

**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 aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Vila Flor, Vila Flor/RN**

Allan Pavel Medel Aleman

Pelotas, 2015

Allan Pavel Medel Aleman

**Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Vila Flor, Vila Flor/RN**

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: Sérgio Vinícius Cardoso de Miranda

Pelotas, 2015

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

A367m Aleman, Allan Pavel Medel

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Vila Flor, Vila Flor/RN / Allan Pavel Medel Aleman; Sérgio Vinícius Cardoso de Miranda, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

100 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. Miranda, Sérgio Vinícius Cardoso de, orient II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico esse trabalho primeiramente a Deus, minha família, minha equipe de ESF, meu orientador e a todos os amigos que me apoiaram durante essa etapa.

Agradecimentos

A Deus;

A minha família;

Ao meu orientador;

A minha equipe de ESF;

A comunidade da UBS Vila Flor;

Aos gestores de saúde;

Aos amigos;

Obrigado!

Resumo

ALEMAN, Allan Pavel Medel. **Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes, UBS Vila Flor, Vila Flor/RN.** 2015. 98f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus, constituem os principais fatores de risco populacional para as doenças cardiovasculares, motivo pelo qual constituem agravos de saúde pública. O manejo dessas doenças deve ser realizado dentro de um sistema hierarquizado de saúde, sendo sua base o nível primário de atendimento. A equipe de Saúde da Família possui um papel fundamental neste processo, fazendo o levantamento epidemiológico e propondo medidas preventivas, de controle e tratamento. Com uma prevalência alta em nossa Unidade Básica de Saúde e no município de Vila Flor – Rio Grande do Norte, consideramos importante realizar uma intervenção sobre esta ação programática, com o objetivo geral de melhorar a atenção aos usuários portadores destas doenças. O projeto foi desenvolvido através de ações que propiciaram um aumento da cobertura de atendimentos aos usuários, melhorando os indicadores de qualidade e garantindo os princípios do Sistema Único de Saúde. A intervenção foi focalizada nos hipertensos e diabéticos de 20 anos ou mais da população da área de abrangência, desenvolvida durante 12 semanas. Foi realizado o cadastramento desses usuários através da ficha-espelho, atendimentos clínicos, consultas médicas e grupos de promoção à saúde. Foram cadastrados 172 hipertensos (67,7%) e 57 diabéticos (100%). Todos os indicadores de qualidade tiveram resultados satisfatórios, com 100%, e a intervenção já está sendo incorporada à rotina da equipe de saúde da família e do serviço de saúde, através da organização do processo de trabalho e do monitoramento dos dados, visando a melhoria da qualidade de vida da população de Vila Flor.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Vila Flor, Vila Flor/RN, 2015.	66
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Vila Flor, Vila Flor/RN, 2015.	67
Figura 3	Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com protocolo na unidade de saúde Vila Flor, Vila Flor/RN, 2015.	68
Figura 4	Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Vila Flor, Vila Flor/RN, 2015.	68
Figura 5	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde de Vila Flor, Vila Flor/RN, 2015.	69
Figura 6	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Vila Flor, Vila Flor/RN, 2015.	70
Figura 7	Indicadores de cobertura de Diabéticos e Hipertensos Vila Flor/RN 2015.	82
Figura 8	Indicadores de qualidade de Diabéticos e Hipertensos Vila Flor/RN 2015	82
Figura 9	Fotografia Reunião da equipe multidisciplinar de Saúde da UBS para o início das atividades.	89
Figura 10	Fotografia Grupo Hiperdia na UBS/ESF Vila Flor - Integração da equipe com os usuários.	89
Figura 11	Fotografia Palestra sobre o projeto de intervenção com a comunidade.	90
Figura 12	Fotografia Atividade de Educação em Saúde realizada pelo Médico com os hipertensos e diabéticos do território.	90
Figura 13	Fotografia Mensuração da Pressão Arterial.	91
Figura 14	Fotografia Mensuração da Glicemia Capilar.	91
Figura 15	Fotografia Reunião da equipe da ESF para o planejamento das atividades e monitoramento dos dados.	92

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
ASB	Auxiliar em Saúde Bucal
CAP	Caderno de Ações Programáticas
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia da Saúde da Família
EPS	Educação Permanente em Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Grupo de Hipertensos e Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PCD	Planilha de Coleta dos Dados
PA	Pressão Arterial
RN	Rio Grande do Norte
SB	Saúde Bucal
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Unidade Universidade Aberta do SUS Básica de Saúde
VD	Visita Domiciliar

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	19
2 Análise Estratégica	21
2.1 Justificativa	21
2.2 Objetivos e metas	22
2.2.1 Objetivo geral	22
2.2.2 Objetivos específicos e metas	22
2.3 Metodologia	24
2.3.1 Detalhamento das ações	24
2.3.2 Indicadores	52
2.3.3 Logística	58
2.3.4 Cronograma.....	61
3 Relatório da Intervenção.....	63
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	63
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	65
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	65
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	65
4 Avaliação da intervenção.....	66
4.1 Resultados.....	66
4.2 Discussão	78
5 Relatório da intervenção para gestores	81
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	84
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	86
Referências	87
Apêndices.....	88
Anexos.....	93

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de especialização em Saúde da Família – Modalidade de Ensino a Distância, promovido pela Universidade Federal de Pelotas – UFPel. Foi realizada uma intervenção que objetivou melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde Vila Flor, no município de Vila Flor/RN.

O volume está organizado em sete capítulos. No primeiro capítulo apresenta a Análise Situacional, com a observação do município, território, estrutura física da unidade de saúde e o processo de trabalho da equipe de saúde da família. No segundo capítulo apresento a Análise Estratégica, através da elaboração do Projeto de Intervenção, que foi implantado na prática diária da equipe, com a realização das ações durante 12 semanas.

No terceiro capítulo apresenta o relatório da intervenção, com a descrição das ações previstas e desenvolvidas, as que não foram desenvolvidas e os motivos, os aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados e a viabilidade da incorporação das ações à rotina da equipe. No quarto capítulo encontra-se a avaliação da intervenção, com a apresentação dos gráficos correspondentes aos indicadores de saúde trabalhados, os resultados encontrados e uma discussão sobre as ações desenvolvidas.

No quinto capítulo apresenta o relatório da intervenção para gestores, no sexto capítulo o relatório da intervenção para a comunidade e no sétimo capítulo a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem durante o curso de especialização, seguindo das Referências bibliográficas utilizadas, Apêndices e Anexos. O curso de especialização teve seu início no mês junho de 2014 e sua finalização ocorreu no mês de setembro de 2015.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Vila Flor é um município brasileiro situado no estado do Rio Grande do Norte. Pertencente à Microrregião do Litoral Sul e à Mesorregião do Leste Potiguar, localiza-se a sul da capital do estado, distando desta 76 km. Ocupa uma área de 47,656 km², sendo que 0,3682 km² estão em perímetro urbano, e sua população foi estimada censo de 2011 com 2.898 habitantes (IBGE, 2011).

A sede do município tem uma temperatura média anual de 25,6°C e na vegetação do município predominam a floresta subperenifólia e os tabuleiros litorâneos. Com uma taxa de urbanização de 96,94% (IBGE, 2011), o município conta com apenas dois estabelecimentos de saúde. O seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,639, considerando como médio de acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Flor, está situada na zona urbana, com uma estrutura física adequada para o acolhimento e atendimento aos usuários e equipe. A população da área adstrita é de 2.898 habitantes, destes 254 são hipertensos e 57 diabéticos.

A equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) está composta por: um Médico do Programa Mais Médicos, um enfermeiro, um cirurgião dentista, uma técnica de enfermagem, um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um técnico de enfermagem responsável pela farmácia, um técnico de enfermagem responsável pela sala de vacina, uma recepcionista, uma auxiliar de serviços gerais e um vigia.

Durante as atividades na equipe de saúde, identificamos como principais problemas de saúde na comunidade de Vila Flor, as doenças não transmissíveis

como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), além de infecções respiratórias, Dengue e outros fatores de risco como: alcoolismo, excesso no consumo de sal, gorduras e dependência de drogas psicotrópicas.

O atendimento na UBS vem sendo desenvolvido apenas por livre demanda, com poucas ações programadas. As atividades agendadas estão relacionadas principalmente as consultas de pré-natal e exame preventivo, e nas outras ações programáticas com o atendimento aos hipertensos, diabéticos, idosos, crianças, ainda não realizamos o agendamento das consultas.

A equipe atende na UBS e realiza Visitas Domiciliares (VD) para as famílias, principalmente para os idosos, com dificuldade de locomoção ou acamados. A principal função dos ACS é a realização permanente de VD e o cadastro e acompanhamento das famílias de suas micro áreas.

O médico e enfermeiro, além da equipe de Saúde Bucal (SB) realizam a maioria de suas funções na UBS, através de consultas clínicas e procedimentos. As atividades de educação em saúde e reunião de equipe ainda estão sendo organizadas, pois não tem periodicidade de ocorrência.

Na questão da coleta e monitoramento dos dados, percebemos que muitos registros feitos nos prontuários estão desatualizados e não possuímos um controle eficaz das ações que são realizadas e dos seus resultados. Os protocolos de atenção à saúde do Ministério da Saúde (MS) na maioria não estão presentes na UBS, o que dificulta a padronização das condutas.

Como fatores facilitadores para o trabalho na UBS, destaca-se o comprometimento de todos os profissionais de saúde, com um trabalho integrado, visando à melhoria da qualidade de vida dos usuários, além do apoio da comunidade de Vila Flor para a equipe e da gestão municipal de saúde, que sempre está escutando as demandas de melhorias da UBS.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O Município de Vila Flor está localizado na Mesorregião Leste e na Microrregião do Litoral Sul do estado do Rio Grande do Norte. É limitado pelos municípios de Canguaretama, Tibau do Sul, Baía Formosa. Vila Flor foi emancipado de Canguaretama na década de 1960. Seu nome atual foi dado no século XVIII,

quando foi elevado à categoria de vila, em homenagem a uma vila portuguesa de mesmo nome.

Em 1892, passou à condição de distrito e, em 1940, o nome desse distrito foi alterado simplesmente para Flor, voltando à sua denominação original apenas oito anos depois. Somente quinze anos mais tarde, o distrito passou à condição de município. Atualmente, Vila Flor é formada apenas pelo distrito-sede. A população de Vila Flor é de 2.898 habitantes, com a maioria da população concentrada principalmente na área urbana. Importante ressaltar que no território não existe população ribeirinha, indígena, remanescente de quilombo, privada de liberdade, em assentamento ou situação de rua.

Na área da saúde, o município possui uma UBS que é composta pelas equipes de Atenção Básica: ESF, SB e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Todas as atividades e ações direcionadas a população estão definidas de acordo com o mapeamento do território. O município possui um hospital que oferece serviços de pronto socorro (urgência e emergência) e serviços de consultas especializadas nas áreas de pediatria, ginecologia, dermatologia, psiquiatria, cardiologia e pequenas cirurgias. É oferecido o serviço laboratorial clínico para a realização dos exames solicitados e exames complementares, que são realizados via convênios e contratos. Não possuímos o Centro de Especialidades Odontológicas.

Realizo atendimento na UBS Vila Flor, situada na zona urbana, com uma equipe de saúde da família composta por: um Médico Clínico Geral, sendo este do Programa Mais Médicos, um enfermeiro, um cirurgião dentista que executa atenção básica em saúde bucal, um técnica de enfermagem, um ASB, sete ACS, um técnico de enfermagem que é responsável pela farmácia, um técnico de enfermagem que é responsável pelo setor de vacinação, um recepcionista, um Auxiliar de Serviços Gerais e um vigia. É importante ressaltar que profissionais da UBS participam de curso de atualização e aperfeiçoamento profissional mediante parceria com secretaria estadual de saúde. Na UBS não existe vínculo com instituição de ensino.

No que concerne à estrutura física, a UBS possui: uma sala de recepção, uma sala de espera com capacidade aproximadamente de 20 pessoas, três salas de atendimentos especializados (médico, odontológico e enfermagem) bem equipadas, uma sala de procedimentos, uma farmácia, uma sala dos ACS, almoxarifado, uma

cozinha, dois banheiros (um feminino e um masculino) adaptados, rampa de acesso com barras de seguranças.

Constatamos em relação aos espaços físicos a unidade básica de saúde, que os mesmos correspondem às expectativas e demandas da equipe. Porém o espaço da sala de procedimento é pequeno para a realização de alguns procedimentos, entre eles os curativos. Outro aspecto que merece destaque refere-se aos armazenamentos dos lixos (lixos hospitalar contaminados e resíduos sólidos não contaminados), sendo estes coletados na UBS de acordo com suas especificidades em lixeira com tampa e posteriormente é direcionada para a Unidade Hospitalar Municipal.

Os resíduos sólidos contaminados são coletados semanalmente por uma empresa especializada que possui contrato com o município. Em relação aos resíduos sólidos não contaminados, os mesmos são coletados pelos serviços urbanos de limpeza municipal, sendo estas coletas realizadas duas vezes na semana.

Uma das deficiências detectadas na estrutura física foi o pequeno espaço da sala de procedimentos, o que dificulta a realização de alguns curativos para melhorar esta deficiência agente faz os curativos na sala de procedimentos do hospital.

Em relação às atribuições dos membros da equipe da saúde da família podemos enumerar: O médico atende a todos os integrantes de cada família, independente de sexo e idade, desenvolvendo com os demais integrantes da equipe, ações preventivas e de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida da população; o enfermeiro assiste às pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem e a técnica de enfermagem realiza procedimentos de enfermagem na UBS, no domicílio e executa ações de orientação sanitária.

Os ACS são responsáveis pela ligação entre as famílias e o serviço de saúde, visitando cada domicílio de acordo com as necessidades e demandas; realiza o mapeamento de cada área, o cadastramento das famílias e estimula a comunidade para práticas que proporcionem melhores condições de saúde e de vida. O dentista executa atenção básica SB, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais, realizando diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em SB. É importante

ressaltar a equipe de saúde realiza VD semanalmente. A equipe não tem limitação alguma para a execução das suas funções e atribuições.

O trabalho em equipe tem uma grande importância, pois constitui uma forma de trabalho na qual a comunicação entre os profissionais deve fazer parte da prática diária. Em nossa ESF é realizada uma avaliação da situação que afete a saúde da população em particular, e escuta possíveis estratégias para melhorar a situação, ouvindo cada membro da equipe e ao final é realizado um planejamento das ações, organização o trabalho (atuação sincronizada de todos os integrantes da equipe). O que facilita a atenção e melhoria da qualidade da atenção ofertada para a população.

O número de habitantes na área adstrita é de 2.898 pessoas, distribuídos por idades e sexo da seguinte maneira:

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
Menores de 1 ano	26	29	55
De 1 a 4 anos	94	72	166
De 5 a 14 anos	327	273	600
De 15 a 59 anos	946	959	1905
De 60 e mais anos	127	135	262
Total	1520	1468	2898

Fonte: IBGE, Censo demográfico 2011.

Constatamos que a adequação do tamanho do serviço (estrutura e equipe) atende as necessidades da população e promove os serviços designados; seguindo assim o que está previsto para cada equipe de Saúde da Família, de acordo com as normas MS, que deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas de uma determinada área, que passam a ter corresponsabilidade no cuidado com a saúde.

Os atendimentos na UBS são oriundos de demanda espontânea, encaminhamentos e visitas domiciliares, sendo os mesmos atendidos de acordo com as necessidades dos usuários. Ao procurar a unidade o usuário é atendido pela recepcionista e posteriormente encaminhado aos demais profissionais da unidade (médico, enfermeiro, dentista e demais profissionais).

É importante ressaltar a importância da escuta na recepção para obter êxito nos futuros encaminhamento aos serviços ofertados na unidade. Entre os pontos positivos podemos elencar que todos os usuários que procuram a UBS via demanda espontânea, são atendidos, no entanto, é importante ressaltar que os usuários com doenças agudas são atendidas pelo médico e enfermeiro no momento da procura e

os demais que não apresentam doenças agudas são orientados e encaminhados para retornar a unidade de saúde posteriormente.

A equipe realiza atenção à demanda agendada destes usuários sempre que no momento da chegada a UBS não tenham alguma doença aguda, é feito pela técnica de enfermagem e recepcionista, com objetivo de avaliar a queixa destes usuários o mais rápido possível, geralmente e agendada para o outro dia da procura.

Em relação à Saúde das Crianças, possuímos 221 crianças na faixa etária de 0 a 72 meses, cadastradas e acompanhadas pela equipe. São realizados os seguintes procedimentos: Diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral; problemas de saúde bucal; saúde mental; Imunizações; Prevenção de anemia; Prevenção de violência; Promoção do aleitamento materno; Promoção de hábitos alimentares saudáveis; Promoção da saúde bucal; Promoção da saúde mental e Teste do Pezinho. De acordo com os dados informados pelo Caderno de Ações Programáticas (CAP), a cobertura em saúde da criança na UBS Vila Flor é de 100%.

É importante ressaltar que todos os atendimentos direcionados as crianças de 0 a 72 meses são estruturados e programados de acordo com as recomendações do MS, no entanto não temos no município um registro específico das ações direcionadas as crianças, o que dificulta o monitoramento regular das ações implementadas.

Entre os pontos positivos podemos elencar: a participação e assiduidade dos pais nos atendimentos; o desenvolvimento de atividade de educação em saúde aleitamento, importância da vacina, riscos de acidentes no domicílio, importância da higiene bucal, alimentação saudável, importância da consulta de puericultura para avaliar o crescimento e desenvolvimento. Estas ações são realizadas na UBS pelo médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, dentista, ASB e sempre com participação dos ACS.

Entre os pontos negativos estão à falta do registro específico para o monitoramento dos dados, no entanto estamos levantando estratégias para sanar essas deficiências e assim teremos um melhor planejamento das ações, atividades e monitoramento dos serviços ofertados pela UBS para as crianças de 0 a 72 meses. A adesão da população as ações de saúde da criança é boa, e tem participação de forma ativa dos profissionais da ESF.

Em relação ao Pré-natal atualmente atendemos 34 gestantes as quais recebem os seguintes atendimentos: Diagnóstico e tratamento de problemas clínicos

em geral, Diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal; Diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental; Controle dos cânceres do colo de útero e mama; imunizações, planejamento familiar; promoção do aleitamento materno; promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção de atividade física, promoção da saúde bucal e promoção da saúde mental.

Todas as gestantes estão cadastradas e em acompanhamento nos sistemas de informação disponibilizados pelo MS. Em cada consulta o médico e enfermeiro realizam o preenchimento no cartão e prontuário da gestante dos dados da anamnese e exame físico, além dos resultados de exames realizados, a suplementação de vitaminas como sulfato ferroso e ácido fólico, para a prevenção de anemia. A cobertura dessa ação no CAP está em 100%.

É importante ressaltar que todas as atividades seguem os protocolos e manuais e manuais técnicos, sendo as mesmas programadas contando sempre com a participação dos profissionais da UBS. Entre os pontos positivos podemos elencar a participação das gestantes nas consultas de pré-natal e no grupo de gestantes FLORESCER¹.

As atividades do grupo são realizadas uma vez no mês, tendo como objetivo discutir sobre período gestacional com as gestantes do Município de Vila Flor e promovendo assim a melhoria da qualidade de vida. Entre os pontos negativos estão à demora no agendamento e no recebimento dos exames solicitados dificultando assim a avaliação das gestantes. Para a atenção ao puerpério, os dados do CAP indicam que a UBS Vila Flor possui uma cobertura de 100%.

Em relação à Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama são realizadas as seguintes ações: Diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, Controle dos cânceres do colo de útero e mama, realização de exames preventivos; promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção de atividade física; orientação sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool; realização de ações educativas para as mulheres reconhecerem os sinais e

¹o grupo de gestante FLORESCER, foi criado para poder contribuir e retribuir experiências nos encontros propostos pela equipe multiprofissional, sendo ela composta com Médico, Enfermeiro, Assistente Social e Psicólogo, com o intuito de orientar essas gestantes, sobre assuntos relacionados à amamentação, mudanças no corpo, ansiedade, depressão na gravidez e pós parto, o importância do pré-natal, entre outras temáticas.; o respectivo grupo visa a promoção da vida, ou seja, não só a vida que está sendo gerada, mas também a vida dessa gestante e o meio onde está inserida.

sintomas do câncer, evitar a obesidade e sedentarismo, efeitos da menopausa e risco de câncer, orientações sobre auto-exame das mamas, assim como importância do rastreamento por mamografia e exame citopatológico, e a periodicidade destes, orientação acerca do uso de preservativo com intuito de prevenir doenças sexualmente transmissíveis.

Todas as atividades e ações de a Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama são programadas e estruturadas de acordo com os manuais técnicos do MS. Em relação aos pontos positivos podemos citar: a participação das mulheres no momento que realizamos os atendimentos, consultas e nas atividades educativas propostas e a participação da equipe da UBS nessas ações desenvolvidas.

Essas atividades são planejadas para atender as mulheres nas faixas etárias preconizadas, com a participação da equipe na definição de estratégias de prevenção. Sobre os pontos negativos podemos citar: a falta de um instrumento de coleta de dados que registra a periodicidade da realização dos exames de Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama, dificultando assim conhecer quem realmente necessita de realizar os exames o planejamento de atividade de prevenção e encaminhamentos para a realização de exames complementares. Os dados do CAP indicam que para o câncer de útero a cobertura das ações da equipe está em 95% e para o câncer de mama está em 100%.

A adesão das mulheres para a realização do exame preventivo e exame clínico de mamas e boa elas procuram a orientação na UBS, onde são realizados os agendamentos para a realização do exame preventivo. A UBS não tem um registro específico para o preenchimento destas ações o que dificulta a programação e realização de exames de rastreamento com a periodicidade estabelecida nos protocolos do MS.

Em relação à atenção aos Hipertensos e Diabéticos, oferecemos os seguintes serviços: Imunizações, Diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral; problemas de saúde bucal; saúde mental; Diagnóstico e tratamento do alcoolismo, tabagismo, obesidade e sedentarismo; promoção de hábitos alimentares saudáveis e promoção de atividades físicas. São realizados todos os meses a renovação das receitas de controle e atendimento de hiperdia. A equipe tem dificuldades com a realização da estratificação do risco cardiovascular.

O registro de todas as atividades são realizados regularmente, de acordo com os manuais técnicos do MS. A partir dos registros são definidas outras intervenções tais como: Encaminhamento para atendimento nas especialidades; encaminhamento para internação hospitalar; encaminhamento para serviços de pronto atendimento. As ações de acordo com os dados do CAP para a HAS estão com 36% de cobertura e para o DM em 33%, sendo considerados baixos.

Entre os pontos positivos podemos citar a participação dos hipertensos e diabéticos; a participação da equipe ao longo do desenvolvimento das atividades previstas para prevenção, educação em saúde, orientação e promoção da qualidade de vida. Outro ponto positivo refere-se ao desenvolvimento de atividade física como a caminhada e as orientações nutricionais realizadas pela equipe do NASF.

Em relação aos pontos negativos podemos citar: a falta de um registro específico com intuito de melhorar os atendimentos, avaliar os serviços prestados, de programar a realização das consultas, da realização dos exames periódicos e avaliar a qualidade do programa. Esse instrumento é essencial para o planejamento, implementação, monitoramento e avaliação do programa destinados aos hipertensos e diabéticos.

A adesão dos hipertensos e diabéticos às ações do hiperdia é considerada ruim, com a dificuldade do controle da pressão arterial e glicemia. Muitos usuários são faltosos às atividades realizadas, não fazendo o uso correto e regular dos medicamentos prescritos pelo médico, apresentando crises agudas e procurando a UBS apenas nessas situações.

A equipe realiza atividades de educação em saúde com estes usuários mas não de forma sistemática. Dentro destas atividades podemos destacar a prática de exercícios físicos, alimentação saudável, importância do uso de medicamentos, sintomas e sinais das complicações das doenças cardiovasculares. Estas ações ainda são insuficientes para melhorar a qualidade de vida destes usuários, sendo necessárias medidas urgentes que visem mudanças nos seus estilos e modos de vida. Nas atividades realizadas com os hipertensos e diabéticos, participam o médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, ACS, Dentista, ASB, educador físico e nutricionista do NASF. Buscamos melhorar muito a cobertura e qualidade da atenção destes usuários.

Em relação à atenção à Saúde da Pessoa Idosa, oferecemos os seguintes serviços: Imunizações, Diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral;

Diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal; saúde mental; Diagnóstico e tratamento do alcoolismo; Diagnóstico e tratamento do sedentarismo; Diagnóstico e tratamento do tabagismo; promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção de atividade física; promoção de saúde bucal; promoção da saúde mental. A cobertura das ações de acordo com o CAP está em 81%.

Todas as atividades relacionadas à saúde da pessoa idosa são regularmente realizadas e registradas de acordo com os manuais técnicos do MS. Atualmente os pontos positivos são: participação dos idosos nos serviços e nas atividades propostas tais como atendimentos individuais, atividades coletivas como as caminhadas, reuniões; implantação e o acompanhamento da caderneta do idoso. O ponto negativo refere-se à falta de um registro por meio de um arquivo específico para os usuários com mais de 60 anos, dificultando também na avaliação da qualidade da atenção aos idosos.

A equipe realiza ações de educação em saúde com idosos como, importância de exercícios físicos e caminhadas, orientações sobre acidentes (quedas), alimentação, e nutrição saudável, importância da vacinação, orientação das complicações de algumas enfermidades como diabetes e hipertensão arterial, temos que melhorar nosso trabalho com esses usuários.

A elaboração do relatório da análise situacional possibilitou conhecer como está sendo implementada a Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080), o Sistema Único de Saúde (SUS), através da Estratégia Saúde da Família no Município de Vila Flor. A Atenção Primária a Saúde (APS) no município conta com uma estrutura que atende as necessidades e anseios da população através dos atendimentos individuais, coletivos, reuniões, visitas domiciliares; tendo uma equipe comprometida na execução e para o sucesso dos atendimentos e que tem como objetivo desenvolver atividade de prevenção, promoção e qualidade de vida para os nossos usuários; no que se refere à gestão municipal a mesma tem atendido as necessidades da unidade.

Entre os desafios que tentaremos superar refere-se melhorar a formas de registro das ações de alguns programas de atenção da saúde da família principalmente o de atenção aos Hipertensos e Diabéticos, além do de Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama, e programa a atenção aos Idosos.

A construção do respectivo relatório foi essencial para que conhecesse as reais necessidades da unidade de saúde e posteriormente construímos algumas ações e atividades para aperfeiçoar e melhorar a qualidade dos serviços propostos, entre as ações propomos a criação de um grupo multiprofissional que terá o intuito de avaliar a qualidade dos serviços prestados e propor novas estratégias, atividades e ações de prevenção, promoção e execução dos serviços prestados, promovendo assim uma sociedade mais justa e igualitária.

Os maiores desafios que a nossa equipe de saúde e UBS enfrenta são: ter uma maior cobertura da população adstrita e ofertar uma melhor qualidade dos serviços. Para isso temos que melhorar a forma de registro de todas as ações programática e assim ter um melhor planejamento e coordenação das ações. Outro grande desafio é o desenvolvimento de mudanças na forma de pensar da população, relacionado à atenção à saúde da família, onde a população está acostumada a procurar os serviços de saúde apenas nos casos agudos, esquecendo as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Os melhores recursos que a ESF tem são os profissionais engajados, integrados no trabalho na comunidade, desenvolvendo as suas funções com qualidade, sempre visando à melhoria da qualidade de vida da população de Vila Flor.

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

Em relação ao texto inicial e o Relatório da Análise Situacional, posso dizer que em relação à composição da equipe e estrutura física da UBS, estamos trabalhando de acordo com o preconizado pelos protocolos do MS, porém temos que organizar as ações programáticas e o processo de trabalho da equipe, principalmente relacionado ao monitoramento dos dados produzidos e a organização de consultas/atendimentos programados na agenda da equipe.

No tocante à atenção aos hipertensos e diabéticos, observa-se a falta de registros, a baixa cobertura, a má adesão ao tratamento, a falta de atividades de promoção em saúde desenvolvidas pela equipe, a não padronização do exame clínico e não realização da estratificação de risco. Com a realização da análise situacional a equipe passou a conhecer o território, UBS e o processo de trabalho

em saúde da família, passando a ter uma visão da necessidade da organização das suas atividades.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A HAS e o DM constituem os principais fatores de risco populacional para as doenças cardiovasculares, motivo pelo qual constituem agravos de saúde pública. Dentre as doenças cardiovasculares, o Acidente Vascular Cerebral e o Infarto Agudo do Miocárdio são as mais frequentes (MALFATTI; ASSUNÇÃO, 2011). O manejo da HAS e DM devem ser realizados dentro de um sistema hierarquizado de saúde, sendo sua base o nível primário de atendimento. A equipe de Saúde da Família possui um papel fundamental neste processo, fazendo o levantamento epidemiológico e propondo medidas preventivas, de controle e tratamento (ASSUNÇÃO; SANTOS; GIGANTE, 2001).

Com uma prevalência alta em nossa UBS e no município de Vila Flor – RN consideramos importante realizar uma intervenção sobre esta ação programática, com o objetivo de orientar de forma permanente os usuários sobre as duas doenças, incentivar mudanças no seu estilo de vida, diminuindo as complicações destas doenças e organizando o processo de trabalho da equipe de ESF. A UBS Vila Flor, está situada na zona urbana, com uma estrutura física adequada para o acolhimento e atendimento aos usuários e equipe. A população da área adstrita é de 2.898 habitantes, destes 254 são hipertensos e 57 diabéticos (IBGE, 2011).

A equipe de ESF está composta por: um Médico do Programa Mais Médicos, um enfermeiro, um cirurgião dentista, uma técnica de enfermagem, um ASB, sete ACS, um técnico de enfermagem responsável pela farmácia, um técnico de enfermagem responsável pela sala de vacina, uma recepcionista, uma auxiliar de serviços gerais e um vigia. A faixa etária prevalente dos usuários com HAS e DM está entre os > 35 anos; apresentando baixo nível educacional, econômico. Esses fatores dificultam uma melhor consciência por parte dos usuários sobre o processo

saúde-doença, assim como a instituição de ações para o seu controle e evitar as possíveis complicações.

Temos uma boa adesão dos usuários do grupo de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) nas consultas e atividades educativas programadas, porém a equipe pretende melhorar a qualidade e integralidade da atenção, através da organização do processo de trabalho e respectivamente a qualidade de vida destes usuários, já que muitos ainda não foram detectados na comunidade (diagnosticado) ou são usuários faltosos as ações programáticas do Hiperdia. A equipe estará realizando atividades de Educação Permanente em Saúde (EPS) com a temática e educação em saúde, como palestras e rodas de conversa sobre medidas de promoção da saúde, incluindo a importância de hábitos alimentares saudáveis, prática de atividades físicas.

Esta intervenção terá uma grande importância já possibilitará um maior conhecimento pela equipe de ESF e usuários sobre a abordagem da HAS e DM na APS. Com objetivos, metas, indicadores e ações a serem implementadas para o cadastro dos usuários, acompanhamento permanente, ações de educação em saúde e gestão da equipe de ESF. Será uma tarefa difícil, mas não impossível, já que temos uma equipe comprometida, participativa, que está ciente da importância das ações a serem implementadas.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na área de abrangência da UBS Vila Flor, Vila Flor/RN.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

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

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

O presente Projeto de Intervenção será desenvolvido durante três meses do ano de 2015, na UBS Vila Flor, no município de Vila Flor/RN. Participarão da intervenção usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, com 20 anos ou mais, residentes no território de atuação da equipe de ESF.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

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

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar 60% de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: Os ACS estarão realizando o cadastro dos hipertensos da área de abrangência no primeiro mês da intervenção e a enfermeira e médico estarão realizando o monitoramento desses clientes cadastrados no programa mensalmente.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.

Detalhamento: A enfermeira e o médico estarão realizando o registro dos hipertensos de acordo com a realização dos cadastros pelos ACS.

Ação: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS.

Detalhamento: A enfermeira e o médico estarão realizando no primeiro mês da intervenção uma atividade de capacitação para os profissionais da equipe visando melhorar o acolhimento dos usuários portadores de HAS.

Ação: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica na unidade de saúde.

Detalhamento: O médico e enfermeira estarão entrando em contato permanente com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Coordenação da AB para garantir mensalmente o material adequado para a mensuração da Pressão Arterial.

Engajamento Público:

Ação:

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial (PA) a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Detalhamento: Os técnicos de enfermagem e os ACS estarão realizando mensalmente atividades de EPS e Educação em Saúde sobre a existência do Programa de atenção à HAS e DM, que envolvam a comunidade, informando sobre a importância do programa a ser implantado na equipe. Serão ofertadas orientações

a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e sobre a importância de aferir a PA a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Qualificação da Prática Clínica:

Ação:

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

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

Detalhamento: A enfermeira da equipe estará criando e coordenando um programa de EPS para a equipe, abordando temas relativos à abordagem da HAS no território. No início da intervenção será realizado uma capacitação para os ACS sobre o cadastramento correto dos hipertensos. O médico estará realizando no início da intervenção uma roda de discussão com a enfermeira e técnica de enfermagem visando discutir e capacitar sobre a metodologia adequada e atualizada para verificação da PA, incluindo o uso correto do manguito.

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.

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar 60% de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Detalhamento: Os ACS estarão realizando o cadastro dos diabéticos da área de abrangência no primeiro mês da intervenção e a enfermeira e médico estarão realizando o monitoramento desses clientes cadastrados no programa.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: A enfermeira e técnica de enfermagem da equipe estarão realizando o registro dos dados dos diabéticos cadastrados no programa de forma mensal.

Ação: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes.

Detalhamento: O acolhimento desses usuários será realizado por todos os integrantes da equipe multidisciplinar da ESF e a classificação de risco para os atendimentos na UBS será realizada pela enfermeira da equipe.

Ação: Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: O médico e enfermeira estarão entrando em contato permanente com a SMS e Coordenação da AB para garantir mensalmente o material adequado para a realização do hemoglicoteste (glicosímetro, tiras, agulhas, luvas).

Engajamento Público:

Ação:

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 desenvolvimento de hipertensão e diabético

Detalhamento: Os técnicos de enfermagem e os ACS estarão realizando mensalmente atividades de EPS e Educação em Saúde sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com PA sustentada maior que 135/80mmHg. Essas atividades envolverão a comunidade, informando sobre a importância do programa a ser implantado na equipe. Serão ofertadas orientações a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Qualificação da Prática Clínica:

Ação:

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

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

Detalhamento: No início da intervenção será realizada uma capacitação pela enfermeira para os ACS sobre o cadastramento correto dos diabéticos. O médico estará realizando no início da intervenção uma roda de discussão com a enfermeira e técnica de enfermagem visando discutir e capacitar sobre a metodologia adequada e atualizada para a realização do hemoglicoteste e sobre a importância da detecção da PA sustentada maior que 135/80 mmHg.

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

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

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos.

Detalhamento: O médico e enfermeira da equipe estarão mensalmente realizando o monitoramento dos dados da realização do exame clínico apropriado dos usuários hipertensos. Devemos garantir que os 100% possam fazer os exames periódicos com o objetivo de diagnosticar as possíveis complicações. Efetivar-se o exame físico adequado aos hipertensos, para poder identificar os riscos para morbimortalidade que apresentam e monitorar o mesmo nos prontuários clínicos.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos.

Detalhamento: Aproveitar nas reuniões da equipe e debater as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de hipertensos. O médico de acordo com o Protocolo do MS estará definindo no primeiro mês da intervenção as atribuições específicas de cada membro da equipe e as atribuições gerais.

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

Detalhamento: Estabelecer a capacitação dos profissionais em cada consulta para a realização de um exame clínico apropriado.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: Realizar encontros de 15 em 15 dias para ações de EPS com todos os profissionais, abordando as temáticas relacionadas ao projeto de intervenção.

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

Detalhamento: O médico estará na primeira semana da intervenção entrando em contato com o gestor municipal de saúde para disponibilizar a versão impressa e atualizada do protocolo de HAS e DM na UBS.

Engajamento Público:

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

Detalhamento: A técnica de enfermagem e enfermeira estará mensalmente realizando palestras, consultas e visitas domiciliares para orientar os usuários e a

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

Qualificação da Prática Clínica:

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

Detalhamento: O médico estará realizando no primeiro mês da intervenção uma capacitação com a equipe sobre a realização do exame clínico apropriado para o Hipertenso.

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos.

Detalhamento: A enfermeira estará monitorando mensalmente através dos prontuários e ficha espelho a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos, identificando os riscos para morbimortalidade que apresentam e monitorar o mesmo nos prontuários clínicos.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos.

Detalhamento: Aproveitar nas reuniões da equipe e debater as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos diabéticos. O médico de acordo com o Protocolo do MS estará definindo no primeiro mês da intervenção as atribuições específicas de cada membro da equipe e as atribuições gerais.

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

Detalhamento: O médico e enfermeira estarão realizando mensalmente atividades de EPS e estabelecendo a capacitação dos profissionais para a realização de um exame clínico apropriado.

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

Detalhamento: O médico estará na primeira semana da intervenção entrando em contato com o gestor municipal de saúde para disponibilizar a versão impressa e atualizada do protocolo de HAS e DM na UBS.

Engajamento Público:

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

Detalhamento: A técnica de enfermagem e enfermeira estará mensalmente realizando palestras, consultas e visitas domiciliares para orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Qualificação da Prática Clínica:

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

Detalhamento: O médico estará realizando no primeiro mês da intervenção uma capacitação com a equipe sobre a realização do exame clínico apropriado para o Hipertenso.

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

Monitoramento e avaliação

Ação:

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

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

Detalhamento: O médico mensalmente estará monitorando através dos prontuários clínicos o número de hipertensos com exames laboratoriais realizados de acordo com o protocolo e o número de hipertensos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

Organização e gestão do serviço:

Ação:

Garantir a solicitação dos exames complementares.

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

Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: O médico na primeira semana da intervenção estará entrando em contato com o gestor municipal de saúde, informando sobre a importância dos exames complementares para o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos e garantir a solicitação e agilidade para a realização, conforme definição do protocolo do MS adotado na intervenção.

A enfermeira estará no primeiro mês da intervenção estabelecendo um sistema de alerta para os exames complementares preconizados, através de uma fita adesiva na cor laranja a ser colada nos exames solicitados aos hipertensos e diabéticos.

Engajamento Público:

Ação:

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

Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares

Detalhamento: A técnica de enfermagem mensalmente estará realizando ações de educação em saúde, orientando os usuários e a comunidade quanto à necessidade e importância da realização dos exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Qualificação da Prática Clínica:

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

Detalhamento: O médico e enfermeira durante as atividades de EPS estarão no primeiro mês da intervenção capacitando a equipe para seguir corretamente o protocolo do MS para a solicitação dos exames complementares.

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

Monitoramento e avaliação:

Ação:

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

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

Detalhamento: O médico mensalmente estará monitorando através dos prontuários clínicos o número de diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com o protocolo e o número de diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

Organização e gestão do serviço:

Ação:

Garantir a solicitação dos exames complementares.

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

Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: O médico na primeira semana da intervenção estará entrando em contato com o gestor municipal de saúde, informando sobre a importância dos exames complementares para o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos e garantir a solicitação e agilidade para a realização, conforme definição do protocolo do MS adotado na intervenção.

A enfermeira estará no primeiro mês da intervenção estabelecendo um sistema de alerta para os exames complementares preconizados, através de uma fita adesiva na cor laranja a ser colada nos exames solicitados aos hipertensos e diabéticos.

Engajamento Público:

Ação:

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

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

Detalhamento: A técnica de enfermagem mensalmente estará realizando ações de educação em saúde, orientando os usuários e a comunidade quanto à necessidade e importância da realização dos exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Qualificação da Prática Clínica:

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

Detalhamento: O médico e enfermeira durante as atividades de EPS estarão no primeiro mês da intervenção capacitando a equipe para seguir corretamente o protocolo do MS para a solicitação dos exames complementares.

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

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: A enfermeira estará mensalmente monitorando o acesso dos usuários aos medicamentos da farmácia popular/hiperdia.

Organização e gestão do serviço:

Ação:

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

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

Detalhamento: A enfermeira estará mensalmente realizando o controle de estoque de medicamentos para hipertensos e diabéticos disponíveis na UBS, inclusive a sua validade e realizando um controle e registro dos medicamentos utilizados pelos usuários do hiperdia na UBS.

Engajamento Público:

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

Detalhamento: A técnica de enfermagem estará mensalmente nas atividades de educação em saúde orientando os usuários e a comunidade quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Qualificação da Prática Clínica:

Ação:

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Capacitar os profissionais sobre o tratamento da hipertensão

Detalhamento: O médico estará realizando no segundo mês da intervenção uma capacitação para os profissionais da equipe sobre a atualização no tratamento da hipertensão e sobre o tratamento vigente de acordo com o protocolo do MS.

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

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: A enfermeira estará mensalmente monitorando o acesso dos usuários aos medicamentos da farmácia popular/hiperdia.

Organização e gestão do serviço:

Ação:

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

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

Detalhamento: A enfermeira estará mensalmente realizando o controle de estoque de medicamentos para hipertensos e diabéticos disponíveis na UBS, inclusive a sua validade e realizando um controle e registro dos medicamentos utilizados pelos usuários do hiperdia na UBS.

Engajamento Público:

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

Detalhamento: A técnica de enfermagem estará mensalmente nas atividades de educação em saúde orientando os usuários e a comunidade quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Qualificação da Prática Clínica:

Ação:

Realizar atualização do profissional no tratamento da diabetes.

Capacitar os profissionais sobre o tratamento da diabetes.

Detalhamento: O médico estará realizando no segundo mês da intervenção uma capacitação para os profissionais da equipe sobre a atualização no tratamento da hipertensão e sobre o tratamento vigente de acordo com o protocolo do MS.

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

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: A enfermeira estará mensalmente realizando o monitoramento dos hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Ação:

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

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

Detalhamento: O dentista e ASB estarão organizando na primeira semana da intervenção a agenda de atendimentos da equipe de SB para realizarem a avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

Engajamento Público:

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

Detalhamento: O médico, enfermeira, técnica de enfermagem, ACS, dentista e ASB estarão mensalmente em contato com a comunidade através de ações de educação em saúde para orientar sobre a importância de realizar a avaliação da SB, especialmente os hipertensos e diabéticos.

Qualificação da Prática Clínica:

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

Detalhamento: O dentista e a ASB no primeiro mês da intervenção estará realizando uma capacitação com a equipe com o tema SB, explicando principalmente sobre a avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

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

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: A enfermeira estará mensalmente realizando o monitoramento dos diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Organização e gestão do serviço:

Ação:

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

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

Detalhamento: O dentista e ASB estarão organizando na primeira semana da intervenção a agenda de atendimentos da equipe SB para realizarem a avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Engajamento Público:

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

Detalhamento: O médico, enfermeira, técnica de enfermagem, ACS, dentista e ASB estarão mensalmente em contato com a comunidade através de ações de educação em saúde para orientar sobre a importância de realizar a avaliação da SB, especialmente os hipertensos e diabéticos.

Qualificação da Prática Clínica:

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

Detalhamento: O dentista e a ASB no primeiro mês da intervenção estará realizando uma capacitação com a equipe com o tema SB, explicando principalmente sobre a avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

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

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

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: A enfermeira estará realizando mensalmente o monitoramento do cumprimento das consultas no hiperdia de acordo com o protocolo do MS. Os prontuários de atendimentos e fichas espelho serão consultados para esse monitoramento.

Organização e gestão do serviço:

Ação:

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

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

Detalhamento: A enfermeira mensalmente estará organizando no cronograma de atividades da equipe as VD para a busca dos faltosos, em parceria com os ACS e o médico da equipe. Serão organizadas semanalmente na agenda de atendimentos, vagas para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

Engajamento Público:

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

Detalhamento: A técnica de enfermagem estará mensalmente informando a comunidade sobre a importância de realizar as consultas do hiperdia.

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

Detalhamento: A enfermeira e médico estarão permanentemente estarão em contato com a comunidade para ouvir as estratégias sugeridas para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão, caso exista número excessivo de faltosos.

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

Detalhamento: A técnica de enfermagem estará mensalmente durante as atividades de educação em saúde esclarecendo os portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Qualificação da Prática Clínica:

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

Detalhamento: A enfermeira estará realizando no segundo mês da intervenção uma capacitação para os ACS sobre as orientações a serem

repassadas para os hipertensos sobre a importância de realizar as consultas e a sua periodicidade.

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

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: A enfermeira estará realizando mensalmente o monitoramento do cumprimento das consultas no hiperdia de acordo com o protocolo do MS. Os prontuários de atendimentos e fichas espelho serão consultados para esse monitoramento.

Organização e gestão do serviço:

Ação:

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

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

Detalhamento: A enfermeira mensalmente estará organizando no cronograma de atividades da equipe as VD para a busca dos faltosos, em parceria com os ACS e o médico da equipe. Serão organizadas semanalmente na agenda de atendimentos, vagas para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Engajamento Público:

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

Detalhamento: A técnica de enfermagem estará mensalmente informando a comunidade sobre a importância de realizar as consultas do hiperdia.

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

Detalhamento: A enfermeira e médico estarão permanentemente em contato com a comunidade para ouvir as estratégias sugeridas para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes, caso exista número excessivo de faltosos.

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

Detalhamento: A técnica de enfermagem estará mensalmente durante as atividades de educação em saúde esclarecendo os portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Qualificação da Prática Clínica:

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

Detalhamento: A enfermeira estará realizando no segundo mês da intervenção uma capacitação para os ACS sobre as orientações a serem repassadas para os diabéticos sobre a importância de realizar as consultas e a sua periodicidade.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: Atualizar 100% o registro dos hipertensos, devido à falta de arquivos, assim como a atualização dos prontuários médicos com os dados dos usuários que ficarem desatualizados, esta é uma dificuldade, mas temos a facilidade que com ajuda das agentes de saúde vamos a lograr vencer.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: A enfermeira estará mensalmente atualizando as informações sobre os hipertensos e diabéticos no SIAB.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: O médico da equipe na primeira semana da intervenção estará apresentando a ficha de acompanhamento para a equipe da ESF e implantado o instrumento para o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: O médico estará realizando na primeira semana da intervenção uma pactuação com a equipe sobre a importância do registro de todas as informações coletadas durante o atendimento dos hipertensos e diabéticos.

Todos os profissionais da equipe serão responsáveis pelo registro das informações que coletarem.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: O médico da equipe será responsável pelo monitoramento dos registros das ações realizadas com o público-alvo da intervenção.

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

Detalhamento: O médico e enfermeira no primeiro mês da intervenção estarão realizando uma organização nos arquivos e prontuários dos usuários do hiperdia. As fichas dos usuários que estão em situação de alerta, como atraso na realização de consulta de acompanhamento, exames complementares, não realização da estratificação de risco, não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença, serão mensalmente monitorados pelo médico, que separará esses prontuários em uma pasta de alerta, para identificação desses usuários.

Engajamento Público:

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

Detalhamento: A técnica de enfermagem mensalmente nas atividades de educação em saúde estará oferecendo a comunidade informações sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Os usuários também serão informados durante as atividades na UBS.

Qualificação da Prática Clínica:

Ação:

Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso.

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

Detalhamento: O médico estará no primeiro mês da intervenção estará capacitando a equipe para o preenchimento de todos os registros necessários ao

acompanhamento dos usuários do hiperdia e sobre o registro adequado de todos os procedimentos clínicos em todas as consultas e atendimentos.

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

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: Atualizar o registro dos diabéticos. Devido à falta de arquivos, assim como a atualização dos prontuários médicos com os dados dos usuários que ficarem desatualizados, esta é uma dificuldade, mas temos a facilidade que com ajuda das agentes de saúde vamos a lograr vencer.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: A enfermeira estará mensalmente atualizando as informações sobre os hipertensos e diabéticos no SIAB.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: O médico da equipe na primeira semana da intervenção estará apresentando a ficha de acompanhamento para a equipe da ESF e implantado o instrumento para o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: O médico estará realizando na primeira semana da intervenção uma pactuação com a equipe sobre a importância do registro de todas as informações coletadas durante o atendimento dos hipertensos e diabéticos. Todos os profissionais da equipe serão responsáveis pelo registro das informações que coletarem.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: O médico da equipe será responsável pelo monitoramento dos registros das ações realizadas com o público-alvo da intervenção.

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

Detalhamento: O médico e enfermeira no primeiro mês da intervenção estarão realizando uma organização nos arquivos e prontuários dos usuários do hiperdia. As fichas dos usuários que estão em situação de alerta, como atraso na realização de consulta de acompanhamento, exames complementares, não realização da estratificação de risco, não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença, serão mensalmente monitorados pelo médico, que separará esses prontuários em uma pasta de alerta, para identificação desses usuários.

Engajamento Público:

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

Detalhamento: A técnica de enfermagem mensalmente nas atividades de educação em saúde estará oferecendo a comunidade informações sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Os usuários também serão informados durante as atividades na UBS.

Qualificação da Prática Clínica:

Ação:

Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso.

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

Detalhamento: O médico estará no primeiro mês da intervenção estará capacitando a equipe para o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos usuários do hiperdia e sobre o registro adequado de todos os procedimentos clínicos em todas as consultas e atendimentos.

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.

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: O médico estará mensalmente monitorando através dos prontuários dos hipertensos o número de usuários que realizaram pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Organização e gestão do serviço:

Ação:

Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: A enfermeira estará no primeiro mês da intervenção realizando uma organização nos atendimentos da UBS, priorizando os usuários do hiperdia classificados como de alto risco. Os usuários que forem classificados como de alto risco serão agendados atendimentos clínicos com o médico em dias fixos na semana (demanda agendada) e grupos de educação em saúde mensais.

Engajamento Público:

Ação:

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

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

Detalhamento: A técnica de enfermagem estará mensalmente orientando os usuários e a comunidade nas atividades de educação em saúde quanto ao nível de risco e a importância do acompanhamento regular do estado de saúde, esclarecendo sobre a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como a alimentação).

Qualificação da Prática Clínica:

Ação:

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

Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

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

Detalhamento: O médico no segundo mês da intervenção, durante as atividades de EPS estará capacitando à equipe para realizar a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões de órgãos alvo, com foco na enfermeira e dentista da equipe. Serão abordadas também temáticas relacionadas à

importância do registro das avaliações de risco nos prontuários e ficha espelho. A enfermeira estará capacitando a equipe quanto às estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

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

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: O médico estará mensalmente monitorando através dos prontuários dos diabéticos o número de usuários que realizaram pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Organização e gestão do serviço:

Ação:

Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Organizar a agenda para o atendimento desta demanda

Detalhamento: A enfermeira estará no primeiro mês da intervenção realizando uma organização nos atendimentos da UBS, priorizando os usuários do hiperdia classificados como de alto risco. Os usuários que forem classificados como de alto risco serão agendados atendimentos clínicos com o médico em dias fixos na semana (demanda agendada) e grupos de educação em saúde mensais.

Engajamento Público:

Ação:

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

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

Detalhamento: A técnica de enfermagem estará mensalmente orientando os usuários e a comunidade nas atividades de educação em saúde quanto ao nível de risco e a importância do acompanhamento regular do estado de saúde, esclarecendo sobre a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como a alimentação).

Qualificação da Prática Clínica:

Ação:

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação do pés.

Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

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

Detalhamento: O médico no segundo mês da intervenção, durante as atividades de EPS estará capacitando a equipe para realizar a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões de órgãos alvo, em especial na avaliação dos pés dos usuários diabéticos, com foco na enfermeira e dentista da equipe. Serão abordadas também temáticas relacionadas à importância do registro das avaliações de risco nos prontuários e ficha espelho. A enfermeira estará capacitando a equipe quanto às estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

Detalhamento: A enfermeira e médico da equipe estarão avaliando mensalmente as orientações nutricionais realizadas com os hipertensos, visando à necessidade de uma readequação dos procedimentos. Em parceria com a Nutricionista do NASF estarão realizando as orientações nutricionais aos hipertensos.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: A enfermeira e o médico estarão entrando em contato com a nutricionista do NASF para organizarem as práticas coletivas sobre alimentação saudável a serem realizadas mensalmente com os usuários do hiperdia.

Engajamento Público:

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

Detalhamento: O médico, enfermeira, dentista, técnica de enfermagem e ACS estarão mensalmente realizando ações de educação em saúde com os

usuários e comunidade sobre a importância da alimentação saudável. A nutricionista do NASF estará sempre presente nessas ações visando a multidisciplinaridade e maior qualidade nas informações repassadas.

Qualificação da Prática Clínica:

Ação:

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde

Detalhamento: A nutricionista do NASF estará realizando no segundo mês da intervenção uma capacitação sobre práticas de alimentação saudável com a equipe da ESF.

As metodologias de educação em saúde serão abordadas em uma capacitação com a condução do médico, no primeiro mês da intervenção.

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

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos

Detalhamento: A enfermeira e médico da equipe estarão avaliando mensalmente as orientações nutricionais realizadas com os diabéticos, visando à necessidade de uma readequação dos procedimentos. Em parceria com a Nutricionista do NASF estarão realizando as orientações nutricionais aos diabéticos.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: A enfermeira e o médico estarão entrando em contato com a nutricionista do NASF para organizarem as práticas coletivas sobre alimentação saudável a serem realizadas mensalmente com os usuários do hiperdia.

Engajamento Público:

Ação: Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: O médico, enfermeira, dentista, técnica de enfermagem e ACS estarão mensalmente realizando ações de educação em saúde com os usuários e comunidade sobre a importância da alimentação saudável. A nutricionista

do NASF estará sempre presente nessas ações visando à multidisciplinaridade e maior qualidade nas informações repassadas.

Qualificação da Prática Clínica:

Ação:

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde

Detalhamento: A nutricionista do NASF estará realizando no segundo mês da intervenção uma capacitação sobre práticas de alimentação saudável com a equipe da ESF.

As metodologias de educação em saúde serão abordadas em uma capacitação com a condução do médico, no primeiro mês da intervenção.

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

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.

Detalhamento: A enfermeira e médico da equipe estarão mensalmente avaliando as orientações para atividades físicas realizadas com os hipertensos, visando à necessidade de uma readequação dos procedimentos. Em parceria com o Educador Físico estar realizando as orientações de práticas de atividades físicas.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: O médico estará realizando contato com o gestor municipal de saúde para definir parcerias com o Educador Físico do NASF ou do município para a organização e realização de práticas coletivas para orientação de atividade física.

Engajamento Público:

Ação: Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: A técnica de enfermagem estará mensalmente orientando os hipertensos e a comunidade sobre a importância da realização de práticas de atividade física regular, nas ações de educação em saúde.

Qualificação da Prática Clínica:

Ação:

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

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: A enfermeira em parceria com o educador físico do NASF, estarão realizando no segundo mês da intervenção uma capacitação com a equipe da UBS sobre a promoção da prática de atividades físicas de forma regular.

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

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: A enfermeira e médico da equipe estarão mensalmente avaliando as orientações para atividades físicas realizadas com os diabéticos, visando à necessidade de uma readequação dos procedimentos. Em parceria com o Educador Físico estar realizando as orientações de práticas de atividades físicas.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: O médico estará realizando contato com o gestor municipal de saúde para definir parcerias com o Educador Físico do NASF ou do município para a organização e realização de práticas coletivas para orientação de atividade física.

Engajamento Público:

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

Detalhamento: A técnica de enfermagem estará mensalmente orientando os diabéticos e a comunidade sobre a importância da realização de práticas de atividade física regular, nas ações de educação em saúde.

Qualificação da Prática Clínica:

Ação:

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

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: A enfermeira em parceria com o educador físico do NASF, estarão realizando no segundo mês da intervenção uma capacitação com a equipe da UBS sobre a promoção da prática de atividades físicas de forma regular.

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

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

Detalhamento: A enfermeira estará mensalmente monitorando a realização de orientações sobre riscos de tabagismo aos hipertensos, através do levantamento dos prontuários, ficha espelho e cadernos de educação em saúde.

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: O médico estará entrando em contato no primeiro mês da intervenção com o gestor municipal de saúde para informar sobre a prevenção e tratamento do tabagismo, demandando do gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono" do tabagismo. Será informado também ao gestor sobre o programa do Instituto Nacional do Câncer em parceria com o MS para a adesão dos municípios no programa de cessação do tabagismo.

Engajamento Público:

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

Detalhamento: A enfermeira, médico, dentista, técnicos de enfermagem e ACS estarão orientando os hipertensos tabagistas do território sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Qualificação da Prática Clínica:

Ação:

Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: O médico estará realizando no segundo mês da intervenção uma capacitação com a equipe da ESF sobre o tratamento de usuários tabagistas, através da metodologia baseada na EPS.

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

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.

Detalhamento: A enfermeira estará mensalmente monitorando a realização de orientações sobre riscos de tabagismo aos diabéticos, através do levantamento dos prontuários, ficha espelho e cadernos de educação em saúde.

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: O médico estará entrando em contato no primeiro mês da intervenção com o gestor municipal de saúde para informar sobre a prevenção e tratamento do tabagismo, demandando do gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono" do tabagismo. Será informado também ao gestor sobre o programa do Instituto Nacional do Câncer em parceria com o MS para a adesão dos municípios no programa de cessação do tabagismo.

Engajamento Público:

Ação: Orientar os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: A enfermeira, médico, dentista, técnicos de enfermagem e ACS estarão orientando os diabéticos tabagistas do território sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Qualificação da Prática Clínica:

Ação:

Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: O médico estará realizando no segundo mês da intervenção uma capacitação com a equipe da ESF sobre o tratamento de usuários tabagistas, através da metodologia baseada na EPS.

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

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.

Detalhamento: O dentista e ASB estarão mensalmente monitorando a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos, através da avaliação dos dados registrados nos prontuários dos usuários e ficha espelho.

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: O dentista na primeira semana da intervenção estará organizando o tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual para os usuários da equipe.

Engajamento Público:

Ação: Orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: O médico, enfermeira, técnica de enfermagem, ASB e dentista estarão permanentemente orientando os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Qualificação da Prática Clínica:

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

Detalhamento: O dentista realizará no segundo mês da intervenção uma capacitação com a equipe sobre as orientações de higiene bucal.

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

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos.

Detalhamento: O dentista e ASB estarão mensalmente monitorando a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos, através da avaliação dos dados registrados nos prontuários dos usuários e ficha espelho.

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: O dentista na primeira semana da intervenção estará organizando o tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual para os usuários da equipe.

Engajamento Público:

Ação: Orientar os diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: O médico, enfermeira, técnica de enfermagem, ASB e dentista estarão permanentemente orientando os diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Qualificação da Prática Clínica:

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

Detalhamento: O dentista realizará no segundo mês da intervenção uma capacitação com a equipe sobre as orientações de higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

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.

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 100% dos hipertensos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 4.1. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

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

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

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

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

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.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

A equipe estará utilizando como documento norteador para a realização das ações da intervenção o Protocolo de Atenção à Hipertensão arterial e Diabetes mellitus - Cadernos da Atenção Básica nº 36 e 37 (BRASIL, 2013a, BRASIL, 2013b). Serão utilizadas as fichas espelho disponibilizadas pelo curso, a Planilha de Coleta dos Dados (PCD) e o prontuário dos usuários para realização dos registros.

Para coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico e enfermeira estarão elaborando uma ficha complementar, que será elaborada em equipe na semana de definição do instrumento, incluindo ações de Saúde Bucal. Estimamos alcançar com a Intervenção 60% dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus.

Realizaremos contato com o gestor municipal para disponibilidade das fichas espelho necessário e para imprimir as mesmas que serão anexadas nos prontuários, para o acompanhamento mensal da intervenção. Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os usuários que procuraram a UBS para atendimento nos últimos quatro meses. A profissional localizará os prontuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho.

Inicialmente será agendada reunião com os usuários hipertensos, diabéticos e a comunidade e apresentar o projeto de intervenção, assim como a importância da participação dos usuários e comunidade no projeto com o objetivo de melhorar os conhecimentos destas doenças e a qualidade de vida dos usuários.

Durante as duas primeiras semanas da intervenção serão realizadas na UBS capacitação dos profissionais da equipe básica de saúde, mediante o uso dos protocolos de atenção ao paciente diabético e hipertenso com o objetivo de incrementar os conhecimentos e brindar uma melhor atenção, e será o ponto de partida para a realização do cadastramento, que será desenvolvido ao decorrer das 16 semanas da intervenção pelos agentes comunitários de saúde.

A equipe receberá capacitação sobre o Manual Técnico da Atenção à Hipertensão arterial e Diabetes mellitus. Essas atividades de EPS serão realizadas em um turno das duas últimas semanas antes do início da intervenção e um turno durante a primeira semana da intervenção, durante as reuniões na UBS. Todos os profissionais da equipe multidisciplinar de saúde serão responsáveis pelo o acolhimento na UBS e todas as quartas-feiras serão destinadas para o atendimento dos hipertensos e diabéticos (demanda agendada). Serão planejadas Vistas Domiciliares para os hipertensos e diabéticos faltosos s consultas e garantir o acolhimento desses usuários provenientes das buscas ativas.

A equipe estará em contato com a comunidade, através de ações de educação em saúde e EPS para explicar sobre todas as ações do projeto de intervenção. A equipe da ESF também será capacitada permanentemente sobre os temas mas importantes a serem abordados com os usuários, famílias e comunidade. Essas atividades utilizarão a metodologia ativa e participativa.

Com estas ações espera-se contribuir a ter mudanças no modo e estilo de vida, e que cada paciente realize auto cuidado tendo melhora na qualidade da

alimentação, na prática de atividade física adequada para, na toma dos medicamentos nos horários indicados assim com a dosagem dos mesmos.

As ações realizadas com os usuários serão monitorizadas semanalmente pelo autor e a equipe de saúde da família, através da aplicação de um questionário avaliativo no final de todas as atividades realizadas com os hipertensos e diabéticos participantes do projeto. Essa avaliação visa o conhecimento do nível de entendimento dos usuários das atividades.

A avaliação do projeto será desenvolvida ao longo da execução da intervenção e contará com a participação de todos os profissionais envolvidos com o objetivo de conhecer as fragilidades e potencialidades do projeto.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Durante as ações da intervenção realizada na UBS Vila Flor, foram cadastrados 172 hipertensos e 57 diabéticos, cumprindo parcialmente a meta pactuada. Inicialmente o projeto de intervenção estava programado para ser desenvolvido durante 16 semanas, porém teve que ser encurtado para 12 semanas, conforme orientação da coordenação do curso de especialização, devido às particularidades da turma do Programa Mais Médicos, que esteve de férias, sem acesso ao Ambiente Virtual de Aprendizagem/Moodle do curso.

Iniciamos as ações com a escolha do foco da intervenção, baseado nos relatórios da análise situacional, realizado no território, comunidade, equipe de saúde e UBS. Em seguida foram realizadas a divulgação das ações que seriam implantadas para a equipe da UBS Vila Flor, para os gestores municipais de saúde e para a nossa comunidade. Essa ação de informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus foi integralmente executada.

Em seguida foram desenvolvidas pelo médico e enfermeiro da UBS, ações de planejamento das ações, através da confecção de um cronograma de atividades e a divulgação do cronograma para a equipe de saúde, com ações para serem desenvolvidas durante as 12 semanas do projeto. As funções de cada profissional de saúde da equipe também foram definidas.

A equipe multidisciplinar da ESF foi capacitada sobre a temática pelo médico, enfermeiro e dentista, que abordaram semanalmente, através de um programa de EPS, fragmentos do protocolo do MS sobre HAS e DM, com uma metodologia ativa, participativa, visando à discussão dos conteúdos trabalhados e

uma reflexão crítica pelos profissionais, sempre buscando problematizar as questões discutidas com a realidade encontrada no território e na UBS Vila Flor.

O cadastramento e atualização dos dados dos usuários com HAS e/ou DM foram realizados pelos ACS, durante as visitas domiciliares e a busca ativa dos faltosos as ações programáticas. Os ACS tiveram papel fundamental para o sucesso das ações, com o trabalho diário no território, estando em contato permanente com os usuários, família e comunidade, informando e engajando os hipertensos e diabéticos para comparecerem as atividades clínicas e educativas na UBS e na comunidade.

Em seguida foram realizadas as consultas médicas e de enfermagem para os usuários cadastrados na intervenção, com a fixação de um dia na semana destinado para os atendimentos a esse público. O médico passou a realizar as consultas programadas, tendo disponibilidade de tempo para realizar uma anamnese e exame físico completos, com a realização da estratificação do risco cardiovascular, avaliação do tratamento, mudança ou manutenção da medicação, solicitação de exames laboratoriais e/ou diagnósticos e implementação de orientações sobre promoção da saúde.

O enfermeiro desenvolveu também atividades clínicas com os hipertensos e diabéticos, através das consultas de enfermagem, atendimentos para aferição da pressão arterial, glicemia capilar, orientações sobre cuidados com a saúde. As técnicas de enfermagem realizaram ações também voltadas para os usuários, com a verificação do esquema vacinal, do peso e altura, e o índice de massa corporal.

A equipe de Saúde Bucal, através da integração do dentista e ASB, realizaram ações de avaliação e tratamento da saúde bucal dos hipertensos e diabéticos e ações de educação em saúde, voltadas para a comunidade, além de capacitações para os profissionais da UBS Vila Flor sobre a SB e o monitoramento dos dados relativos a SB.

As atividades de educação em saúde foram realizadas semanalmente com os usuários HAS e/ou DM e com a comunidade, abordando ações de promoção da saúde, na UBS e em diversos espaços públicos do município de Vila Flor. Participaram das ações de educação em saúde o médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, ACS, dentista, ASB e a nutricionista e educador físico do NASF. Importante destacar a colaboração dos profissionais do NASF na realização de ações educativas durante a intervenção.

As reuniões de equipe para o planejamento, avaliação e monitoramento das ações da intervenção realizada na UBS Vila Flor, foram realizadas semanalmente, com a participação de todos os profissionais de saúde, incluindo o dentista e ASB. Essas reuniões foram conduzidas pelo médico da equipe, onde foram apresentadas a evolução dos dados preenchidos na PCD, com os gráficos gerados e a necessidade de adequações de ações que não estavam sendo realizadas de forma correta.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas no projeto foram desenvolvidas, conforme o planejamento e o cronograma de atividades.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Durante a intervenção foram encontradas algumas dificuldades durante a coleta e sistematização dos dados. Com a orientação oportuna disponibilizada pelo curso e principalmente pelo meu orientador, foram esclarecidas todas as dúvidas apresentadas no preenchimento da PCD, nos indicadores e na geração dos gráficos, facilitando o andamento da intervenção.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações que estamos desenvolvendo já estão incorporadas na rotina da UBS Vila Flor. Importante ressaltar o envolvimento da equipe, do apoio do gestor municipal de saúde e da parceria com a comunidade. Todos esses parceiros estão contribuindo para o bom desenvolvimento do programa de atenção aos usuários com HAS e/ou DM, sem afetar as demais ações programáticas da UBS.

Pretendemos dar continuidade as ações já desenvolvidas neste projeto de intervenção, porque essa experiência modificou de forma positiva a rotina da UBS, equipe de saúde e comunidade. Sem dúvida a implantação do atendimento qualificado e sistematizado para os hipertensos e diabéticos é muito importante para o desenvolvimento do SUS.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção foi realizada com o objetivo de melhorar a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, cadastrados na UBS Vila Flor do município Vila Flor-RN. Na área existe uma estimativa de 254 usuários com hipertensão arterial e 57 diabéticos, dos quais foram cadastrados na intervenção 172 usuários hipertensos e 57 usuários diabéticos. A avaliação dos indicadores ao final de cada mês da intervenção permitiu uma leitura da sua evolução e seus resultados estão descritos a seguir.

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

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

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

A equipe de saúde tinha uma meta de cobertura dos usuários hipertensos da área adstrita de 60%, a qual não foi atingida em sua totalidade durante a intervenção. Em relação ao cadastro dos hipertensos da área de abrangência da UBS/ESF, conseguimos no primeiro mês cadastrar e acompanhar 94 hipertensos (37,0%), no segundo mês 138 (54,3%) e no terceiro mês 172 (67,7%). Os dados estão apresentados na Figura 1.

Para avançar nos resultados nessa meta, a equipe melhorou o acolhimento destes usuários, foi programado um dia para as consultas aos hipertensos, a busca ativa dos usuários faltosos a consultas e avaliada a necessidade de atendimento em

consulta ou visita domiciliar, tarefa que não teria sido realizada sem o grande esforço dos ACS.

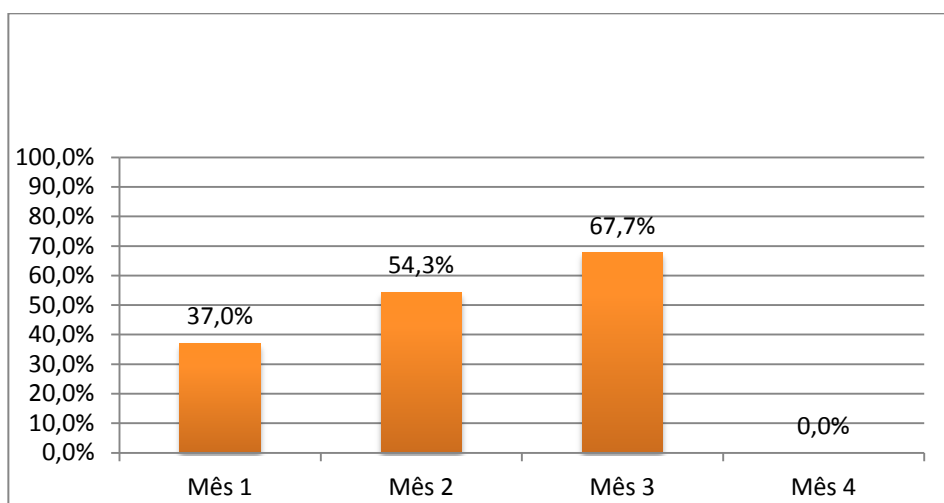


Figura 1- Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de Saúde Vila Flor, no município de Vila Flor/RN, 2015.

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

Durante a intervenção foi realizado o cadastro dos diabéticos da área de abrangência da UBS Vila Flor, conseguimos no primeiro mês cadastrar e acompanhar 25 diabéticos (43,9%), no segundo mês 52 diabéticos (91,2%) e no terceiro mês 57 diabéticos (100%). Os dados estão apresentados na Figura 2.

A evolução desses dados só foi possível graças ao trabalho realizado por todos os profissionais de saúde da equipe, e em especial pelos ACS, que realizaram o cadastro dos usuários, durante as visitas domiciliares, a busca dos faltosos a consultas. Além disso, durante as atividades de capacitação da equipe desenvolvidas pelo médico, os ACS foram orientados para realizar rastreamento para estas doenças nos usuários com familiares com histórico de diabetes.

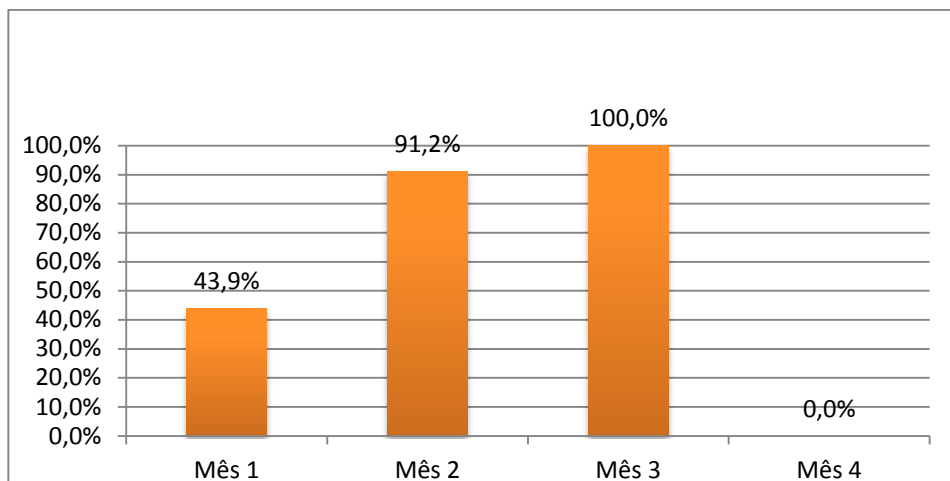


Figura 2 - Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de Saúde Vila Flor, no município de Vila Flor/RN, 2015.

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

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

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

Neste indicador a equipe atingiu a partir do segundo mês de intervenção a meta que era de 100% dos hipertensos cadastrados na UBS com exame clínico em dia. No primeiro mês foram realizados exame clínico apropriado para 90 hipertensos (95,7%), no segundo mês para 138 hipertensos (100%) e no terceiro mês para 172 hipertensos (100%). Os dados estão apresentados na Figura 3.

Como fatores facilitadores, podemos citar o engajamento da equipe e as capacitações realizadas sobre o protocolo do MS. Os usuários com HAS foram atendidos durante as consultas na UBS ou visitas domiciliares realizadas pelo médico e enfermeiro. A capacitação sobre a forma correta de verificação da pressão arterial e realização de exame clínico apropriado dos usuários foi de suma importância para a melhoria da qualidade da assistência ofertada para a população.

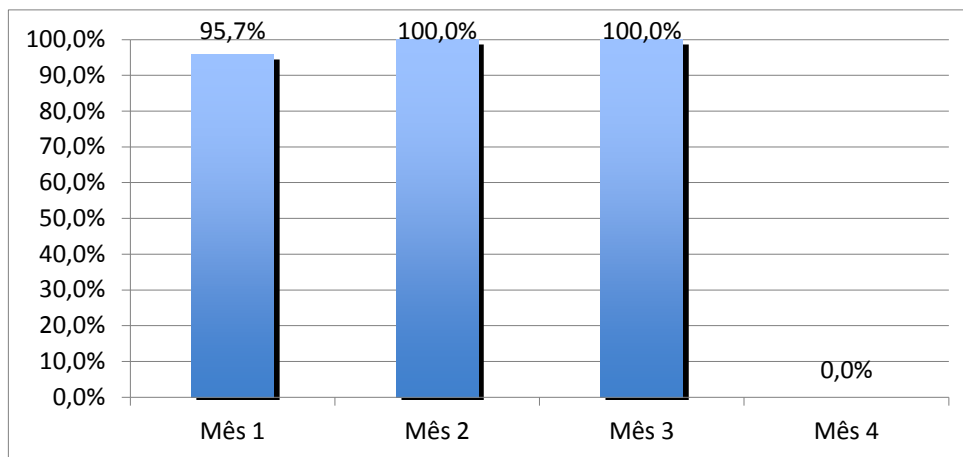


Figura 3 - Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Vila Flor, no município de Vila Flor/RN, 2015.

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

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

Esse indicador finalizou com 100%, atingindo a meta planejada. Em relação à proporção de diabéticos com exame clínico apropriado de acordo com o protocolo do MS, observa-se que no primeiro mês foi realizado exame clínico apropriado para 24 diabéticos (96,0%), no segundo mês para 51 diabéticos (98,1%) e no terceiro mês para 57 diabéticos (100%). Os dados estão apresentados na Figura 4.

Os fatores facilitadores para o sucesso dessa ação foram os mesmos descritos na meta acima, com o engajamento da equipe e a capacitação baseada no protocolo do MS sobre o exame clínico para os diabéticos.

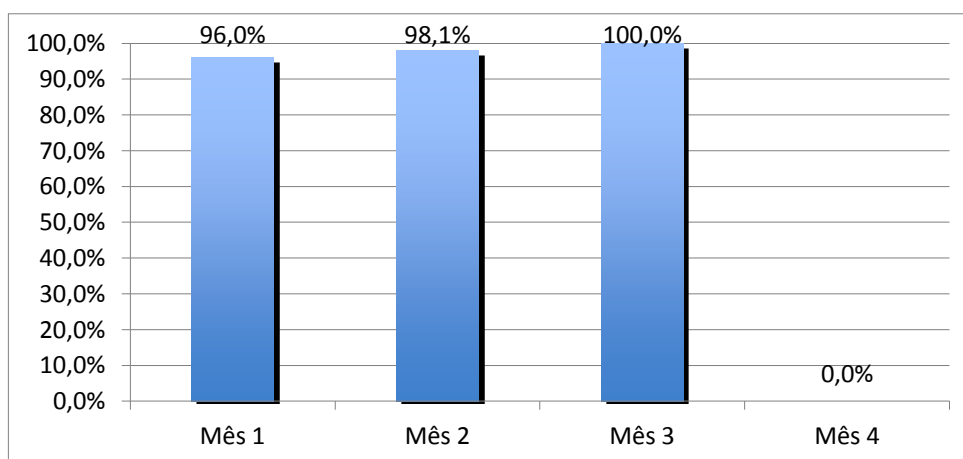


Figura 4 - Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Vila Flor, no município de Vila Flor/RN, 2015.

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

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

No primeiro mês da intervenção realizada na UBS Vila Flor, foram realizados os exames complementares em dia de acordo com o protocolo do MS para 71 hipertensos (75,5%), no segundo mês para 138 hipertensos (100%) e no terceiro mês para 172 hipertensos (100%).

Como fatores facilitadores para alcançarmos já no segundo mês a meta pactuada, de 100%, podemos destacar a organização das consultas médicas, com a solicitação dos exames complementares de acordo com o protocolo do MS. Porém enfrentamos algumas dificuldades com a autorização, agendamento e recebimento dos resultados dos exames realizados no SUS e a maioria da população não tem condições financeiras de pagarem por esses exames. Alguns resultados de exames demoraram muito para chegar, principalmente no primeiro mês. Os dados estão apresentados na Figura 5.

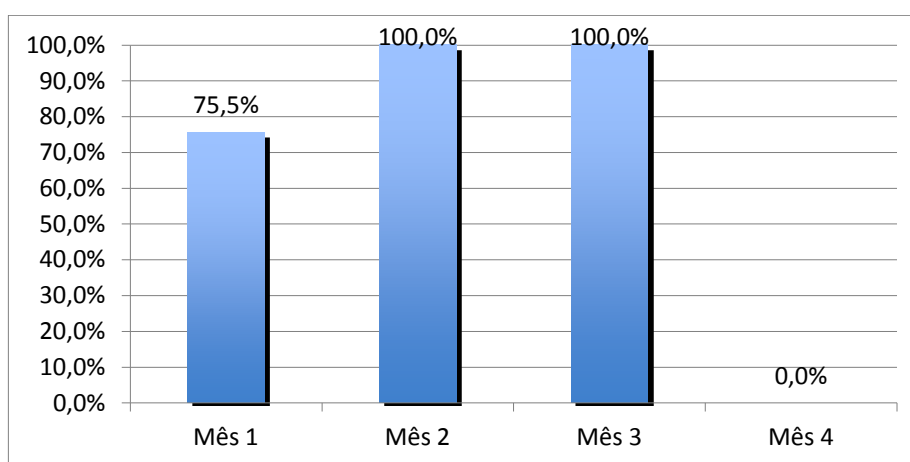


Figura 5 - Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde de Vila Flor, no município de Vila Flor/RN, 2015.

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

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

No primeiro mês foram realizados os exames complementares em dia de acordo com o protocolo do MS para 20 diabéticos (80,0%), no segundo mês para 51

diabéticos (98,1%) e no terceiro mês para 57 diabéticos (100%). Os dados estão apresentados na Figura 6.

Durante a intervenção tivemos dificuldade com o tempo de entrega dos resultados para os usuários, muitos dos usuários pelas possibilidades que tinham realizaram exames particulares diminuindo o tempo de entrega dos mesmos, durante as consultas e palestras foi explicado para os usuários da importância de realizar os exames complementários para ter uma melhor avaliação da doença.

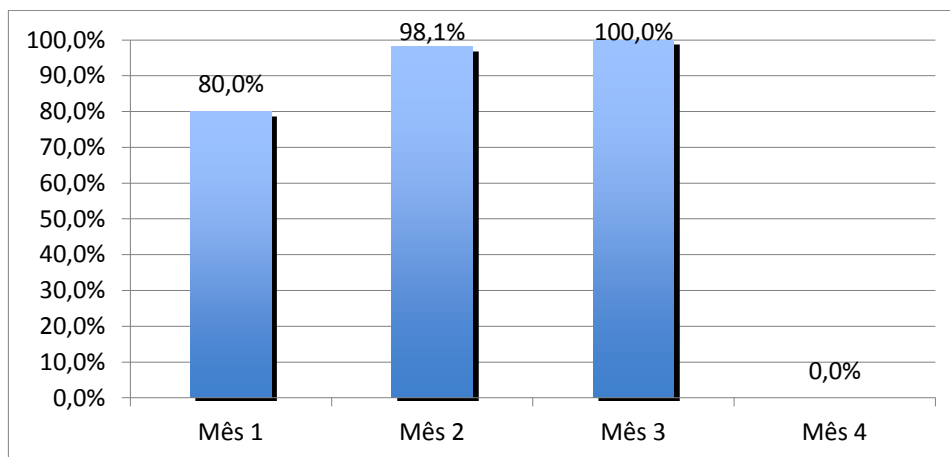


Figura 6 - Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Vila Flor, no município de Vila Flor/RN, 2015.

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

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

Na UBS Vila Flor, durante a intervenção conseguimos 100% dos usuários hipertensos com a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. No primeiro mês conseguimos priorizar para 94 hipertensos (100%), no segundo mês para 138 hipertensos (100%) e no terceiro mês para 172 hipertensos (100%).

Um ponto positivo foi à abertura de uma farmácia popular em nosso município o que propiciou que os usuários tivessem acesso aos medicamentos com maior facilidade, durante as atividades de grupos orientamos e explicamos a os usuários a importância das consultas e cumprir com as indicações dadas pelos profissionais da equipe relacionadas ao horário de tomar os medicamentos.

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

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

Em relação aos usuários diabéticos, durante a intervenção foi possível que 100% tivessem a prescrição de medicamentos de acordo com a farmácia popular. No primeiro mês foram priorizados a prescrição desses medicamentos para 25 diabéticos (100%), no segundo mês para 52 diabéticos (100%) e no terceiro mês para 57 diabéticos (100%).

Como fatores facilitadores para o desenvolvimento dessa ação, podemos citar o engajamento e capacitação baseada nos protocolos do MS, do médico da equipe, que passou a solicitar durante as consultas clínicas na UBS Vila Flor, os medicamentos integrantes da lista da farmácia popular, além da orientação realizada pelos ACS para os usuários sobre a importância de adquirirem essa medicação nessas farmácias.

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

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

Como a equipe de ESF possui integrada a UBS Vila Flor, uma equipe de Saúde Bucal, composta por dentista e ASB, além do médico e enfermeiro também realizarem a avaliação da necessidade de atendimento odontológico nos usuários hipertensos atendidos na intervenção, conseguimos atingir a meta pactuada de 100%. No primeiro mês foram avaliados 94 hipertensos (100%), no segundo mês 138 hipertensos (100%) e no terceiro mês 172 hipertensos (100%).

As ações que mais auxiliaram na avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi organizar a agenda para avaliação da necessidade de atendimento odontológico durante as consultas médicas e de enfermagem e a orientação da comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos, além da integração do trabalho da equipe de SB, que passou a integrar mais as ações de promoção da saúde da equipe de ESF.

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.

Ao final da intervenção este indicador ficou com 100% de cobertura. No primeiro mês foram avaliados 25 diabéticos (100%), no segundo mês 52 diabéticos (100%) e no terceiro mês 57 diabéticos (100%). Essa avaliação foi realizada pelo médico, enfermeiro e equipe de SB, que é composta por dentista e ASB. Os fatores facilitadores para o sucesso dessa meta são os mesmos já descritos anteriormente na meta da avaliação da necessidade de atendimento odontológico para os hipertensos.

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

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

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

Durante a intervenção foram realizadas no primeiro mês 26 consultas médicas com busca ativa para hipertensos faltosos (100%), no segundo mês 49 consultas (100%) e no terceiro mês 52 consultas com busca ativa (100%). As buscas ativas foram realizadas pelos ACS, com um trabalho engajado. Durante as buscas, devido à equipe ter organizado a sua agenda de atendimentos, os ACS já agendavam o dia e horário para os usuários comparecerem a UBS Vila Flor.

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

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

Foram realizadas 100% de busca ativa para diabéticos faltosos às consultas médicas e de enfermagem na UBS Vila Flor, durante os três meses da intervenção. No primeiro mês foram realizadas 07 buscas ativas para os diabéticos (100%), no segundo mês 09 buscas ativas para diabéticos (100%) e no terceiro mês foram realizadas 14 buscas ativas para os diabéticos (100%). Assim como ocorreu nas

buscas ativas para os hipertensos, as consultas provenientes destas atividades na comunidade foram agendadas pelos ACS para o médico da UBS Vila Flor.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

Durante as atividades do projeto de intervenção, o médico da equipe preencheu 100% das fichas de acompanhamento dos usuários hipertensos. No primeiro mês foram 94 fichas de usuários hipertensos preenchidas corretamente (100%), no segundo mês 138 fichas (100%) e no terceiro mês 172 fichas (100%).

As ações mais importantes para o registro adequado na ficha de acompanhamento foram às capacitações ministradas pelo médico da equipe para os profissionais de saúde da ESF e o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas realizadas pelo médico na UBS Vila Flor. Antes da intervenção esses dados não eram registrados com frequência, nas fichas de atendimento dos usuários, mesmo que era uma obrigação dos profissionais de saúde.

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

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

Assim como na meta anterior, foram realizados 100% de registros de forma adequada nas fichas de acompanhamento dos diabéticos cadastrados na intervenção na UBS Vila Flor. No primeiro mês foram registrados os dados de 25 diabéticos (100%), no segundo mês de 52 diabéticos (100%) e no terceiro mês de 57 diabéticos (100%). As ações mais importantes para o registro adequado na ficha de acompanhamento foram às mesmas já descritas para os hipertensos.

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

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

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

Durante os três meses da intervenção realizada na UBS Vila Flor, foi realizada a estratificação do risco cardiovascular para 172 hipertensos (100%) dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde. No primeiro mês foram 94 estratificações (100%), no segundo mês 138 estratificações (100%) e no terceiro mês 172 estratificações (100%).

As ações mais importantes para estratificação do risco cardiovascular nos hipertensos foram às capacitações para o médico e enfermeiro sobre o protocolo do MS, as atividades desenvolvidas durante o curso de especialização em saúde da família na UFPel pelo médico, para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

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

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

A estratificação de risco cardiovascular foi realizada também em 100% dos diabéticos durante os três meses da intervenção na UBS Vila Flor, sendo classificados 25 diabéticos no primeiro mês (100%), 52 diabéticos no segundo mês (100%) e 57 diabéticos no terceiro mês (100%). As ações mais importantes para estratificação do risco cardiovascular nos diabéticos foram às mesmas já informadas na meta anterior.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

Em relação à garantia de orientação nutricional sobre alimentação saudável para os hipertensos cadastrados na intervenção na UBS Vila Flor, foram realizadas para 100% dos usuários. No primeiro mês foram orientados 94 hipertensos (100%), no segundo mês 138 hipertensos (100%) e no terceiro mês 172 hipertensos (100%).

Como fatores facilitadores para o sucesso dessa ação, destacamos as atividades de promoção da saúde realizadas na comunidade e durante as consultas individuais para os hipertensos. Essa orientação nutricional foi realizada pelo médico, enfermeiro e nutricionista do NASF. A equipe contou com a importante parceria e colaboração da nutricionista do NASF para capacitar os ACS e técnicos sobre hábitos alimentares saudáveis para os hipertensos e diabéticos.

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

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

Foram realizadas também atividades de orientação nutricional sobre alimentação saudável pela nutricionista, médico e enfermeiro da equipe da UBS Vila Flor, para 100% dos diabéticos cadastrados na intervenção. No primeiro mês foram 25 diabéticos orientados (100%), no segundo mês 52 diabéticos (100%) e no terceiro mês 57 diabéticos (100%). As ações mais importantes para o sucesso dessa meta alcançada foram às mesmas já descritas anteriormente para os hipertensos.

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

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

Durante a intervenção foram orientados quanto à prática regular de atividade física os 172 hipertensos cadastrados e acompanhados pela UBS Vila Flor, correspondendo a 100% de cobertura nessa ação. No primeiro mês foram realizadas orientações sobre a prática de atividades físicas para 94 hipertensos, no segundo mês para 138 hipertensos e no terceiro mês para 172 hipertensos. Para a realização das práticas de atividades físicas, contamos com a importante colaboração do Educador Físico do NASF, que desenvolveu atividades nos diversos espaços públicos do município de Vila Flor, com os hipertensos, visando à melhoria da sua qualidade de vida.

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

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

O Educador Físico do NASF em parceria com os profissionais de saúde da UBS Vila Flor, realizaram também a orientação sobre prática regular de atividade física para os 57 diabéticos cadastrados e acompanhados na intervenção, correspondendo a 100%. No primeiro mês foram 25 diabéticos orientados, no segundo mês 52 diabéticos e no terceiro mês 57 diabéticos. Assim como para os hipertensos as facilidades foram à capacitação da equipe sobre a temática e o apoio do Educador Físico do NASF.

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

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

Durante as ações da intervenção, conseguimos garantir 100% de orientação sobre os riscos do tabagismo para os hipertensos cadastrados e acompanhados na UBS Vila Flor. No primeiro mês foram orientados 94 hipertensos, no segundo mês 138 hipertensos e no terceiro mês 172 hipertensos.

Como fator facilitador, para o desenvolvimento das atividades de orientação sobre os riscos do tabagismo, destacamos as capacitações realizadas pelo médico e enfermeiro sobre a temática, visando qualificar os ACS e técnicos de enfermagem para estarem preparados para orientarem os usuários hipertensos e diabéticos sobre os malefícios do tabaco.

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

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

Foram realizadas também orientações sobre os riscos do tabagismo para 100% dos diabéticos cadastrados e acompanhados na intervenção na UBS Vila Flor. No primeiro mês foram 25 diabéticos orientados (100%), no segundo mês 52 diabéticos orientados (100%) e no terceiro mês 57 diabéticos orientados (100%). Assim como na meta anterior, os fatores facilitadores foram os mesmos.

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

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Para o desenvolvimento dessa meta, contamos com a importante colaboração da equipe de SB (dentista e ASB), além das orientações individuais sobre a higiene bucal que foram ofertadas pelo médico e enfermeiro durante as consultas clínicas aos usuários com HAS. No primeiro mês foram 94 hipertensos orientados (100%), no segundo mês 138 hipertensos orientados (100%) e no terceiro mês 172 hipertensos orientados (100%).

As capacitações sobre saúde bucal realizadas pelo dentista da UBS Vila Flor, para a equipe de ESF também foram de suma importância para a atualização e informação dos profissionais de saúde, para estarem permanentemente orientando os hipertensos sobre a saúde bucal, tanto nas atividades clínicas individuais, como nos grupos de educação em saúde.

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

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Conseguimos também durante as 12 semanas da intervenção na UBS Vila Flor, realizar orientações sobre higiene bucal para 100% dos diabéticos cadastrados e acompanhados pela equipe de ESF. No primeiro mês foram 25 diabéticos orientados (100%), no segundo mês 52 diabéticos orientados (100%) e no terceiro mês 57 diabéticos orientados (100%). As ações que mais auxiliaram na orientação sobre higiene bucal realizada pela equipe de saúde da UBS Vila Flor para os diabéticos foram às mesmas citadas anteriormente com os hipertensos.

4.2 Discussão

A intervenção na unidade básica de saúde do município de Vila Flor propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação dos exames físicos dos pés dos diabéticos e para a classificação de risco de ambos os grupos, baseada na estratificação cardiovascular de Framingham, assim como mudanças no estilo de vida dos usuários e maior interesse dos usuários de

comparecerem as consultas, realizar exames, e participar nas atividades educativas realizadas pela equipe de ESF.

Nas primeiras semanas da Intervenção a equipe realizou a capacitação para seguir as recomendações dos protocolos do Ministério da Saúde. Essas capacitações continuaram sendo desenvolvidas durante todas as Relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes semanas da intervenção, com a implantação de um programa de EPS na equipe.

Após a capacitação inicial os agentes de saúde iniciaram o cadastramento e atualização dos dados dos usuários com HAS e/ou DM, e passaram a realizar também a busca ativa dos usuários faltosos as consultas programáticas ou com atrasos no acompanhamento. Essas consultas já foram agendadas no domicílio dos usuários, devido à organização da agenda de atendimentos da equipe, com dia e horários fixos na semana para atender os hipertensos e diabéticos.

O médico e enfermeiro passaram a realizar as consultas clínicas, com uma anamnese completa e exame físico, avaliando os resultados de exames, assim como realizando avaliação do risco cardiovascular, avaliando a adesão ao tratamento. O médico durante as consultas realizou a prescrição e manutenção de medicamentos, solicitação de exames laboratoriais e diagnósticos e a implementação de orientações sobre mudanças do estilo de vida e cuidados com a saúde.

Com a organização da agenda de atendimentos, foi possível agendar o retorno as consulta para os usuários de acordo o risco cardiovascular, além disso melhorou o acolhimento dos usuários desta ação programática pela técnica de enfermagem e recepcionista. O projeto de intervenção promoveu o trabalho integrado da equipe de ESF com a equipe de SB, aproximando o dentista e ASB das ações desenvolvidas pela equipe, principalmente nas atividades de educação em saúde. A intervenção acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço como na atenção da gestante, puerpério, assim como na necessidade de organizar o atendimento da ação programática de câncer de colo de útero e câncer de mama.

Antes da intervenção as atividades de atenção aos usuários Hipertensos e/ou Diabéticos eram realizadas pelo médico e enfermeiro, a Intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção para um maior número de usuários, das quais cada um dos profissionais da equipe passou a ter um papel muito importante no atendimento dos usuários.

O Impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade, porem vem despertando grande interesse dos usuários faltosos a consultas para as familiares dos hipertensos e diabéticos, que estão mais motivadas para a realização de atividades educativas nos grupos desenvolvidos pelo médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, ACS, dentista e NASF.

A Intervenção poderia ter sido facilitada com a organização do tempo de entrega do resultado de exames laboratoriais, que demoram muito para serem liberados pelo laboratório municipal e por uma maior adesão e participação da comunidade no desenvolvimento das ações. Estaremos com a continuidade das ações, que já estão incorporadas a rotina de atendimento da equipe, melhorando a articulação com as igrejas, conselho de família, associações de moradores, e continuar buscando o apoio para o desenvolvimento da intervenção na UBS Vila Flor.

Continuamos com a intervenção, realizando cadastramento dos usuários, busca ativa de faltosos, acolhimento humanizado na UBS, atendimento e consultas clínicas programadas na agenda da equipe, preenchimento da ficha espelho de todas os usuários hipertensos e diabéticos que procuram atendimento pela equipe da UBS, da PCD, anamnese e exame físico completo, estratificação do risco cardiovascular, solicitação de exames laboratoriais e diagnósticos, orientações individuais e coletivas sobre mudanças de estilo de vida e cuidados com a saúde, além das ações de SB e de educação em saúde na comunidade.

5 Relatório da intervenção para gestores

Caros Gestores, sou o médico cubano Allan Pavel Medel Alemán, integrante do Programa Mais Médicos e atuo na UBS Vila Flor. Este relatório visa divulgar todas as ações que foram desenvolvidas no Projeto de Intervenção realizado em nossa UBS, pela equipe de saúde da ESF. As ações do projeto visaram principalmente à melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus e de sua qualidade de vida, organizando o processo de trabalho da equipe, de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde.

Realizamos intervenção na UBS a qual garantiu a melhoria da qualidade da atenção da saúde dos usuários com HAS e/ou DM no município, realizando a divulgação do projeto para os gestores, profissionais de saúde da ESF e para a comunidade. Em seguida iniciou a realização dos cadastros dos hipertensos e diabéticos pelos ACS. Durante a intervenção as ações realizadas, tiveram o apoio dos gestores, providenciando as fichas espelho, cópia do protocolo do MS, local adequado para a realização dos grupos de educação em saúde, materiais necessários para realizar as atividades de grupos, também garantiu-se lanche, assim como projetor de slides, e materiais informativos.

A equipe da UBS/ESF foi capacitada permanentemente sobre os temas relacionados à HAS e DM e a organização do processo de trabalho em saúde da família, seguindo os manuais/protocolos do Ministério da Saúde para essas atividades educativas.

Foram cadastrados durante a intervenção 172 hipertensos (67,7%) e 57 diabéticos (100%). Realizamos exames clínicos em 100% dos hipertensos e diabéticos, solicitando exames complementares de acordo com o protocolo para 100% dos hipertensos diabéticos. Priorizamos a prescrição de medicamentos

disponíveis na Farmácia Popular/Hiperdia para 100% dos hipertensos e diabéticos, atendendo a 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às ações programáticas, com busca ativa e o registro adequado para 100% dos hipertensos e diabéticos. Realizamos a estratificação do risco cardiovascular para 100% dos hipertensos e diabéticos, orientando sobre a importância de uma alimentação saudável, a realização de atividade física e sobre os males do tabagismo para 100% dos hipertensos e diabéticos, realizamos também 100% das ações de Saúde Bucal

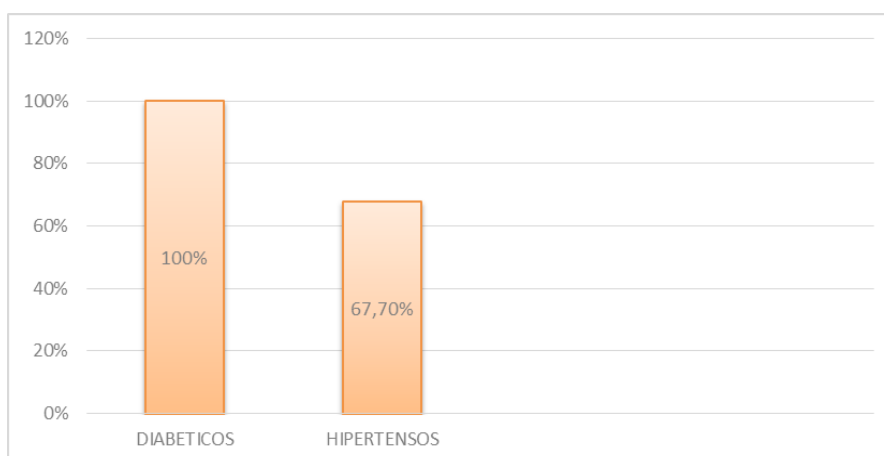


Figura 7- indicadores de cobertura de Diabéticos e Hipertensos Vila Flor/RN 2015

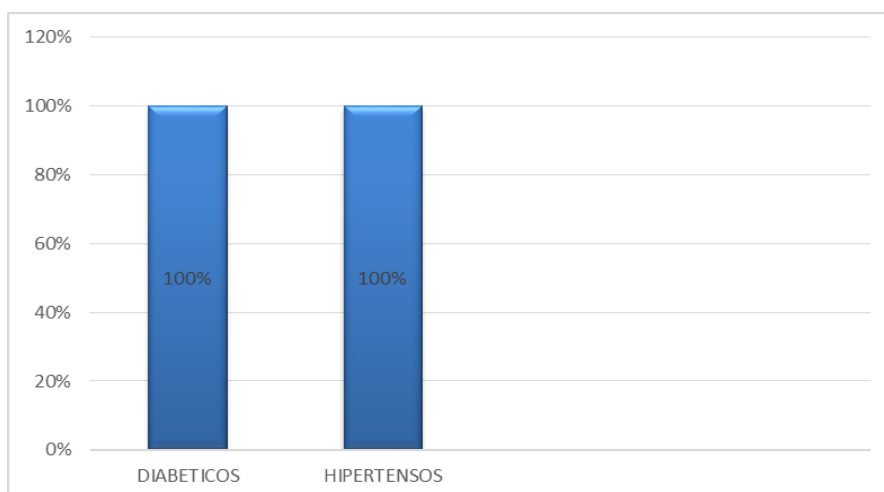


Figura 8 - indicadores de qualidade de Diabéticos e Hipertensos Vila Flor/RN 2015

Após finalizar as 12 semanas da intervenção e analisar os resultados alcançados pela equipe e o grau de satisfação dos usuários e comunidade, a equipe sentiu-se motivada a continuar implementando a intervenção na rotina diária de

nossa UBS, com acolhimento e atendimento clínico integral a todos os usuários, mantendo a busca ativa dos usuários faltosos a consulta e continuar realizando o cadastrando usuários com HAS e/ou DM.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Caros usuários, sou o médico cubano Allan Pavel Medel Alemán, integrante do Programa Mais Médicos e atuo na UBS Vila Flor. Este relatório visa divulgar todas as ações que foram desenvolvidas no Projeto de Intervenção realizado em nossa UBS, pela equipe de saúde da ESF. As ações do projeto visaram principalmente à melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus e de sua qualidade de vida, organizando o processo de trabalho da equipe, de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde.

Com as ações desenvolvidas durante as 12 semanas do projeto, conseguimos garantir a melhoria da qualidade da atenção da saúde dos usuários Hipertensos e Diabéticos no município de Vila Flor. Iniciamos as atividades com a realização da análise situacional do território, da população, da UBS e da equipe de ESF. Em relação aos hipertensos e diabéticos, detectamos uma baixa cobertura de cadastro, atendimento e acompanhamento, além do não registro de dados importantes durante as consultas clínicas, a ausência do desenvolvimento de ações de educação em saúde e a integração da equipe de SB.

Iniciamos as atividades, com a divulgação do projeto para a equipe de saúde, gestores de saúde e para a comunidade, com a realização de palestras sobre a problemática da HAS e/ou DM e a necessidade da organização das ações da equipe. Foi realizado o cadastro e atualização dos dados dos usuários, consultas clínicas agendadas na UBS, em dia e horário programados para os hipertensos e diabéticos. Durante as consultas médicas foram realizadas a anamnese e exame físico completo dos usuários, a estratificação do risco cardiovascular, solicitação de exames laboratoriais e diagnósticos, prescrição e manutenção de medicamentos e orientações individuais para a mudança no estilo de vida.

Durante a intervenção os pacientes com Hipertensão e Diabetes foram beneficiados pelo acolhimento mais humanizado na UBS, foram desenvolvidas atividades de educação em saúde, com palestras realizadas para incentivar os usuários e comunidade a não adesão ao uso de tabaco, álcool e drogas, a praticar atividade física regular, hábitos alimentares saudáveis, riscos e complicações da HAS e/ou DM, assim como benefícios e importância comparecerem as consultas, e realizar o tratamento médico, os exames laboratoriais orientado pelos profissionais da equipe.

Durante a intervenção foram cadastrados 172 hipertensos (67,7%) e 57 diabéticos (100%). Realizamos exames clínicos em 100% dos hipertensos e diabéticos, solicitando exames complementares de acordo com o protocolo para 100% dos hipertensos diabéticos. Foi priorizada a prescrição de medicamentos disponíveis na Farmácia Popular/Hiperdia para 100% dos hipertensos e diabéticos, atendendo a 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos as consultas, com busca ativa e o registro adequado para 100% dos hipertensos e diabéticos. Realizamos a estratificação do risco cardiovascular para 100% dos hipertensos e diabéticos, orientando sobre uma alimentação saudável, a realização de atividade física, males do tabagismo para 100% dos hipertensos e diabéticos, realizamos também 100% das ações de Saúde Bucal

Com a intervenção a equipe alcançou uma melhor adesão destes usuários e comunidade nas atividades do hiperdia, assim como um melhor relacionamento entre a comunidade e a equipe, o que possibilitou que a intervenção tenha alcançado resultados satisfatórios para os usuários diabéticos e hipertensos cadastrados na UBS. Todas as ações foram realizadas para melhorar a qualidade de vida e de saúde dos usuários hipertensos e diabéticos, seus familiares e a comunidade de Vila Flor.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O curso de especialização superou minhas expectativas iniciais, sendo uma experiência de muita utilidade para o aperfeiçoamento do trabalho como médico de família na UBS/ESF. As orientações recebidas pelo orientador, assim como todos os protocolos fornecidos pelo curso, casos interativos, Teste de Qualificação Clínica, Estudos de Prática Clínica e os fóruns de saúde coletiva e clínica foram fundamentais para o desenvolvimento de habilidades e atitudes para o trabalho com a comunidade e com as queixas clínicas mais prevalentes na saúde da família.

O orientador mostrou-se comprometido com o processo de ensino aprendizagem, solicitando ajuda e estando sempre disposto para responder as demandas/dúvidas que surgiam durante a realização das atividades e principalmente na reta final do curso, durante a consolidação do Trabalho de Conclusão de Curso.

As atividades realizadas durante o curso contribuíram muito para minha prática, como médico de família, para a minha equipe, a organização do processo de trabalho e a melhoria da qualidade da atenção a população do município, tendo como resultado mudanças na atuação da equipe com resultados positivos na atenção à saúde dos usuários do território de atuação da ESF Vila Flor.

Referências

ASSUNÇÃO. M.C.F.; SANTOS, I.S.; GIGANTE, P.D. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, p. 88-95, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 36 - **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a, 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 37 - **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2011. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=241500&idtema=97&search=rio-grande-do-norte%7Cvila-flor%7Ccenso-demografico-2010:-resultados-da-amostra-migracao>.

MALFATTI, C.R.M.; ASSUNCAO, A.N. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, suppl. 1, pp. 1383-1388, 2011.

ROUQUAYROL, M. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 5, p. 28-37, 1993.

Apêndices

Apêndice A - Imagem da Intervenção



Figura 9 - Reunião da equipe multidisciplinar de Saúde da UBS para o início das atividades, na UBS, Vila Flor/RN 2015



Figura 10 - Grupo Hiperdia na UBS/ESF Vila Flor 2015 - Integração da equipe com os usuários.



Figura 11 - Palestra sobre o projeto de intervenção com a comunidade, Clube Municipal, Vila Flor/RN 2015



Figura 12 - Atividade de Educação em Saúde realizada pelo Médico com os hipertensos e diabéticos do território, Clube Municipal, Vila Flor/RN 2015



Figura 13 - Mensuração da Pressão Arterial Clube Municipal, Vila Flor/RN 2015



Figura 14 - Mensuração da Glicemia Capilar Clube Municipal, Vila Flor/RN 2015



Figura 15 - Reunião da equipe da ESF para o planejamento das atividades e monitoramento dos dados na UBS/ESF Vila Flor 2015

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B- Planilha de coleta de dados

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1																		
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1	1																	
2	2																	
3	3																	
4	4																	
5	5																	
6	6																	
7	7																	
8	8																	
9	9																	
10	10																	
11	11																	
12	12																	
13	13																	
14	14																	
15	15																	
16	16																	
17	17																	
18	18																	
19	19																	
20	20																	
21	21																	
22	22																	
23	23																	
24	24																	
25	25																	
26	26																	
27	27																	
28	28																	

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