mês 21% (42). (Figura 2)

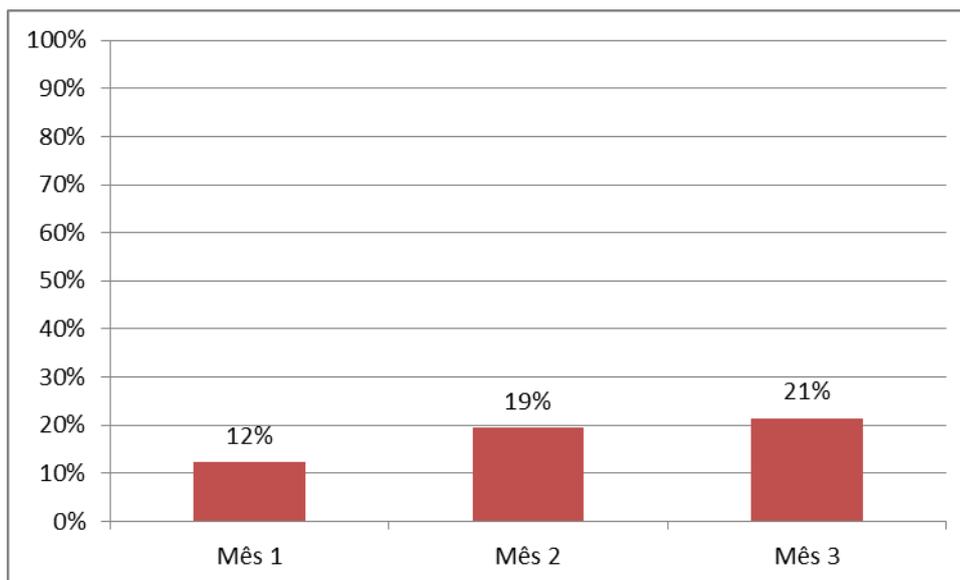


Figura 2- Cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade de saúde, Santa Inês 1, Rio Branco, Acre 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados final.

Acredito que a intervenção foi um grande primeiro passo para auxiliar os diabéticos.

O cadastramento foi realizado pelo médico, durante as consultas o usuário já era cadastrado e começava fazer parte do programa.

Também foram fatores que contribuíram para o aumento da cobertura a divulgação da intervenção na comunidade, o monitoramento e avaliação realizada semanalmente, a busca ativa dos faltosos a organização da agenda e o acolhimento.

A intervenção proporcionou o melhor acompanhamento dos diabéticos, pois conseguimos cadastrar os mesmos e realizar o acompanhamento, facilitando uma maior observação destes usuários.

A meta pactuada não atingida, mas como a intervenção já está incorporada à rotina da UBS, vamos continuar a melhorar a atenção aos diabéticos.

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

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

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

Tentando melhorar a qualidade da atenção a hipertensos. Dos residentes da área e acompanhados pela UBS que possuem hipertensão, 152 foram acompanhados dos quais 146 estão em dia como o exame clínico de acordo com protocolo alcançando no final 96%.

No primeiro mês alcançamos 84 % (54) de exames clínico em dia de acordo como protocolo, no segundo mês 96% (119) e no terceiro mês 96% (146).(Figura 3)

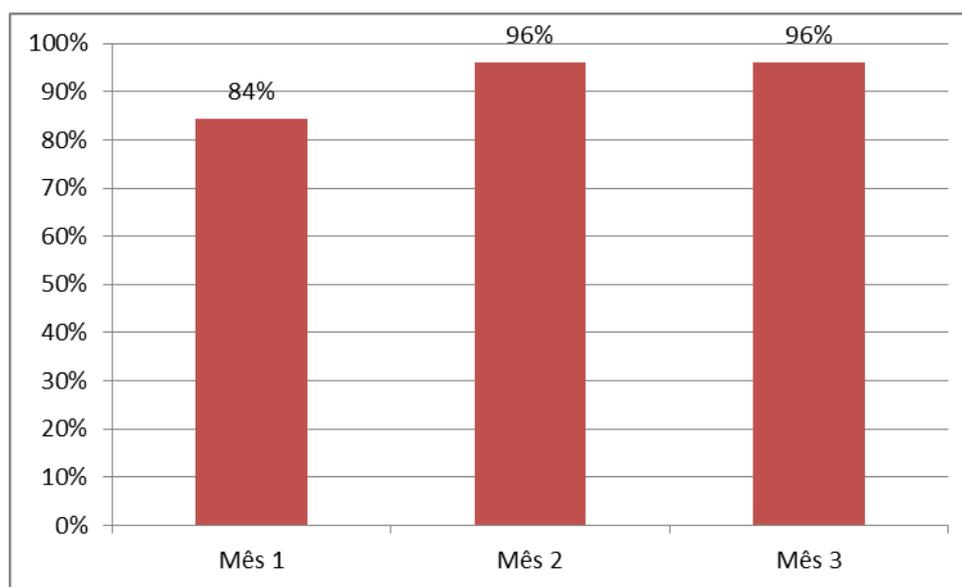


Figura 3- Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, unidade de saúde Santa Inês 1, Rio Branco, Acre 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados final.

Os exames clínicos realizados alcançaram quase a meta de 100% ,pois esta atividade dependia exclusivamente do medico que realizava este exame durante as consultas podendo assim assistir a quase todos os usuários participantes.

Foram fatores que contribuíram para realização dos exames clínicos, definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos. Realização da capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados

pela unidade de saúde. Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais. Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Alguns pacientes, em determinadas ocasiões como, não colaboração durante as consultas até mesmo os que veem de apressadamente para o atendimento, dificultou o alcance de 100% de exames clínicos para os usuários, mas foram inseridos no programa por participarem.

Objetivo 2 : Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos realizados na unidade de saúde.

Meta 2.1: realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.1: Proporção de diabéticos como o exame clínico em dia de acordo como o protocolo.

Tentando melhorar a qualidade da atenção a diabéticos. Dos residentes da área e acompanhados pela unidade básica de saúde que possuem diabetes 42 foram acompanhados dos quais 41 estão em dia como exame clínico de acordo como o protocolo alcançando no final 98%.

No primeiro mês alcançamos 83% (20) exames clínicos de acordo com o protocolo, no segundo mês 97% (37) e no terceiro mês 98% (41). (Figura 4)

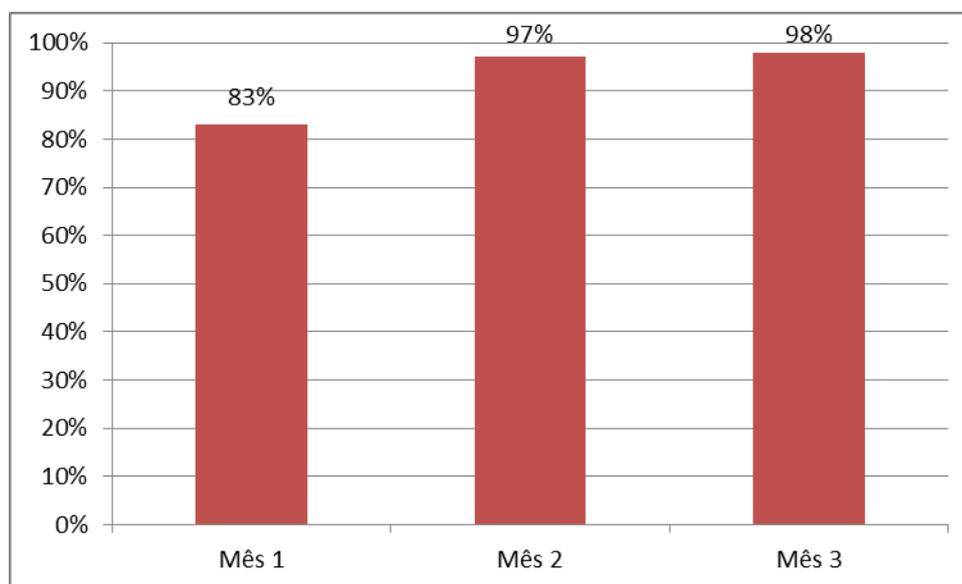


Figura 4- Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, unidade de saúde Santa Inês 1, Rio Branco, Acre 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados final.

Os exames clínicos foram de fácil realização e alcançamos quase os 100% pois como era uma atividade que dependia exclusivamente do medico, durante as consulta, cada usuário participante pode realizar os exames clínicos conforme o preconizado.

Foram fatores que contribuíram para realização dos exames clínicos, definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos diabéticos. Organização a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Para um usuário, não foi realizado o exame, pois estava com pressa contribuindo para o não o alcance de 100% da meta.

Meta 2.2: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.2: Proporção de hipertensos como os exames complementares em dia de acordo como o protocolo.

Para melhorar a qualidade da atenção a hipertensos, dos residentes na área acompanhados pela unidade básica de saúde que possuem hipertensão 152 realizaram exames complementares de acordo como o protocolo dos quais 145 estão como em dia com os exames chegando a uma garantia ao final de 95,4%.

No primeiro mês 85% (54) de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, segundo mês 95% (118) e terceiro mês 96% (145). (Figura 5)

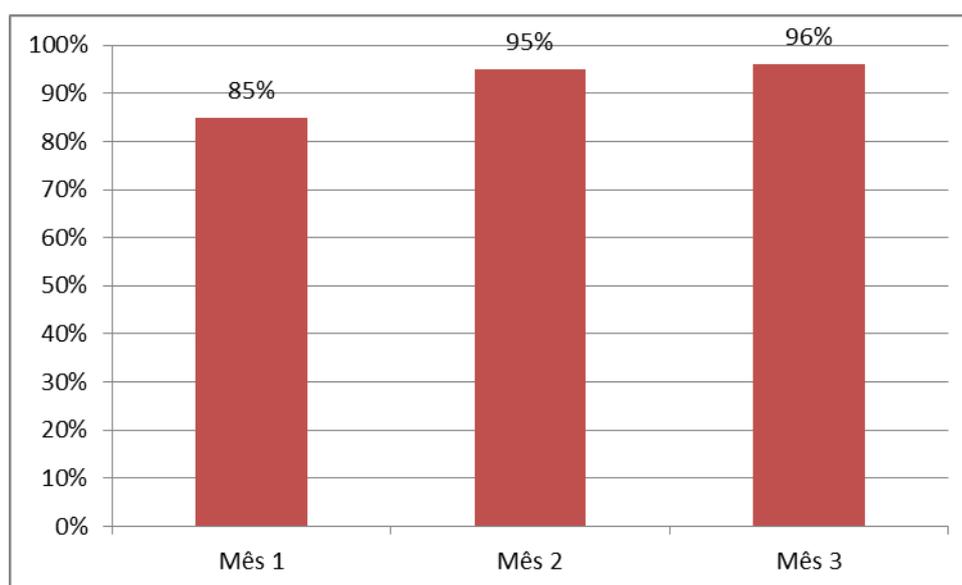


Figura 5- Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, unidades de saúde Santa Inês 1, Rio Branco, Acre 2015

Fonte: Planilha de coleta de dados final.

Os exames complementares foram indicados para todos os participantes, pois eram indicados durante as consultas. Um problema foi a demora da realização dos exames alguns nem entregaram devido ao tempo.

Para que pudessemos alcançar a meta de 100% de hipertensos com exames complementares em dia, deveria ter havido por parte do gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. A demora na entrega dos exames complementares não permitiu a realização adequada desta atividade.

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

Indicador 2.3: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Para a melhora da qualidade da atenção a diabéticos. Dos residentes da área acompanhados pela unidade básica de saúde que possuem diabetes 42 realizaram exames complementares de acordo com o protocolo destes apenas 41 estão em dia como os exames complementares chegando a uma garantia final de 98%.

No primeiro mês 83% (20) exames complementares de acordo com o protocolo, no segundo mês 97% (37) e no terceiro mês 98% (41). (Figura 6)

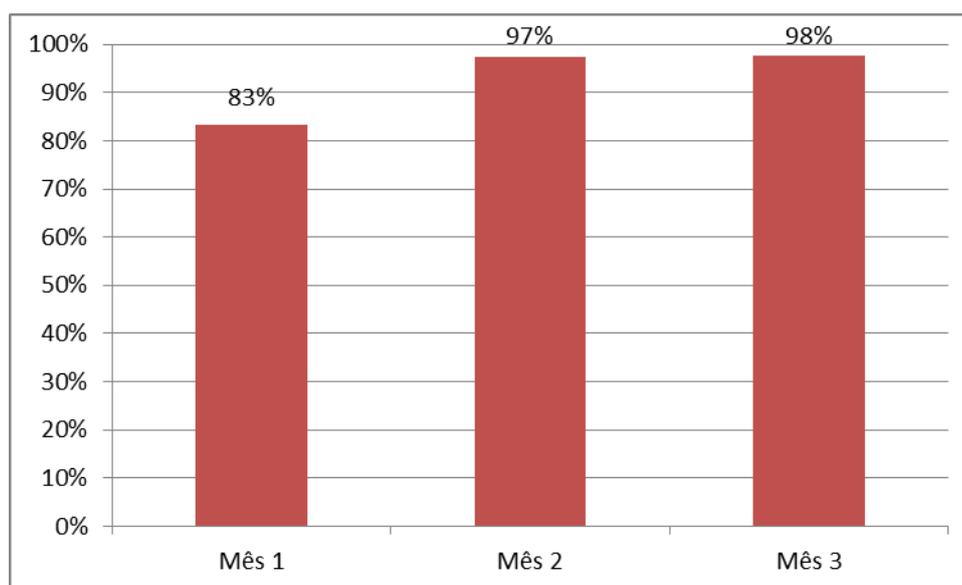


Figura 6- Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, unidade de saúde Santa Inês 1, Rio Branco, Acre 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados final.

Como os exames complementares eram indicados durante as consultas todos os usuários que participaram da ação realizaram os exames, mas com a demora na entrega dos resultados muitos ficaram sem avaliação.

Para que pudéssemos alcançar a meta de 100% de diabéticos com exames complementares em dia, deveria ter havido por parte do gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. A demora na entrega dos exames complementares não permitiu a realização adequada desta atividade.

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Indicador 2.4: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Para garantia a melhora da qualidade a atenção aos hipertensos tentamos garantir a prescrição de medicamentos. Dos hipertensos acompanhados 151 fazem uso de medicamentos anti-hipertensivos dos quais 151 possuem prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia chegando ao final como a garantia 100%.

No primeiro mês 100% (64) prescrições de medicamentos da farmácia Popular/Hiperdia priorizada, no segundo mês 100% (124) e no terceiro mês 100% (151).(Figura 7)

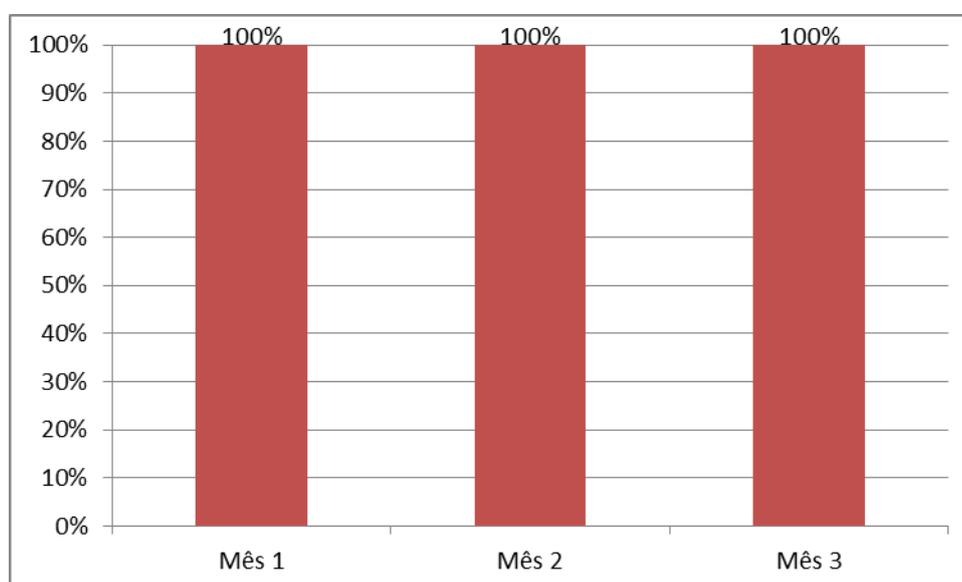


Figura 7 Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, unidades de saúde Santa Inês 1, Rio Branco, Acre 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados final.

Todos os participantes da ação já faziam uso de medicação que estão disponíveis. O que mais dificultou foi só a organização na toma e de qual medicação usar já que muito nem sabiam quais medicamentos tomavam. Muitos usuários chegavam a consulta somente sabendo que eram hipertensos mais não sabiam quais medicações, então tive uma pequena ideia enchi uma gaveta da minha mesa como medicação disponível na unidade e com paciência mostrava cada medicação ate descobrir qual era a usada pelo usuário.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos.

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

Para garantir a melhoria da qualidade a atenção aos diabéticos, tentamos garantir a prescrição das medicações. Dos diabéticos acompanhados 42 fazem uso de medicação dos quais 42 possuem prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia chegando ao final como a garantia de 100%.

No primeiro mês 100% (24) de prescrições de medicamentos da farmácia Popular/Hiperdia priorizada, no segundo mês 100% (38) e no terceiro mês 100% (42). (Figura 8)

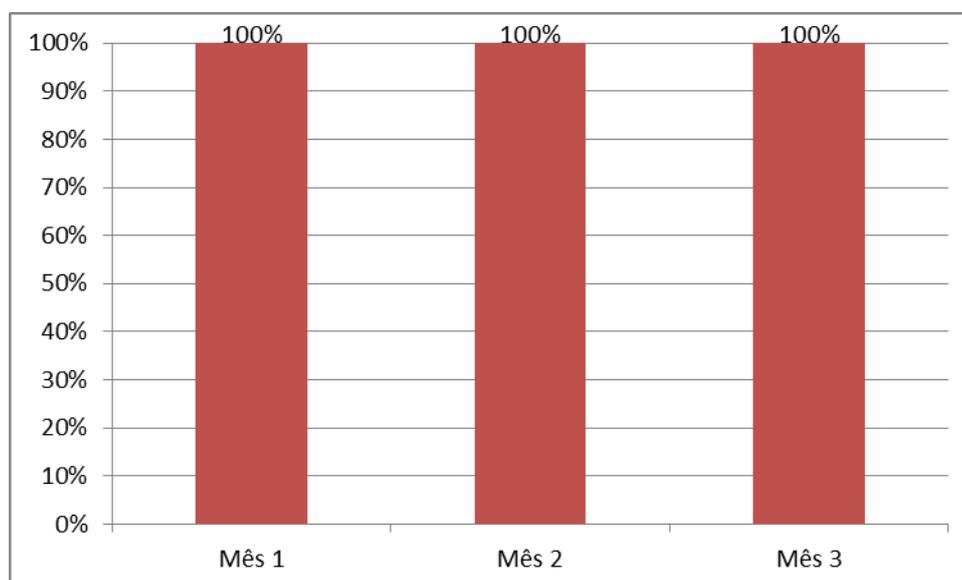


Figura 8- Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, unidades de Saúde Santa Inês 1, Rio Branco, Acre 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados final.

Todos os participantes da ação já faziam uso de medicação que estão disponíveis. O mais dificultoso foi só a organização na toma e de qual medicação usar já que muito nem sabiam quais medicamentos tomavam. A maioria dos usuários, principalmente os idosos, não sabia que medicamentos tomavam para a diabetes então comecei de forma demonstrativa a perguntar a cada um qual eram a medicação e os que não foram possíveis descobrir que medicamentos tomavam, estes iniciei o tratamento de acordo ao protocolo.

Meta 2.6: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% de hipertensos.

Indicador 2.6: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Para garantir a melhora na qualidade à atenção aos hipertensos temos que avaliar a necessidade de atendimento odontológico. Os hipertensos que necessitam de avaliação odontológica são 152 deste, apenas 9 foram avaliados chegando a garantia de apenas 6%.

No primeiro mês 12% (8) com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, no segundo mês 7% (9) e no terceiro mês 6% (9).(Figura 9)

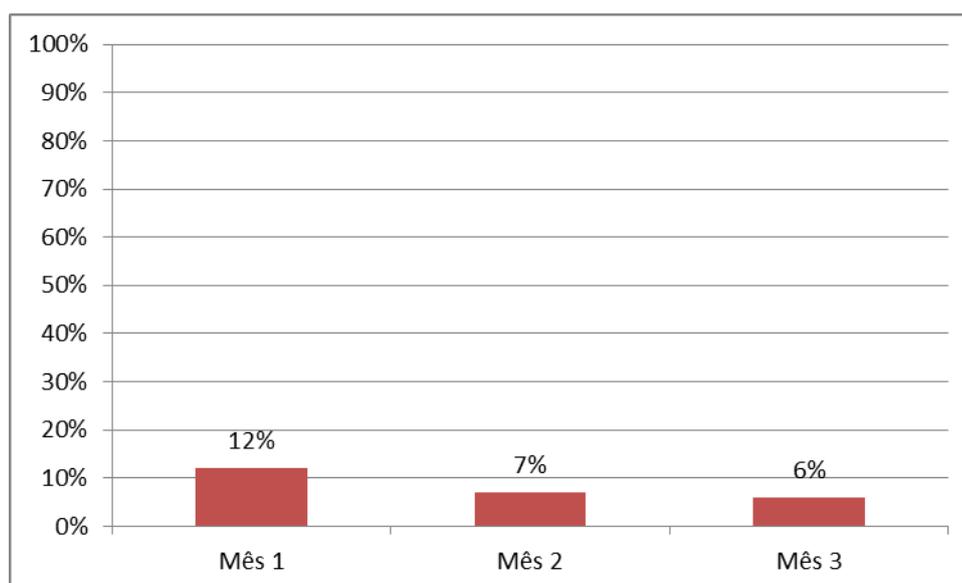


Figura 9- Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, Unidade de saúde Santa Inês 1, Rio Branco, Acre 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados final.

Este foi um grande desafio que não foi superado, pois não tivemos nenhum apoio por parte da equipe de odontologia. O que demonstra que precisamos continuar insistindo e sensibilizando a equipe de saúde bucal para inserir-se nas ações programáticas.

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

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

Para garantir à melhoria na qualidade as atenções aos diabéticos têm que avaliar a necessidade de atendimento odontológico. Os diabéticos que necessitaram de avaliação odontológica foram 42 dos quais apenas 1 foi avaliado chegando ao final como 2%.

No primeiro mês alcançamos 4% (1) dos diabéticos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico, no segundo mês 3% (1) e no terceiro mês 2% (1).(Figura 10)

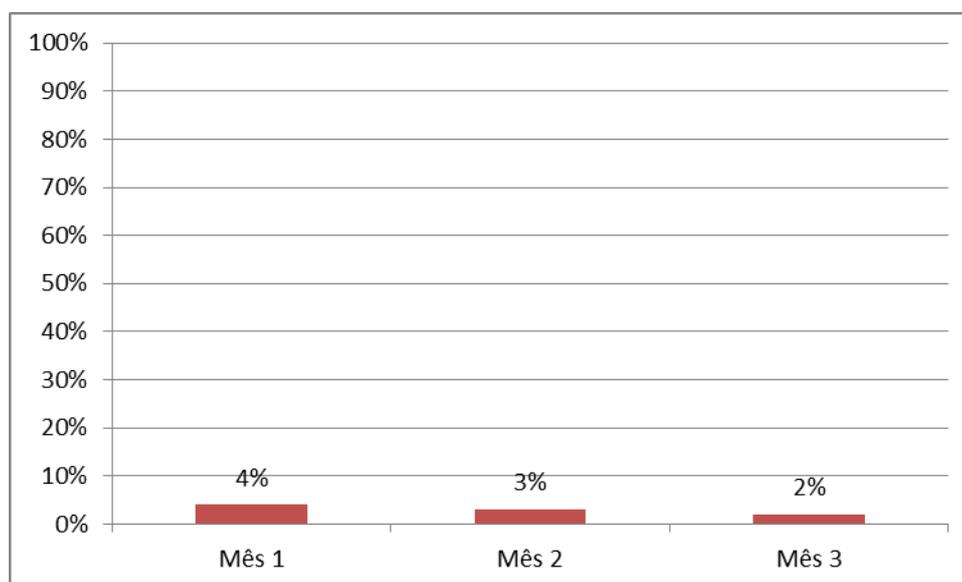


Figura 10- Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, Unidade de saúde, Santa Inês 1, Rio Branco, Acre 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados final.

Este foi outro grande desafio que não foi superado, pois não tivemos nenhum apoio por parte da equipe de odontologia. Mas foi possível identificar pelos demais membros da equipe a importância desta ação ser realizada pelos mesmos e encaminhar para o odontólogo quando necessário.

Objetivo 3: melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa

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

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

Para melhorar a adesão de hipertensos ao programa e necessária a busca se necessário destes usuários para melhor atendê-los. O número de hipertensos que residem na área e acompanhados na unidade básica de saúde que faltaram as consultas foi 15 e os que foram realizados um busca ativa foi 15 assim chegando ao final com 100%.

No primeiro mês alcançamos 100% (10) faltosos às consultas com busca ativa, no segundo mês 100% (10) e no terceiro mês 100% (15).

Como a maioria teve sua primeira consulta durante a ação não houve pacientes faltosos.

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 com busca ativa.

Para melhorar a adesão de diabéticos ao programa e necessário a busca se necessário destes usuários para melhor atendê-los. O número de diabéticos que residem na área e foram acompanhados na unidade básica de saúde que faltaram as consultas foi 10 dos quais apenas 5 foram realizados busca ativa chegando ao final com 50%.

No primeiro mês 45% (4) de faltosos às consultas com busca ativa, no segundo mês 45% (4), e no terceiro mês 50% (5). A meta não foi alcançada pela dificuldade de realizar a busca ativa, pois muitos usuários moram muito longe da UBS.(Figura11)

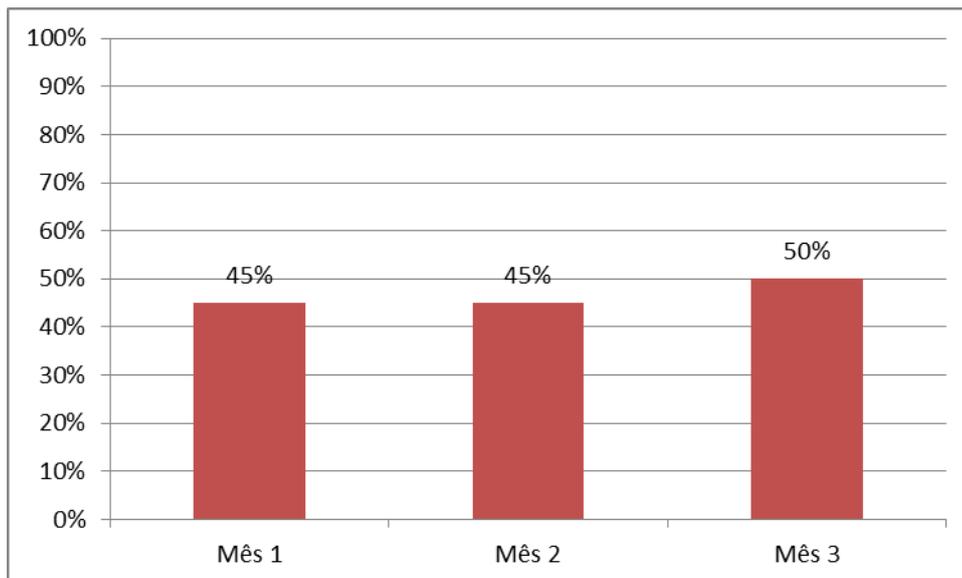


Figura 11- Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa, Unidade de Saúde Santa Inês 1, Rio Branco, Acre 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados final.

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.

O registro das informações é um fator importante para seguimento do usuário e a ficha de acompanhamento é uma ferramenta muito útil para melhora do paciente. Os pacientes hipertensos residentes na área acompanhados na unidade básica de saúde forma de 152 destes, 149 possuem o registro adequado na ficha de acompanhamento chegando assim a uma cobertura final de 98,0%.

No primeiro mês 97% (62) com registro adequado na ficha de acompanhamento, no segundo mês 98% (122) e no terceiro mês 98% (149). (Figura 12)

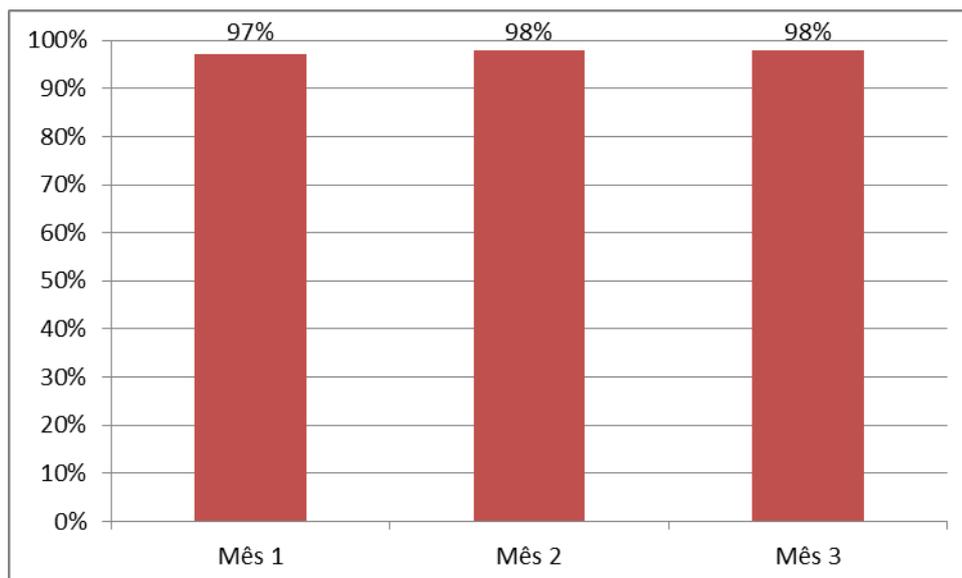


Figura 12- Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento, Unidade de saúde Santa Inês 1, Rio Branco, Acre 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados final.

Como o registro da ficha de acompanhamento era feito durante as consultas médicas todos foram registrados adequadamente.

Um maior empenho da equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso, o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas e mais membros da equipe realizando o registro adequado na ficha de acompanhamento poderia ter contribuído para que fosse alcançada a meta de 100%.

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.

O registro das informações é um fator importante para o seguimento do usuário e a ficha de acompanhamento é uma ferramenta muito útil. Os pacientes diabéticos residentes na área acompanhados na unidade básica de saúde foram 42 e os menos 42 possuem o registro adequado na ficha de acompanhamento chegando assim a uma cobertura de 100%.

No primeiro mês 100% (24) de diabéticos com o registro adequado na ficha de acompanhamento, no segundo mês 100% (38) e no terceiro mês 100% (42).

Como o registro da ficha de acompanhamento era feito durante as consultas médicas todos foram registrados adequadamente.

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 por exame clínico em dia.

Mapear os hipertensos sobre o risco de doenças cardiovascular e essencial para uma ação preventiva e o usuário sabendo pode tomar mais cuidados. Os hipertensos da área acompanhados pela unidade de saúde foram 152 destes somente 4 realizam estratificação de risco cardiovascular de acordo a exame clínico chegando ao final como 2%.

No primeiro mês 5% (3) com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, no segundo mês 3% (4) e no terceiro mês 2% (4). (Figura 13)

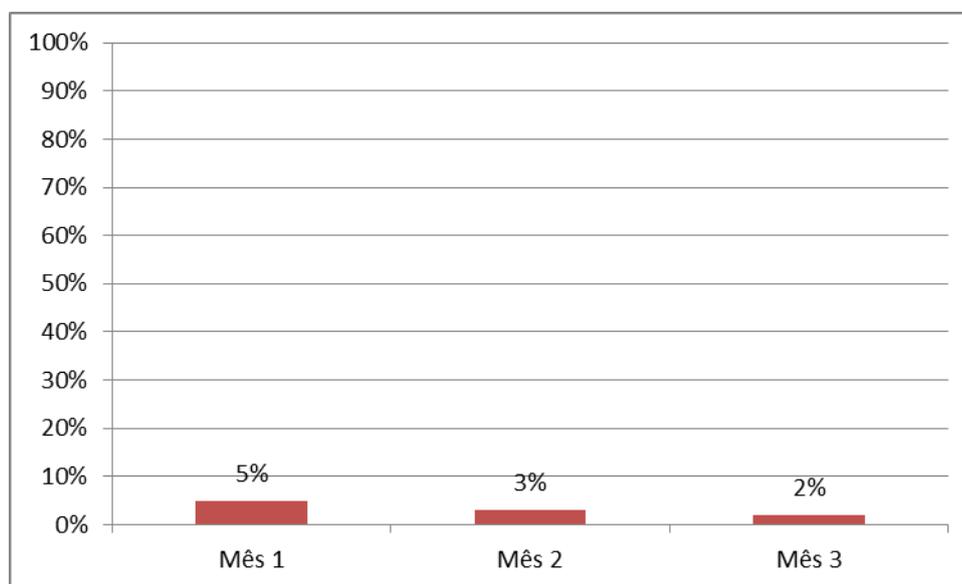


Figura 13- Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, unidade de saúde Santa Inês 1, Rio Branco, Acre 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados final.

Inicialmente foi tentado fazer a estratificação de risco adequadamente, mas devido a grande demanda e sobrecarga do serviço médico a estratificação foi interrompida.

Uma maior participação da equipe de saúde, aumentar ainda mais a atenção aos hipertensos e priorizar o atendimento dos pacientes hipertensos avaliados como alto risco e organizar a agenda para o atendimento poderia ter sido realizado para que a meta fosse alcançada.

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 por exame clínico em dia.

Mapear os diabéticos sobre o risco de doenças cardiovasculares é essencial para uma ação preventiva e o usuário sabendo disto pode tomar mais cuidado. Os diabéticos da área acompanhados pela unidade básica de saúde foram 42 destes, 0 realizaram estratificação de risco cardiovascular de acordo a exame clinico chegando ao final com 0%.

No primeiro mês 0% de estratificação de risco cardiovascular por exame clinico em dia, segundo mês 0% e terceiro mês 0%.

Devido a grande demanda e sobrecarga do serviço médico a estratificação foi interrompida.

Uma maior participação da equipe de saúde, aumentar ainda mais a atenção aos diabéticos e priorizar o atendimento dos pacientes diabéticos avaliados como alto risco e organizar a agenda para o atendimento poderia ter sido realizado para que a meta fosse alcançada.

Devemos encontrar tempo para a realização da estratificação de risco, tendo em vista o grande benefícios para o diabéticos.

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.

A promoção à saúde é um dos pilares da atenção básica ainda mais para os doentes crônicos como os hipertensos, podendo assim melhorar e muito sua qualidade de vida. O número de hipertensos residentes na área que foram acompanhados pela unidade básica de saúde foi 152 dos quais 151 receberam orientação nutricional sobre a alimentação saudável chegando ao final como um total de 99%.

No primeiro mês 100% (64) tiveram orientação nutricional sobre alimentação saudável, no segundo mês 100% (124) e terceiro mês 99% (151). (Figura 14)

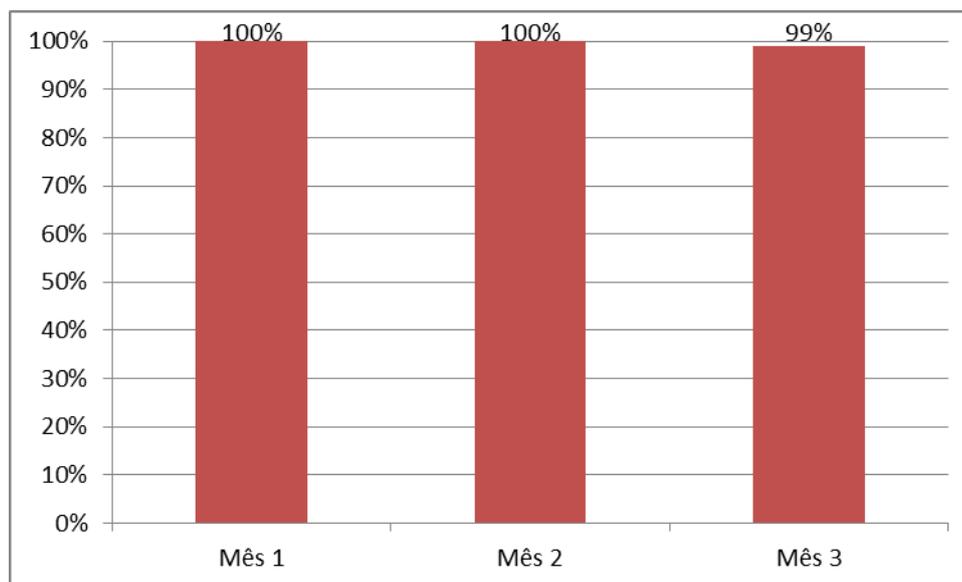


Figura 14 - Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, unidade de saúde Santa Inês 1, Rio Branco, Acre 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados final.

Como as orientações nutricionais eram feitas durante as consultas médicas todos foram orientados adequadamente, a de más de reforçar estas durante as ações de grupo.

Houve o caso de um usuário não ter sido orientado sobre a nutrição adequada, pois o mesmo afirmava que já realizava esta atividade corriqueiramente em sua vida e que não necessitava da ajuda do médico.

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 promoção à saúde é um dos pilares da atenção básica ainda mais se tratando de doentes crônicos como os diabéticos podendo assim melhorar e muito sua qualidade de vida. O número de diabéticos residentes na área que foram acompanhados pela unidade básica de saúde foi de 42 dos quais 42 receberam orientação nutricional sobre a alimentação saudável chegando ao final como um total de 100%.

No primeiro mês 100% (24) tiveram orientação nutricional sobre alimentação saudável, no segundo mês 100% (38) e no terceiro mês 100% (42).

Como as orientações nutricionais e alimentação saudável eram feitas durante as consultas médicas todos foram orientados adequadamente, a fim de reforçar estas durante as ações de grupo.

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 a prática de atividade física regular.

Promover a saúde como a prática de atividade física regular melhora muito a qualidade de vida dos hipertensos e ajuda no controle da PA. Dos 152 hipertensos residentes na área acompanhados pela unidade básica de saúde, 146 receberam orientação sobre prática de atividade física regular assim chegando ao final com 99%.

No primeiro mês 100% (64) com orientação sobre a prática de atividade física regular, no segundo mês 100% (124) e no terceiro mês 99% (146). (Figura 15)

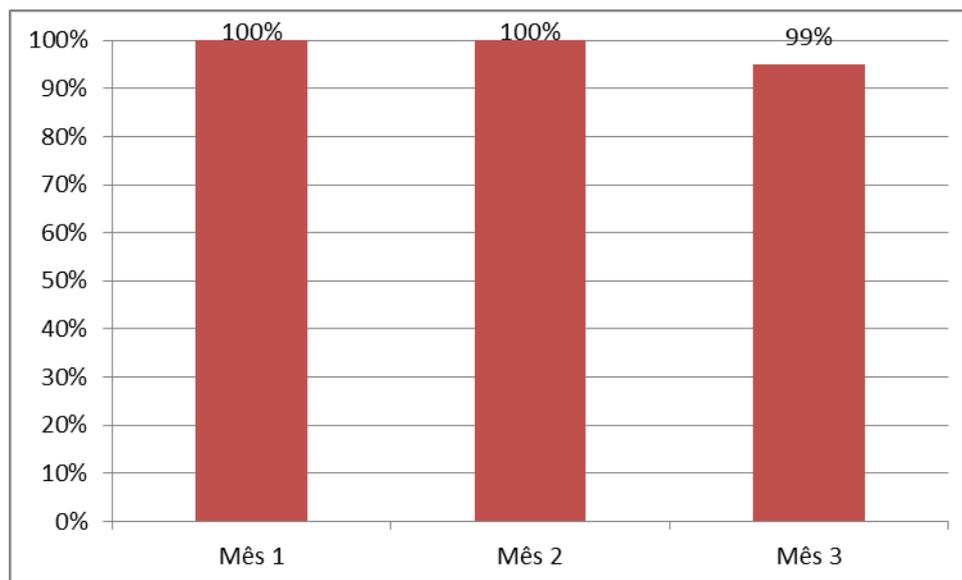


Figura 15 - Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular. Unidade de saúde Santa Inês, Rio Branco, Acre 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados final.

Como as orientações sobre prática de atividades física eram feitas durante as consultas médicas todos foram orientados adequadamente, reforçada durante as ações de grupo.

Uma melhor organização das praticas coletivas para orientação de atividade física, apoio do gestor e parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade teria uma melhor abrangência e poderíamos ter alcançado a meta.

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 a prática de atividade física regular.

Promover a saúde com a pratica de atividade física regular melhora muito a vida dos diabéticos, pois faz parte do tratamento para o controle glicêmico. Dos 42 diabéticos residentes na área acompanhados pela unidade básica de saúde 42 receberam orientação sobre a prática de atividade física regular assim chegando ao fim com 100%.

No primeiro mês 100% (24) que receberam orientação sobre a prática de atividade física, no segundo mês 100% (38) e terceiro mês 100% (41).

Como as orientações nutricionais eram feitas durante as consultas médicas todos foram orientados adequadamente, durante as ações de grupo.

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

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

O habito de fumar e nocivo para saúde de qualquer individuo principalmente para doentes crônicos como os hipertensos por isso a importância de eliminar este vicio. Os hipertensos residentes na área acompanhados pela unidade básica de saúde foram de 152 dos quais 151 receberam orientação sobre os riscos do tabagismo chegando ao fim com 96%.

No primeiro mês 100% (64) receberam orientações sobre os riscos do tabagismo, no segundo mês 100% (124) e terceiro mês 96% (146). (Figura 16)

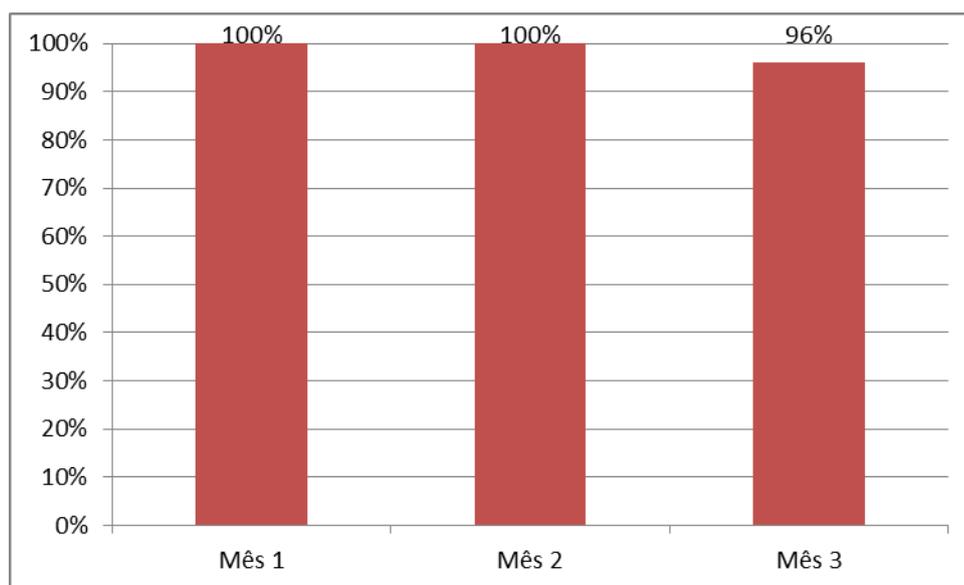


Figura 16 - Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, unidade de saúde Santa Inês 1, Rio Branco, Acre 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados final.

Como as orientações sobre o risco do tabagismo eram feitas durante as consultas medicas todos foram orientados adequadamente, a reforçada nas ações de grupo.

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

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

O habito de fumar é nocivo para saúde de qualquer indivíduo principalmente para doentes crônicos como os diabéticos por isso a importância de eliminar este vício. Os diabéticos residentes na área que foram acompanhados pela unidade básica de saúde foram 42 dos quais 42 receberam orientação sobre os riscos do tabagismo chegando ao total de 98%.

No primeiro mês 100% (24) receberam orientações sobre os riscos do tabagismo, no segundo mês 100% (38) e terceiro mês 98% (41). (Figura 17)

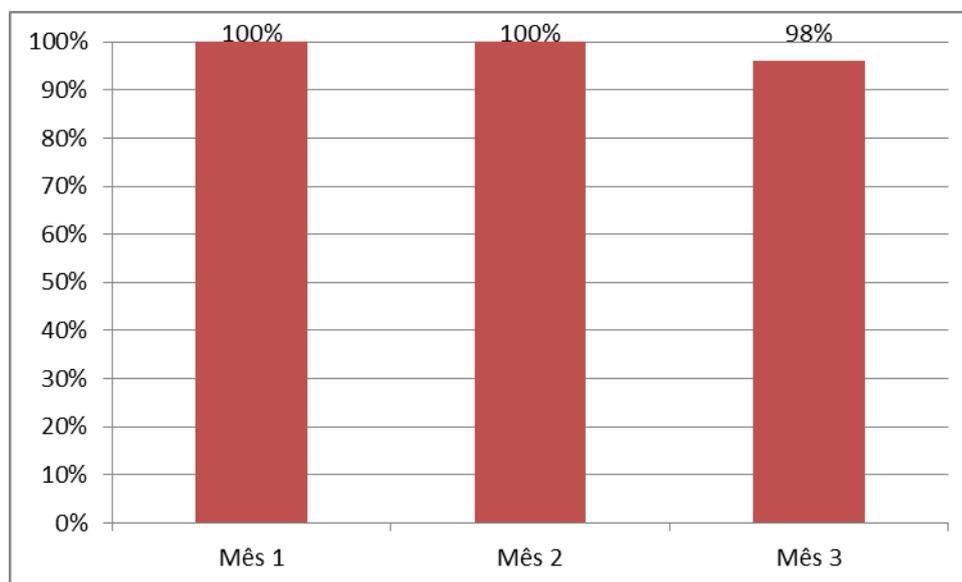


Figura 17 - Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, unidade de saúde Santa Inês 1, Rio Branco, Acre 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados final.

Como as orientações sobre o risco do tabagismo eram feitas durante as consultas médicas todos foram orientados adequadamente, reforçadas durante as ações de grupo.

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

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

De devemos ver o indivíduo por completo por isso a necessidade de avaliação sobre higiene bucal pois até uma infecção dentária pode descompensar o

paciente. Os hipertensos residentes da área que foram acompanhados pela unidade de saúde foram 152 destes apenas 13 receberam orientação sobre higiene bucal chegando a um total de 9%.

No primeiro mês 20% (13) receberam orientação sobre higiene bucal, no segundo mês 10% (13) e no terceiro mês 9% (13).

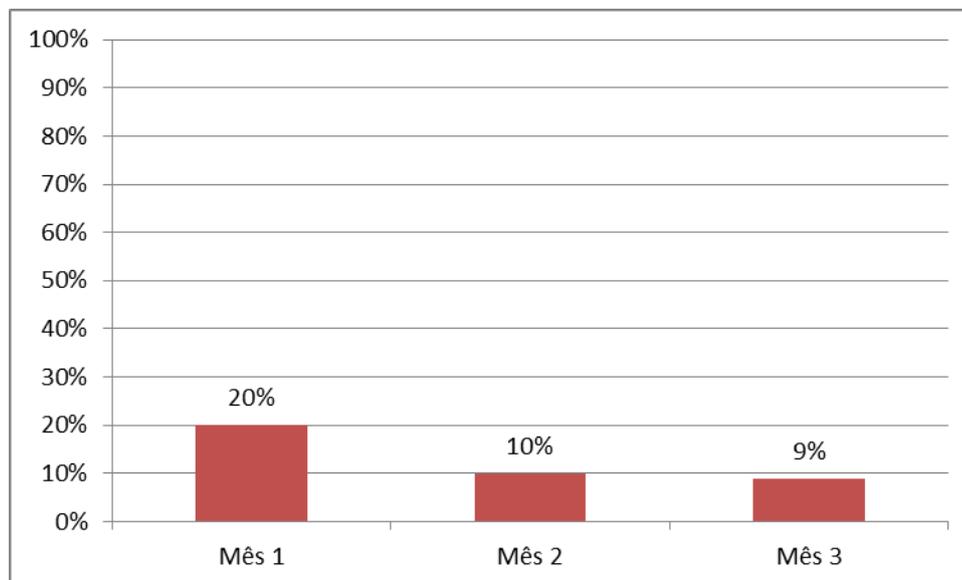


Figura 18 - Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal, unidade de saúde Santa Inês 1, Rio Branco, Acre 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados final.

Esta ação inicialmente foi tentada ser realizada, mas como não houve colaboração da área odontológica esta não foi realizado.

A falta de interesse da equipe odontológica e depois a ausência desta equipe na unidade para monitorar a realização de orientação sobre a higiene bucal aos hipertensos, orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e para capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal, foi o fator determinante para a falha desta ação e alcançar a meta.

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

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Devemos ver o indivíduo por completo por isso a necessidade de avaliação sobre higiene bucal pois até uma infecção dentária pode descompensar o paciente. Os diabéticos residentes na área que foram acompanhados pela unidade básica de

saúde foram 42 destes apenas 8 receberam orientação sobre higiene bucal chegando a um total de 19%.

No primeiro mês 33% (8) receberam orientação sobre higiene bucal, no segundo mês 21% (8) e no terceiro mês 19% (8). (Figura 19)

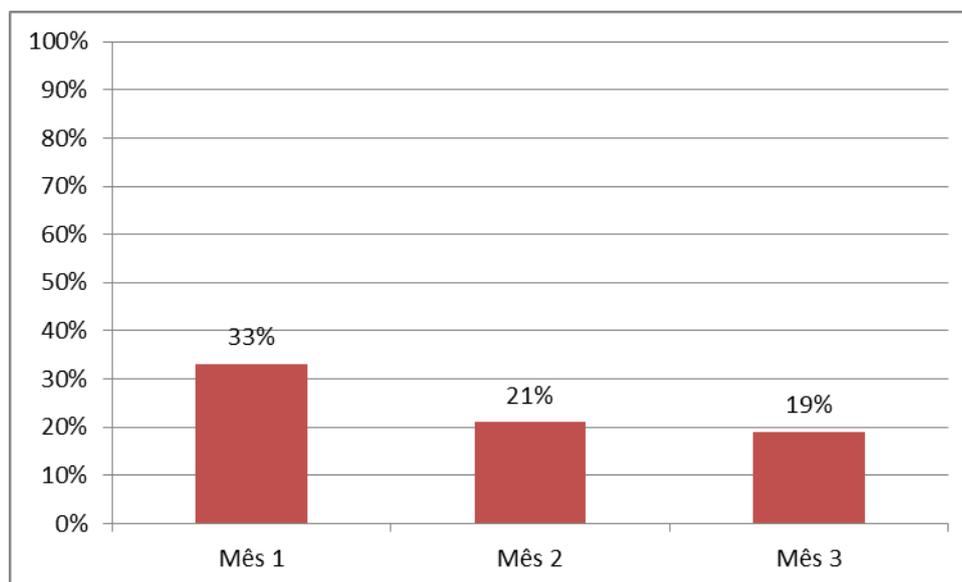


Figura 19 - Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal, unidade de saúde Santa Inês 1, Rio Branco, Acre 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados final.

Esta ação inicialmente foi tentada ser realizada, mas como não houve colaboração da área odontológica esta não foi realizado.

A falta de interesse da equipe odontológica e depois a ausência desta equipe na unidade para monitorar a realização de orientação sobre a higiene bucal aos diabéticos, orientar os diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e para capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal, foi o fator determinante para a falha desta ação e alcançar a meta.

4.2 Discussão

Comparando a cobertura da atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos antes da intervenção 260 (28%) e 82 (31%) e pós-intervenção 152 (19%) e 42(21%) respectivamente, percebe-se que o desempenho foi menor, pois ao

iniciarmos a intervenção nos deparamos com a fragilidade do cuidado, os HAS e DM haviam sido simplesmente cadastrado na grande maioria sem nenhum acompanhamento, e a grande incipiência dos registros dos dados, frente a isto iniciamos a intervenção desconsiderando a cobertura antes da intervenção, ou seja iniciamos de zero.

A intervenção, realizada na Unidade Básica de Saúde Santa Inês 1 gerou bons frutos. Agora podemos contar com arquivos específicos para hipertensos e diabéticos, e isso facilita o acesso a prontuários e agiliza na busca, melhorando o atendimento.

A criação de um dia específico para o atendimento à hipertensos e/ou diabéticos contribuiu para o acesso dos usuários principalmente para os idosos e a principal faixa etária afetada e durante os demais dias quando esses usuários acessavam a UBS eram acolhidos e agendado consulta.

A partir do momento que percebemos que os HAS e DM haviam sido simplesmente cadastrado sem nenhum acompanhamento, iniciamos a intervenção desconsiderando os cadastros anteriores percebemos que a intervenção apesar de não ter aumento na cobertura da atenção a hipertensos e diabéticos, possibilitou a qualificação do cuidado. O que mais afetou a comunidade foi às conversas no grupo para hipertensos e diabéticos, essa ação melhorou e muito o entendimento de suas doenças e o vínculo com a UBS.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir recomendações do MS relativas ao rastreamento, diagnóstico tratamento e monitoramento da hipertensão e diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado entre o médico e os ACS.

Os ACS ficaram responsáveis pela recepção, acolhimento e aconselhamento aos usuários. O médico ficou responsável pelo preenchimento da ficha espelho, consultas, orientação nutricional, prática de atividade física, exames clínicos e laboratoriais.

No início da intervenção, a equipe de saúde estava incompleta, estando composta só por ACS, médico e uma equipe de odontologia, que não quis participar da intervenção e acabou se retirando da unidade de saúde logo no começo. Hoje já contamos com um enfermeiro e uma nova equipe de odontologia, todos parecem ser bem flexíveis e acessíveis. Assim espero, a partir de agora, contar com o apoio deles, ficando faltando ainda o técnico de enfermagem.

A intervenção mudou completamente o panorama e o ponto de vista de todos da unidade básica de saúde desde a forma de tratamento a como lidar com os usuários e priorizar certas coisas, como a renovação de receita atrelada a consulta médica, medicar e orientar os usuários.

Antes da intervenção as atividades de atenção à hipertensão e diabetes eram desorganizadas e concentradas no médico. A intervenção organizou o serviço melhorando a atenção a estes usuários e revendo as atribuições da equipe, viabilizando a atenção a um maior número de pessoas.

A melhoria do registro, o acesso mais rápido a renovação de receita médica e a criação de um dia na semana para hipertensos e diabéticos tornou possível o agendamento das consultas e viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea.

O impacto da intervenção ainda é muito pequeno para que toda a comunidade tenha percebido, mas a grande maioria está satisfeita, pois a maioria tem um parente ou amigo que tem hipertensão e/ou diabetes. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento. Como temos um dia só para o atendimento destes usuários, o impacto não é muito forte no dia a dia das consultas, mas muito ainda se questionam o porquê neste período da tarde o atendimento ser exclusivo para hipertensos e diabéticos. O que demonstra que precisamos melhorar o engajamento público, para que a comunidade entenda o que a UBS está realizando e principalmente conscientizar para a participação.

Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos hipertensos e diabéticos sem cobertura.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional tivéssemos discutido as atividades que vinham sendo desenvolvidas com a equipe. Outro fator que modificaria muito é se a intervenção estivesse sendo realizada com a presença de um enfermeiro e uma equipe odontológica bem acessível. Agora com a equipe mais estruturada o atendimento médico seria menos sobrecarregado e assim poderíamos intensificar mais as atividades com a comunidade, explicar os critérios para a priorização da atenção e discutir a melhor maneira de realizá-la.

Agora chegando ao fim do projeto, percebo que a equipe está mais integrada e treinada em como proceder, porém, como vamos integrar a intervenção a rotina do serviço terá condições de superar algumas dificuldades.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isso, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à prioridade da atenção a hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco. Também pretendemos intensificar as ações de promoção e prevenção a saúde em relação aos demais usuários para que possamos prevenir essas comorbidades em nossa comunidade.

Agora com a equipe quase completa, poderemos continuar com o projeto de forma mais dinâmica. Com a nova equipe de odontologia, podemos realizar avaliação da saúde bucal para hipertensos e diabéticos. Com a presença do enfermeiro podemos organizar ações e completar uma parte que faltava da intervenção que é a classificação de risco para os usuários e priorizar ainda mais o atendimento. A chegada dos novos membros à unidade de saúde ainda é muito recente e ainda estamos nos organizando, pois neste início estamos lidando como uma demanda que estava reprimida. Já estamos com planos de usar a metodologia da intervenção para a atenção as pessoas com 60 anos ou mais.

Hoje a atenção ao hipertenso e/ou diabético está integrado à unidade de saúde e já faz parte do nosso serviço e do dia a dia da unidade de Saúde da Família Santa Inês.

5 Relatório da intervenção para gestores

Ao Gestor; Secretaria Municipal de Saúde SENSE Av. Ceará, 3335 - Jardim Nazle, Rio Branco - AC, 69960-160.

O Projeto Mais Médicos para o Brasil é um programa Federal como o objetivo de levar médicos a todos os cantos do Brasil e proporcionar uma atenção mais humanizada a todos os usuários do SUS, melhorando assim a atenção básica de saúde e conseqüentemente toda a saúde no Brasil e foi a partir desses preceitos que foi necessário a criação de um vínculo trabalho e pesquisa para que maximizasse e potencializa este objetivo, assim foi inserida a Especialização em Saúde da Família.

A especialização em Saúde da Família foi ministrada pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) a qual nos orientou e guiou os passos corretos neste projeto. Sendo integrante do programa mais médicos para o Brasil e conseqüentemente participante das atividades de ensino e pesquisa iniciou-se o projeto de intervenção para hipertensos e diabéticos.

Trabalhando numa área carente da cidade, onde existe uma população de mais de 5000 pessoas (dados estimados), onde o número de hipertensos e/ou diabéticos é alto em relação às estimativas do ministério da saúde é que surge a necessidade de realizar uma intervenção que compreendesse aos usuários com essas duas enfermidades, que tivessem 20 anos ou mais de idade, avaliando-lhes os indicadores propostos com a finalidade de melhorar a qualidade de vida deles após identificar aquelas situações de saúde que podem ser modificáveis.

A intervenção foi realizada na UBS Santa Inês, teve início em 5 de janeiro de 2015 e término 30 de abril de 2015 e proporcionou a melhoria da atenção a saúde dos portadores de hipertensão e/ou diabéticos.

Em relação à cobertura do programa de saúde do hipertenso e diabético conseguimos estimar a existência de 750 hipertensos e 152 participaram da intervenção alcançando ao final da intervenção uma cobertura na área adstrita de 19%. Quanto aos diabéticos existem 196 diabéticos destes apenas 42 participaram da intervenção alcançando ao final a cobertura de 21%. O objetivo foi concluído já que o processo de aprendizagem e início das ações foi cumprido graças aos esforços e o trabalho em equipe que na época constava com apenas o médico e os ACS.

Na busca pela melhora da qualidade na atenção básica se realizou o exame clínico apropriado nos 152 hipertensos e 42 diabéticos, aos que também se garantiu a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Estabelecemos com prioridade a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade. A promoção de saúde e os ACS desempenharam seu papel demonstrando a importância do cuidado para a saúde.

Cadastramos os usuários ao programa, pois anteriormente existia uma fragilidade no registro dos dados impedindo uma avaliação correta destes usuários e foi implementada a ficha espelho que permitiu um arquivo exclusivo de hipertensos e/ou diabéticos e pelos esforços principalmente pelos ACS, sendo assim, todos os usuários que faltaram em algum momento às atividades, realizávamos a sua busca, trazendo-os de novo à rotina de trabalho e evitando com que se perdessem das ações que eram realizadas conforme a periodicidade recomendada. Foi mantida sempre atualizada a ficha de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos durante a intervenção à totalidade dos cadastrados, sendo fonte inesgotável de dados úteis para o trabalho diário na UBS, ou seja monitorar os mesmos e planejar a saúde com as reais necessidades detectadas.

A promoção e prevenção de saúde foi o ponto chave para o nosso trabalho e sem elas não teria sentido todo o esforço empenhado, e sabendo que são ferramentas muito valiosas não podíamos deixar de realizar. Os dos usuários cadastrados para esta intervenção receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre a prática regular de atividade física, assim como os riscos do tabagismo.

No final das atividades e não podemos realizar algumas atividades como, avaliação da necessidade de atendimento odontológico para os hipertensos e/ou

diabéticos, orientação sobre higiene bucal, pois na época não contávamos com o apoio adequado, mas estas e outra são medidas a serem melhoradas e superadas na continuidade das atividades.

Os desafios e as metas que temos pela frente são grandes, nada é fácil de realizar, mas ficou demonstrado que quando se trabalha em equipe tudo acontece da melhor maneira, desde que todos se sintam envolvidos nas metas desejadas. Nesta intervenção obtivemos bons resultados, é o nosso propósito implementar essas ações na rotina do dia a dia e até realizar em outros programas a mesma intervenção, visando assim uma melhora progressiva da saúde da população.

Para que consigamos melhorar ainda mais a saúde da população da UBS Santa Inês é importantíssimo seu apoio, principalmente quanto à presença de uma enfermeira, certamente se esta estivesse na equipe teríamos conseguido melhores resultados.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Bom dia, a senhora/senhora, sou médico estrangeiro e estou colaborando com o Brasil com o objetivo ajudar a cuidar das pessoas, pois em muitos locais há falta de médicos, como aqui na UBS Santa Inês.

Durante os últimos meses foi realizado pela nossa equipe um trabalho em saúde. Uma pesquisa na atenção básica, em conjunto com a Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) proposta pelo curso de Especialização em Saúde da Família. O foco foi na atenção à saúde ao hipertenso e/ou diabético, fizemos uma série de atividades e ações voltadas a estes usuários, como o objetivo de identificar quais os principais problemas que apresentavam e que impediam o controle de sua doença. As atividades envolveram 152 hipertensos e 42 diabéticos, pertencentes a nossa área de abrangência do território e atendidos em nossa UBS.

Mediante esta intervenção cadastramos todos os usuários participantes no programa de atenção a hipertensos e diabéticos da unidade de saúde. Verificamos que os usuários já cadastrados não estavam sendo acompanhados e começamos a chamar os mesmos, para realizar algumas atividades como a realização de exames clínicos, exames complementares de acordo com protocolos e priorizar o uso de medicamentos disponíveis na farmácia popular.

Como parte do trabalho, se realizou orientações nutricionais sobre alimentação saudável, assim como orientação sobre a prática de atividade física regular e os riscos do tabagismo, na totalidade dos alvos. Houve também grupos para hipertensos e diabéticos onde estes eram informados sobre sua doença os fatores de risco como evitar complicações, e como conviver com estas doenças crônicas tão comuns em nossa comunidade, e assim prepara-los para um novo estilo de vida. Foi realizada a busca ativa pelos membros da equipe aos hipertensos

e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde, para assim não perderam a sistematicidade das ações.

Para todos os usuários fizemos as fichas de acompanhamento, pois antes de iniciarmos este trabalho quase não havia registro dos atendimentos realizados pelos profissionais de saúde, com a implementação desta ação foi possível padronizar os registros e proporcionando acompanhar todos os procedimentos que são realizados para vocês. E hoje temos um arquivo exclusivo para hipertensos e/ou diabéticos para que assim possamos acompanhar estes e melhorar cada vez mais suas vidas.

Posso dizer que foi um grande sucesso as ações realizadas e os resultados obtidos serão utilizados com o propósito de melhorar a qualidade no atendimento para os usuários que recebem acompanhamento por sofrer de hipertensão e/ou diabéticos na UBS. Este foi um grande passo para a comunidade e só trará benefícios e não será o último a partir deste modelo de ação agora podemos realizar várias outras ações para trazer mais saúde para nossa comunidade.

Tivemos algumas dificuldades que impossibilitaram que o atendimento fosse mais bem realizado, como a falta da enfermeira na UBS, a não integração da dentista para cuidar da saúde bucal, a grande quantidade de usuários para o médico atender, mesmo assim conseguimos melhorar a saúde dos hipertensos e diabéticos, ainda precisamos melhorar, mas vamos prosseguir realizando ações para melhor cuidar os Hipertensos e diabéticos. Para conseguirmos modificar a saúde para melhor a participação de todos é muito importante, pois unidos fica mais fácil conseguirmos o que precisamos para a nossa UBS.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Inicialmente a especialização não me atraiu muito, pensando eu que seria mais uma teoria, um pensamento longínquo com ações utópicas. Mas com todo trabalho digno realmente foi assim que começou com a teoria, estudos e planejamentos.

Após um bom desenvolvimento de aprendizagem, surge o início da escolha do foco, como primeiro passo, a partir surge à primeira pergunta qual tema abordar, então antes de decidir conversei com alguns membros da equipe que já estavam lá há muito tempo, pois como recém-chegado à UBS não conhecia muito o território e os usuários, eis que surgem os primeiros problemas; não havia nenhuma informação sobre nossa área ou sobre os usuários e com a ajuda de alguns poucos ACS pude estimar e quantificar alguns usuários e percebi que havia muitos problemas, mas a atenção a hipertensos e diabéticos era a pior, pois havia riscos maiores para a população.

Ao iniciar as atividades, houve muita dificuldade principalmente devido ao fato de que o atendimento teve um giro de 360 graus, onde agora priorizaríamos a qualidade e não a quantidade foi uma batalha árdua e cansativa, muito difícil de convencer as pessoas a mudarem, depois de muito suor isso foi possível.

Não tive muito apoio dos membros da equipe de saúde, a equipe odontológica não contribuiu, alguns funcionários achavam trabalhosos demais. O apoio da gestão foi prometido mais não cumprido, tive sair à luta atrás de muitas coisas como materiais para as ações de grupo e me informar melhor sobre temas específicos. Não sei se pelo fato de estar no Programa Mais Médicos e contar como o apoio do MS, e com vontade de mudar o que estava posto ou se outros motivos, não conseguia dar eco na UBS, só sei que foi possível melhorar o atendimento.

Confesso que foi uma surpresa quando fui acompanhando o processo e a evolução da intervenção e percebi que não era utópica a ideia de melhoria da

atenção básica, claro que tivemos muitas dificuldades mais isso faz parte do processo de mudança estamos no começo de melhoria e se seguirmos assim chegaremos longe.

Participar desta especialização foi muito gratificante, ver a satisfação das pessoas através da intervenção e ver o desempenho e como melhorou tudo, desde o convívio como a equipe de saúde até ao atendimento aos usuários e isso uma única intervenção, imagine só isso fazendo parte do dia a dia da atenção básica seria muito bom.

Enfim, devemos lembrar que o ser humano é um ser biopsicossocial, ou seja, devemos tratar as pessoas como um todo não só a parte biológica das doenças, pois para estejamos saudáveis devemos estar bem em mente e socialmente. Para que tudo funcione só existe humanização.

A especialização possibilitou o crescimento tanto como profissional como pessoalmente. As condutas, embasadas em protocolos e permeada pela humanização e estar mais próximas dos usuários me mostrou o quanto é importante, traz mais confiança e segurança para os usuários.

Pessoalmente é muito gratificante ver como as pessoas foram receptivas e agradecidas no final de tudo, acho que só faltava uma pequena disposição médica para que todos se sentissem mais confortáveis já que o médico é uma figura muito importante para a comunidade junto com os demais membros da equipe.

Referências

ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 2009.

BRASIL. **Estratégias Para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica/ Hipertensão Arterial Sistêmica/** CHOBANIAN, 2004/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

SCHMIDT, M. I. et al. **Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: mortalidade, morbidade e fatores de risco.** In: BRASIL, Ministério da Saúde Departamento de Análise de Situação de Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2009: Uma análise da situação de saúde e da Agenda Nacional e Internacional de Prioridades em Saúde. Brasília: 2010.

MENDES, Eugênio Vilaça **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il. ISBN: 978-85-7967-078-7

Anexos

Anexo C- Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Srª

Proª Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____

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