

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

Turma 7



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes na
ESF Vila Assis, Fontoura Xavier/RS**

Leticia Pérez Casanova

Pelotas, 2015

Leticia Pérez Casanova

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes na
ESF Vila Assis, Fontoura Xavier/ RS**

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

Orientador: Naércia Ranúzia do Nascimento Torres Vitorino dos Santos.

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

C335m Casanova, Leticia Pérez

Melhoria na Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Vila Assis, Fontoura Xavier /RS / Leticia Pérez Casanova; Naércia Ranúzia do Nascimento Torres Vitorino dos Santos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

90 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. Santos, Naércia Ranúzia do Nascimento Torres Vitorino dos, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a minha família, a meu esposo e meu filho, por ter confiado e esperado por mim.

Agradecimentos

Quero agradecer a minha equipe de saúde, aos gestores municipais de saúde pela colaboração e parceria, na realização deste projeto de intervenção que aprimorou a assistência à saúde em nossa comunidade.

Agradecimento especial a minha orientadora, pois sem sua ajuda, realizar o curso teria sido uma tarefa impossível.

Resumo

CASANOVA, Leticia Pérez. **Melhoria da Atenção da Saúde dos Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes na ESF Vila Assis, Fontoura Xavier/RS. 2015. 89f.** 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 é uma das doenças mais frequentes e silenciosas que afeta a nossa população constituindo um fator de risco principal para doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e Insuficiências Renais Crônicas e agudas. Por ser uma doença no início assintomática, seu diagnóstico e tratamento são frequentemente negligenciados tanto pelo usuário como pelo profissional da saúde. As ações de saúde encaminhadas a modificar os estilos de vida da população é uma das terapêuticas mais importantes para diminuir a morbimortalidade por esta doença, e da Diabetes Mellitus que também é considerada como uma epidemia mundial aqui no Brasil. Em nossa área de abrangência, estes são uns dos principais problemas de saúde que atingem a nossa população, constatado na análise situacional realizada na UBS. Diante do exposto, traçamos como objetivo deste Projeto de Intervenção, Melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão e diabetes da Unidade ESF Vila Assis, Fontoura Xavier/RS. As ações implementadas foram desenvolvidas no período de 12 semanas, abrangendo quatro eixos norteadores: Monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Nossa UBS atende uma população de 2.341 pessoas, destes estima-se cerca de 1.568 pessoas maiores de 20 anos. Após análise situacional verificou-se na área de abrangência 386 usuários com hipertensão e 88 usuários com diabetes com uma alta prevalência de abandono do tratamento farmacológico e falta de adesão ao tratamento não farmacológico (estilos de vida saudáveis). Dentre os resultados, foram cadastrados 185 usuários com hipertensão (52%) e 88 usuários com diabetes (90,9%), todos estes usuários receberam atendimentos clínicos, foram realizados exames laboratoriais em 70 % deles, todos os usuários foram aderidos ao programa da farmácia popular, receberam atendimento odontológico, mais de 90 % dos usuários com HAS e diabetes, se realizou busca ativa a faltosos a consultas através de visitas domiciliares, receberam orientação sobre tabagismo, alimentação saudável, prática de exercícios físicos e saúde bucal por meio das palestras, atividades nos grupos e orientações individuais. Foram muitos os ganhos para a comunidade, a equipe e o serviço, obtidos com a intervenção. Entre eles, a organização no processo de trabalho da equipe, a integração dos membros da equipe com a comunidade, e a qualidade nos atendimentos voltados aos usuários com hipertensão e/ou diabetes, intensificando as ações de prevenção e promoção da saúde na comunidade.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico da Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na ESF Vila Assis, Fontoura Xavier/RS, 2015.	60
Figura 2	Gráfico da Cobertura do programa de atenção ao diabético na ESF Vila Assis, Fontoura Xavier/RS, 2015.	61
Figura 3	Gráfico da Proporção de hipertensos com exame clinica em dia na ESF Vila Assis, Fontoura Xavier/RS, 2015.	62
Figura 4	Gráfico da Proporção de diabéticos com exame clinica em dia na ESF Vila Assis, Fontoura Xavier/RS, 2015.	62
Figura 5	Gráfico da Proporção de hipertensos com exame complementar em dia na ESF Vila Assis, Fontoura Xavier/RS, 2015.	63
Figura 6	Gráfico da Proporção de diabéticos com exame complementar em dia na ESF Vila Assis, Fontoura Xavier/RS, 2015.	64
Figura 7	Gráfico da Proporção de hipertensos com necessidade de avaliação odontológica na ESF Vila Assis, Fontoura Xavier/RS, 2015.	65
Figura 8	Gráfico da Proporção de diabéticos com necessidade de avaliação odontológica na ESF Vila Assis, Fontoura Xavier/RS, 2015.	66
Figura 9	Gráfico da Proporção de hipertensos faltosos a consultas com busca ativa na ESF Vila Assis, Fontoura Xavier/RS, 2015.	67
Figura 10	Gráfico da Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF Vila Assis, Fontoura Xavier/RS, 2015.	68
Figura 11	Gráfico da Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF Vila Assis, Fontoura Xavier/RS, 2015.	68
Figura 12	Gráfico da Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na ESF Vila Assis, Fontoura Xavier/RS, 2015.	69
Figura 13	Gráfico da Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na ESF Vila Assis, Fontoura Xavier/RS, 2015.	69
Figura 14	Gráfico da Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na ESF Vila Assis, Fontoura Xavier/RS, 2015.	71

Figura 15	Gráfico da Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na ESF Vila Assis, Fontoura Xavier/RS, 2015.	71
Figura 16	Gráfico da Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular na ESF Vila Assis, Fontoura Xavier/RS, 2015.	72
Figura 17	Gráfico da Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular na ESF Vila Assis, Fontoura Xavier/RS, 2015.	73
Figura 18	Gráfico da Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos de tabagismo na ESF Vila Assis, Fontoura Xavier/RS, 2015.	74

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
CA	Câncer
CAP	Caderno de Ações Programáticas
DST's	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
UBS-	Unidade básica de saúde
DCNT-	Doenças crônicas não transmissíveis
HAS-	Hipertensão Arterial Sistêmica
UFP-	Universidade Federal de Pelotas
APS-	Atenção primária de Saúde
PA-	Pressão Arterial
DIA-	Diabetes Mellitus

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	19
2 Análise Estratégica	20
2.1 Justificativa	20
2.2 Objetivos e metas	21
2.2.1 Objetivo geral	21
2.2.2 Objetivos específicos e metas	21
2.3 Metodologia	24
2.3.1 Detalhamento das ações	24
2.3.2 Indicadores	36
2.3.3 Logística	42
2.3.4 Cronograma.....	47
3 Relatório da Intervenção.....	50
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	50
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	53
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	53
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	54
4 Avaliação da intervenção.....	55
4.1 Resultados.....	55
4.2 Discussão	71
5 Relatório da intervenção para gestores	73
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	75
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	78
Referências	80
Apêndices.....	81
Anexos.	84

Apresentação

Este volume trata do trabalho de conclusão de curso da Especialização em Saúde da Família – Modalidade EAD, da Universidade Federal de Pelotas. Realizou-se um projeto de intervenção na ESFIII Vila Assis, do município de Fontoura Xavier, Estado Rio Grande do Sul que teve como objetivo geral melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, na UBS Vila Assis, Fontoura Xavier/RS.

O trabalho está dividido em sete seções. Na primeira seção será apresentada a análise situacional onde foi realizada uma análise minuciosa da situação da UBS Ambulatório Clínicas. Na segunda seção é apresentada a análise estratégica e o projeto de intervenção desenvolvido durante a segunda unidade de curso onde é abordada a justificativa para a realização da intervenção, os objetivos e metas, a metodologia, as ações, indicadores, logística e cronograma de execução do projeto de intervenção. Na terceira seção, encontra-se o relatório da intervenção desenvolvido durante 12 semanas. A quarta seção contempla a avaliação da intervenção, na qual serão apresentados os resultados e a discussão. A quinta e sexta seções são o relatório aos gestores e o relatório para a comunidade. Na sétima seção realizou-se uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Por último, será apresentada a bibliografia utilizada e os anexos e apêndices que foram utilizados durante a intervenção.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Meu município Fontoura Xavier tem uma população de 11 mil habitantes este composto por uma Secretaria de Saúde Municipal, Uma UBS central que presta serviços de atendimento médico, odontológico e de reabilitação, Três ESF, e no qual não temos disponibilidade de NASF, e só temos como atenção especializada uma pediatra que realiza atendimentos uma vez por semana, não temos especialista ginecologista e se realizam cirurgias menores em nosso Hospital que presta serviços de prontos atendimentos, temos disponibilidade de exames complementar de rotina e ECG, contamos com um conselho municipal de saúde,.

Vila Assis é uma comunidade ao nordeste de Fontoura Xavier, pequena em densidade populacional maior em extensão territorial, tem aproximadamente uma população de 2500 habitantes formada por vários assentamentos populacionais muito distantes uns de outros, com uma cultura gaúcha, alto índice de analfabetismo, atividade econômica predominantemente agrícola e pouco desenvolvimento econômico.

Na área de abrangência não temos conselho local de saúde, mais estamos realizando muitas atividades de promoção de saúde apoiadas pelas instituições de ensino, a igreja, e o conselho municipal de saúde, temos só um equipe de saúde composto por uma enfermagem, uma técnica em enfermagem, uma auxiliar de farmácia, seis agentes de saúde, um médico odontologista, uma técnica em odontologia e uma médica geral, a estrutura de minha unidade é muito confortável, tem ambiente agradável, claridade, perfeita iluminação, uma sala de espera com capacidade para 15 pessoas, e além disso consta com 1 recepção, 1 sala de vacina, 1 consultório médico, 1 consultório odontológico, 1 sala de procedimentos de

enfermagem,1 copa/cozinha,1farmacia,1 sala de esterilização ,1 sala de almoxarifado,1 sala de utilidades,1 sala de reuniões,1 banheiro para funcionários e 1 banheiro para pacientes.

Esta muito bem equipada de armários para armazenagem de medicamentos, contamos com cadeiras, escritórios e recursos Necessários para um bom desempenho de nosso trabalho, pero no contamos com materiais e medicamentos suficientes para um ótimo atendimento ante situações de urgência, ainda assim nosso equipe atua baixo minha supervisão e liderança com rapidez e destreza garantindo qualidade no atendimento, nesta unidade não são muitas as barreiras arquitetônicas que dificultam o acesso dos usuários aos serviços de saúde fundamentalmente idosos e portadores de deficiências mais sim temos algumas que sim podem atrapalhar estes usuários, dentro delas podemos citar : presença de banheiros inadaptados para pacientes em cadeiras de rodas e salas de espera inadequadas, falta de cadeiras de rodas, estrada em péssimas condições.

Nossa equipe frente a estas dificuldades trabalha garantindo o acesso seguro dos usuários com deficiência aos locais onde existem estes problemas, aumentando os chances de atendimento ,com qualidade e respeito a esta importante parcela de usuários ademais de informar ao conselho municipal de saúde dos problemas que existem na UBS assim como das possíveis soluções pois a soluções destes problemas não esta em nossas mãos . De nossa unidade nenhum pessoal da equipe participa no processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe mais com o trabalhar do dia a dia e o trabalho dos agentes de saúde estamos realizando a identificação de grupos de risco como de hipertensos, diabéticos, pacientes vulneráveis com situações desfavoráveis tanto econômicas como psíquico o de qualquer outra índole, questão esta que forma parte importante e indissolúvel do trabalho da medicina familiar, em minha unidade o equipe realiza os cuidados da saúde da população de abrangência no seu próprio domicilio, nas escolas, a igreja, pois não contamos com outro espaço para fazer este trabalho, não se realizam procedimentos nem pequenas cirurgias, assim como não temos condições para realizar atendimentos as urgências /emergências, geralmente quando chega um paciente neste estado, o estabilizamos dentro de nossas possibilidades e encaminhamos ao hospital previa coordenação e acompanhado de um pessoal da equipe, ante usuários faltosos procuramos ele de qualquer jeito ,visitamos sua casa ,fazemos orientação sobre os cuidados de saúde ,realizamos

curativos, vacinas, troca de sondas, revisão das condições de acamados, entregamos medicamentos a pacientes que precisem deles baixo minha prescrição medica.

Trabalhamos com diferentes grupos como são gestantes, idosos, hipertenso, diabéticos, mais ainda falta muito por fazer e temos que lograr incorporar a nossas palestras grupos como adolescentes, saúde da mulher, fumantes, saúde bucal e para isto temos que estimular e inserir a todos os profissionais da minha ESF como profissionais odontológicos, professores, pais, e tudo aquele que quiser apoiar nosso trabalho, concertamos tudo nas reuniões de equipe que se realizam quinzenalmente com a participação dos agentes de saúde, as enfermagens e minha participação, organizando o trabalho, planejando atividades e fazendo a agenda de trabalho.

Quanto ao numero de habitantes de nossa área adstrita é de 2500 habitantes, com uma distribuição de acordo a idade /sexo e que é totalmente coberta por nossa equipe de trabalho, não temos atendimentos a usuários fora de área de abrangência, realizamos atendimentos clinico todos os dias da semana de segunda a quinta tanto pela medica geralista como de odontologista, apesar de que apresentamos algumas instabilidades com neste ultimo, além dos agentes de saúde que não cobrem todas as áreas, realizamos atendimento por demanda espontânea mais não temos excesso dos mesmos, no começo de meu trabalho não fazíamos um adequado acolhimento da demanda de usuário, pois não sabíamos trabalhar em equipe e também não sabíamos como se realizava um ótimo acolhimento para melhorar a qualidade nos atendimentos sim recarregar o trabalho dos profissionais e trabalhar de acordo aos fluxogramas.

Após discutimos os casos, encaminhamos os atendimentos, buscando a resolução do problema: atendimento imediato, verificação pedidos de exames ou receitas, agendamentos ou outros encaminhamentos. Nossa agenda contempla: atendimento médico e da enfermeira. Nossa Recepção também direciona o fluxo de outras demandas dos usuários: vacinas, coleta de exames, marcação de consultas especializadas, entre outras, os pacientes são atendidos pela médica, em nossa unidade não se trabalha com os protocolos do ministério de saúde, não se realizavam consultas de puericultura, as gestantes preferem os atendimentos particulares por isso não existe nenhum registro de atendimento, os pacientes com DCNT careciam de acompanhamento e avaliação periódica segundo o estabelecido

pelo Ministério da Saúde, apenas são realizadas renovação de receita médica para recebimento das medicações da farmácia popular.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município Fontoura Xavier tem uma população de 11 mil habitantes este composto por uma Secretaria de Saúde Municipal, uma UBS central que presta serviços de atendimento médico, odontológico e de reabilitação, três ESF, e no qual não temos disponibilidade de NASF, e só temos como atenção especializada uma pediatra que realiza atendimentos uma vez por semana, não temos especialista ginecologista e se realizam cirurgias menores em nosso Hospital que presta serviços de pronto atendimentos, temos disponibilidade de exames complementares de rotina e ECG, contamos com um conselho municipal de saúde. Vila Assis é uma comunidade ao nordeste de Fontoura Xavier, tem aproximadamente uma população de 2500 habitantes.

Nossa unidade é uma ESF não temos conselho local de saúde, temos uma equipe de saúde composto por uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, uma auxiliar de farmácia, oito agentes de saúde, um odontólogo, uma auxiliar de saúde bucal e uma médica. Quanto à estrutura, a unidade é muito confortável, ambiente agradável, claridade, boa iluminação, uma sala de espera com capacidade para 15 pessoas.

Além disso, consta com uma recepção, uma sala de vacina, três consultórios (para atendimento do médico, enfermeiro e odontólogo), uma copa/cozinha, uma farmácia, uma sala de esterilização, almoxarifado, uma sala de utilidades, uma sala de reuniões, dois banheiros (funcionários e usuários). Esta muito bem equipada de armários para armazenamento de medicamentos, contamos com cadeiras, escritórios e recursos necessários para um bom desempenho de nosso trabalho.

Dispomos de materiais e medicamentos suficientes para um ótimo atendimento diante situações de urgência. São observadas algumas barreiras arquitetônicas que dificultam o acesso dos usuários aos serviços de saúde fundamentalmente idosos e portadores de deficiências, como: banheiros inadequados para pacientes em cadeiras de rodas e salas de espera inadequadas, falta de cadeiras de rodas, estrada em péssimas condições .

Em minha unidade a equipe realiza os cuidados da saúde da população de abrangência no seu próprio domicílio, nas escolas, a igreja, pois não contamos com outro espaço para fazer este trabalho, não se realizam procedimentos nem pequenas cirurgias, assim como não temos condições para realizar atendimentos as urgências /emergências, geralmente quando chega um usuário neste estado, o estabilizamos dentro de nossas possibilidades e encaminhamos ao hospital acompanhado de um profissional da equipe.

Nos casos de usuários faltosos, são realizadas buscas. Orientamos sobre os cuidados de saúde, realizamos curativos, vacinas, troca de sondas, revisão das condições de usuários acamados. Na UBS se trabalha com diferentes grupos: gestantes, idosos, hipertensos, diabéticos, mas ainda sentimos a necessidade de criar grupos de cuidado a saúde do adolescente, saúde da mulher, fumantes, saúde bucal e para isto temos que estimular e inserir a todos os profissionais da minha ESF como profissionais odontológicos, professores, pais, e demais atores sociais existentes no território.

As reuniões de equipe são realizadas quinzenalmente com a participação dos agentes de saúde, a enfermeira, técnica em enfermagem e médica. Abordamos sobre organização do trabalho, planejamento das atividades e programação da agenda de trabalho.

Na área da USF existem 2.500 pessoas aproximadamente, todas cobertas pelo serviço. realizamos atendimentos clínicos todos os dias da semana de segunda a quinta. Realizamos atendimento por demanda espontânea, mas não temos excesso dos mesmos. No começo de meu trabalho não fazíamos um adequado acolhimento, havia sobrecarga de atendimento para os profissionais e não se obedecia os fluxogramas do serviço.

Iniciamos nosso acolhimento diariamente as 8.00 h, realiza-se a escuta inicial, posteriormente é realizado o atendimento clínico, prescrições de receitas, solicitações de exames e/ou encaminhamentos. Nossa Recepção também direciona o fluxo de outras demandas dos usuários: vacinas, coleta de exames, marcação de consultas especializadas, entre outras, depois de horário de acolhimento os pacientes são atendidos pela médica, este processo tem melhorado muito nosso trabalho em equipe e temos tido uma grande aceitação de nosso povo.

Em relação da saúde da criança, nossa equipe, realiza puericultura as crianças da faixa etária de 0 a 12 meses de idade. Os dados preenchidos no

Caderno de |Ações Programáticas foram obtidos através dos prontuários clínicos e caderneta de saúde da criança, pois não contamos com outro sistema de registro para as consultas de puericultura. Cabe ainda salientar que até a incorporação do profissional do Programa Mais Médico, não se realizava consulta alguma de puericultura. Por conseguinte, foi um grande desafio incorporar as mães aos grupos de puericulturas.

Do total de crianças menores de um ano de nossa área de abrangência, conforme o caderno de ações programáticas é de 35, apenas 7 (20%) realizam consultas de puericultura em nossa unidade. As demais crianças, conforme informações dos agentes de saúde recebem atendimento nas consultas com pediatra em planos de saúde privado. Durante atendimento clínico, percebe-se a ausência de dados sobre a história pré-natal, parto e puerpério, não tem mensurações do nascimento, peso ao nascer, altura, apgar, sobre a realização do teste de pezinho . Não há preenchimento da curva de crescimento, apenas sobre o esquema vacinal. Não foram realizadas as consultas até os sete dias do nascimento.

Quanto aos indicadores de qualidade, nenhuma criança está com consulta em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, bem como não foram realizadas a primeira consulta nos primeiros sete dias de vida em nenhuma das crianças acompanhadas no programa. Entretanto, 7(100%) realizaram teste do pezinho na primeira semana de vida, foram monitorados o crescimento e desenvolvimento na última consulta; estão com vacina em dia e foram orientadas quanto a saúde bucal pela equipe(não dispomos da equipe de saúde bucal), prevenção contra acidente e aleitamento materno a 7(100%) das crianças cadastradas.

Acreditamos que a realização das atividades em grupo, estimula a participação da comunidade e motiva a equipe, fortalecendo a adesão dos usuários no programa.

Quanto ao acompanhamento pré-natal e puerperal, na UBS não contamos com um sistema de registro das gestantes, a maioria delas recebem atendimento particular e apesar de insistir em sua incorporação na unidade, ainda temos resistência. O caderno das ações programáticas foi preenchido com dados atuais dos acompanhamentos. Atualmente, existem três gestantes acompanhadas, representando uma cobertura de 7%. Destas, 3 (100%) tiveram pré-natal iniciado no primeiro trimestres, estão com consulta em dia de acordo com Ministério da Saúde e

tiveram solicitação de exames laboratoriais prescritos na primeira consulta. Foram avaliadas quanto ao esquema de vacinação antitetânica 3 (100%) e contra hepatites B 1(33%). Todas recebem suplemento de sulfato ferroso em cada consulta e foram orientadas quanto a importância do aleitamento materno 3 (100%). Nenhuma gestante cadastrada recebeu avaliação odontológica e ginecológica.

Nossa equipe trabalha intensamente com as gestantes o referente a aleitamento materno sua importância e manejo. Em cada consulta são avaliados os mamilos das gestantes. Durante as consultas de pré-natal falamos sobre a importância do acompanhamento de puericultura. Mas não há acompanhamento sistemático das puérperas.

Em relação a prevenção do câncer de colo de útero, da população feminina sexualmente ativa na faixa etária entre 25 e 69 anos, apresentamos uma cobertura de 157 (20%), Das quais, 157 (100%) foram avaliadas quanto ao risco do câncer de colo do útero, foram orientadas quanto a prevenção do CA de colo do útero e sobre DST's, e ainda 157 (100%) apresentaram amostra satisfatória. Entretanto, nenhum exame coletado tinha células representativas da junção escamocolumnar.

Diversas fragilidades foram detectadas com esta análise: não contamos com os protocolos na unidade seguimos as regulamentações do ministério de saúde, em quanto a avaliação do risco, tratamento e encaminhamentos a especialista segundo as avaliações, solicitação de colposcopia em pacientes com alterações do colo de útero e acompanhamento de pacientes de risco; não temos grupos de saúde da mulher; não temos um controle preciso sobre a quantidade de mulheres desta faixa etária que entram no programa, os prontuários não recolhem dados nenhum sobre a realização do exame e seus resultados; não foi possível saber a quantidade de mulheres com exame em dia e das que estavam com exame em atraso por mais de 6 meses.

Iniciamos estratégias para aumentar as ações encaminhadas a melhorar o programa. Dentre elas, os preventivos começaram a serem realizados todos os dias da semana em todos os turnos de maneira organizada e também oportunista, para contemplar as mulheres que residem distante da UBS, ao procurar o serviço garantirá a realização do exame.

Outras ações foram as palestras realizadas no outubro rosa onde a participação alcanço um 80 % das mulheres e outras atividades de promoção de câncer de colo uterino como caminhadas, folhetos, conversas na unidade de saúde

, aumentamos as pesquisas das mulheres sexualmente ativas que ainda não se realizaram preventivos, e os agentes de saúde tem um grande reto para lograr que a maioria da sua população feminina seja cadastrada.

Em quanto ao câncer de mamas temos as mesmas dificuldades, apenas 56 (19%) da população alvo realizou a mamografia. Destas, 56 (100%) foram avaliadas quanto ao risco do CA de mama e foram orientadas quanto a prevenção deste câncer. Os indicadores de qualidade referente a mamografia em dia e as que estavam com exame em atraso por mais de 3 meses, não foram possíveis detectar, devido a inexistência destes dados nos registros da UBS.

Quanto ao programa de Hipertensão Arterial Sistólica e Diabetes, enfrentamos diversas dificuldades para o controle destas patologias, relacionadas a uma população envelhecida, arraigadas a costumes e tradições, onde a grande maioria é analfabeta, com condições socioeconômicas precárias, hábitos alimentares nocivos à saúde, sedentarismo, sobrepeso, etilismo, tabagismo e etc. Todos eles fatores de risco para DCNT como HAS e Diabetes entre outras.

Habitualmente os usuários procuram a UBS apenas para renovar receitas das medicações para tratamento destas patologias, e por doenças agudas. Inexistiram registro destes usuários, impossibilitando o preenchimento do CAP. Os prontuários não estão atualizados, as últimas consultas foram em 2012. Não existe um controle de peso destes usuários, e também não dispomos do protocolo de atendimento deste programa na UBS.

Ao início da minha estadia no programa Mais Médico, começamos a realizar atendimentos todos os dias da semana de segunda a quinta, consultas clínicas e visitas domiciliares. Todos os pacientes são citados pelos agentes de saúde para consulta de avaliação, solicitação de exames complementares se for necessário, tratamento farmacológico, orientações sobre alimentação saudável, fatores de risco, como obesidade. Encaminhados ao nutricionista, são orientadas quanto aos danos do alcoolismo e tabagismo. Estão sendo realizados os agendamentos de consulta para acompanhamento dos usuários no programa. Contamos com um grupo de usuários com hipertensão e diabetes, uma vez ao mês com a participação de aproximadamente 40% dos usuários. Para permitir o acesso dos usuários no grupo, a equipe planejará a realização de dois grupos mensalmente, nas áreas mais distantes e próximas da UBS.

Quanto à saúde da pessoa idosa, apresentamos uma cobertura de 143 (36%), segundo dados dos prontuários, inexistem registros específicos deste programa na UBS, bem como a ausência da caderneta da pessoa idosa. Devido à falta de atualização dos prontuários não foram encontradas consultas referentes a avaliações de riscos para morbimortalidade, nem avaliações multidisciplinares destes usuários. Dos idosos cadastrados, 143 (100%) estão com a consulta em dia e foi avaliado quanto aos riscos para morbimortalidade, receberam orientações nutricionais e sobre atividade física regular. Quanto a avaliação de saúde bucal apenas 8 (0%) estão em dia. A nossa equipe realiza palestras para os grupos de HAS e DIA orienta-se sobre hábitos de alimentação saudável, sobre a realização de atividades físicas, mas estas informações só chegam a um pequeno número de idosos que padecem destas patologias e participam do grupo.

Ressalto que a atenção voltada a pessoa idosa, também foi iniciada ao longo de meu serviço, as quais foram atendidas 143 pessoas, que tiveram consultas agendadas, avaliação periódica anual, realização de visitas domiciliares priorizando pacientes vulneráveis, impossibilitados de procurar a UBS.

Os dados referentes as pessoas idosas estimados no Caderno de Ações Programáticas divergem da situação real da UBS. Que possuem uma população predominantemente idosa. Mas não foram identificados na UBS dados sobre o acompanhamento destes usuários. Temos que intensificar nossas atividades na comunidade para conseguir incorporar todos no serviço de saúde e garantir uma senilidade de qualidades. Formar grupos de convivência da pessoa idosa para desenvolver as ações de educação e promoção da saúde, estímulo para realizar exercícios físicos de acordo a faixa etária, caminhadas, reuniões, atividades culturais e até recreativas, afim de diminuir o stress e a depressão, que muitas vezes são os principais problemas de saúde dos idosos de nossa área.

Para mim o maior desafio com meu trabalho, minha equipe e minha população é lograr um serviço de excelência e qualidade, e providenciar a cada um de meus usuários os direitos à saúde contemplada no Sistema Único de Saúde do Brasil, para assim poder contribuir com melhorias na qualidade de vida da população de nossa área de abrangência.

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

Lembrando o texto inicial da tarefa da segunda semana de ambientação em resposta à pergunta: "Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?" e comparando com toda a investigação que eu fiz durante a análise situacional houve mudança de olhar, pois quando foi feita a primeira tarefa não tinha os conhecimentos que tenho hoje os quais foram ampliados e muitos deles são novos para mim, o que permite fazer uma melhor avaliação sobre as diversas situações na USF, obtendo o diagnóstico situacional, se apropriando das deficiências do serviço, para atuar nas prioridades identificadas, contribuindo para uma maior qualidade na atenção de nossa população, a qualidade nos atendimentos foi melhorando cada vez, a prestação de serviço melhorou desde a realização do acolhimento até as reuniões da equipe, a demanda espontânea diminuiu, os pacientes não chegam mais procurando receita, temos organizado um dia específico para esta atividade, e as relações da equipe superou qualquer obstáculo, agora cada membro da equipe sabe sua função, estamos mais bem capacitados, participamos juntos das atividades e criticamos nosso trabalho sem prejudicar nossa autoestima, é assim que a hoje funciona nosso trabalho na unidade, melhorando cada vez mais a qualidade nos atendimentos de todas e cada uma das ações programáticas, especificamente o atendimento a usuários com hipertensão e diabetes, a morbidades destes usuários diminuiu consideravelmente, assim como as internações hospitalares, os encaminhamentos foram reduzidos, e desta maneira a qualidade de vida dos mesmos, em quanto a outras ações programáticas também obtive resultados maravilhosos como é o caso do pré-natal, que no início só tinha 3 (7%) gestantes, hoje tenho 15 (100%) das grávidas de minha população tem atendimento contínuo, sistemático na minha unidade de saúde, as puérperas que antigamente sequer sabiam que tinham que ser atendidas, hoje realizo acompanhamento a duas que ganharam e estão com planejamento familiar. Enquanto à saúde da criança ainda temos muito por fazer mais será nosso próximo objetivo a cumprir e implementar em as outras ações programáticas

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível determinada por elevados níveis de pressão sanguínea, o que faz que o coração tenha que exercer um esforço muito maior do que o normal para fazer circular o sangue através dos vasos sanguíneos. Geralmente, está acompanhada de alterações na função e nas estruturas dos órgãos – alvo como são: coração, cérebro, vasos sanguíneos e rins, além das alterações metabólicas aumentando a aparição das doenças cardiovasculares (BRASIL, 2013).

A hipertensão arterial é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, segundo Velasco-Alvarez (2013), “referem que o 87,23% dos pacientes estudados com arteriosclerose tem como fator de risco a HAS”, um exemplo do que representa atualmente, um grande problema para a população pela elevada incidência e sérias consequências que podem provocar se não for tratada e controlada. Por isso requer de especial atenção em todos os níveis de atenção à saúde e de um tratamento de maneira sistemático e contínuo.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que milhões de pessoas no mundo tenham hipertensão arterial sistêmica, e diabetes e um número considerável deles desconhece portar a doença pela ausência de sintomas e poucas vezes solicitam serviços de saúde. (BRASIL, 2013).

No Brasil, o Ministério da Saúde, determinou que o controle da hipertensão arterial fosse responsabilidade dos serviços de atenção básica e estabeleceu como ações estratégicas o diagnóstico e cadastramento dos portadores da doença, a busca ativa de casos, o tratamento e diagnóstico precoce de complicações, que

incluem ações educativas para controle de condições de risco e prevenção de complicações.

Nossa Unidade Básica de Saúde ESF III Vila Assis, no Município Fontoura Xavier tem uma equipe de saúde constituída por médica, enfermagem, técnica de enfermagem, farmacêutica, odontologistas, agentes comunitários de saúde, com uma ótima estrutura que garante um bom serviço a nossos usuários, atuamos uma área de 2500 usuários, com uma cobertura de usuários hipertensos e 88 usuários diabéticos segundo os dados que temos na unidade e por meio do trabalho assistencial durante as consultas e visitas domiciliares na comunidade, se identificou uma alta prevalência destes usuários hipertensos que mantem frequentemente as taxas de pressão arteriais elevadas pela falta de adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e por este motivo surge à ideia deste projeto para desenvolver ações educativas que contribuam a conscientizar a população sobre as doenças, os fatores de risco, assim como também considerasse importante que na abordagem terapêutica do paciente hipertenso, a equipe de saúde tome em conta a necessidade de estimular a mudança de estilo de vida, através de modificações dietético-comportamentais, que contribuirão a melhorar o controle da doença e estimula-los a participar das atividades de grupo desenvolvidas nas comunidades, e nos diferentes cenários com a finalidade de lograr um adequado controle destas para melhorar a qualidade de vida e evitar complicações.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção a Saúde dos Usuários com Hipertensão e/ou Diabéticos na Unidade ESF Vila Assis, Fontoura Xavier/ RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1. Ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos com 20 anos ou mais residentes da área de abrangência da Unidade de Saúde.

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

Meta 1.2. Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência da Unidade 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 com 20 anos ou mais residentes da área de abrangência da Unidade de Saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 3. Melhorar a adesão aos atendimentos dos pacientes Hipertensos e Diabéticos com 20 anos ou mais residentes da área de Abrangência da Unidade de Saúde.

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

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

Objetivo 4. Melhorar a qualidade dos registros das informações sobre Hipertensos e Diabéticos com 20 anos as mais residentes da área de Abrangência da Unidade de Saúde.

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

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

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular com 20 anos o mais residente da área de abrangência da Unidade de Saúde.

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos da Unidade de Saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Vila Assis, no Município de Fontoura Xavier/RS. Participarão da intervenção os pacientes maiores de 20 anos. Para subsidiar a intervenção utilizaremos os protocolos do Caderno da Atenção Básica nº15 e 16 do Ministério de Saúde.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo Um:

Ampliar a cobertura para usuários hipertensos e/ou diabéticos com 20 anos ou mais residentes da área de abrangência da Unidade de Saúde.

Meta 1.1.

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

Meta 1.2.

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

Eixo de monitoramento e avaliação.

Ação

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

Detalhamento.

Os dados serão monitorados, a partir do preenchimento das fichas espelhos o Médico, Técnica em enfermagem e Enfermeira. E discutidos em reunião de equipe semanalmente.

No eixo de Organização e Gestão dos Serviços

Ações:

Garantir os registros dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no programa.

Detalhamento.

Nossa unidade de saúde levará um registro diário de todos os pacientes HTA e Diabéticos que sejam cadastrados e se atualizara semanalmente em nossa reunião de equipe

Ação

Melhorar o acolhimento para os pacientes hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento:

.Acolher todos os pacientes maiores de 18 anos que procurem a UBS, garantindo a aferição da PA de todos os pacientes monitorado pela técnica de enfermagem e/ou médico e/ou enfermeira, esta atividade será realizada diariamente no horário de funcionamento da UBS.

Ação.

Garantir material adequado para a aferição de medida da pressão arterial e do hemoglicoteste para os diabéticos (esfigmomanômetros, manguito, fita métrica, glicômetros).

Detalhamento:

Garantir material adequado para a tomada de medida de pressão arterial, para isto tem segurança de que a calibragem do esfigmomanômetros esteja certa e que tenhamos o uso adequado do manguito de acordo com o tamanho do paciente (esfigmomanômetros para o individuo adulto e para o obeso). Garantir material adequado para realização de hemoglicoteste na unidade de saúde.

Eixo de Engajamento Público:

Ações:

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à HA e DM da unidade de saúde.

Informar a comunidades sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos de idade pelo menos anualmente.

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

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

Detalhamento:

Orientar a comunidade da importância da verificação PA e do rastreamento da DM, através de ações educativas mediante atividades de grupos, palestras, mural informativo na própria UBS e na comunidade, isso é responsabilidade de todos os integrantes da equipe e buscaremos também os líderes da comunidade para nos auxiliar nas atividades de educação em saúde.

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica:**Ações:**

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

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

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

Detalhamento:

Serão realizadas nas reuniões semanais durante as duas primeiras semanais e se for necessário se estenderá há mais semanas, ministradas pela médica da equipe.

OBJETIVO Dois: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou Diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ações:

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

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

Monitorar a prescrição de medicamentos da farmácia popular dos hipertensos e diabéticos.

Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento:

Monitorar a realização de exame clínico, exames laboratoriais, prescrição de medicamentos da farmácia popular e os que necessitam de atendimento odontológico, a medida que o atendimento for sendo realizado, será preenchido em sua ficha do acompanhamento e prontuário individual, estas atividades serão realizada pela médica da equipe.

Eixo de Organização e Gestão do Serviços:

Ações:

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

Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS, estabelecendo a periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: Durante reunião de equipe, definiremos as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos, será cumprido quando realizaram a capacitação de cada membro da equipe no exame clínico, estabelecendo as distribuições de cada um, para organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos será cumprido através do planejamento de todas as capacitações.

Ações:

Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na UBS

Garantir a solicitação dos exames complementares..

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

Detalhamento: Será pactuada com a secretaria de saúde a obtenção do protocolo e disponibilização dos exames complementares aos hipertensos e diabéticos.

Ações:

Realizar controle de estoque de medicamentos incluindo validade.

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

Detalhamento:

O controle de estoque de medicamentos será realizado uma vez pelo mês incluindo validade, manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde será a través do registro das necessidades de medicamentos para hipertensos e diabéticos e será realizado pelo assistente de farmácia de nossa equipe.

Ações:

Organizar a ação para avaliação das necessidades de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos e a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos pacientes provenientes da avaliação de necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento:

Será organizada pelo odontologista de nossa equipe de acordo as necessidades de cada paciente cadastrado.

Eixo de Engajamento Publica:**Ações:**

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

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

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

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

Detalhamento:

A comunidade será sensibilizada durante as atividades realizadas em acolhimento em consulta médica e de enfermagem, assim como outras atividades com os grupos de hipertensos e diabéticos ou outros espaços comunitários realizados pela médica, enfermeira e odontólogo do equipe.

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

Ações:

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

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

Capacitar à equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento:

Será realizada nas reuniões semanais durante as duas primeiras semanais e se for necessário se estenderá há mais semanas, ministradas pela médica, enfermeira e odontólogo de nossa equipe.

Objetivo Três: Melhorar adesão de hipertensos e/ou Diabéticos.

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

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

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ações:

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo da UBS.

Detalhamento:

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo da UBS será usado ficha de atendimento individual e realizada pela médica de nossa equipe e discutido em reunião de equipe.

Eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ações:

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

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

Detalhamento:

Será organizada a agenda para que permita acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares, isso programado durante reunião de equipe com todos os membros.

Eixo de Engajamento Publica:

Ações:

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas como a periodicidade preconizada para a realização destas consultas.

Detalhamento:

Será orientada mediante consulta médica e de enfermagem e atividades com os grupos ou em outros espaços comunitários, realizadas pela enfermeira e médica de nossa equipe.

Eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Ações:

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

Detalhamento:

Serão capacitados todos agentes comunitários sobre como realizar a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade e será realizado pela médica de nossa equipe.

Objetivo Quatro: Melhorar os registros das informações.

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

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

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ações:

Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS

Detalhamento:

Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS, para isso será criado um grupo para monitoramento das ações do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, que estará encarregado pela revisão dos prontuários e fichas de acompanhamento para garantir a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos que será integrado pela médica e enfermeira de nossa equipe.

Eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ações:

Manter as informações do SIAB atualizadas.

Implantar a ficha de acompanhamento.

Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto exista atraso na realização de consulta de acompanhamento, 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:

Será realizado pelo grupo de monitoramento, por meio do acompanhamento da ficha espelho e planilha de coleta de dados. E discutido em reunião de equipe semanalmente.

Eixo de Engajamento Publica:

Ações:

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

Detalhamento:

Serão orientados durante as atividades feitas no acolhimento, em consulta médica e da enfermeira, assim como outras atividades com os grupos ou em outros espaços comunitários realizados pela médica e enfermeira de nossa equipe.

Eixo de Qualificação Da Pratica Clinica:

Ações:

Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos e o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e diabético.

Detalhamento:

Será capacitada toda a equipe pela médica, durante as reuniões nas primeiras semanas da intervenção.

Objetivo Cinco: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular com 20 anos o mais residente da área de abrangência da Unidade de Saúde.

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

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

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ações:

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

Detalhamento:

Serão monitoradas pela médica da equipe por meio dos registros específicos e discutido durante reunião com todos os membros.

Eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ações:

Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco organizando a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento:

Será organizado pela recepcionista, à agenda com os turnos específicos para pacientes avaliados como alto risco.

Eixo de Engajamento Publica:**Ações:**

Orientar os usuários sobre seu nível de risco e a toda a comunidade quanto à importância do adequado controle dos fatores de risco modificáveis, assim como à importância do acompanhamento regular.

Detalhamento:

Serão orientados tanto os pacientes como a comunidade toda sobre a importância do adequado controle dos fatores de risco modificáveis, durante as atividades feitas no acolhimento, em consulta médica e de enfermagem, assim como outras atividades com os grupos ou em outros espaços comunitários, realizados pelo médica, a enfermeira, a técnica de enfermagem e agentes comunitários de nossa equipe.

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica:**Ações:**

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e nas estratégias para o controle dos fatores de risco modificáveis.

Detalhamento:

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e nas estratégias para o controle dos fatores de risco modificáveis, será capacitada toda a equipe pela médica.

Objetivo Seis: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ações:

Monitorar a realização de orientação nutricional, atividade física regular, riscos do tabagismo e sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento:

Será realizado pelo grupo de monitoramento, através do preenchimento da ficha espelho e discutido em reunião de equipe.

Eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ações:

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável, envolvendo nutricionistas nestas atividades.

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física, demandando junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nestas atividades.

Detalhamento:

Serão realizadas as ações programáticas em grupos com atividades sobre alimentação saudável pela nutricionista. E as orientação de atividade física, será realizadas nas ações programáticas em grupos pela médica e enfermeira de nossa equipe.

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

Detalhamento: Será realizado uma reunião da equipe com a gestão para patações relacionadas a intervenção.

Eixo de Engajamento Publica:

Ações:

Orientar hipertensos, e diabéticos, e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, atividade física regular, riscos do tabagismo e a importância da higiene bucal.

Detalhamento:

Orientar hipertensos, e diabéticos, e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, atividade física regular, riscos do tabagismo e a importância da higiene bucal, serão orientados os pacientes, durante as atividades feitas no acolhimento, em consulta médica e de enfermagem, assim como outras atividades com os grupos ou em outros espaços comunitários pelo médica, enfermagem e agentes comunitários de nossa equipe .

Eixo de Qualificação Da Pratica Clinica:

Ações:

Capacitar à equipe sobre práticas de alimentação saudável, promoção da prática de atividade física regular, tratamento de pacientes tabagistas e as ferramentas necessárias para oferecer orientações de higiene bucal.-.

Detalhamento:

Capacitar à equipe sobre práticas de alimentação saudável, promoção da prática de atividade física regular, tratamento de pacientes tabagistas a traves dos grupos de fumante e as ferramentas necessárias para oferecer orientações de higiene bucal, serão capacitados toda a equipe pela médica e odontologista de nossa equipe mediante palestras, conversatórios, boletins, folhetos e os temas abordados serão o inicio precoce dos hábitos de escovado correto dos dentes, 4 vezes por dia depois de cada refeição e antes de dormir, realizar exame bucal periodicamente e outros temas de interesse

2.3.2 Indicadores

Referente ao objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos com 20 anos ou mais residentes da área de abrangência da Unidade de Saúde.

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.

Meta 1.2: Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

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

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

Referente ao objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos com 20 anos ou mais residentes da área de abrangência da Unidade de Saúde.

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em ~~60%~~ 100% dos hipertensos.

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

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

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

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

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

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

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

Referente ao objetivo 3. Melhorar a adesão aos atendimentos dos pacientes Hipertensos e Diabéticos com 20 anos ou mais residentes da área de Abrangência da Unidade de Saúde.

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

Indicador 3.1: 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 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.

Referente ao objetivo 4. Melhorar a qualidade dos registros das informações sobre Hipertensos e Diabéticos com 20 anos ou mais residentes da área de Abrangência da Unidade de Saúde.

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

Indicador 4.1: 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 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.

Referente ao objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular com 20 anos ou mais residentes da área de abrangência da Unidade de Saúde.

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.

Referente ao objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos da Unidade de Saúde.

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

Indicador 6.4: 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 6.5. 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 realizar a intervenção na ação programática de atenção a Hipertensão e Diabetes no Posto de Saúde de Vila Assis, a equipe vai adotar como Protocolo os Cadernos Nos 36 e 37 do Departamento de Atenção Básica _Estratégia para o Cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, respectivamente, publicados em 2013.

De acordo com o Caderno de Ações Programáticas para a população de 2500 pessoas temos a estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de 356 e para os diabéticos tem-se uma estimativa de 88 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área.

Os Instrumentos de registros específicos dos atendimentos e das ações realizadas adotadas pela equipe serão: Prontuários individuais, Ficha-espelho (individual), Cartão de Hipertensão e Diabéticos e o Livro de Registro e Ficha de Atendimento em Saúde Bucal.

Para atualização dos dados de mapeamento da população de Hipertensos e Diabéticos também utilizaremos dados do SIAB (Ficha A) e da ficha-B hipertensos e diabéticos dos ACS.

A ficha espelho prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal, realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, exames complementares periódicos em dia, exame físico dos pés, palpação dos pulsos tibial posterior e pedios, com medida da sensibilidade dos pés, necessidade de encaminhamento para especialistas ou outro nível do Sistema, orientações recebidas e participação de atividades educativas, por isso para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, a médica e a enfermeira vão elaborar uma ficha complementar.

Faremos contato com os gestores municipais para dispor das fichas necessárias e imprimir as fichas complementares que serão anexadas aos prontuários dos pacientes.

Pretendemos, durante a intervenção cadastrar os hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da área de abrangência da unidade de saúde e Diabéticos e 100% nas metas dos indicadores de qualidades para as duas doenças.

Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para a organização das ações no Eixo de Monitoramento e Avaliação inicialmente estaremos realizando um levantamento do número hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à HA e à DM na UBS.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira e médica revisarão a ficha espelho e o livro de controle, identificando todos os hipertensos e diabéticos que vieram ao serviço nos últimos 4 meses. As profissionais localizarão os prontuários destes usuários e transcreverão todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho e para a Ficha Complementar, ao mesmo tempo realizarão o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre acompanhamento de saúde bucal, realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, exames complementares periódicos em dia, exame físico dos pés, palpação dos pulsos tibial posterior e pedios, com medida da sensibilidade dos pés

Para registro das informações de atendimento para viabilizar o monitoramento das ações utilizaremos instrumentos de coleta de dados para uso dos profissionais da unidade o prontuário clínico individual, a ficha espelho e Ficha Complementar.

Organizaremos o “arquivo específico” que proporcionará revisão semanal para monitoramento e isto certamente facilitará muito a busca dos faltosos.

Para a organização do arquivo os prontuários com ficha-espelho e ficha complementar serão organizados por ACS.

Estas fichas junto com o livro de registro de hipertensos e diabéticos serão revisadas pela médica e enfermeira semanalmente para monitorar indicadores de qualidade.

Nisso será monitorado a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertenso-diabéticos, a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertenso-diabéticos bem como sobre a periodicidade recomendada para estes exames. Também serão monitorados semanalmente os hipertensos/diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Deve-se também monitorar o acesso dos diabéticos e hipertensos a medicamentos da Farmácia Popular.

Também será monitorado o Livro de Registros onde se registra a aferição da PA e realização de Glicemia capilar de todos os pacientes maior de 18 anos que frequentem a UBS.

Para monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) de hipertensos e diabéticos e estabelecer os faltosos a consulta, serão revisados os registro da ficha-b hipertensos e diabéticos pelo ACS que nos informará na reunião semanal da equipe e será agendada a próxima consulta ou visita domiciliar.

Será analisado o livro de registro de hipertensos e diabéticos, com o objetivo que todos os pacientes cadastrados tenham sua ficha de acompanhamento revisada de forma mensal

No monitoramento de estratificação do risco cardiovascular em diabéticos e hipertensos, será revisado pela médica nos dias indicados para o atendimento de hipertenso e diabético no prontuário individual segundo protocolo que deve ser realizado ao menos uma vez ao ano a todos os pacientes e os que não tenham sido feita essa avaliação, será feita durante a consulta médica.

Mensalmente a enfermeira e a médica examinarão as fichas espelho, fichas complementares e Planilha de Monitoramento para acompanhamento das metas e indicadores da Intervenção.

Os dados coletados serão colocados em uma planilha do Excel para análise (Planilha de Acompanhamento de Coleta de Dados).

O Monitoramento dos dados será realizado semanalmente e discutido com a equipe os resultados mensalmente ou quando se fizer necessário nas reuniões semanais.

Inicialmente organizaremos o processo de trabalho da equipe de forma que através de “agendas compartilhadas” e acolhimento adequado possamos priorizar o atendimento dos Hipertensos e Diabéticos da área de abrangência da equipe. Buscaremos priorizar o atendimento destes sem deixar de atender à comunidade nas demais ações programáticas típicas da APS.

Os agentes comunitários de saúde farão busca ativa de todos Hipertensos e Diabéticos da área de abrangência. Em todas as visitas domiciliares o ACS deverá informar sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde bem como sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg bem como sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

O Cadastramento durante a Intervenção será realizado pela médica e enfermeira na consulta clínica na UBS ou em visita domiciliar, com ajuda dos Agentes Comunitários de Saúde.

O acolhimento à demanda espontânea de hipertensos e diabéticos será realizado pela técnica de enfermagem. Aqueles com atraso em consulta com problemas agudos serão atendidas no mesmo turno para agilizar o tratamento de intercorrências. Aqueles que buscam consultam de rotina terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que 7 dias.

Semanalmente o ACS fará busca ativa dos cadastrados que não tiverem comparecido no serviço na data da consulta programada agendada.

Devemos assegurar com a gestão municipal de saúde a garantia da agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo bem como o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos da Farmácia Popular para os Hipertensos e Diabéticos.

Devemos buscar também junto à gestão assegurar o encaminhamento do Hipertenso e Diabético a exames complementares a outros níveis do Sistema.

Devemos organizar a as agendas da médica e enfermeira e odontologista para acolher a demanda referenciada destes usuários das demandas espontânea bem como das provenientes das buscas ativas.

Devemos organizar a agenda da equipe compartilhada com a equipe de saúde bucal de forma que possam garantir o atendimento em saúde bucal para os Hipertensos e Diabéticos, principalmente quando demandado pela avaliação da necessidade de atendimento odontológico após a avaliação da médica e da Enfermeira da equipe.

Buscaremos incentivar a equipe para o encaminhamento e os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para este público alvo.

O ACS semanalmente nas visitas domiciliar fará busca ativa dos faltosos às consultas clínicas quanto para os atendimentos odontológicos e organizará em conjunto com a medica e enfermeira a agenda para acolher esses usuários..

Sensibilizar a comunidade será realizado reuniões nas associações de moradores, nas igrejas da área abrangente e nas escolas, onde se informará a população sobre a existência do programa de atenção à hipertensão arterial e diabetes da UBS e solicitará o apoio aos mesmos para o rastreamento de hipertensos e diabéticos, orientando-os sobre os fatores de riscos sobre o desenvolvimento dessas doenças. Orientar os pacientes e a comunidades quanto a riscos cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e da diabetes, e a necessidade de realização de exames complementares. Sensibilizar os pacientes e a comunidade sobre a importância de assistir à consultas .Em estas atividades se realizaram em palestras , conversas , grupos ,donde serão responsável a medica e a enfermeira , pero teriam participação todo o equipe .

3 Relatório da Intervenção

Importante destacar que, como forma de esclarecimento, a presente intervenção estava prevista inicialmente para ser realizada em 16 semanas. No entanto, foi realizada em 12 semanas, seguindo orientações da coordenação geral do curso de Especialização em Saúde da Família, UNASUS/UFPEL. Essa redução de semanas teve o intuito de ajustar a intervenção ao cronograma do curso..

Tal projeto, contou com a participação de toda equipe desde o início. Onde os membros se mantiveram muito empolgada em sua divulgação, organização, execução, e melhor ainda na discussão do grão de satisfação que teve em nossa população. Como responsável pelo projeto sente que, além dos resultados quantitativos do trabalho, realizamos um maravilhoso trabalho qualificativo, pois nos permitiu ter uma maior cumplicidade com a população que gostou muito das ações desenvolvidas pela equipe durante esse tempo e que agora já fazem parte da rotina de nosso trabalho.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Para a realização de nosso projeto de intervenção em Estratégia de saúde da família, tivemos facilidades para sua implementação devido a uma equipe unida, engajada com atenção primária em saúde, com responsabilidade e sentido de pertencia com a população na área de abrangência e trabalhadores em saúde comprometidos com a saúde do município assim como uma população alvo, carente de atenção médica, mas muito receptiva á as mudanças e disposta a colaborar com as ações de prevenção e promoção de saúde.

Nas primeiras semanas as agentes de saúde comunitárias e os demais membros da equipe participaram das capacitações oferecidas com temas sobre hipertensão e diabetes, dentro destes estava à aprendizagem da realização de hemoglicoteste, a verificação fidedigna de tensão arterial, a medição de

circunferência abdominal, e outros temas de interesse sobre estas doenças crônicas que foram desenvolvidas integralmente nos horários coordenados e em algumas ocasiões foram adiados por interrupções por ser dias feriados mais sempre estas alterações eram previstas nas reuniões da equipe. Outra das ações que foram realizadas foi a organização de nossa agenda para realizar os atendimentos clínicos e cadastramento de pacientes com HTA e DIA maiores de 18 anos que chegavam ao posto por demanda espontânea e atraídos pela divulgação do projeto assim como àqueles que iam por outros motivos e na hora de realizar aferição de PA estavam com cifras elevadas mesmo sem referir antecedência de hipertensão, sempre foi realizada avaliação clínica com anamnese adequada e exame físico completo, solicitação de exames complementares, nestes casos todas as ações eram realizadas sem problemas, pois contávamos com os recursos que foram fornecidos pela secretaria para realizar as fichas, pastas arquivos novos, esfigmomanômetros e o tempo necessários para ser desenvolvidas corretamente.

A maior dificuldade estava nos exames complementares que eram muito demorados para serem marcados e mais para chegar os resultados. Outra das dificuldades enfrentadas foi falta de medicamentos na farmácia da unidade já que os usuários estavam acostumados a retirar os remédios lá e não queriam ir até a farmácia popular, pois fica longe mais com paciência e competência conseguimos que eles confiaram e fizessem o cadastro na farmácia popular.

Dedicamos tempo para orientar sobre a importância da avaliação odontológica na qual eles tinham prioridade, a importância da saúde bucal, esta atividade foi realizada de forma parcial, pois tivemos problemas com os odontologistas da unidade que foram mudados em varias oportunidade.

Outra ação realizada totalmente foi a promoção da realização de exercícios físicos para todos usuarios, sobretudo hipertensos e diabéticos e assim evitar o sedentarismo. Bem como a participação do grupo de reeducação alimentar para uma alimentação saudável que estamos realizando no posto de saúde com um intervalo de 15 dias e que é coordenado pela secretaria de saúde com a colaboração da nutricionista, psicóloga e fisioterapeuta. E que esta sendo muito bem aceitado por alguns moradores de todas as idades já que esta população tem como parte de sua cultura a costume de ingerir gordura, sal, doce indiscriminadamente, que proporciona aumento nos níveis de colesterol, triglicérides e a glicose.

Durante o cadastro e a realização das fichas de Atendimentos, eles também são orientados sobre os prejuízos do tabagismo, sua relação diretamente proporcional com doenças crônicas e de sua qualidade de vida, em quanto a este tema uns dos logros do município e que foi uma ótima fortaleza para nosso projeto é a formação e execução do grupo de tabagismo para o qual eu fui treinada, isso foi uma facilidade.

Dentro das atividades planejadas e realizadas parcialmente para o projeto estava à busca ativa de usuários com hipertensão e diabetes faltosos a consultas e foi desenvolvida através dos ACS no seu trabalho do dia a dia e por mim mediante as visitas domiciliares, muitas vezes eram adiadas pelo clima chuvoso, mas nos proporcionaram grandes oportunidades para realizar o cadastro de usuários faltosos a consultas por motivos alheios a sua vontade, como é a longa distância entre a unidade de saúde e seus lares além do escasso transporte para estas rotas. Estes pacientes só podem sair de suas casas a pé ou em ônibus escolares, quando tem a oportunidade para fazer comprar alimentos, ir ao banco e comprar remédios. Para eles não é fácil se deslocar a UBS, tendo que caminhar mais de 6 quilômetros para chegar até a cidade.

O que facilitou o cadastramento e as demais ações preconizadas, para estes usuários residentes à longa distância da UBS, foi às visitas domiciliares programadas assim como a campanha de vacinação, onde aproveitamos estes momentos para cadastrar a todos estes pacientes faltosos a consultas, e que com certeza não iriam nunca á unidade para receber atendimento médico.

Os demais usuários que residiam próximo a UBS, se reúnem mensalmente no grupo de hiperdia, onde recebeu orientações, com informes de fácil compreensão sobre hipertensão e diabetes, sobre sua adequada alimentação, sobre a realização de exercícios físicos e incluso a equipe realizou exercícios junto aos pacientes da terceira idade, sobre a disponibilidade de medicamentos na farmácia popular e a importância da adesão deles ao programa de hipertensos e diabéticos preconizado pelo ministério da saúde.

Aproveitamos os momentos em grupo para falar sobre a importância de não abandonar o tratamento médico que é um das causas de descontrole destas doenças, pois carecem de orientação sobre este aspecto. A maioria acha que depois que começa a tomar medicamentos e a PA se normaliza, não precisa tomar remédios e abandonam o tratamento ou não tem conhecimento de que devem ter

um acompanhamento sistemático com avaliação clínica de risco cardiovascular e realizar exames com certa frequência.

Tudo isto era muito bem discutido nas reuniões da equipe realizadas cada semana para monitorar e avaliar nosso trabalho detectamos falhas, erros, e reorganizávamos o trabalho da próxima semana, assim funcionou nossa equipe durante as passadas 12 semanas de intervenção.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas estas ações de saúde ajudaram muito a melhorar a qualidade de vida de nossa população, e o que é melhor ainda, ter um maior controle e organização sobre os pacientes com hipertensão e diabetes. Reconhecemos que não foi fácil, desde o início enfrentamos e superamos dificuldades do ponto de vista pessoal, profissional, gerencial, social e até natural que impossibilitaram em maior ou menor proporção o desenvolvimento do projeto. Como por exemplo, os problemas familiares e pessoais do pessoal de enfermagem que teve que se afastar da unidade e trabalhar meio turno por mais de 90 dias, o que debilitou a equipe. Por isso eu tive que assumir quase todo o trabalho e dar conta da grande demanda que temos hoje no posto. Impossibilitando-me de participar das atividades de grupo planejadas.

A falta de agentes de saúde comunitários para cobrir o total da área de abrangência e que só foi coberta nas últimas semanas do projeto, a instabilidades dos profissionais odontólogos, e a nutricionista que não compareciam nas atividades agendadas, dificultaram a realização de diversas ações.

Outra das dificuldades enfrentadas foi à falta de apoio da secretaria de saúde para a divulgação do projeto, quanto para o desenvolvimento. Pois na maioria das vezes as visitas domiciliares planejadas eram afetadas por falta de motorista. Assim como, à demora na realização dos exames, havíamos discutido estratégias com os gestores para priorizar os exames do público alvo da intervenção, mas não foi cumprido.

O pior dos problemas que enfrentamos, foi a acessibilidade a UBS prejudicada devido as chuvas, o clima úmido e frio no interior das cidades gaúchas, juntamente com as estradas de chão praticamente inacessíveis, morros muito altos, longa distância e falta de transporte.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

As dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores foram subjetivas e esclarecidas na medida em que foi avançando o projeto da intervenção com ajuda sistemática, oportuna e esclarecedora de minha orientadora semanalmente com o envio da planilha de coleta de dados e Diários da Intervenção..

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Na última semana, realizamos a reunião de avaliação de projeto com a liderança da comunidade e a aceitação por parte da comunidade foi total, a população adorou nossa integralidade, nossa integração social e apesar da falta de engajamento com outros setores públicos e sociais que pudessem ajudar a melhorar a qualidade de vida da população fontourense. Demos os primeiros passos qualificando a atenção da saúde dos pacientes com hipertensão e diabetes de nossa comunidade.

Toda a equipe, atualmente participa do planejamento semanal do plano de trabalho a saúde de usuarios com HTA e DIA como uma das principais ações programáticas, deste modo reavaliamos e aperfeiçoamos as ações desenvolvidas. Mesmo com a finalização do curso acredito que não será difícil, continuarmos realizando as ações implementadas com a intervenção, pois a equipe encontra-se engajada desde a apresentação do projeto.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção que tratou a melhoria da atenção aos pacientes hipertensos e diabéticos adstritos a área de abrangência de nossa UBS Vila Assis, município Fontoura Xavier/RS. Conforme cadastramento atualizado da área durante a intervenção, a população residente na localidade é de 2.341 pessoas, sendo que a estimativa para os maiores de 20 anos é de 1.568 aproximadamente, após análise situacional se verificou que na área de abrangência temos 386 pacientes hipertensos e 88 usuários diabéticos.

Referente ao objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos com 20 anos ou mais residentes da área de abrangência da Unidade de Saúde.

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.

Durante a intervenção foram cadastrados 185 hipertensos (52 %) dos pacientes hipertensos estimados para a área e 80 diabéticos (90.9%) diabéticos estimados para a área. A partir de um análises progressiva da cobertura temos no primeiro mês 73 hipertensos (20.5%), no segundo mês 116 hipertensos (32.6%) e no terceiro mês 185 hipertensos, totalizando (52.0%),conforme a figura 1.

Meta 1.2: Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

Em relação aos diabéticos foram cadastrados no primeiro mês 40 diabéticos (45%), no segundo mês 57 diabéticos (64.8%) e no terceiro mês 80 diabéticos (90.9%), conforme figura 2, alcançamos ao final da intervenção uma cobertura inferior ao esperado, podemos ver que melhorou muito o número de hipertensos e diabéticos avaliados mas não cumprimos os objetivos propostos devido ao tempo da intervenção que foi reduzido quatro semanas, totalizando 3 meses de intervenção, também podemos dizer que incidiu neste resultados que muitos realizam seguimentos em clínicas privadas e só vão a unidade a renovar receitas. Uma das ações que nos ajudou na captação dos usuários hipertensos e diabéticos foram as visitas domiciliares realizadas por os ACS que realizaram busca destes pacientes com 20 anos ou mais residentes na área.

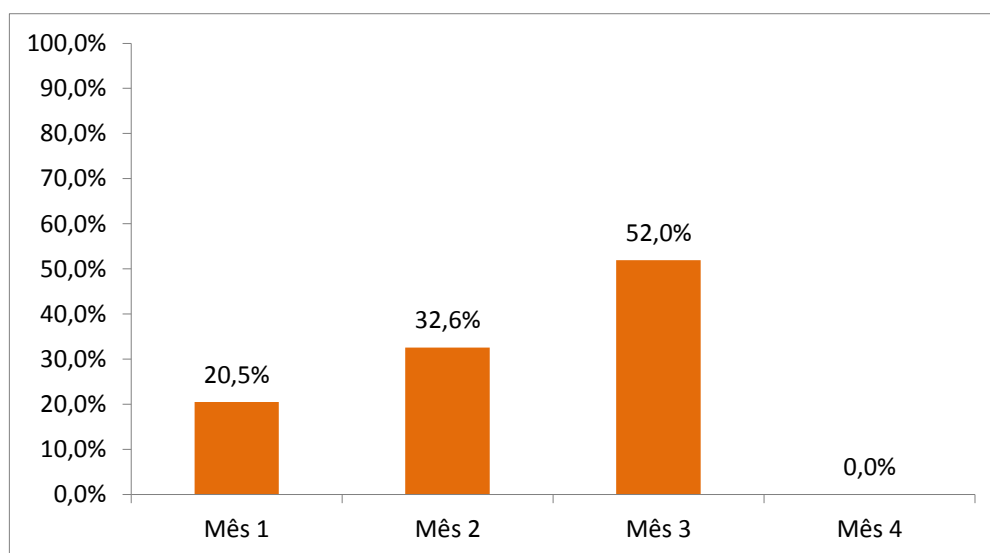


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na ESF Vila Assis, Fontoura Xavier/RS, 2015.

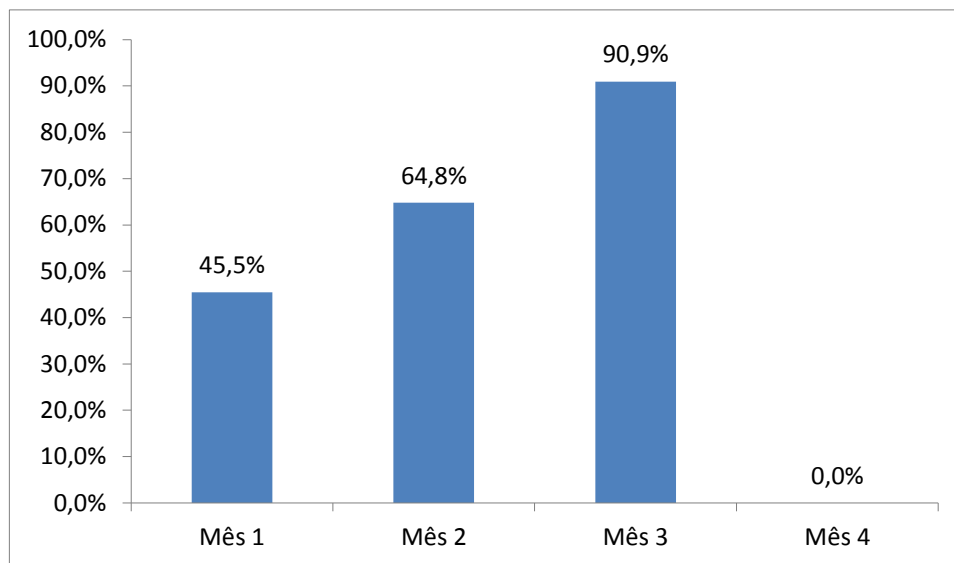


Figura 2: cobertura do programa de atenção ao diabético na ESF Vila Assis, Fontoura Xavier/RS, 2015.

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

Metas. 2.1 - Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS.

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

Realizamos o exame clínico adequado durante as consultas médicas. Durante o primeiro mês de trabalho o número de hipertensos com exames clínicos em dias de acordo com o protocolo foi de 50 de um total de 73 residentes na área acompanhados, (68.5%), no mês dois avaliamos 109 usuários de um total de 116, equivalendo a (94.0%) e durante o terceiro mês foram 178 de 185, totalizando (96.2%), conforme a figura 3.

Em relação aos diabéticos, no primeiro mês conseguimos avaliar 29 usuários de 40 diabéticos com exames clínicos em dia de acordo com o protocolo (72.5%), no segundo mês, conseguimos avaliar 56 de 57 diabéticos, totalizando (98.8%), conforme figura 4, isto foi possível já que os diabéticos constituem um grupo menor, tem um pequeno grupo deles que tivemos que avaliar nas casas já que era impossível se locomover até a unidade de saúde. Conseguimo-nos atingir a meta proposta inicialmente e logramos avaliar a mais dos 90% dos usuarios.

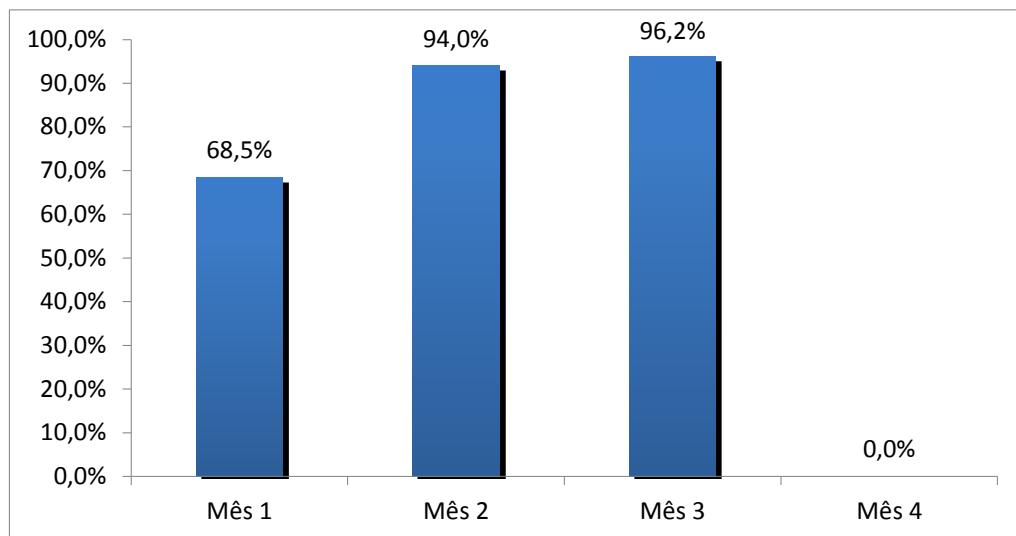


Figura 3: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na ESF Vila Assis, Fontoura Xavier/RS, 2015.

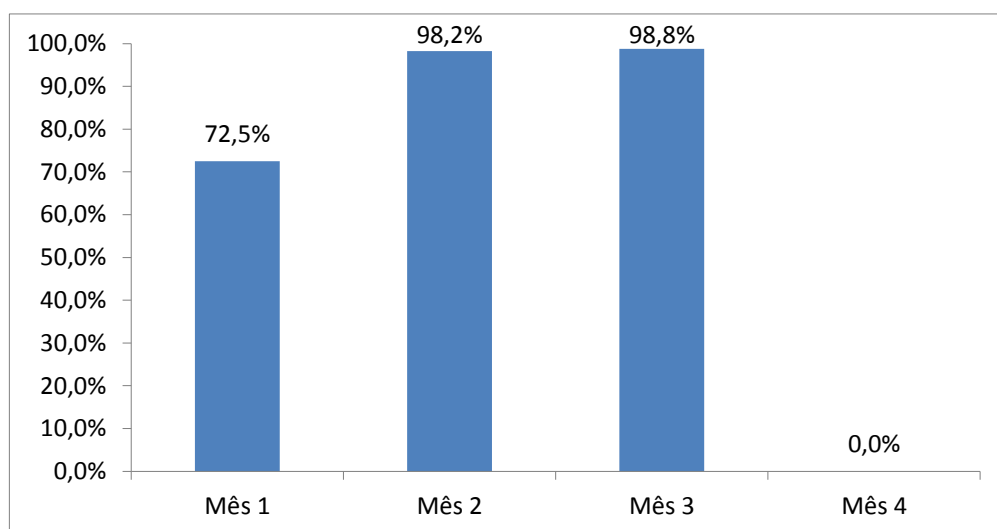


Figura 4. proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na ESF Vila Assis, Fontoura Xavier/RS, 2015.

Meta. 2.2 Garantir ao 100 % dos hipertensos e diabéticos cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Foi proposto garantir o 100 % a realização de exames complementares em dias para usuários hipertensos e diabéticos de acordo com o protocolo. No primeiro mês o número de hipertensos com exames complementares periódicos em dia foi de 39 de um total de 73 hipertensos residentes na área acompanhados na UBS

(73.4%), no segundo mês 80 pacientes de 116 para um total de (69.0%) e no terceiro mês foi de 144 de 185 residentes na área totalizando (77.8%), conforme figura 5.

Em relação aos diabéticos, durante o primeiro mês o número de diabéticos com exames complementares periódicos em dia foi de 27 de um total de 40 diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS representando (67.5%), no segundo mês foi de 37 diabéticos de um total de 57 residentes na área contabilizando (64.9%) e no terceiro mês foi de 59 pacientes diabéticos de um total de 80 residentes na área com um indicador em (73.8%), conforme figura 6, temos que destacar que foram realizados um grande número de exames, apesar dos contratempos que tivemos com as chuvas que dificultaram os usuários se locomover até o centro para realização.

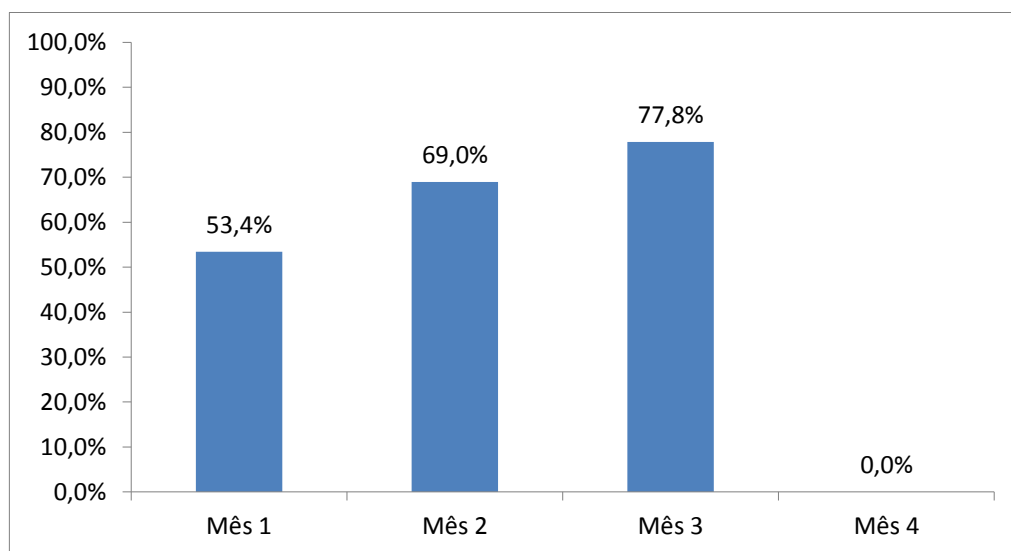


Figura 5: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Vila Assis, Fontoura Xavier/RS, 2015.

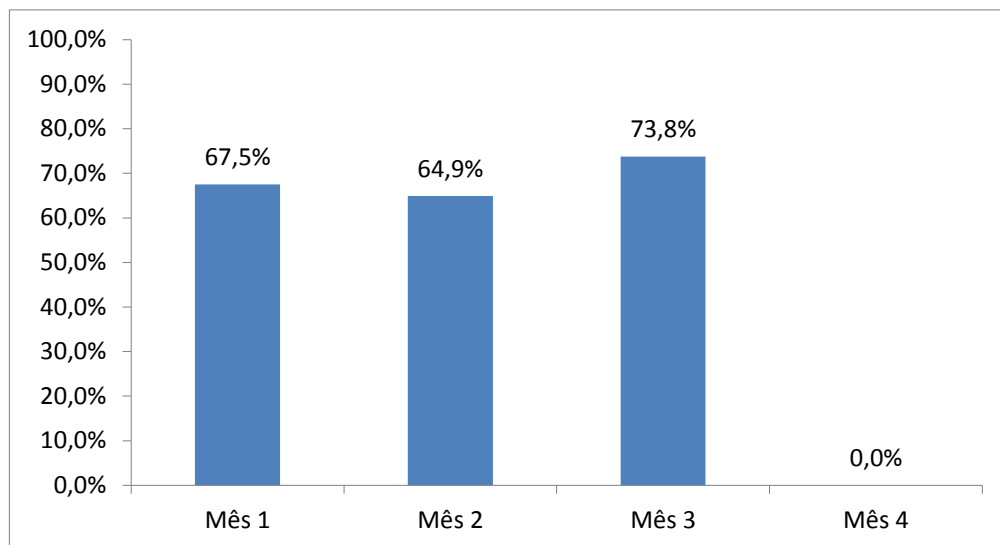


Figura 6: Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Vila Assis, Fontoura Xavier/RS, 2015.

Meta. 2.3- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador. Proporção de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular.

Foi proposto priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos. Para tal acordamos com a secretaria de saúde e a farmácia popular do município para garantir dos mesmos. Logo os remédios foram prescritos e os usuários encaminhados para recebimento, obtivemos resultados bastante satisfatórios. Durante o primeiro mês o número de hipertensos com prescrição de medicamentos para farmácia popular foi de 73 de 73 (100%), durante o segundo mês foi de 116 em relação a 116 equivalendo a um (100%) e durante o terceiro mês foi de 18 usuários de 183, totalizando um (100%) conforme a figura 7, com nisto conseguimos melhorar os custos dos medicamentos que são financiados pelo governo.

Em relação aos diabéticos durante o primeiro mês de trabalho o número de usuários com prescrição de medicamentos para farmácia popular foi de 40 usuários com relação ao número de diabéticos com prescrição médica contabilizando (100%), durante o segundo mês foi de 57 (100%) e durante o terceiro mês foi de 80 (100%).

Meta. 2.4 Realizar avaliação das necessidades de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados.

Indicador 2.4: Proporção de hipertensos e diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Outra das metas propostas foi garantir o 100% para hipertensos e 100% para diabéticos realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Durante o primeiro mês o número de hipertensos com avaliação do atendimento odontológico foi de 71 em relação ao número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS que foi de 73 hipertensos computando (97.3%). No segundo mês foram 115 hipertensos em relação a 116 equivalendo a (99.1%) e no terceiro mês foram de 184 hipertensos em relação a 185 totalizando (99.5%), conforme observamos na figura 9. Apesar dos contratempos apresentados no início do trabalho por a instabilidade dos dentistas conseguimos superar a meta proposta já que depois tínhamos dentista trabalhando dois turnos toda a semana.

Em relação aos diabéticos, durante o primeiro mês o número de diabético com avaliação dos atendimentos odontológicos foi de 38 em relação ao número de residentes na área e acompanhados na UBS que foram 40 equivalendo a (95.0%). No segundo mês foram 57 pacientes diabéticos de 57 (100%) e no terceiro mês foram de 80 pacientes diabéticos em relação a 80 totalizando (100%), conforme consta na figura 10.

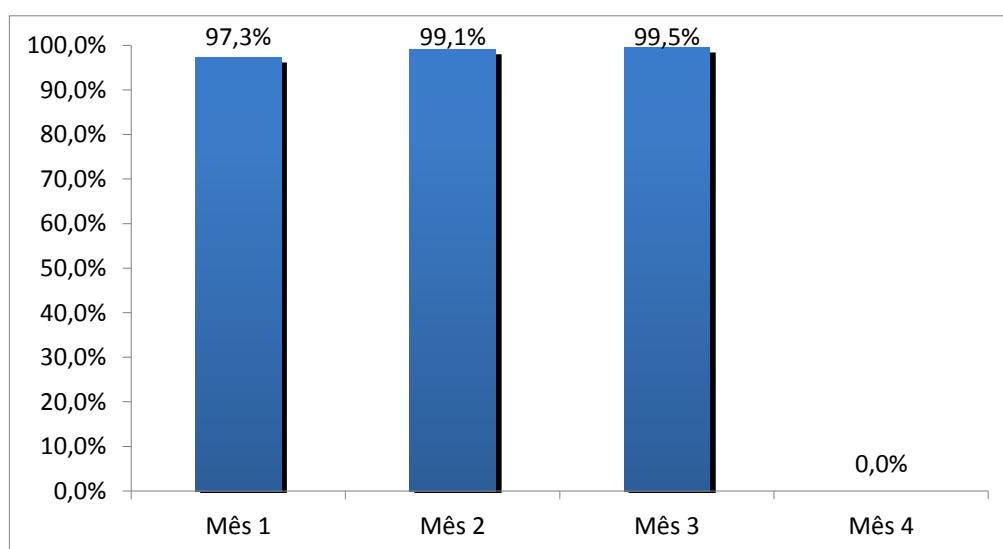


Figura 7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF Vila Assis, Fontoura Xavier/RS, 2015.

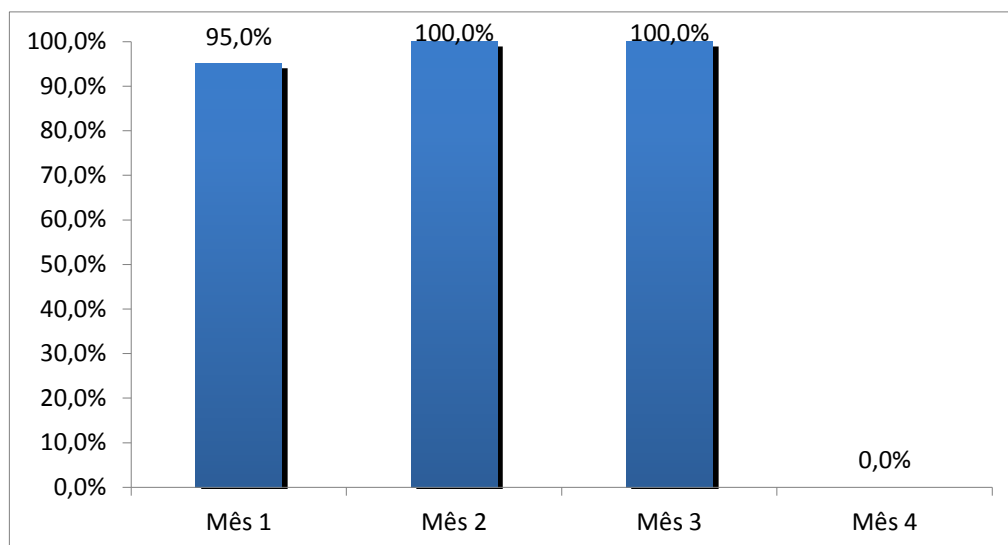


Figura 8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF Vila Assis, Fontoura Xavier/RS, 2015.

Objetivo 3 : Melhorar adesão de hipertensos e/ou Diabéticos.

Meta.3.1 Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

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

Foi proposto realizar busca ativa de 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos faltosos a consultas na unidade de saúde” tivemos que dar apoio aos casos críticos que muitas vezes apresentavam dificuldades para locomover-se, outros coincidia seu horário de trabalho com a consulta medica e, em menos numero , falta de preocupação. Durante o primeiro mês o numero de hipertensos faltosos a consultas com busca ativa foram 53 hipertensos em relação a 53 que faltaram nas consultas computando (100 %). No segundo mês foram 86 pacientes em relação a 86 totalizando um (100%) e no mês 3 foram de 130 hipertensos em relação a 131 (99.2%), conforme figura 11. Isto foi possível já que se fez um bom trabalho na comunidade em busca de faltosos ás consultas, comprometendo os mesmos a participar das ,desenvolvendo um papel muito importante os lideres comunitários que sempre deram seu apoio.

Em relação aos diabéticos, durante o primeiro mês o numero de diabéticos faltosos a consultas com busca ativa foi de 24 diabéticos em relação a 24 diabéticos residentes na área e acompanhado na UBS que faltaram nas consulta totalizando um (100%), no segundo mês foram de 46 pacientes em relação a 46 faltosos a

consulta para um (100%) e no terceiro mês foi de 62 de 62 (100%). Todos estes resultados foram graças ao apoio do líderes da comunidade e a organização da equipe apesar da falta de transporte em varias ocasiões e ao clima aproveitamos a campanha de vacinação da antigripal e chegamos até lugares realmente distantes.

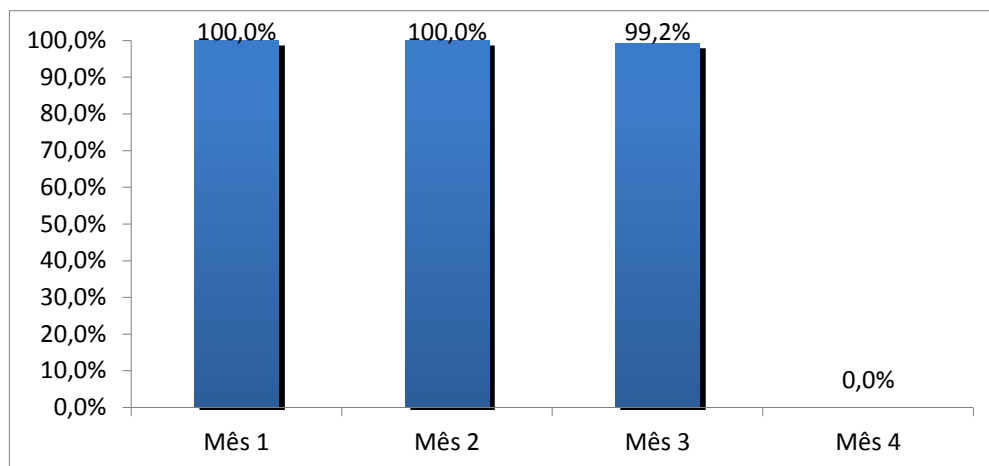


Figura 9: Proporção de hipertensos faltosos a consultas com busca ativa na ESF Vila Assis, Fontoura Xavier/RS, 2015.

Objetivo 4: Melhorar os registros das informações

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

Indicador. Proporção de hipertensos e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Também foi proposto manter a ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde”. Tivemos que fazer um estudo de quantos hipertensos e diabéticos tinham registros adequados para organiza-los. Para isto , contamos com ajuda dos ACS e demais membros da equipe que revisaram as fichas de acompanhamento e atualizaram os dados. Durante o primeiro mês de trabalho o numero de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento foi de 70 de um total de 73 hipertensos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde equivalendo a (95.9%), para o segundo mês o numero de hipertensos com registro adequados foram de 116 de 116 para um total de (100%) e no terceiro mês foram de 184 hipertensos de 185 totalizando (99.5%).

Em relação aos diabéticos no primeiro mês o numero de pacientes com registro adequado na ficha de acompanhamento foi de 39 diabéticos de um total de 40 residentes na área e acompanhados pela unidade (97.5%), para segundo mês o

numero de diabéticos com registro adequado foi de 57 totalizando um (100 %) e no terceiro mês foram 80 diabéticos de 80 perfazendo 100% conforme figura 14.

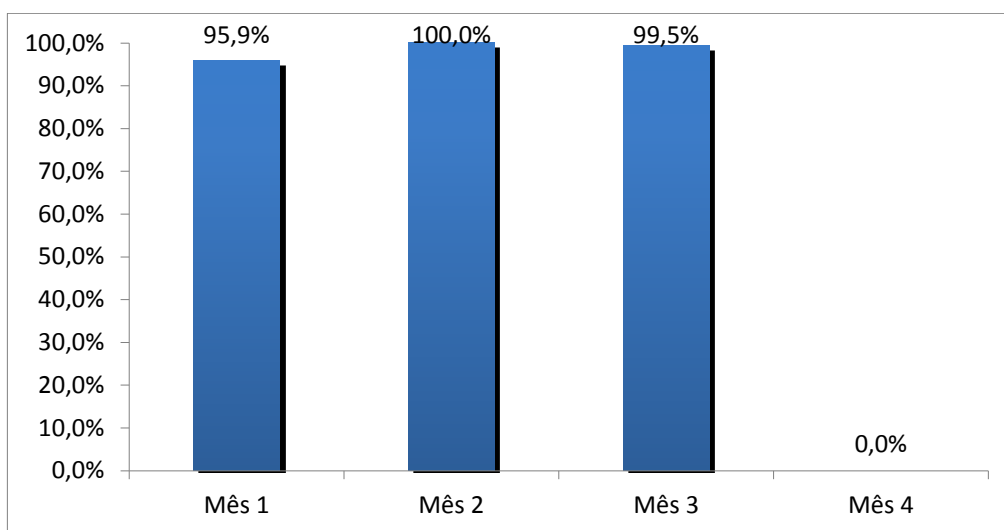


Figura 10: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF Vila Assis, Fontoura Xavier/RS, 2015

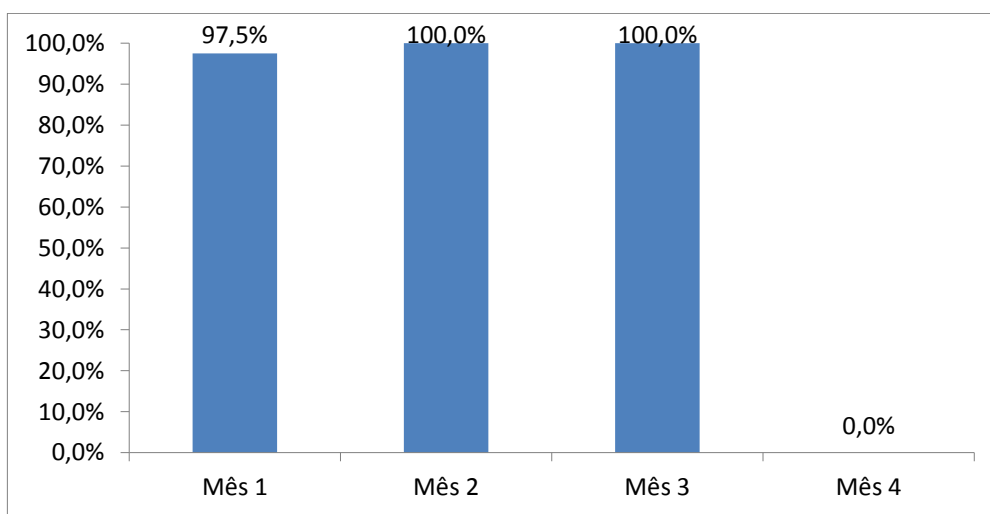


Figura 11: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF Vila Assis, Fontoura Xavier/RS, 2015.

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

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

Indicador. Proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Foi proposto garantir 100% para hipertensos e diabéticos a estratificação de risco cardiovascular por exames clinica em dia. O primeiro mês de hipertensos com estratificação do risco cardiovascular com exames clínicos em dia foi de 70 de um total de 73 hipertensos residentes na área e com acompanhamento na unidade de saúde, perfazendo (95.9%), no segundo mês o numero de foi de 11 (100%) e no terceiro mês foi de 185 hipertensos de 185 para totalizar um 100%.

Relacionado com o primeiro mês de trabalho o numero de diabéticos com estratificação cardiovascular com exames clinico em dia foram de 39 pacientes de 40 (97.5%), no segundo mês o numero foram de 57 diabéticos de 57 residentes na área e acompanhados na UBS totalizando um (100%) e no terceiro mês foram 80 diabéticos de 80 para alcançar um (100%),conforme consta na figura 16. Pode se ver que chegamos á meta proposta a pesar de algumas dificuldades enfrentadas durante as primeiras semanas.

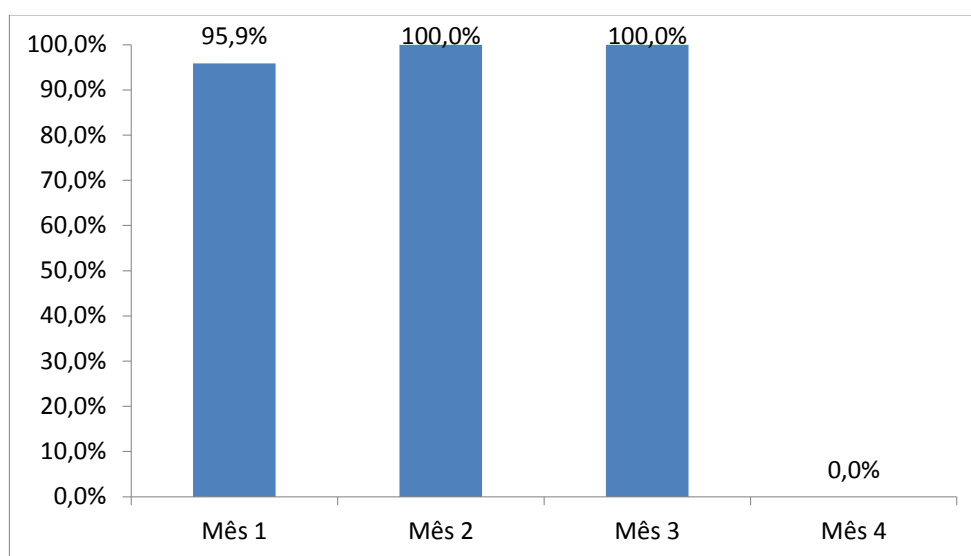


Figura 12: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clinico em dia na ESF Vila Assis, Fontoura Xavier/RS, 2015.

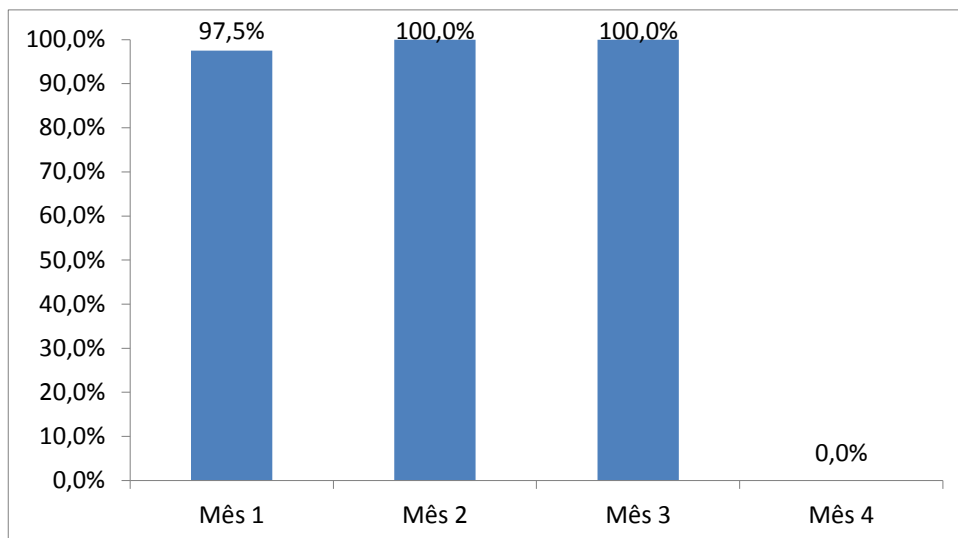


Figura 13: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na ESF Vila Assis, Fontoura Xavier/RS, 2015.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Indicador. Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Foi proposto garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável aos 100% dos usuários hipertensos e diabéticos, no primeiro mês de trabalho o número de hipertensos com orientação sobre alimentação saudável foram de 60 pacientes (93.2 %), no segundo mês o numero foi de 116 (100%) dos pacientes hipertensos e no terceiro mês foram 185 (100%) dos usuários que receberam este tipo de orientação. Conseguimos durante as visitas domiciliares orientar os hipertensos sobre como fazer uma dieta saudável, também a traves do grupo de reeducação alimentar e bem estar que realizou nossa nutricionista encaminhadas neste fim.

Em relação aos diabéticos, no primeiro mês de trabalho o número de pacientes com orientação sobre alimentação saudável foi de 39 pacientes diabéticos de 40 residentes na área e com acompanhamento na unidade de saúde perfazendo (97.5%), no segundo mês o numero de foi de 57 (100%) e no mês terceiro foram 80 (100%), conforme a figura 14. Tivemos a participação de toda a equipe que contribuiu com a orientação. Ainda estamos trabalhando neste sentido, já que três meses é um período muito curto para realizar todas as orientações necessárias para

mudanças de estilo na alimentação. Conseguimos durante as visitas domiciliares orientar os diabéticos sobre como fazer uma dieta saudável, os usuários com diabetes é um dos usuários que mais recebem orientações quanto sobre este tema devido as restrições e consequências decorrentes da não realização da dieta adequada aos usuários com esta patologia.

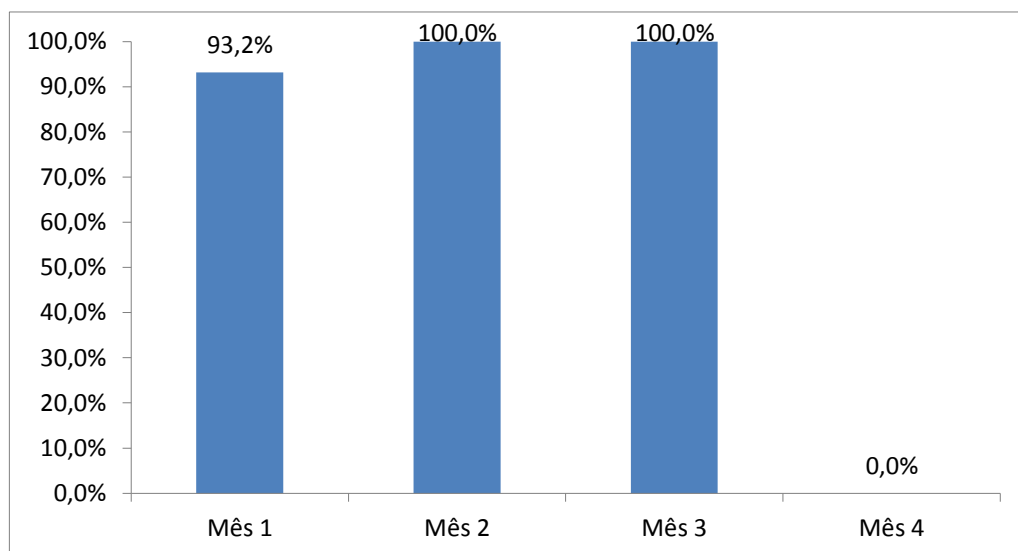


Figura 14: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na ESF Vila Assis, Fontoura Xavier/RS, 2015.

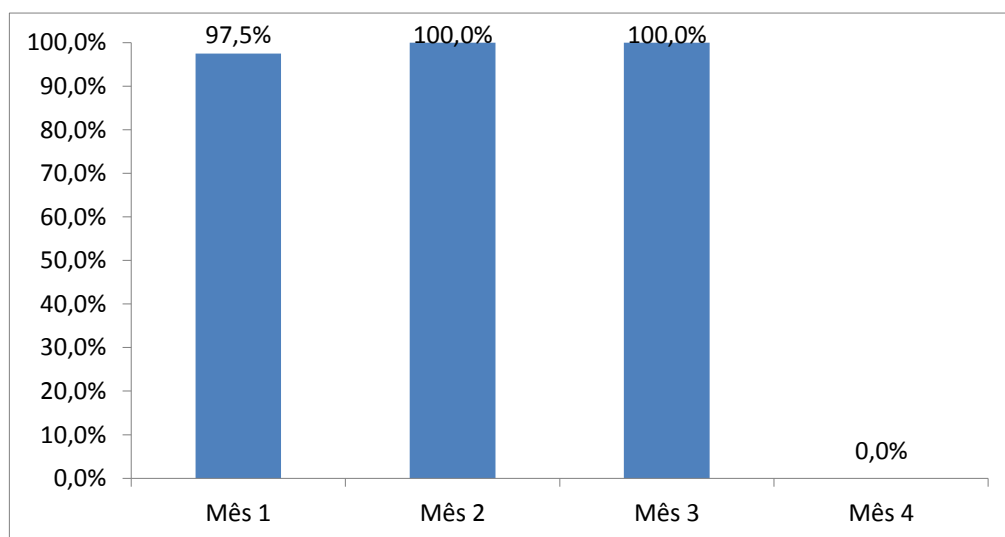


Figura 15: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na ESF Vila Assis, Fontoura Xavier/RS, 2015.

Meta.6.2 - Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos .cadastrados

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

Foi proposto garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100 % de pacientes hipertensos e diabéticos “, no primeiro mês de trabalho o numero de hipertensos com orientação sobre a pratica de atividade física regular foi de 72 de 73 pacientes hipertensos residentes na área e acompanhados na unidade perfazendo (98.6%), no segundo mês o numero foi de 116 (100%) e no terceiro mês foram 185 (100%), conforme a figura 16. Conseguimos durante as visitas domiciliares orientar os hipertensos sobre como fazer exercícios físicos e quais são os recomendados neste tipo de doença apoiando-nos também com o programa de atenção ao hipertenso e diabético onde se orientavam a traves de palestras com as fisioterapeutas encaminhadas neste fim.

Em relação aos diabéticos, no primeiro mês de trabalho o numero de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular foi de 39 de 40 hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS perfazendo (97.5%), no segundo mês foram 57 (100%) e no terceiro foram orientados 80(100%), conforme a figura 16. Neste caso as visitas domiciliares foram muito importantes para orientar os diabéticos sobre a prática regular de atividade física.

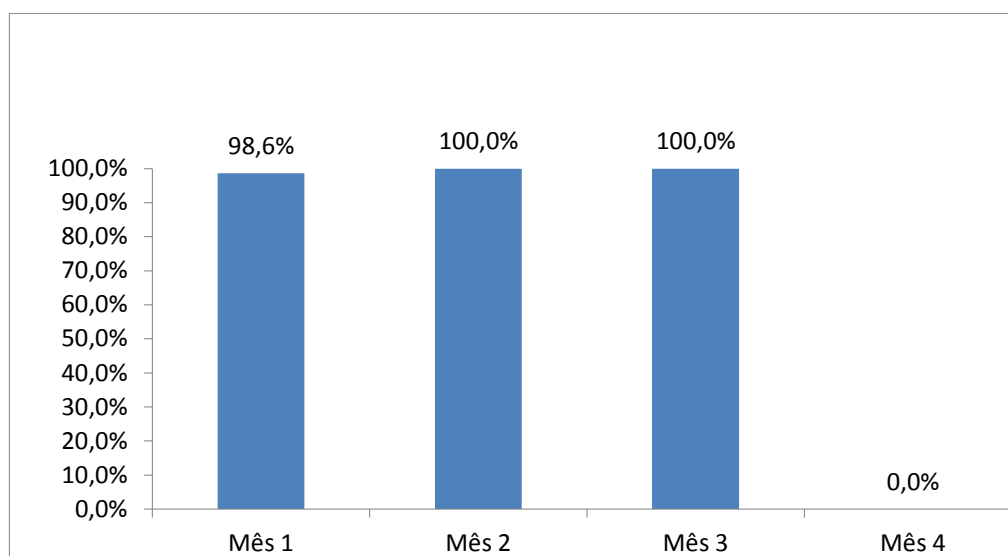


Figura 16: Proporção de hipertensos com orientação sobre a pratica de atividade física regular na ESF Vila Assis, Fontoura Xavier/RS, 2015.

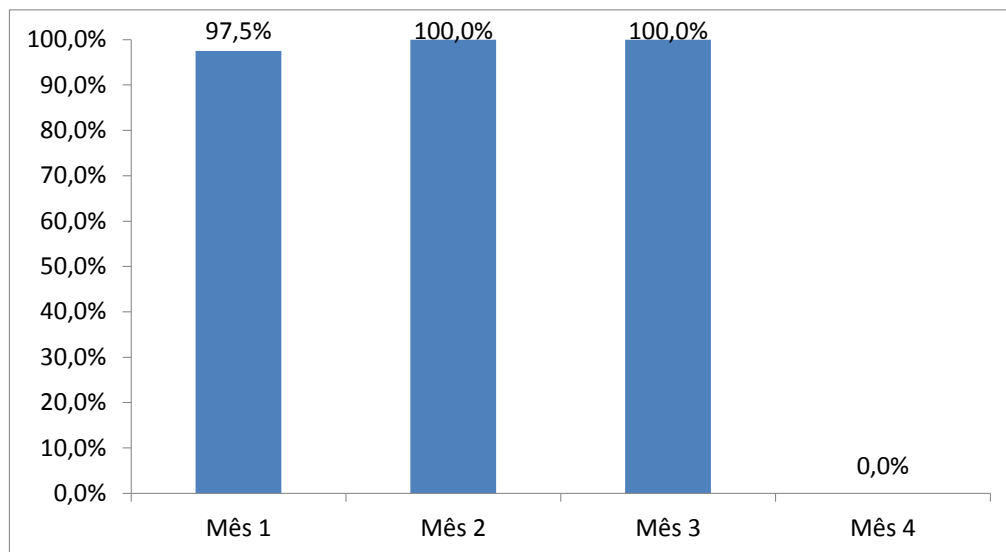


Figura 17: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular na ESF Vila Assis, Fontoura Xavier/RS, 2015.

Meta-6.3. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados.

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

Foi proposto garantir orientação sobre os risco do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos”, no primeiro mês de trabalho o numero de hipertensos com orientação sobre o tabagismo foi de 72 (98.6%), no segundo mês o numero foi de 116 (100%) e no terceiro mês foram 185 (100%) conforme consta na figura 18. Conseguimos durante as vistas domiciliares orientar os usuários tabagistas sobre a importância de abandonar o habito, sobre o dano que produz este habito no organismo e sobre os perigos de contrair câncer de pulmão. Também durante o programa de seguimento aos hipertensos e diabéticos foram realizadas palestras pela psicóloga encaminhadas neste fim e o grupo de tabagismo que funciona no município.

Em relação aos diabéticos, no primeiro mês de trabalho o numero de diabéticos com orientação sobre o tabagismo foi de 40 (100%) diabéticos residentes na área e acompanhados pela unidade de saúde, no segundo mês o número foi de 57 (100%) e no terceiro mês de 80 (100%). Conseguimos durante as visitas domiciliares orientar os usuários tabagistas sobre a importância de abandonar o

hábito, também durante as consultas médicas sempre fazemos as orientações precisas referentes a este tema

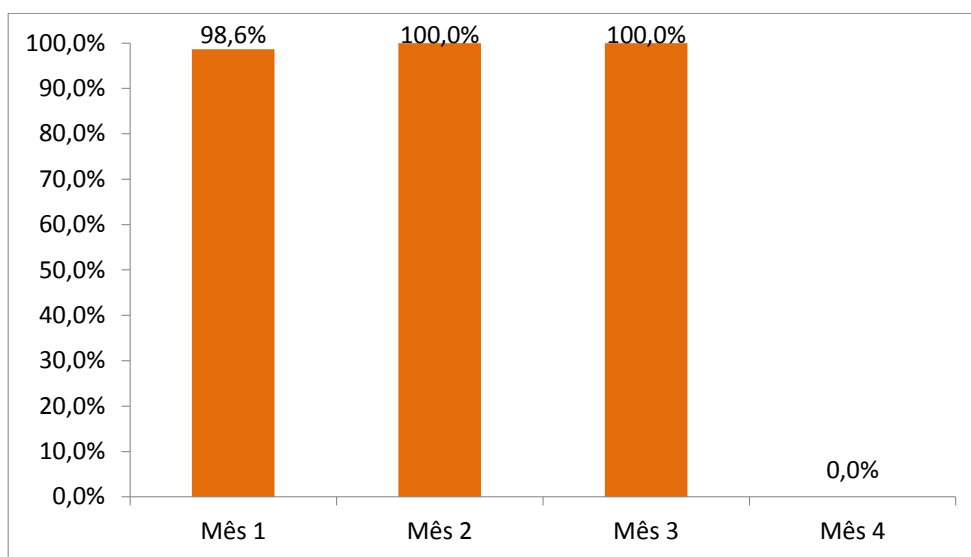


Figura 18: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos de tabagismo na ESF Vila Assis, Fontoura Xavier/RS, 2015.

Meta-6.4. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados.

Indicador. Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Foi proposto garantir orientação sobre higiene bucal ao 100 % dos pacientes hipertensos e diabéticos “, durante o primeiro mês de trabalho o numero de hipertensos que receberam orientação sobre como ter uma adequada higiene bucal foi de 72 hipertensos de 73 usuários hipertensos residentes na área e com acompanhamento na UBS perfazendo (98.6%), no segundo mês o número foi de 116 (100%) e no terceiro mês foram 185 pacientes hipertensos (100%) conforme consta na figura 23. Conseguimos durante as visitas domiciliares orientar os usuários sobre a importância de ter uma adequada higiene bucal, como escovar os dentes, frequência da higienização bucal, orientamos sobre o atendimento odontológico e forma de organização das consultas e horário de atendimento. E sobre os perigos de contrair câncer bucal.

Em relação aos diabéticos, no primeiro mês de trabalho o numero de diabéticos com orientação sobre como ter uma adequada higiene bucal foi 40 (100%) diabéticos residentes na área e acompanhados na unidade, no segundo mês

57 diabéticos (100%) e no terceiro mês foram 80 (100%). Conseguimos durante as visitas domiciliares orientar os diabéticos sobre a importância de ter uma adequada higiene bucal, a forma correta de escovação, frequência, orientações quanto ao horário do atendimento odontológico, para isto sempre tivemos a ajuda de toda a equipe de trabalho.

4.2 Discussão

A intervenção que recém foi culminada propiciou grandes vantagens e mudanças na dinâmica de trabalho de nossa unidade, foi um projeto que elevou a qualidade dos serviços oferecidos dentro do SUS e da atenção primária. Contribuiu a elevar a qualificação dos profissionais desde o ponto de vista técnico-profissional e elevou a experiência sobre a atuação neste nível de atendimento. Incrementou a organização dos registros e cadastros dos usuários com hipertensão e diabetes dentro e fora da unidade, pois foram atualizados igualmente os registros dos agentes comunitários de saúde e os prontuários da unidade. Conseguiu-se atualizar os exames clínicos e laboratoriais que se encontravam desatualizados. Conseguiu-se oferecer nas próprias comunidades múltiplas orientações de promoção e prevenção em saúde, foram criados grupos de luta contra o tabaco e grupos para fomentar a atividade física. Outro dos benefícios da intervenção para a comunidade foi a avaliação bucal aos usuários participantes da intervenção.

A principal e mais importante meta alcançada foi a ampliação da cobertura destas usuárias na unidade, que foi incrementada de forma substancial. Ao final não se conseguiu atingir totalmente a meta, mas considerando a redução do tempo da intervenção, apresentamos bons resultados. Outras atividades foram aprimoradas na unidade, como avaliação física e laboratorial integral, avaliação do risco cardiovascular, detecção precoce de agravos e de outras doenças intercorrentes. Foi otimizado os serviços oferecidos pela farmácia popular, garantindo que os usuários receberam os medicamentos adequados em cada caso.

A intervenção requereu a capacitação de todos os integrantes da equipe para conseguir elevar a qualidade dos atendimentos, das atividades de promoção e prevenção e de engajamento público, o que significou um aspecto muito positivo

para todos. Para nosso serviço foi de grande melhoria a adaptação ao sistema de agendamentos para estes usuários, mesmo que não conseguimos muito sucesso sim ajudou para poder lidar com a demanda espontânea. O impacto sobre a comunidade foi muito favorável pois se sentiu valorizada, em algumas nunca tinha ido um médico. Se oferecerem temas que precisavam conhecer para conseguir um melhor controle destas doenças.

Precisamos continuar realizando as ações para alcançar as metas propostas, mantendo o interesse de elevar a qualidade dos serviços e ampliar a universalidade da assistência e acessibilidade das usuárias. Acreditamos que a inclusão de outros temas nas de educação em saúde, estimulará o desenvolvimento das ações implementadas com a intervenção, tornando as atividades mais dinâmicas e permitindo a equipe aplicar novas ideias, adequando a realidade de cada região.

A intervenção já está incorporada a rotina do serviço. No entanto, precisamos discutir juntamente com a comunidade e gestores, estratégias para adesão da comunidade ao programa. Bem como intensificar as ações para sensibilizar a equipe, quanto à importância de todos os membros participarem da intervenção para que mais usuários sejam beneficiados com o programa. E desta forma, tomando este projeto como exemplo, possamos implementar o programa de saúde de Idoso, Pré-natal e Puerpério, Puericultura assim como Saúde bucal. Programas estes também necessitados de intervenção na UBS.

5 Relatório da intervenção para gestores.

Prezado Gestor Secretário da Saúde do município de Fontoura Xavier/RS

Por meio deste relatório, quis trazer para conhecimento da gestão local de saúde do município de Fontoura Xavier/RS os principais resultados obtidos com a intervenção promovida pela UNASUS e em parceria com a UFPEL realizada na unidade de Villa Assis, Fontoura Xavier/RS. O objetivo principal da intervenção foi melhorar a atenção prestada aos pacientes com hipertensão e diabetes com 20 anos ou mais da área de abrangência da unidade, uma vez que uma das principais limitações identificadas em nossa unidade de saúde foi à carência de ações especificamente para essa população.

Após três meses, tivemos ótimos resultados com o desenvolvimento do nosso projeto de intervenção voltado para hipertensos e diabéticos, resultados estes que mostram claramente a melhoria da qualidade do atendimento aos usuários da UBS. Nesse contexto, o apoio da gestão local foi extremamente importante para o desenvolvimento desse projeto.

Dentre dos resultados obtidos está o cadastrado de 185 usuários hipertensos (52%) e 88 usuários diabéticos (90,9%), todos eles receberam atendimentos clínicos, foram realizados exames laboratoriais a mais de 70 % destes usuários, todos os usuários foram aderidos ao programa da farmácia popular (100%), receberam atendimento odontológico mas de 90 % dos usuários com HTA e diabetes, se realizou busca ativa a usuários faltosos a consultas a traves de visitas domiciliares, receberam orientação sobre tabagismo, alimentação saudável, pratica de exercícios físicos e saúde bucal por meio das palestras e as atividades de grupo e orientações individuais.

Nesse período, fizemos capacitação de toda a equipe de profissionais da UBS para a realização das atividades desenvolvidas no âmbito da intervenção conforme os protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde. Implantamos na unidade uma ficha espelho que permite o registro adequado de todos os dados necessários para o acompanhamento e monitoramento da situação de saúde de cada paciente. Foram cadastrados e acompanhados 185 usuários com hipertensão (52%) e 88 usuários com diabetes (90,9%). Todos receberam atendimento clínico, , garantimos a realização de exames laboratoriais necessários, reorganizamos a nossa agenda a fim de dar prioridade de atendimento para hipertensos e diabéticos identificados como de risco, desenvolvemos atividades educativas de promoção da saúde com a discussão de temas como alimentação saudável, prática de atividade física regular, abandono do tabagismo em encontros com a comunidade, também fizemos busca ativa de usuários faltosos e visitas domiciliares ao paciente que não podem se deslocar até a unidade de saúde.

Com as atividades desenvolvidas introduzimos na população alvo a importância da realização de acompanhamento periódico e completo na unidade, mudanças no modo e estilo de vida e trabalhamos para melhorar a qualidade de vida da população evitando ou retardando as complicações crônicas mais frequentes. Atingimos nosso objetivo e conseguimos manter a motivação da equipe e incluir as atividades desenvolvidas na intervenção como rotina de trabalho de nossa UBS.

A intervenção foi essencial para elevar a qualificação técnica e profissional da equipe na sua totalidade, permitindo que os profissionais participassem de palestras sobre os diferentes temas que seriam desenvolvidos nas diferentes ações a realizar. Elevou a capacidade da equipe para se adaptar a situações diferentes, permitiu a adoção de dinâmicas mais acordes às desenvolvidas na atenção primária de saúde, com a aplicação de um programa de agendamento e organização frente à grande demanda espontânea da unidade.

É importante destacar que apesar do sucesso das ações de qualificação, ainda temos muitas pessoas com hipertensão e diabetes que estão sem acompanhamento na unidade e precisam ser acompanhadas pela equipe de profissionais da UBS. Por isso, esperamos poder continuar contando com o apoio dos gestores do município para dar continuidade na qualificação da atenção não

somente dos nossos usuários hipertensos e diabéticos como também do restante da comunidade que procura nosso serviço.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Ao conselho de moradores e as lideranças comunitárias.

Na UBS situada na comunidade de Vila Assis foi feita uma intervenção de 3 meses com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão e diabetes. Esta é parte de um projeto para melhorar a qualificação técnica e profissional da equipe que se encontra fazendo os atendimentos destes pacientes.

Além deste benefício para os profissionais envolvidos, trouxe uma melhora na dinâmica dos atendimentos na unidade, começando a resgatar pacientes que se encontravam sem acompanhamento, com mau controle da sua doença e sem as orientações pertinentes sobre nutrição, exercício físico, tabagismo, saúde bucal, além de fazer uma atualização dos cadastros na farmácia popular. Outros dos benefícios gerados desta intervenção, foi que todos os pacientes conseguiram fazer exames de laboratório e exame físico para avaliação de intercorrências e risco cardiovascular geral.

Como parte destas ações sobre a saúde destes usuários foi incluído a avaliação da saúde bucal, trazendo uma grande oportunidade para pesquisar nestes pacientes, câncer bucal e doenças afimem comuns para usuários com doenças crônicas especialmente em idosos.

Com esta intervenção não só foram atendidos usuários de forma individual, também a comunidade teve participação nas atividades coletivas realizadas nas diferentes comunidades para falar dos diferentes temas de interesse na promoção e prevenção de doenças. Também se deu a possibilidade de participar no grupo de tabagismo para todos os usuários hipertensos e diabéticos que queriam parar de fumar, contribuindo desta forma muito positivamente na satisfação da população sobre os serviços oferecidos pela equipe. Também foram aumentadas e melhoradas

as visitas no domicílio fundamentalmente para pacientes que se encontravam acamadas, idosas, deficientes ou que moravam longe da unidade.

Alcançamos uma cobertura para usuários com hipertensão de 185 (52 %) e para usuários com diabetes de 80(90.0%)o que significa que o trabalho poderia ser melhor sim a equipe tivesse o apoio da comunidade para dar continuidade às atividades de grupos, simplesmente participando nelas, incentivando e criando espaços para desenvolver as mesmas, levando os problemas de saúde da comunidade aos conselhos locais e municipais da saúde, esta é a hora de fortalecer nossa aliança para que a atenção da saúde de nossa UBS seja cada vez melhor.

A intervenção conseguiu elevar a qualidade da atenção destes usuários e melhorou o funcionamento da UBS e da equipe, consolidando as inter-relações entre os diferentes profissionais, não deixando os tratamentos destes pacientes para um profissional só e sim para uma equipe de profissionais. Com este projeto se tem em mente ampliar estas experiências para outros usuários da UBS e da comunidade aperfeiçoando nosso trabalho para continuar oferecendo uma atenção de qualidade que o nosso objetivo principal.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Para mim o curso de especialização em Medicina da Família e Comunidade no Brasil, antes de tudo foi uma experiência inédita, pois nunca havia realizado um curso de especialização à distância, estava habituada com um sistema de aprendizagem através de conferências e avaliações com a presença de professores e em aulas com turmas de 30 estudantes. Acredito que esse foi o maior desafio, junto com o domínio do idioma que ainda estou me familiarizando.

Ao princípio do curso, eu tinha muita expectativa em relação aos resultados que obteria junto à equipe de trabalho, sobre as informações do serviço compartilhadas pela equipe, e quanto a resolução das dificuldades encontradas no cotidiano. Porém todas foram cumpridas satisfatoriamente com o engajamento da equipe, os gestores de saúde e as comunidades em relação ao projeto de intervenção, com o trabalho em conjunto, com planejamento, organização e controle das ações. As quais o curso, providenciou e aperfeiçoou obtendo habilidades e conhecimentos que serão utilizados na atenção a saúde da população, sobretudo na melhoria da saúde dos usuários com hipertensão e diabetes.

Do ponto de vista pessoal e profissional os conhecimentos obtidos no desenvolvimento do curso foram e serão ferramentas essenciais, para que minha atuação na saúde primária tenha a qualidade que o povo brasileiro e qualquer usuário têm direito a receber. Este curso foi minha primeira experiência de aprendizagem a distância mediante ambiente virtual e grande é minha satisfação na aprendizagem adquirida. Deu-me a liberdade de fazer minhas tarefas em qualquer lugar e horário, facilitou o estudo e comprovou meus conhecimentos através de casos interativos da prática clínica, com a realização dos TQC, que possibilitou reconhecer os temas para revisão, direcionando meus estudos, afim de auxiliar meu aperfeiçoamento profissional. As ferramentas do sistema também possibilitaram o

intercâmbio de conhecimentos com outros colegas e professores, os quais me identificaram com outras situações e realidades distintas. E desta forma fortaleceu também o aperfeiçoamento no idioma.

Por meio deste, sinto-me mais preparada profissionalmente, pois a experiência vivenciada, de tão grande responsabilidade, de implementar um programa de atendimento para um grupo específico dentro da comunidade, como as ações de promoção e prevenção da saúde exercem um papel fundamental dentro da educação em saúde, assim como tentar contribuir na mudança de visão da população quanto ao processo saúde-enfermidade, enriqueceu-me profissionalmente.

Sendo esta a aprendizagem mais relevante do curso, implementar as linhas programáticas, de acordo com os protocolos preconizados pelo ministério de saúde para o acompanhamento dos diferentes grupos vulneráveis da população, levar adiante os programas de atendimento destes grupos específicos. Como ocorreu na Atenção à Saúde dos usuários com HAS e DIABETES, o estabelecimento do sistema de registro e consultas agendadas que melhorou a demanda espontânea, oferecendo maiores oportunidades de atendimento a população; e contribuiu com a adesão da equipe de trabalho mediante as diferentes capacitações e treinamentos providenciados pelo curso.

Outro importante ganho proveniente do curso foi fortalecimento na comunicação e relacionamento entre colegas e profissionais da unidade de saúde, com a comunidade, e com os gestores municipais de saúde. Agora contamos com uma equipe mais qualificada e estimulada contribuindo na melhoria do atendimento a saúde da população.

Referências

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

BRASIL. 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.

Apêndices

Apêndice A – Registro fotográfico da intervenção





Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante