

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes mellitus na UBS Igarapé da Fortaleza, Santana, AP.**

Rolando Benigno Torres Gómez de Cadi Rodríguez

Pelotas, 2015.

Rolando Benigno Torres Gómez de Cadi Rodríguez

**Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes mellitus na UBS Igarapé da Fortaleza, Santana, AP.**

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**

R696m Rodríguez, Rolando Benigno Torres Gómez de Cádi

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Igarapé da Fortaleza, Santana, AP / Rolando Benigno Torres Gómez de Cádi Rodríguez; Sérgio Vinícius Cardoso de Miranda, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

79 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

A minha esposa por ser minha colega inseparável e incondicional durante todos estes anos, a meus queridos filhos por aceitar usuário mente tantos anos separados por estas missões e por ser a razão de minha vida, a minha Cuba bela por me dar a oportunidade de representar nestes rincões do mundo. Ao Lindo Povo Brasileiro por acolher-me com tanta gentileza e carinho e fazer-me sentir um filho mais deles.

Agradecimentos

Agradeço muito a meu professor Sérgio Vinícius Cardoso De Miranda pela ajuda e apoio recebidos durante o curso de especialização, à professora Melissa de Azevedo que foi parte importante deste projeto, e à professora Fernanda que sempre se preocupou em apoiar o nosso trabalho: muito obrigado por tudo.

Resumo

RODRIGUEZ, Rolando Benigno Torres Gomez De Cadi. **Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus na UBS Igarapé da Fortaleza, em Santana, AP.**..2015. 79f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus são doenças muito frequentes em nossa população. No Brasil, 7% da população é acometida pela Diabetes Mellitus, enquanto a prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica varia de 22% a 44% nos adultos brasileiros. Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi melhorar a atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na Unidade de Saúde Igarapé da Fortaleza, Santana, Amapá. Para tal, uma intervenção foi realizada durante doze semanas (abril a julho de 2015). As ações programáticas foram desenvolvidas em quatro eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Os protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde foram adotados para guiarem as ações desenvolvidas. A população alvo foram todos os hipertensos e diabéticos acima de 20 anos de idade residentes na área adstrita da unidade de saúde. Antes de iniciar a intervenção, o percentual de cobertura do serviço era 30%, em ambos os grupos. Ao final das 12 semanas de intervenção, 412 usuários hipertensos foram cadastrados e 154 usuários diabéticos, correspondendo respectivamente a 30,5% e 39,9% de cobertura do serviço. As principais ações desenvolvidas durante a intervenção foram: capacitação e treinamento da equipe, reuniões periódicas com a equipe, mapeamento e cadastramento dos usuários, monitoramento e avaliação das ações semanalmente, atendimento clínico, busca ativa dos faltosos, visitas domiciliares e atividades coletivas de prevenção e promoção de saúde. Os Agentes Comunitários de Saúde tiveram participação fundamental nas buscas ativas. Todos os usuários acompanhados durante a intervenção foram submetidos a exame clínico apropriado e estratificação do risco cardiovascular e solicitação de exames laboratoriais. Além disso, todos os usuários receberam orientações alimentação saudável, prática de atividade física regular, riscos do tabagismo e importância da higiene bucal. Os líderes comunitários tiveram um papel fundamental nas atividades de educação em saúde realizadas nos bairros para o engajamento público. Para o serviço, houve estreitamento e fortalecimento das relações interpessoais entre a equipe e entre equipe e comunidade. A intervenção permitiu a melhoria das ações em saúde, visando a promoção e prevenção. Além disso, a intervenção qualificou a assistência aos diabéticos e hipertensos da Unidade de Saúde Igarapé da Fortaleza, no município de Santana, Amapá

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

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.....	50
Figura 2	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.....	51
Figura 3	Gráfico indicativo da proporção dos hipertensos com solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo na equipe.....	53
Figura 4	Gráfico indicativo da proporção dos diabéticos com solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo na equipe.....	53
Figura 5	Gráfico indicativo da proporção dos hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia popular/Hiperdia.....	54
Figura 6	Gráfico indicativo da proporção dos diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia popular/Hiperdia.....	55
Figura 7	Gráfico indicativo da proporção dos hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.....	56
Figura 8	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.....	56
Figura 9	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	58
Figura 10	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	68
Figura 11	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre a prática de atividade física regular.....	60

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
AP	Amapá
APS	Atenção primária de saúde
CAF	Central de atendimento farmacêutico
CAP	Caderno de ações programáticas
CCU	Câncer de colo de útero
CM	Câncer de Mama
DM	Diabetes Mellitus
EAD	Educação à Distância
EAF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF	Núcleo de Apoio da Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
SUS	Sistema único de saúde

Sumário

Apresentação	8
.....	9
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	15
2 Análise Estratégica	17
2.1 Justificativa	17
2.2 Objetivos e metas	18
2.2.1 Objetivo geral.....	18
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	18
2.3 Metodologia	20
2.3.1 Detalhamento das ações	21
2.3.2 Indicadores	34
2.3.3 Logística	40
2.3.4 Cronograma	43
3 Relatório da Intervenção	44
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	44
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	47
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	47
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	47
4 Avaliação da intervenção	49
4.1 Resultados.....	49
Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.....	51
4.2 Discussão	61
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	64
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	66
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	69
Referências.....	72
Anexos.....	73

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade educação à distância (EAD), promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi constituído por uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos, da Unidade Básica de Igarapé da Fortaleza, do município de Santana, Amapá-AP. O volume está organizado em seis unidades de trabalho: 1) Análise Situacional; 2) Análise Estratégica; 3) Relatório da Intervenção; 4) Avaliação da Intervenção; 5) Reflexão Crítica sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem; e 6) referências e anexos.

Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. A terceira parte apresenta o Relatório da Intervenção onde há a descrição das ações previstas no projeto que foram e as que não foram desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados, bem como no fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores, e análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, mesmo com a finalização do curso. A quarta parte apresenta a Avaliação da Intervenção, capítulo que apresenta os resultados e discussão da intervenção. A quinta parte compreende os relatórios para gestores e comunidade. A sexta parte é referente à reflexão Crítica do Processo Pessoal de Aprendizagem e aborda questões referentes à percepção do especializando quanto a intervenção e seus reflexos na equipe, comunidade e serviço.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Sou o Doutor Rolando Benigno Torres Gomez de Cadi Rodriguez. Sou cubano e cheguei ao Brasil no mês de novembro de 2013 para participar do Programa de saúde “Mais Médicos”. Fui designado para desenvolver minha prática profissional no município de Santana localizada no estado do Amapá.

Trabalho na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Igarapé da Fortaleza, município de Santana, estado do Amapá. Pertencço a equipe número nove, integrada por uma enfermeira (chefe da equipe), um médico, uma técnica em enfermagem e 9 agentes comunitários de saúde (ACS).

Nossa equipe atende uma população de 7.678 habitantes. Neste momento está sendo alocada uma nova equipe em nossa UBS com o objetivo de adequar o número de habitantes para cada equipe e, assim, poder fazer um trabalho com a melhor qualidade possível. Nossa UBS tem estruturalmente boas condições de trabalho, pois os locais de consulta contam com as condições mínimas para prestar uma consulta de qualidade. As salas contam com todo o mobiliário clínico necessário. A principal problemática está em relação aos equipamentos médicos, pois não contamos com estetoscópio de Pinard, e temos apenas um Sonar para toda a UBS. Em relação aos medicamentos, desde o início temos tido instabilidade na oferta dos mesmos. Dentre estes, podemos citar os medicamentos para anemia, medicamentos hipotensores, antibióticos, analgésicos e anti-inflamatórios.

Minha integração com a minha equipe tem sido bastante boa, desde o início me aceitaram bem e a comunicação foi fluída de uma forma adequada e, após 6 meses de trabalho temos excelente relações. O idioma não foi uma barreira para que me integrasse com a equipe.

Temos que conseguir que os ACS cumpram com seu papel na comunidade como verdadeiros guardiões da saúde, pois temos problemas com os grupos prioritários: gestantes, puérperas e usuários portadores de doenças crônicas não transmissíveis. Realizamos nossa reunião semanal na qual avaliamos o trabalho da semana e planejamos o trabalho da próxima semana, priorizando as demandas dos usuários acamados e os que têm difícil o acesso à UBS. Temos trabalhado com as duas escolas que temos na área, onde se realizam atividades conjuntas de vacina, assistencial e, sobretudo atividades educativas.

A comunidade que atendemos é bastante extensa e 70% da mesma vive nas pontes: moradias de madeira que não possuem boas condições e, locais aonde a higiene ambiental é bastante deficientes e com muitos vetores (mosquitos). A qualidade da água de consumo também é de péssima qualidade, com deposição de esgoto, muitas vezes. As principais doenças transmissíveis que observamos na comunidade são: diarreia, parasitismo intestinal, infecção respiratória aguda e hepatite A. Dentre as doenças crônicas, predominam a hipertensão arterial, a diabetes mellitus e as doenças cerebrovasculares.

A relação de nossa equipe com a comunidade é boa, mantemos contato com os líderes políticos e religiosos para nos ajudar nos casos mais complicados. Além disso, temos a disponibilidade de realizarmos as ações comunitárias nos salões das igrejas da comunidade.

Nossa equipe está trabalhando focada nesta questão com o objetivo de melhorar no possível a qualidade de vida de nossa população.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O Município de Santana está localizado no estado Amapá e conta com uma população de aproximadamente 102.868 habitantes, sendo 50.361 homens (49,8%) e 50.842 mulheres (50,2%), de acordo como último censo (IBGE, 2010). Santana tem uma extensão territorial de 1.579,6 km² e uma densidade demográfica de 65,1 habitantes por km². Seus moradores chamam-se santanense e a maioria da população reside na zona urbana (98%). A população rural é composta por 2.109 pessoas (representando 2% população total). É uma cidade portuária onde está situado um dos portos mais importantes de Brasil. As principais atividades econômicas

do município são a criação de gados bovino, bubalino e suíno, a pesqueira, a extração da madeira e, por suposto, a portuária (WIKIPÉDIA, 2015).

Os serviços de saúde do município estão organizados em 10 UBS, uma delas está localizada na área rural. Todas UBSs contam com Equipes de Saúde da Família (ESF). O município possui quatro Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que são responsáveis por dar cobertura a todas as UBS. Entretanto, ainda é insuficiente para prestar uma atenção qualificada.

A atenção odontológica está organizada por UBS das quais seis unidades contam com estes serviços nas próprias unidades e as demais unidades são assistidas pela clínica móvel, a qual também oferta assistência aos centros escolares.

A atenção especializada é ofertada na maioria das UBSs e conta-se com as especialidades: ginecologia e obstetrícia, pediatria, cirurgia (geral, ginecológica, obstétrica e ortopedia), dermatologia, ortopedia, urologia, gastroenterologia, otorrinolaringologia, cardiologia, psiquiatria, psicologia, nutricionista, reabilitação. As UBSs realizam os encaminhamentos dos usuários de acordo com a rede municipal a partir dos protocolos municipais e do Ministério da Saúde. O acesso às demais especialidades é feito na capital do estado, Macapá.

O município de Santana conta com um hospital geral que oferece serviço de pronto socorro e atendimento nas especialidades de cirurgia geral, ortopedia e traumatologia, ginecologia e obstetrícia, pediatria. Possui um serviço de reabilitação integral, que dá cobertura a toda população do município, e um laboratório clínico municipal que realiza coleta de exames uma vez por semana em nossa UBS, nas sextas-feiras (sendo ofertadas cotas para 16 usuários, com prioridade para as gestantes).

A UBS Igarapé da Fortaleza situa-se na área urbana na entrada do município de Santana e mantém uma estreita relação com a secretaria municipal de saúde. O número de equipes foi ampliado em nossa UBS que atualmente conta com 3 equipes de ESF. Cada equipe está composta por uma enfermeira, um médico, um técnico em enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Apenas uma equipe tem equipe de saúde bucal. Sendo assim, faltam profissionais da equipe de saúde bucal para 2 equipes e 5 ACS, cujas micro áreas estão descobertas.

Existe uma boa vinculação da UBS com as instituições escolares da área de abrangência, nas quais se realizam atividades de promoção e prevenção de saúde de

forma sistemática. Considera-se ainda que a ausência do conselho de saúde na UBS dificulta em certo grau as relações com a comunidade.

Em relação à estrutura da UBS, destaca-se que a mesma foi construída para ser um ESF e conta com locais confortáveis e climatizados para as consultas, possui rampa bem como sanitários para os deficientes físicos e por isso considero que do ponto de vista estrutural as condições da unidade facilitam o trabalho das equipes. As principais dificuldades na UBS são: insuficiência de equipamentos, reposição e manutenção dos equipamentos (temos somente um sonar para o trabalho de cinco médicos, o que dificulta o trabalho em obstetrícia, e não possuímos estetoscópio de Pinard e otoscópio); oferta de medicamentos insuficiente; exames laboratoriais (temos oferta de 16 cotas para exames semanais que são insuficientes para dar cobertura a toda a UBS), exame radiográfico só é disponibilizado pelo hospital (não atende toda a demanda da comunidade). Os materiais de consumo e insumo são bastante estáveis, pois os formulários e materiais impressos necessários para trabalhar tem tido certa estabilidade e não constituem um problema. Do ponto de vista administrativo temos proposto a solução para alguns problemas, sobretudo aqueles que estão afetando mais diretamente à população, como a falta de medicamento e equipamentos, os quais têm sido discutidos com a direção da UBS e a secretária de saúde.

Quanto às atribuições dos profissionais nossa UBS, podemos destacar como aspectos positivos que todos os profissionais estão comprometidos com o trabalho, realizamos reuniões semanais e o planejamento do trabalho que nos permite dar uma atenção com melhor qualidade para a população. Como aspecto negativo, destaca-se o número insuficiente de agentes comunitárias da saúde, pois ainda permanecem 5 áreas descobertas na comunidade.

A população total da UBS Igarapé da Fortaleza é de 7.678 pessoas. Quando iniciamos a unidade de análise situacional do curso da UFPEL só existiam duas ESF em nossa UBS. A partir de setembro/2014, a terceira ESF foi incluída na UBS. Atualmente está sendo realizado um novo mapeamento da área e recadastramento da população, que agora atende a uma área que cumpre com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 e favorecerá um trabalho com melhor qualidade. Após a nova divisão do território, a ESF 9 ficou responsável por uma área adstrita com 2.625 habitantes, sendo 1.285 homens (48,9%) e 1.340 mulheres (51,4%).

Em relação ao atendimento à demanda espontânea, os usuários são acolhidos somente pela recepcionista e a técnica de enfermagem, os quais são os profissionais

que organizam a agenda dos atendimentos clínicos. Nos casos específicos da demanda espontânea é a técnica de enfermagem quem decide se o usuário será avaliado pela enfermagem ou pelo médico. Todo o usuário com doença aguda que chega à UBS é atendido pela equipe. Para melhorar a assistência, a equipe tem realizado visitas domiciliares.

Sobre a saúde da criança em nossa UBS temos dificuldade, pois tradicionalmente as consultas de puericultura são realizadas pelos dois pediatras do serviço, e, portanto, os médicos de família fazem poucas consultas de puericultura. Esta situação está mudando, pois estamos trabalhando com atividades educativas para que as gestantes e seus filhos sejam acompanhados pela UBS. Além disso, esta captação está sendo realizada por meio de visitas domiciliares com marcação de consultas para acompanhamento na UBS. Segundo as estimativas do Caderno de Ações Programáticas (CAP), o percentual de cobertura do serviço é de 94% para crianças menores de um ano. Embora o percentual esteja alto, alguns indicadores de qualidade estão inadequados, como 39% com atraso na consulta, 61% com monitoramento no desenvolvimento e crescimento na última consulta. Isto nos demonstra as dificuldades que temos no acompanhamento dos menores de um ano. Não pudemos obter os dados de saúde bucal, embora eles existam, em virtude da dificuldade de articulação com a equipe de saúde bucal. Para esta população são realizadas visitas domiciliares. Entretanto, as ações realizadas não são baseadas em um protocolo do Ministério da Saúde.

A partir das estimativas fornecidas pelo CAP, se pode observar uma cobertura de 44% para a atenção ao pré-natal na UBS. Uma deficiência nos indicadores de qualidade relacionada à captação de gestante no primeiro trimestre pode ser observada (19%). Ademais, 84% das mulheres estão com as consultas em dia, indicador bastante aceitável tendo em conta as características de nossa população, o mesmo ocorre com a solicitação de exames na primeira consulta em 100% dos casos; a vacina antitetânica e para Hepatite B com 94% e 88%, respectivamente; e 100% das gestantes com indicação de sulfato ferroso. Em nosso serviço, a consulta da gestante é realizada pelo clínico geral e o ginecologista. Também são realizadas consulta de nutricionista, psicólogo e exames laboratoriais. As atividades de educação em saúde são planejadas em reunião de equipe e ofertadas nas consultas e em atividades na comunidade. As principais dificuldades são oriundas pela existência de um único equipamento de sonar para toda a UBS e pela ausência de medicamentos

para tratamento da anemia e a infecção vaginal, a qual causa muitas moléstias às usuárias. Tenho que reconhecer que nossa equipe vem melhorando a qualidade dos atendimentos, embora ainda haja muito por fazer, fundamentalmente no cadastramento das gestantes de nossa área, pois ainda se considera que existam gestantes sem atenção médica.

O trabalho de prevenção do Câncer de Colo de Útero (CCU) e Controle do Câncer de Mama (CM) está sendo iniciado na UBS e, por isso, não são estimados todos os indicadores. Segundo o CAP, o percentual de cobertura está em 36% e 21% para mulheres na faixa etária para a prevenção do CCU e CM, respectivamente. Contamos somente com um mamógrafo que se localiza em um hospital do município de Amapá, o qual não oferece a cobertura necessária para este programa. Cada membro de nossa equipe está trabalhando para reforçar esta ação programática. Além disso, ressalta-se a importância da prevenção do câncer de colo de útero e de mama e da realização dos exames nas consultas para as mulheres em idade de risco. Durante as visitas domiciliares, as mulheres são questionadas sobre o tema pelos profissionais de saúde. Esta estratégia foi adotada pela equipe há três meses diante da grande dificuldade que tínhamos sobre esta ação e realmente está dando resultado, pois o número de mulheres com seu preventivo em dia quase duplicou quando comparado com o primeiro trimestre de 2014. Não podemos deixar de falar das dificuldades que tem este programa, já que os resultados dos exames estão demorando mais de dois meses para serem reencaminhados e as usuárias acabam perdendo a confiança no serviço. O mesmo ocorre com a insuficiência dos insumos necessários, sobretudo dos espéculos. Também não contamos na UBS com uma pessoa dedicada ao programa para o controle administrativo e monitoramento das ações. Considero que os profissionais de enfermagem que realizam os exames estão bem capacitados. Percebe-se a importância de se aumentar o número de atividades educativas sobre a prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama e de aumentar o envolvimento da comunidade para que nos ajudem a conseguir o proposto.

Em relação à atenção aos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), o percentual de cobertura está em 30% para hipertensos e diabéticos, segundo os dados do CAP. Isto demonstra que ainda temos grandes dificuldades no diagnóstico, controle e rastreamento destes usuários. Em primeiro lugar estamos fazendo pesquisa ativa de HAS na comunidade por meio

de visitas domiciliares e em ações de saúde realizadas na comunidade. Nestas ações coletivas é realizada aferição de pressão arterial para todo usuário com mais de 20 anos de idade. Além disso, glicemia capilar é realizada nos usuários com risco de diabetes. Esta estratégia tem nos auxiliado a detectar um grande número de pessoas portadores desta doença. Agenda-se consulta para avaliar os exames de rotina. No caso de ausência do usuário, a busca ativa aos faltosos é realizada. Na nossa equipe, faltam quatro agentes comunitários, isto denota que áreas da comunidade estão descobertas. E isto afeta negativamente na eficiência do rastreamento destes usuários. O eu provoca grande descontentamento entre os usuários é a falta de medicamentos para o tratamento, situação já discutida com os gestores municipais. Os usuários são atendidos aplicando-se os protocolos do manual técnico para HAS e DM do Ministério de Saúde (BRASIL, 2013^a; BRASIL, 2013^b). A saúde bucal como já mencionado não pode ser avaliada.

A atenção à saúde dos usuários idosos é também uma problemática que temos em nossa UBS, pois à medida que realizamos as visitas domiciliares temos observado que esta população não tem tido uma atenção priorizada como preconiza o Ministério de Saúde. Nenhum idoso tinha a caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, e a partir de setembro/2014, estas estão sendo entregues nas visitas domiciliares e adotadas como registro específico para este grupo. A estimativa de cobertura de pessoas idosas em nossa área foi de 87%, segundo as estimativas do CAP. A equipe adotou o Manual técnico para atenção ao usuário idoso (BRASIL, 2010) para guiar as ações desenvolvidas na UBS. Não existe um livro de registro específico para monitoramento destes usuários. Novamente é importante salientar que a falta de agentes comunitários influencia negativamente no rastreamento dos usuários idosos desassistidos.

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

Para finalizar, depois de ter lido este relatório e avaliado o texto escrito na segunda semana do curso chamado pude observar que algumas coisas mudaram para melhor e se conseguiu fazer um grupo de ações que vai a favor da melhoria da saúde de nossa comunidade, e isso que só estamos começando. Também após ter realizado este relatório considero que tenho uma melhor percepção da realidade de

nossa UBS e de minha ESF, considerando este documento uma ferramenta que nos permite traçar um grupo de ações que vão reverter muito dos problemas detectados atualmente, além de nos dar uma melhor visão de nossa problemática de trabalho.

Por meio das atividades de análise situacional consegui conhecer as características particulares da população de abrangência da minha equipe, suas condições de moradia, principais motivos de atendimentos, incidência e prevalência de doenças crônicas, tendo uma visão mais ampla da situação da saúde da população da minha área. Com isto pude avaliar o quanto temos avançado neste período de tempo e o quanto nos falta por fazer para melhorar os indicadores de saúde da população da minha área de abrangência.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são a principal causa de mortalidade por Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil e em todo mundo. Atualmente, 30% da população adulta e 60% das pessoas idosas padecem de HAS e, 7% da população adulta e 33% dos maiores de 60 anos padecem de DM. Estas doenças produzem um número considerável de complicações (vasculares, renais, cerebrais, ópticas e cardiovasculares) que são as principais causas de morte por doenças crônicas no mundo e no Brasil (BRASIL, 2013).

A UBS Igarapé da Fortaleza tem uma boa estrutura física, pois foi construída para atuar em ESF. Conta com a infraestrutura necessária que permite prestar um acolhimento adequado à população. Existem algumas dificuldades no que diz respeito aos equipamentos: não temos o Estetoscópio de Pinar ou o sonar para acompanhamento do pré-natal, nem o oto-oftalmoscópio.

Tem uma população estimada de 7678 habitantes. Na unidade atuam três Equipes de Saúde Familiar, os quais contam com os seguintes integrantes: Enfermeiro, Médico, Técnico em Enfermagem e os Agentes Comunitários de saúde. Ainda temos cinco áreas descobertas. Apenas uma equipe possui equipe de saúde bucal. No relacionado aos recursos, temos que agregar que existem dificuldades com a estabilidade dos medicamentos para os usuários com HAS e DM, pois a atribuição é insuficiente, ainda que contassem com as listagens dos medicamentos da farmácia popular e os usuários também podem adquirir os mesmos nesta. A equipe nove possui em sua área adstrita 2.625 habitantes, sendo 1.285 homens (48,9%) e 1.340 mulheres (51,4%).

Na área de abrangência da unidade, 406 usuários hipertensos e 115 diabéticos são acompanhados, configurando 30% de cobertura do serviço para ambos os

grupos, segundo os dados estimados pelo CAP. Entretanto, além do baixo percentual de cobertura, a qualidade da atenção é deficiente, pois existem sérios problemas na identificação dos fatores de risco cardiovascular, no rastreamento sistemático dos mesmos, na realização dos exames de laboratórios necessários e com uma péssima atenção odontológica. Temos grandes dificuldades na atenção a este grupo de usuários. Algumas orientações já são dadas para a comunidade nas visitas domiciliares, durante o atendimento e nas ações de saúde realizadas em escolas e igrejas da área, de forma semanal, fazendo um planejamento das mesmas nas reuniões de equipe.

Diante da importância da qualificação da atenção aos hipertensos e diabéticos e das deficiências identificadas no serviço da Unidade Igarapé da Fortaleza, justifica-se a realização desta intervenção.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

- Melhorar a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus na UBS Igarapé da Fortaleza, Santana, AP.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1. Cadastrar 70% 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 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2. Qualidade. 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. Adesão. 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. Registro. 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. Avaliação de risco. 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. Promoção de saúde. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

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

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade Básica de Saúde (UBS) Igarapé da Fortaleza, do município de Santana, estado do Amapá (AP). Conforme orientação do curso houve a necessidade do encurtamento da intervenção de 16 para 12 semanas, para que fosse possível ajustar as defesas e a finalização da Turma 7 ao calendário estabelecido com a Universidade. Participarão da intervenção todos os hipertensos e diabéticos residentes na área adstrita com 20 anos ou mais de idade.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta1.1: Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde

Monitoramento e avaliação

Ação e detalhamento: Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde realizando um novo cadastramento com a participação de todos os membros das equipes com objetivo de detectar novos usuários em nossa comunidade e avaliar àqueles já diagnosticados de forma mais integral.

Organização e gestão do serviço

Ação e detalhamento: Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa. Cada um dos ACS atualizarão os seus registros dos usuários com estas enfermidades, assim como atualizar o mesmo durante as visitas domiciliares.

Ação e detalhamento: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS, falando com todo o pessoal de nossa UBS que participa desta atividade, melhorando seus conhecimentos e alcançando uma melhor qualidade.

Ação e detalhamento: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde. Solicitar aos gestores, em nível da UBS e municipal, os recursos necessários para o atendimento com qualidade aos nossos usuários com HAS, como: Esfigmomanômetro, balanças antropométricas, fita métrica na unidade de saúde e novos profissionais para o cargo de agente comunitário.

Engajamento público

Ação e detalhamento: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, fazendo palestras em nível da UBS, e em nível das comunidades, em todas as visitas semanais. Fazer atividade educativa no atendimento clínico de forma individualizada.

Ação e detalhamento: Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 20 anos, pelo menos, anualmente. Esta ação será feita mediante as atividades educativas que realizaremos de forma semanal na UBS e nas visitas às comunidades.

Ação e detalhamento: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Para isto será realizada a glicemia capilar no nível da consulta e no nível da visita domiciliar a todos os usuários com nestas características.

Ação e detalhamento: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Serão realizadas palestras educativas a nível da UBS e a nível das comunidades (em igrejas e escolas) sobre os riscos que estas doenças representam para a saúde do usuário.

Qualificação da prática clínica

Ação e detalhamento: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde. A capacitação será realizada na primeira semana da intervenção, será ministrada pelo médico e pela enfermeira durante uma reunião da equipe.

Ação e detalhamento: Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Realizar uma capacitação inicial a todos os membros da equipe sobre a forma adequada de medir a pressão arterial, será realizada na primeira semana da intervenção, será ministrada pelo médico e pela enfermeira durante uma reunião da equipe.

Meta 1.2: Cadastrar 70% dos Diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação e detalhamento: Monitorar o número de Diabéticos cadastrados no Programa de Atenção Diabetes da unidade de saúde realizando um novo cadastramento com a participação de todos os membros das equipes com objetivo de detectar novos usuários em nossa comunidade e avaliar àqueles já diagnosticados de forma mais integral. Como forma de avaliação e monitoramento serão utilizados a ficha espelho e a planilha de coleta de dados disponibilizadas pelo curso, e o livro de registro das agentes comunitárias.

Organização e gestão do serviço

Ação e detalhamento: Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa. Todo o usuário com diagnóstico de DM será registrado no Programa para um acompanhamento mais qualificado. Este registro será feito por qualquer profissional da equipe.

Ação e detalhamento: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de Diabetes, falando com todo o pessoal da UBS que participa em desta atividade, melhorando seus conhecimentos.

Ação e detalhamento: Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde, solicitando aos gestores o apoio e suporte de equipamentos e insumos para a intervenção.

Engajamento público

Ação e detalhamento: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, fazendo palestras a nível da UBS e a nível das comunidades em todas as visitas semanais que são realizadas na comunidade. Fazer atividade educativa durante o atendimento clínico.

Ação e detalhamento: Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 2- anos, pelo menos, anualmente. Nesta ação será feita mediante as atividades educativas que são realizadas de forma semanal na UBS e nas visitas às comunidades.

Ação e detalhamento: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Realizando determinação de glicemia capilar no nível da consulta e durante a visita domiciliar a todos os usuários com estas características.

Ação e detalhamento: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Serão realizadas palestras educativas a nível da UBS e a nível das comunidades (em igrejas e escolas) sobre os riscos que estas doenças representam para a saúde do usuário.

Qualificação da prática clínica

Ação e detalhamento: Capacitar os ACS para o cadastramento de Diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde, será realizada na primeira semana da intervenção durante uma reunião de equipe.

Ação e detalhamento: Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Realizar uma capacitação inicial a todos os membros da equipe e da UBS que realizam atendimentos a usuários diabéticos sobre a forma adequada de medir a pressão arterial, a qual será realizada em reunião de equipe e em reunião de UBS.

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

Meta 2. 1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2. 2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação e detalhamento: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos. Este monitoramento será por meio da ficha espelho e planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizadas pelo curso, além do prontuário médico do usuário.

Organização e gestão do serviço

Ação e detalhamento: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e dos usuários diabéticos. Durante a primeira reunião da intervenção, as atribuições de cada membro da equipe serão definidas.

Ação e detalhamento: Realizar a capacitação de todos os profissionais da UBS, durante a primeira semana da intervenção.

Ação e detalhamento: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais. Falar com o gestor municipal para de forma bimestral realizarem-se atividades docentes que sirvam como educação continuada, além de manter as capacitações mensais na UBS sobre HAS e DM.

Ação e detalhamento: Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde. Falar com o diretor da UBS para que cada equipe dispunha de versão mais atualizada dos protocolos da atenção a usuário com HAS e DM para seu trabalho diário.

Engajamento público

Ação e detalhamento: 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, explicando que estes são as principais complicações da enfermidade e que a atividade preventiva evita complicações. Estas atividades são realizadas de forma sistemática nas consultas e nas visitas domiciliares, por todos os membros de equipe.

Qualificação da prática clínica

Ação e detalhamento: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado antes de iniciar a intervenção. Será ministrada pelo médico especializando durante reunião com as equipes da UBS.

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.

Monitoramento e avaliação

Ação e detalhamento: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde. Para isso serão avaliados os registros da planilha de coleta de dados e ficha espelho disponibilizadas.

Ação e detalhamento: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada avaliando os prontuários e fazendo revisão das indicações dos exames realizados e procurar os resultados dos mesmos.

Organização e gestão do serviço

Ação e detalhamento: Gerenciar com os gestores da UBS as vagas necessárias para o laboratório clínico que permitam dar cobertura às necessidades dos usuários com HAS e DM, cada vez mais crescente, e dar prioridade para a realização dos mesmos.

Ação e detalhamento: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo solicitando durante a reunião mensal, pois atualmente só contamos com 16 vagas em um dia na semana.

Ação e detalhamento: Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares. O sistema de alerta consiste na marcação do prontuário para aqueles que precisam de exames complementares ou que os mesmos foram solicitados.

Engajamento público

Ação e detalhamento: Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares, fazendo atividades educativas na UBS e em as visitas comunitárias, assim como na consulta médica com o usuário.

Ação e detalhamento: Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares, fazendo atividades educativas a nível das visitas comunitárias e nas consultas médicas, falando das complicações que podem aparecer se a doença não é controlada.

Qualificação da prática clínica

Ação e detalhamento: Fazer uma capacitação das equipes sobre os protocolos adotados na atenção aos usuários com HAS e DM para conseguir uma adequada atenção médica. Será realizada pelo médico especializando durante reunião com a equipe.

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.

Monitoramento e avaliação

Ação e detalhamento: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular por meio da ficha espelho e planilha de coleta de dados disponibilizadas pelo curso e revisadas semanalmente.

Organização e gestão do serviço

Ação e detalhamento: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Falar com a diretora da UBS para em união da equipe fazer um controle semanal à farmácia da UBS avaliando a existência de medicamentos do programa de HIPERDIA assim como a data de vencimento dos mesmos e as necessidades reais da população afetada com estas doenças.

Ação e detalhamento: Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, o qual deve ser avaliado em reunião mensal da UBS, tomando as decisões precisas para garantir a estabilidade dos mesmos.

Engajamento público

Ação e detalhamento: 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, fazendo atividades educativas na comunidade e na UBS, assim como direito com os usuários em as consultas ou em as visitas a seu domicílio.

Qualificação da prática clínica

Ação e detalhamento: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes, fazendo atividades docentes de forma mensal e em as

discussões de casos nas reuniões dos ESF. A primeira ação será uma capacitação na primeira semana de intervenção ministrada pelo médico.

Ação e detalhamento: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, comunicando os mesmos da importância de que os usuários podem ter acesso aos medicamentos de forma gratuita e/ou com baixo custo.

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.

Monitoramento e avaliação

Ação e detalhamento: Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico, por meio da ficha espelho e planilha de coleta de dados.

Organização e gestão do serviço

Ação e detalhamento: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos; falando com os gestores da UBS e Municipal para garantir que cada ESF tenha seu dentista e se avaliará mensalmente em a reunião de UBS e municipal.

Ação e detalhamento: Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Falar com a direção de UBS para organizar a agenda de odontologia de maneira que possa dar cobertura às necessidades dos usuários com hipertensão e diabetes.

Engajamento público

Ação e detalhamento: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos, fazendo atividades educativas nas comunidades e na UBS sobre os riscos para sua saúde de uma deficiente saúde bucal.

Qualificação da prática clínica

Ação e detalhamento: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos, fazendo uma capacitação em nível da UBS a todos os membros de equipe sobre a importância da saúde bucal para os usuários, ministrada pelo dentista, na primeira semana da intervenção.

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.

Monitoramento e avaliação

Ação e detalhamento: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo fazendo revisão do livro de registro dos ACS sobre os usuários hipertensos e diabéticos e da ficha espelho e planilha de coleta de dados.

Organização e gestão do serviço

Ação e detalhamento: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos, fazendo a planificação e avaliação de forma quinzenal na reunião de equipe dos hipertensos e diabéticos que faltaram à consulta para serem visitados em seu domicílio.

Ação e detalhamento: Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares, em coordenação com os ASC designando uma seção de trabalho para atender estes usuários faltosos.

Engajamento público

Ação e detalhamento: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas, mediante a realização de atividades educativas em nível da UBS e de comunidade explicando a importância de ser atendidos oportunamente.

Ação e detalhamento: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos hipertensos e diabéticos, e aceitar as sugestões que permitam melhorar a qualidade de atendimentos e avaliar a mesma em reunião de equipe.

Ação e detalhamento: Esclarecer aos portadores de hipertensão e de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, fazendo palestras pública em nível da UBS e da comunidade, assim como em as consultas médicas e visitas domiciliares, envolvendo a todos os membros de equipe.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade, a qual será realizada na primeira semana da intervenção, sendo ministrada pelo médico durante uma reunião de equipe.

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.

Monitoramento e avaliação

Ação e detalhamento: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde de forma semanal fazendo revisão do livro de registro, dos prontuários, da ficha espelho e planilha de coleta de dados.

Organização e gestão do serviço

Ação e detalhamento: Manter as informações do SIAB atualizadas. Quem ficará responsável será a enfermeira chefe da unidade de saúde que fará esta atualização mensalmente.

Ação e detalhamento: Implantar a ficha de acompanhamento individual dos usuários e avaliar que a mesma tenha a qualidade necessária a qual será revisada de forma semanal na revisão dos prontuários clínicos.

Ação e detalhamento: Pactuar com a equipe o registro das informações, de forma que exista um critério unificado que permita fazer uma boa avaliação da atenção aos usuários.

Ação e detalhamento: Definir responsável pelo monitoramento dos registros, o qual se definirá em reunião de equipe e ele será o responsável de levar a estas reuniões as dificuldades encontradas para que as mesmas se solucionem.

Ação e detalhamento: 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, o qual será feito e levado por o médico e a enfermagem e analisados em reuniões de equipe.

Engajamento público

Ação e detalhamento: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário fazendo palestras públicas a nível de UBS e comunidade e capacitando todos os membros de equipe para que possam fazer esta atividade.

Qualificação da prática clínica

Ação e detalhamento: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético, o qual será feito em a reunião de equipe e avaliado.

Ação e detalhamento: Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, a qual será realizada a nível da UBS para que as 3 equipes aprendam a mesma informação e o trabalho fique com a mesma qualidade.

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.

Monitoramento e avaliação

Ação e detalhamento: Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, o qual será feito mediante a revisão dos prontuários médicos de forma quinzenal.

Organização e gestão do serviço

Ação e detalhamento: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco, oferecendo um acolhimento e atendimento de forma priorizada.

Ação e detalhamento: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda, a qual será feita em as reuniões de equipe e cada ASC será responsável de seus usuários.

Engajamento público

Ação e detalhamento: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, mediante as entrevistas com os mesmos em as consultas e em as visitas domiciliares que sejam feitas.

Ação e detalhamento: Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis, como alimentação saudável, a prática de atividade física diária de forma sistemática, entre outras, mediante a realização de atividades educativas na UBS e nas comunidades.

Qualificação da prática clínica

Ação e detalhamento: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, falando com a diretora da UBS e coordenando uma atividade docente para todos os membros de equipa, fundamentalmente para médicos e enfermeiros.

Ação e detalhamento: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação, de forma tal que permita-nos conhecer a realidade das possíveis complicações dos usuários e permitam-nos conhecer as mesmas e atuar oportunamente sobre as mesmas.

Ação e detalhamento: Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, o qual será feito em as reuniões de equipe e permitirá avaliar os resultados nas reuniões subsequentes.

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.

Monitoramento e avaliação

Ação e detalhamento: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos, a qual será feita por meio da revisão semanal das fichas espelho e planilha de coleta de dados.

Organização e gestão do serviço

Ação e detalhamento: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável, fazendo um planejamento de forma semanal na comunidade e na UBS.

Ação e detalhamento: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade, falando com os mesmos nas reuniões da UBS e solicitando que o nutricionista da UBS participe desta atividade.

Engajamento público

Ação e detalhamento: Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável por meio de palestras educativas na comunidade e na UBS, assim como nos atendimentos individuais.

Qualificação da prática clínica

Ação e detalhamento: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável, solicitando que a nutricionista de UBS realize uma capacitação das três equipes na primeira semana da intervenção.

Ação e detalhamento: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde, coordenando com a secretaria municipal de saúde para que um profissional capacitado dê esta atividade a todos os membros das equipes.

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.

Monitoramento e avaliação

Ação e detalhamento: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos, nas quais as orientações devem ser descritas em seu prontuário de modo que possa ser verificado quando os mesmos sejam revisados.

Organização e gestão do serviço

Ação e detalhamento: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física, estimulando os usuários pela realização de palestras públicas e a incorporação de educador físico da UBS.

Engajamento público

Ação e detalhamento: Orientar hipertensos e diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, fazendo atividades educativas coletivas a nível da comunidade e da UBS.

Qualificação da prática clínica

Ação e detalhamento: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular, a qual seria feita em nível da UBS com todos os membros das 3 equipes.

Ação e detalhamento: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde, coordenado com a secretaria de saúde para fazer estas atividades com os membros dos 3 ESF.

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.

Monitoramento e avaliação

Ação e detalhamento: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos, fazendo revisão dos prontuários dos usuários, ficha espelho e planilha de coleta de dados.

Organização e gestão do serviço

Ação e detalhamento: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo", o qual será feito em as reuniões mensais da UBS e secretaria de saúde.

Engajamento público

Ação e detalhamento: Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, mediante entrevista individual com os usuários fumantes e lhes oferecendo opções para deixar o tabaco.

Qualificação da prática clínica

Ação e detalhamento: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas, em as reuniões de equipe.

Ação e detalhamento: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde, coordenando atividade docente com especialistas no tema, para as 3 equipes.

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.

Monitoramento e avaliação

Ação e detalhamento: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos, avaliando a realização dos mesmos na UBS de forma mensais.

Organização e gestão do serviço

Ação e detalhamento: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual, falando com a diretora da UBS para garantir esta atividade.

Engajamento público

Ação e detalhamento: Orientar os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal mediante a realização de atividades educativas coletivas na UBS e a comunidade, de forma semanal.

Qualificação da prática clínica

Ação e detalhamento: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal, falando com os dentistas o técnico em odontologia para que façam esta capacitação a as 3 equipes.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1. Cadastrar 40% 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 40% 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.

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

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

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

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Registro. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 5.1. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promoção de saúde. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Para a intervenção serão adotados: o Caderno de Atenção Básica nº 36 (Diabetes Mellitus) e o Caderno de Atenção Básica nº 37 (Hipertensão Arterial Sistêmica), ambos protocolos do Ministério da Saúde.

Para a realização da intervenção sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus utilizaremos como registro específico os prontuários clínicos, livro de registro dos Agentes Comunitários de Saúde, e a ficha espelho disponibilizada pelo curso. Estes dados serão monitorados em uma planilha eletrônica de coleta dos dados. Será solicitado ao gestor a impressão das fichas espelho. Semanalmente, durante a intervenção, as ações serão avaliadas por meio da planilha de coleta de dados e seus indicadores, a partir dos dados retirados das fichas espelho. Esta digitação será realizada pelo médico, especializando do curso.

A equipe será capacitada para a intervenção. Na semana que antecede o início da intervenção e/ou na primeira semana, a equipe conhecerá o projeto de intervenção, será treinada para o uso dos instrumentos de registro específicos e revisará o protocolo do Ministério de Saúde para a assistência a estes usuários. As capacitações serão realizadas durante duas horas antes da reunião com as equipes. Serão convidados o nutricionista e o educador físico para ministrarem as capacitações da equipe. O odontólogo também participará, capacitando a equipe em relação às condições de saúde bucal e treinamento para rastreamento das doenças bucais. Capacitação dos profissionais da equipe nas atividades relativas ao projeto de intervenção o que inclui: conhecimento dos protocolos de atenção, adequada técnica de realização de aferição da pressão arterial e hemoglicoteste, uso das fichas individuais, grupais, espelho e acompanhamento, avaliação clínica de risco, exame físico específico das lesões de órgãos alvo e atividades de promoção de saúde.

O cadastramento dos usuários será realizado pelas técnicas de enfermagem na sala de acolhimento ou nas atividades a serem realizadas nas comunidades, mediante o preenchimento da ficha de cadastro individual e coletivo pelas ACSs ou outro profissional da equipe. Além disso, será de fluxo contínuo e, realizada por qualquer profissional de saúde da unidade.

O acolhimento dos usuários será realizado diariamente, em todos os turnos de atendimento, por pelo menos dois membros da equipe na área destinada para isso na unidade de saúde ou nas comunidades, onde será realizada a escuta inicial, a avaliação da prioridade e as primeiras recomendações e caso seja preciso, encaminhando para a consulta de enfermagem ou médica.

O atendimento clínico será realizado pelo médico na unidade de saúde ou nas áreas destinadas nas comunidades. Será realizado exame físico, avaliação do risco cardiovascular, revisão e solicitação dos exames complementares, avaliação de saúde bucal, tratamento medicamentoso e atividades educativas individuais. A consulta de retorno será agendada e a consulta com o dentista também, num total de quatro usuários por dia, e realizará atividades de promoção de saúde individualizadas. A enfermeira só fará atendimento clínico nas visitas e nas atividades grupais nas comunidades onde o atendimento será dividido.

As visitas domiciliares serão realizadas pelo médico e/ou enfermeira juntamente a uma técnica de enfermagem, uma vez a semana, previa coordenação do ACS com a equipe e avaliando as possibilidades reais de visita tais como disponibilidade de transporte, distância a recorrer, etc. Foi implementado um sistema de visitas às comunidades em conjunto com as igrejas e as associações comunitárias, semanalmente, onde a equipe vai realizar atividades grupais e atendimentos individualizados e os agentes comunitários levam os casos faltosos ou que precisam avaliação, temos uma expectativa de aproximadamente 15 casos semanas.

A busca dos faltosos será realizado pelos ACSs nas visitas domiciliares consequentes e serão agendadas as visitas ou consultas na reunião semanal da equipe.

As atividades coletivas serão realizadas nos centros comunitários ou na igreja uma vez a semana onde a enfermeira ou o médico fazem as palestras e nas salas de espera dos usuários, onde as técnicas de enfermagem dão orientações gerais sobre as doenças. Atualmente são combinadas ambas as atividades, pois são feitas atividades nas comunidades e ao mesmo tempo atendimento nos grupos específicos.

As atividades de prevenção e promoção da saúde também serão realizadas de forma individual durante o atendimento clínico e nas visitas domiciliares. Serão convidados o psicólogo, nutricionista, educador físico e odontólogo para ministrarem as palestras para a comunidade.

Semanalmente, o monitoramento e avaliação dos dados será realizado pelo médico e enfermeira. Os dados serão consolidados na ficha eletrônica fornecida pelo curso e de forma mensal se analisará os resultados com a equipe na reunião mensal.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Este período de trabalho requereu união da equipe para que os objetivos propostos fossem alcançados. Além disso, houve um estreitamento dos laços com os líderes da comunidade, conseguindo que os mesmos motivassem-se com nosso trabalho e estivessem sempre dispostos a colaborar para que o trabalho saísse com a qualidade necessária. Este trabalho não foi nada fácil, pois na minha UBS trabalhamos três equipes de saúde e não houve um esforço das outras duas equipes para a qualificação da assistência prestada aos usuários e hipertensos da comunidade.

Quase todas as atividades foram desenvolvidas no transcurso da intervenção. Em muitas ocasiões apresentamos muitas dificuldades, mas também contamos com o apoio da equipe e de outros trabalhadores da unidade que ajudaram a resolver estas dificuldades.

As atividades de capacitação que foram previstas para as primeiras semanas de nossa intervenção e as quais foram de vital importância para o bom desenvolvimento de nosso trabalho foram realizadas integralmente. Inicialmente apresentamos algumas dificuldades, pois não dispúnhamos de materiais impressos para distribuir aos membros da equipe durante as capacitações. Foi possível suprir estas dificuldades. As capacitações foram realizadas com rodas de discussão entre os membros da equipe após a explanação do conteúdo. Durante as capacitações, as funções de cada membro da equipe na intervenção foram estabelecidas, explicando a cada um deles as atividades que tinham que realizar e como realizá-las para que a equipe funcionasse de forma unida e todos os resultados fossem atingidos com a qualidade necessária. É preciso reconhecer que esta capacitação realizada foi decisiva nos resultados atingidos.

As reuniões da equipe foram realizadas integralmente. Eram realizadas semanalmente e, também serviram como meio para discutirmos temas novos e, assim, fazermos uma capacitação continuada da equipe. Além disso, nas reuniões eram apresentados os dados semanais da intervenção para que novas estratégias fossem planejadas para engajar as equipes que não estavam participando e para captar os usuários desassistidos pelas áreas descobertas em função do número reduzido de agentes comunitários da saúde. Nas reuniões semanais também eram discutidas as visitas domiciliares da próxima semana e os usuários faltosos que necessitavam receber busca ativa.

O sistema de trabalho da equipe foi organizado em função de melhorar o acolhimento dos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus dando prioridade no agendamento e atendimento clínico estabelecendo que todo usuário deste grupo deveria ser acolhido e, se necessário atendido no mesmo dia ou ter sua consulta agendada para os próximos sete dias. O acolhimento era realizado pela técnica de enfermagem e ela recepcionista. Nas atividades de visitas comunitárias também priorizamos a visita dos hipertensos e diabéticos faltosos a consultas e que não poderiam ir até a UBS por dificuldades físicas ou avançadas da idade. Ações coletivas foram realizadas aos finais de semana nas áreas descobertas da comunidade. Algumas dificuldades foram encontradas nos dias de chuva para realizar busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos às consultas.

A equipe se esforçou muito para superar as dificuldades e para melhorar o indicador de cobertura até o final da intervenção. Entretanto, como dito anteriormente, um aspecto negativo que impediu o aumento da cobertura foi a ausência de engajamento e participação das outras duas equipes alocadas na mesma unidade de saúde.

O contato com as lideranças foi realizado integralmente. Foi feita uma reunião com a diretora da UBS e gestora da saúde municipal e, discutida a intervenção que seria realizada. As lideranças apresentaram-se motivadas e dispostas a auxiliarem neste processo.

As atividades coletivas nas comunidades foram realizadas integralmente. Os líderes comunitários participaram ativamente oferecendo o salão da igreja e os salões das escolas para a realização das atividades coletivas.

No relacionado à realização dos exames de laboratório permaneceu um grande problema durante a intervenção, pois continuaram a serem ofertadas as mesmas 16

vagas para exames semanais, sendo insuficiente tendo em conta as necessidades da população. Ao mesmo tempo, outras duas equipes estavam realizando sua intervenção em usuários idosos e grávidas, o qual incrementava a demanda. Além disso, durante um período de 5 semanas o laboratório municipal não esteve trabalhando pela falta de reativos, sendo isto um dos principais problemas que enfrentamos e que não teve solução por parte dos gestores. Entretanto, um grande número de usuários tinham condições econômicas para realizarem seus exames de laboratório de forma privada e assim melhorar este indicador.

Em relação à avaliação das necessidades de atendimento odontológico, apresentamos dificuldades no transcurso da intervenção já que nossa equipe não tem odontologista. Cada médico e enfermeira realizava a avaliação de necessidade de atenção odontológica e encaminhava para outras UBS para receber atendimento. Ao final, conseguimos que a diretora aceitasse que os usuários de nossa área fossem atendidos pela equipe de saúde bucal alocada na nossa unidade de saúde, mas pertencente à outra equipe.

O registro específico foi realizado parcialmente. A secretaria imprimiu fichas espelho insuficientes para a intervenção. Sendo assim, adotamos a planilha de coleta de dados impressa para a coleta dos dados e acompanhamento da intervenção após algumas semanas, quando as fichas espelho acabaram. Em relação a isto temos que reconhecer que nossa secretaria municipal de saúde atravessou por diferentes problemas de estabilidade com o secretário. Tivemos quatro secretários neste primeiro semestre.

A estratificação do risco cardiovascular foi realizada a todos os usuários cadastrados na intervenção, pois com a capacitação da equipe facilitou com que todos profissionais estivessem aptos a realizar a estratificação de risco cardiovascular. Uma vez detectado que o hipertenso ou diabético precisasse de avaliação pelo cardiologista encaminhávamos o usuário para a policlínica municipal aonde receberia a assistência especializada.

As ações de promoção de saúde planejadas aos usuários hipertensos e diabéticos foram feitas com qualidade. Conseguimos o apoio do NASF tanto nas atividades coletivas quanto individuais quando os usuários eram encaminhados ao NASF nos casos de tabagismo, obesidade, hipercolesterolemia, diabetes de debute ou descompensada.

Foram planejadas outras estratégias para conseguir melhores resultados baseadas nos erros e dificuldades que apresentamos. Durante a intervenção, também conseguimos parcialmente que as três equipes de saúde da família da UBS trabalhem unidas e cumprindo com o programa de HIPERDIA, desenvolvendo ações de prevenção e promoção de saúde para conseguir nosso de melhorar a atenção aos hipertensos e diabéticos da comunidade. Resumindo, todas as ações de saúde desenvolvidas foram incorporada à rotina de serviço, as quais melhoraram consideravelmente a qualidade dos atendimentos a nossa população.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações foram desenvolvidas, sendo elas integral ou parcialmente.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Desde o começo da intervenção tivemos dificuldades com a coleta de dados, já que não foi possível utilizar a ficha espelho durante toda a intervenção. Assim, foi disponibilizada para cada uma das três equipes de nossa UBS uma planilha de coleta de dados para que conseguissem monitorar as ações realizadas. Existiram muitas dificuldades neste aspecto, pois apesar de solicitar-lhe ajuda em várias ocasiões e mesmo após reunião com a diretora da UBS, somente no final da intervenção as outras duas equipes trabalharam adequadamente na intervenção, o influenciou no não cumprimento das metas de cobertura.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações que foram desenvolvidas dentro da intervenção já fazem parte da rotina de trabalho diário e progressivamente, têm sido adotadas pelas outras duas equipes de nossa UBS, já que com o nosso trabalho, demonstramos que é possível fazer um atendimento com qualidade tendo grande importância para o desenvolvimento dessas ações programáticas para elevar a qualidade de vida dos

hipertensos e diabéticos da nossa comunidade. Com as experiências vividas e os problemas apresentados, temos pensado em desenvolver novas estratégias que nos permitam dar continuidade à ação programática nos seguintes meses. Temos o grande desafio de incluir de forma permanente, outras equipes nestas ações, pois todos os usuários precisam de atenção de qualidade. Precisamos também encontrar um modo de conseguir que todos os hipertensos e diabéticos tenham acesso à realização gratuita dos exames complementares, segundo protocolo de atendimento, assim como a atenção odontológica e a disponibilidade dos medicamentos na farmácia da UBS.

Se estas ações se realizarem, conseguiremos que todos os hipertensos e diabéticos que pertencem a nossa área de abrangência sejam realmente beneficiados com uma atenção de saúde integral e de qualidade.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção realizada teve como objetivo geral melhorar a atenção aos Hipertensos e Diabéticos da unidade Básica de Saúde de Igarapé da Fortaleza, pertencente ao município Santana, Amapá. Ao final da intervenção, 566 usuários foram cadastrados e acompanhados, dos quais 412 eram hipertensos e 154 diabéticos. Destes 154, 30 eram hipertensos e diabéticos.

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

Meta 1.1. Cadastrar 70% 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.

No primeiro mês foram cadastrados 115 hipertensos (8,5%), no segundo mês 266 hipertensos (19,7%) e no último mês conseguimos cadastrar 412 hipertensos, alcançando uma meta de 30,5%. Não foi possível alcançar a meta proposta de 70%.

Para conseguir este resultado, o mais importante foi a integração da equipe de saúde da família. Os Acss tiveram importância fundamental no cadastramento dos usuários por meio das visitas domiciliares e livre demanda. Este trabalho é só o começo de um novo estilo de trabalho e não se limita somente ao período de nossa intervenção. A intervenção foi incorporada à rotina de trabalho da UBS, o que permitirá nos próximos meses atingir a cobertura de cadastramento almejada. A evolução deste indicador está apresentada na Figura 1.

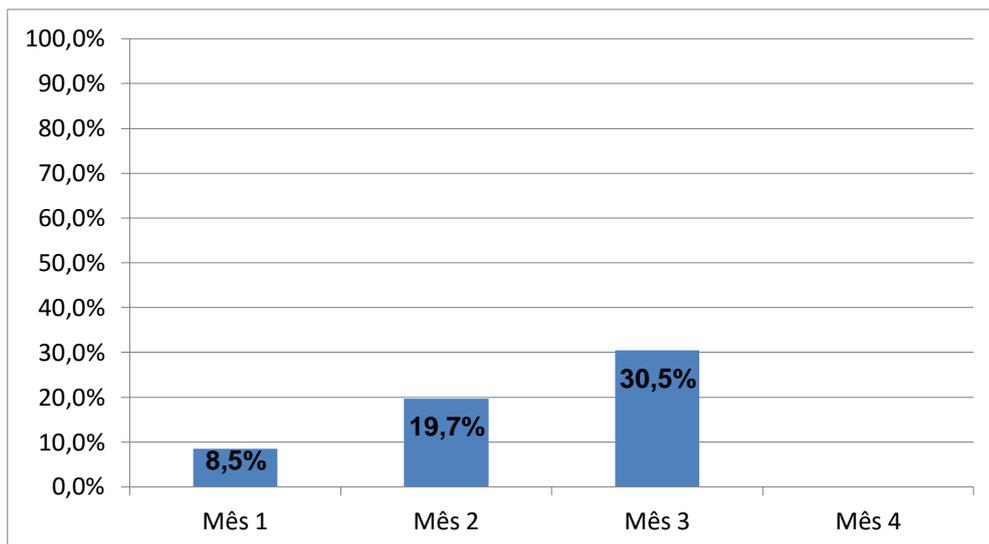


Figura 1 - Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 40% 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.

No primeiro mês foram cadastrados 38 diabéticos (9,8%), no segundo mês 100 diabéticos (25,9%) e no último mês foram cadastrados 154 diabéticos, alcançando o percentual de cobertura de 39,9%. Não foi alcançada a meta proposta de 70%.

Como ocorreu com os hipertensos, neste resultado foi decisivo o trabalho da equipe e, sobretudo das ACS, os quais mediante a realização das visitas domiciliares conseguiram resgatar um número considerável de usuários diabéticos faltosos a consultas e inclusive usuários que não estavam cadastrados no programa. A evolução deste indicador está apresentada na Figura 2.

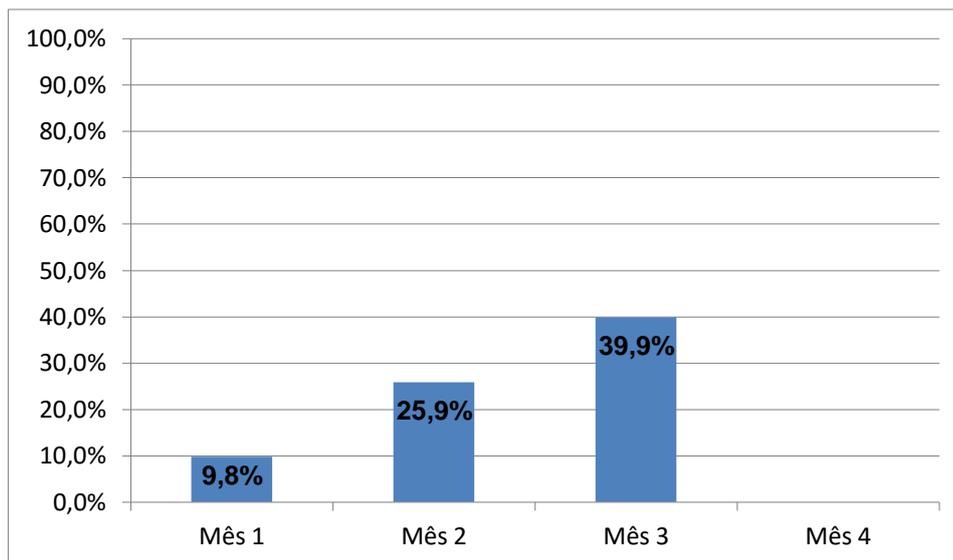


Figura 2 - Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao Diabético na unidade de saúde.

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

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

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

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

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

Todos os usuários hipertensos foram submetidos a exame clínico de acordo ao protocolo. Sendo assim, durante os três meses da intervenção, este indicador se manteve em 100%. Este mesmo percentual foi identificado para os diabéticos. Todos os usuários diabéticos foram submetidos a exame clínico de acordo ao protocolo. Sendo assim, durante os três meses da intervenção, este indicador se manteve em 100%.

Foram realizadas muitas ações para manter este indicador em 100% nos três meses da intervenção. Pode-se citar como ações facilitadoras do alcance e manutenção da meta, as capacitações realizadas com os profissionais da equipe, apresentando os protocolos atualizados do Ministério de Saúde e dando ênfase na responsabilidade de cada um deles na realização do mesmo. Também estabelecemos

a prioridade no atendimento dos usuários nas consultas e visitas domiciliares garantindo a sua adequada avaliação.

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

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

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

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

O indicador 2.3, referente aos hipertensos, atingiu no primeiro mês 36,5% (42), no segundo mês 36,8% (98) hipertensos realizaram exames complementares e, no último mês da intervenção este percentual alcançou 38,3% (158).

Em relação ao indicador dos diabéticos, no primeiro mês observa-se um percentual de 26,3% (10), no segundo mês foi 31% (31) e, no último mês foi alcançado 37% (57).

As dificuldades foram em relação ao número de vagas semanais insuficientes para a realização de exames complementares disponíveis para a UBS. As 16 vagas disponibilizadas para a comunidade, a cada semana, são insuficientes diante da alta demanda por este serviço. Mesmo com o contato com as lideranças políticas e comunitárias, não foi possível resolver esta limitação. Além disso, durante mais de um mês não se realizaram exames no laboratório municipal, pois este não tinha disponível os reativos necessários. Não obstante fomos incentivando os usuários que possuíam os recursos econômicos necessários, para que realizassem seus exames laboratoriais na rede privada de laboratórios de nosso município, e assim conseguimos incrementar um pouco este indicador. A evolução destes indicadores está apresentada nas Figuras 3 e 4.

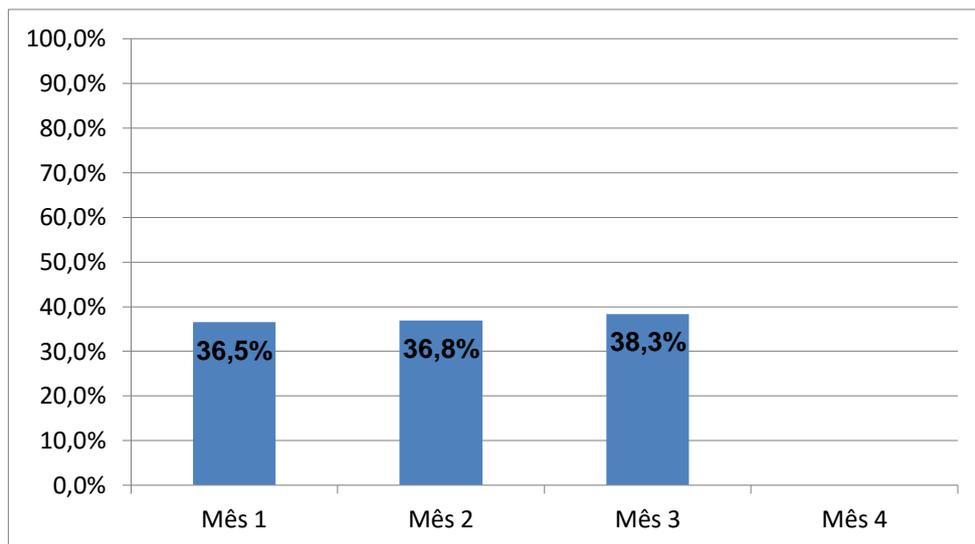


Figura 3 - Gráfico indicativo da proporção dos hipertensos com solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo na equipe.

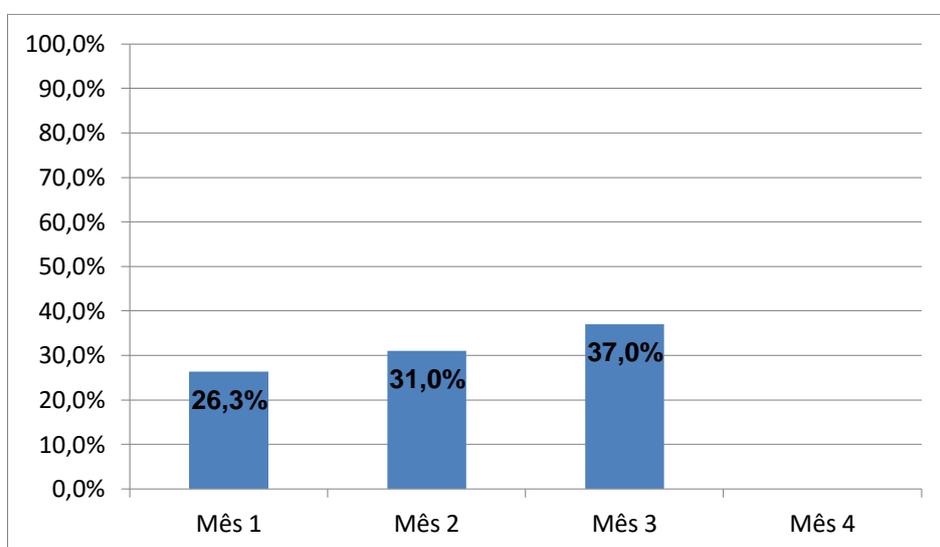


Figura 4 - Gráfico indicativo da proporção dos diabéticos com solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo na equipe.

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

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

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

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

O indicador 2.5, referente aos hipertensos, alcançou no primeiro mês o percentual de 90,4% (104), no segundo mês foi 86,1% (229) e, no terceiro mês foi 85,4% (352).

Em relação aos diabéticos, observa-se que no primeiro mês, 94,7% (36) diabéticos receberam prescrição medicamentosa da Farmácia Popular, no segundo mês este percentual foi para 89% (89) e, no terceiro mês foi 87% (134).

Quando avaliamos os hipertensos cadastrados no programa que utilizavam medicamentos da farmácia popular pudemos constatar que só 85,4% dos mesmos consumiam medicamentos da farmácia de nossa UBS e da popular e que o restante 14,6% consumiam a maioria deles compostos de medicamentos que se elaboravam na farmácia de manipulação, quando interrogamos os usuários estes não tinham conhecimento de que os medicamentos que estavam consumindo estavam disponíveis na UBS e na farmácia popular. Após conversar com os usuários, estamos conseguindo pouco a pouco mudar o tratamento e que consumam os medicamentos disponíveis na UBS e farmácias populares. Não foi possível conseguir que o 100% estivessem convencidos, pois vários deles são atendidos por médicos privados e estavam compensados e, portanto, se recusaram a mudar. A evolução destes indicadores está apresentada nas Figuras 5 e 6.

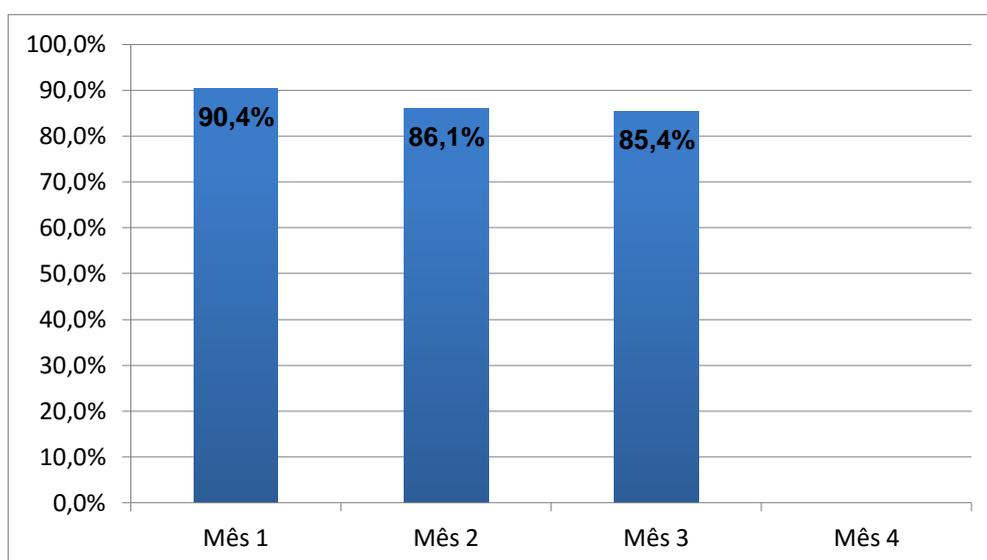


Figura 5 - Gráfico indicativo da proporção dos hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia popular/Hiperdia.

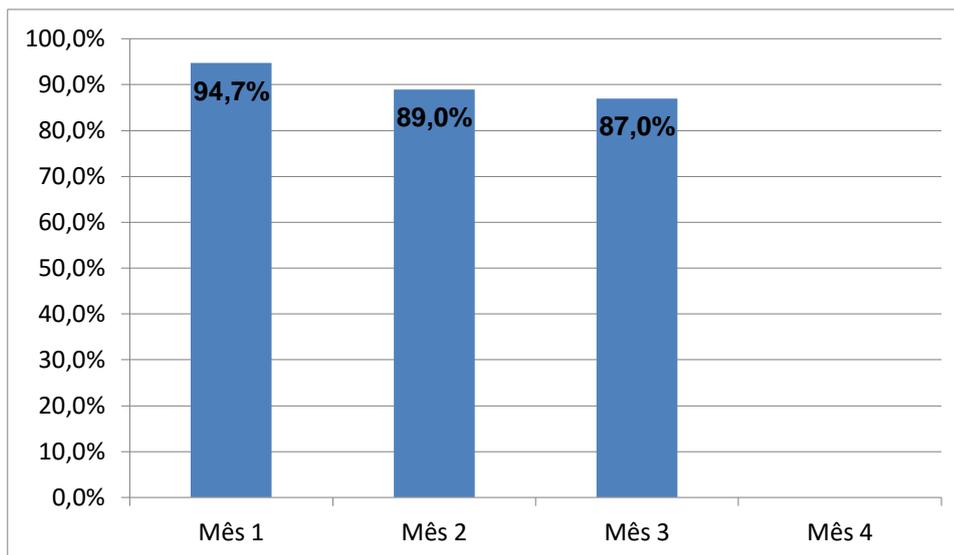


Figura 6 - Gráfico indicativo da proporção dos diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia popular/Hiperdía.

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

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

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

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

Com relação à avaliação odontológica dos hipertensos, no primeiro mês 109 (94,8%) hipertensos foram avaliados, no segundo mês 259 (97,4%) e no último mês 405 (98,3%).

Em relação aos diabéticos, no primeiro mês avaliamos 38 diabéticos (97,4%), no segundo mês 98 (98%) e no último mês 152 (98,7%).

Como em nossa UBS só temos uma equipe de saúde bucal para atender a população das três equipes, isto limita muito a disponibilidade desta atenção pela alta demanda. Além disso, na maioria das vezes, havia indisponibilidade de material para realizar o atendimento odontológico, situação analisada em várias ocasiões com os gestores e que não teve solução. A evolução destes indicadores está apresentada nas Figuras 7 e 8.

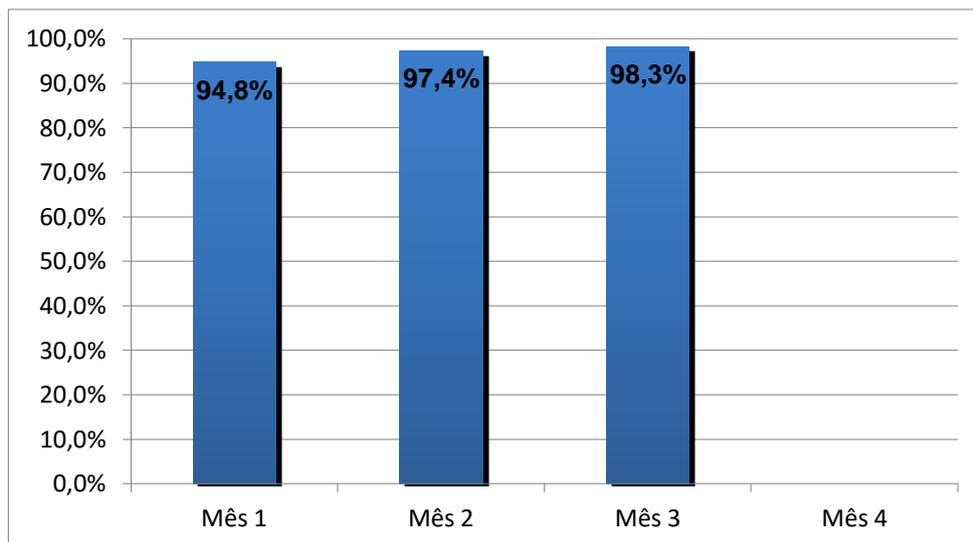


Figura 7 - Gráfico indicativo da proporção dos hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

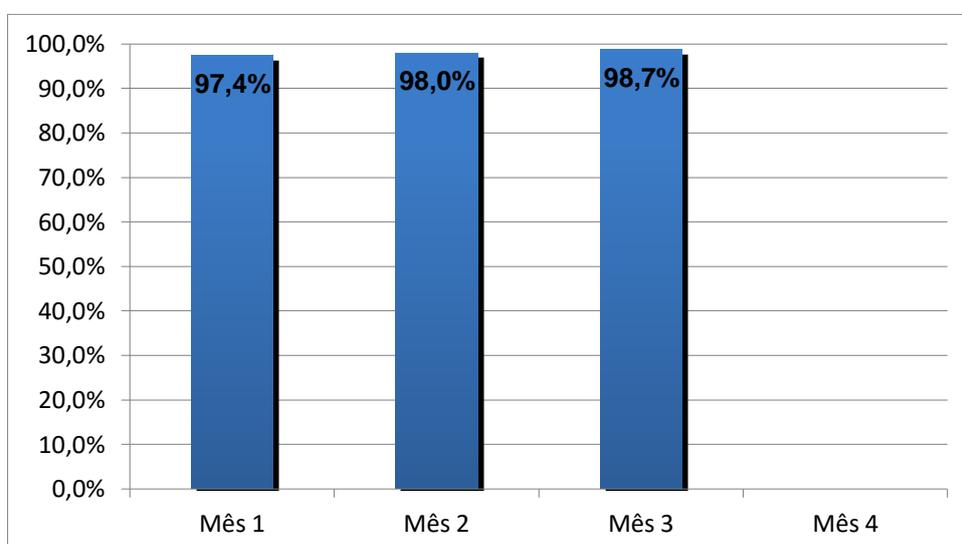


Figura 8 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

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

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

Todos os hipertensos e diabéticos faltosos receberam busca ativa. Sendo assim, estes dois indicadores se mantiveram em 100% ao longo dos três meses da intervenção.

A ação que permitiu a manutenção destes indicadores em excelência durante os três meses de intervenção foi a busca ativa dos usuários faltosos às consultas de toda a área adstrita da unidade pelos agentes comunitários de saúde, além do apoio oferecido pelos líderes religiosos e representantes das comunidades.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

No primeiro mês 88 (76,5%) hipertensos estavam com o registro adequado na ficha de acompanhamento. Já no segundo mês, 215 (80,8%) e no terceiro mês foram 348 (84,5%) hipertensos com a ficha de acompanhamento adequadamente preenchida.

No primeiro mês 30 (78,9%) diabéticos estavam com o registro adequado na ficha de acompanhamento. Já no segundo mês, 84 (84%) e no terceiro mês foram 127 (82,5%) diabéticos com a ficha de acompanhamento adequadamente preenchida.

Para alcançar este indicador contamos com o empenho dos profissionais da equipe. Não tivemos ficha espelho, pois não foram disponibilizadas pela secretaria. Sendo assim, com o empenho da equipe, utilizamos a ficha de acompanhamento da unidade e preenchimento da planilha de coleta de dados. A evolução destes indicadores está apresentada nas Figuras 9 e 10.

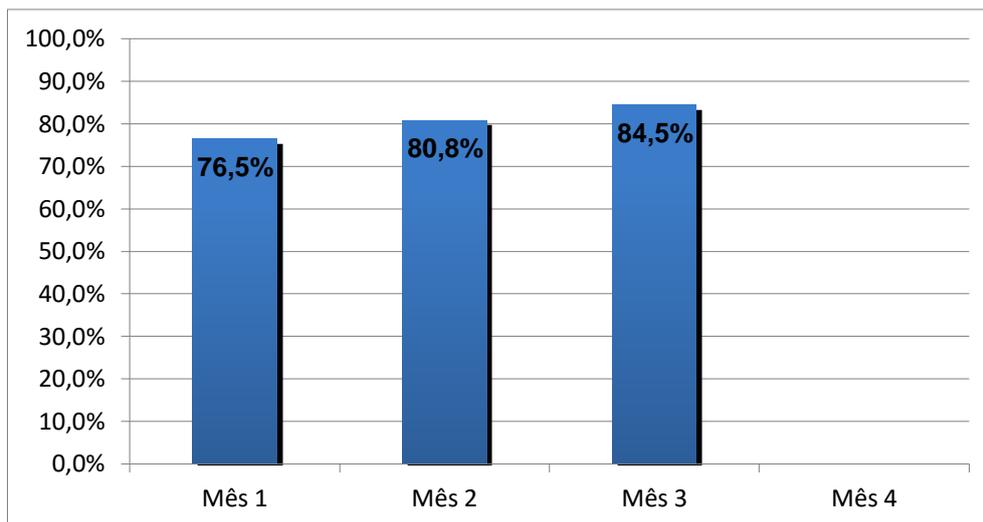


Figura 9 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

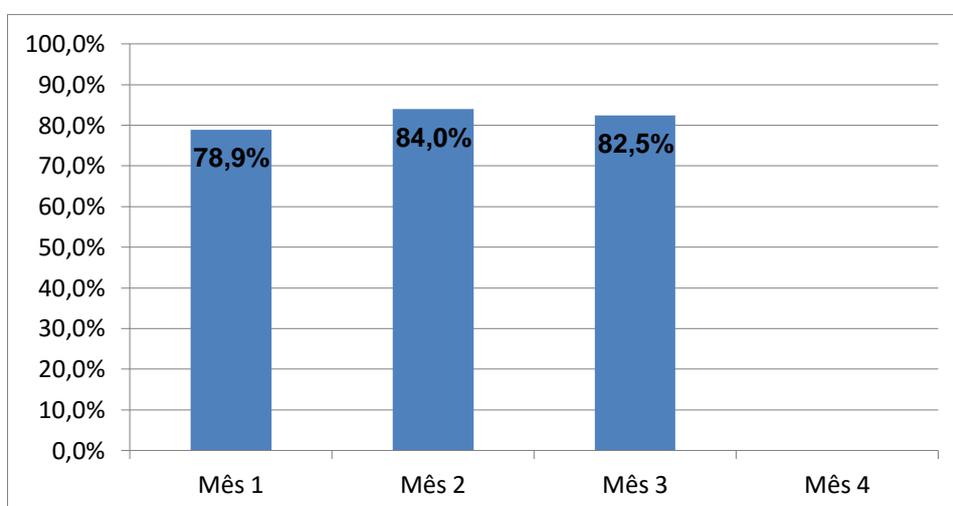


Figura 10 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

Indicador 5.1. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Estes indicadores permaneceram em 100% durante os três meses da intervenção. Isto significa que todos os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados foram submetidos à estratificação de risco cardiovascular.

No cumprimento destes dois indicadores é importante destacar as capacitações feitas ao início da intervenção onde contamos com todos os materiais necessários para capacitar a equipe.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

Estes indicadores permaneceram em 100% durante os três meses da intervenção. Isto significa que todos os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados foram receberem orientações nutricionais, tanto a nível coletivo quanto individual.

É preciso reconhecer a contribuição significativa pelos profissionais da equipe no empenho em transmitir estas informações e, pelo apoio recebido da nutricionista, a qual auxiliou na capacitação dos profissionais da equipe e na participação das atividades coletivas realizadas com a comunidade.

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.

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.

No primeiro mês 114 (99,1%) hipertensos receberam orientação sobre prática regular de atividade física. Já no segundo mês, 265 (99,6%) e no terceiro mês foram 411 (99,8%) hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

O indicador referente aos diabéticos permaneceu em 100% durante os três meses da intervenção. Isto significa que todos os diabéticos acompanhados receberam orientações sobre prática regular de atividade física.

Os resultados com relação ao indicador de orientação sobre prática de atividade física foram muito positivos, evidenciando-se no gráfico abaixo, onde 411 hipertensos cadastrados ao longo dos três meses receberão esta orientação ficando muito perto do propósito 100%

Esta meta foi cumprida graças ao trabalho feito pelos profissionais da equipe com a colaboração do educador físico do NASF. O apoio do profissional do NASF foi fundamental para capacitar a equipe em relação às orientações e, pela participação deste nas atividades coletivas realizadas na comunidade.

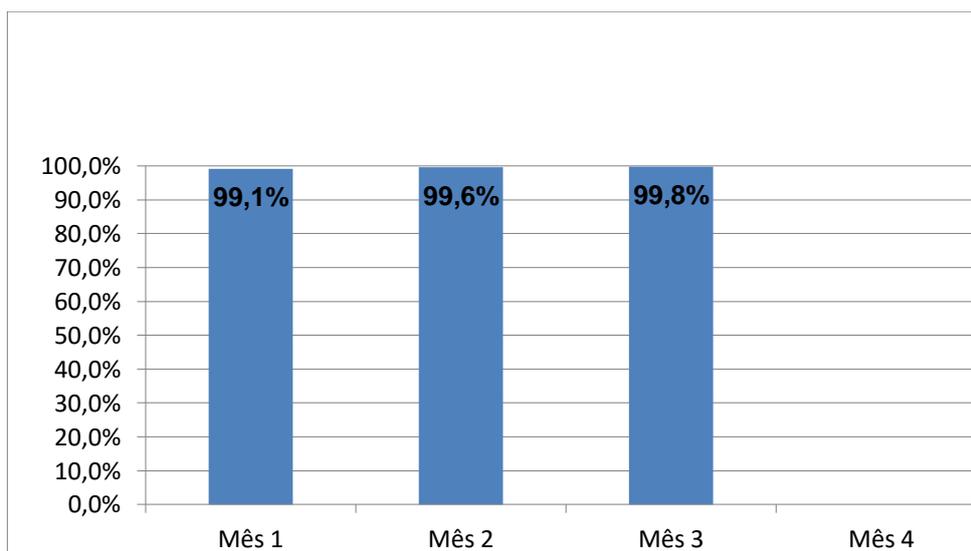


Figura 11 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre a prática de atividade física regular.

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.

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.

Estes dois indicadores se mantiveram em 100% durante os três meses da intervenção. Isto significa que todos os usuários diabéticos e hipertensos receberam orientações sobre os riscos do tabagismo. Estas orientações foram dadas em atendimentos individuais e em atividades coletivas.

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

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

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

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

Todos os usuários diabéticos e hipertensos receberam orientações sobre higiene bucal. Estas orientações foram repassadas nos atendimentos individuais e nas atividades coletivas. Sendo assim, estes dois indicadores permaneceram em 100% durante os três meses da intervenção.

4.2 Discussão

A Unidade Básica de Saúde de Igarapé dá Fortaleza oferece consultas de várias especialidades, tais como Clínico Geral, Dermatologia, Ortopedia, Ginecologia, Psiquiatria, Odontologia e Cirurgia, entre outras, o resto das especialidades está concentrada na policlínica municipal Alberto Lima onde são encaminhados nossos usuários para suas avaliações. Muitos de nossos usuários estavam acostumados a buscarem a assistência diretamente no serviço especializado ou em consultas privadas, pois as equipes de saúde familiar não contavam com médicos para

realizarem os atendimentos necessários. Tudo isto acontecia antes da chegada do programa Mais Médicos a nosso município. No caso particular da minha equipe fazia tempo que não contava com médicos e a atenção era prestada pela enfermeira e pelos outros membros. Os atendimentos nas UBS aos usuários portadores de diabetes e hipertensão só ocorriam por demanda espontânea ou pela busca de encaminhamento para o cardiologista ou endocrinologista, pois não estavam acostumados a ser acompanhados por sua unidade de saúde ou receber visitas domiciliares.

Com a intervenção estamos conseguindo que os usuários sejam acompanhados pela unidade de saúde, pois conseguimos chegar àquelas áreas descobertas que ainda temos em nossa comunidade pela falta de ACS. Outro ganho da intervenção foram as visitas sistemáticas da equipe na comunidade, onde a mesma começou a ver-nos como parte dela e os usuários começaram a confiar em nós. Todas estas ações realizadas conseguiram que existisse uma melhoria significativa na qualidade da atenção oferecida a este grupo da população, conseguimos dar ênfase no controle da doença, na avaliação adequada dos fatores de risco para poder modificá-los e assim evitar as complicações da diabetes e a hipertensão. Foram muito positivas as atividades de promoção e educação para a saúde realizadas sobre os temas da prática de atividade física, higiene bucal e alimentação saudável, as quais foram muito aceitas.

Para o adequado desenvolvimento de nossa atividade foi necessário em primeiro lugar fazer uma capacitação das equipes da UBS sobre os protocolos estabelecidos pelo Ministério de Saúde no relacionado à pesquisa, diagnóstico, tratamento e rastreamento da Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus. Esta preparação permitiu que todos os membros da UBS conhecessem as doenças e dominassem qual era sua função dentro da intervenção. Na medida em que se foi desenvolvendo a intervenção, o trabalho foi organizando e o mais importante a equipe se uniu em função de conseguir os objetivos propostos, cumprindo a cada uma das metas com responsabilidade. A contribuição dos ACS na busca de usuários faltosos às consultas foi decisiva tanto quanto o apoio recebido pelos líderes da comunidade, tanto políticos como religiosos, os quais se motivaram com o trabalho e nos apoiaram. Este trabalho em equipe permitiu-nos avaliar quais eram as áreas mais precisadas e priorizar nossas ações para a mesma, também foi realizado a avaliação de atendimento odontológico de cada usuário.

O impacto de nossa intervenção também alcançou outras áreas do funcionamento da UBS, pois além de aumentar o nível de conhecimento dos membros das equipes, a mesma influenciou positivamente no trabalho do NAFS, conseguindo que os membros se vinculassem mais ao trabalho comunitário, na participação das palestras e melhorando a educação sanitária da comunidade de hipertensos e diabéticos. Realmente quando foram convocados participaram da intervenção.

Relacionado aos benefícios da intervenção à comunidade, foi satisfatório, pois foi possível cadastrar e acompanhar um grande número de usuários que não estavam recebendo acompanhamento médico algum. Ao mesmo tempo, foram favorecidos seus familiares, pois nas visitas domiciliares foi prestada atenção integral à família, o que reverteu em melhoria do estado de saúde dos mesmos, também a família participou das atividades educativas realizadas engajando-se na saúde dos familiares e sua própria.

Considero que a intervenção poderia ter melhores resultados já que a participação e incorporação das outras equipes não foram efetivas, a qual melhorou ao final da intervenção. As outras duas equipes estavam realizando sua intervenção em outros focos, tendo que lidar com suas limitações particulares. Outro problema foi a presença de uma equipe de saúde bucal que, quando tinha disponibilidade, não tinha material disponível para o atendimento odontológico. Não obstante, considero que conseguimos mudar a forma de ver o trabalho com os hipertensos e diabéticos em toda a UBS e que os usuários e seus familiares ficaram satisfeitos com os atendimentos realizados, que o número de usuários cadastrados está superior e próximo da realidade se comparado ao início da intervenção e, sobretudo que este sistema de trabalho se tornou parte da rotina de serviço da UBS.

As ações desenvolvidas pela equipe foram incorporadas à rotina da UBS, e continuaremos incrementando as ações para melhorar o estado de saúde dos hipertensos e diabéticos, fazendo diagnóstico oportuno da doença, tratamento eficaz e educação sanitária continuada para a população. Todo este trabalho que se veio realizando neste curso em todas as UBS vinculadas ao Programa Mais Médicos em todo o país melhorará consideravelmente os indicadores de morbimortalidade do país e a população ficará agradecida disto.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

Sou no Dr. Rolando Benigno Torres Gómez de Cadi Rodríguez, trabalho na UBS Igarapé da Fortaleza do Município Santana, Estado Amapá, a qual tem uma área de abrangência estimada de 7678 habitantes. Esta área tem uma heterogeneidade em sua população: com áreas de pontes e péssima situação higiênico-sanitária e, áreas com excelentes condições. Além disso, temos muita afluência de população que moram no interior e que são atendidas em nossa UBS.

Junto com os integrantes da minha equipe e o apoio limitado das outras equipes, realizamos nossa Intervenção com o objetivo de melhorar a atenção dos usuários hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência. Neste relatório faço uma explicação de como foram realizadas as ações programáticas nestas doze semanas de trabalho, propostas pela especialização em saúde da família, através da Universidade Aberta do SUS – UNASUS de Pelotas, conseguindo o aprimoramento da gestão, organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde e qualificação da prática clínica, resultando em uma avaliação contínua com o monitoramento das ações, alcançando a participação da comunidade.

Logo da realização da análise situacional de nossa UBS em relação à atenção aos hipertensos e diabéticos, identificou-se um estimado dos usuários ao programa. Antes do início da intervenção tínhamos cadastrado uma população estimada de 7678 habitantes, com um aproximado de 1352 usuários hipertensos maiores de 20 anos e 386 diabéticos. Assim, decidimos fazer uma ação programática com os mesmos, para contribuir no cadastramento e atendimento deste grupo populacional, realizando um grupo de ações planejadas em nosso cronograma de trabalho, obtendo bons resultados nos indicadores propostos, encontrando também algumas ações que não foram desenvolvidas totalmente, mas que não dependiam de nossa governabilidade.

Durante nossa intervenção foram realizadas as ações planejadas no cronograma, começando pela realização do novo cadastramento dos hipertensos e diabéticos residentes em nossa área de abrangência. Não foi possível alcançar a meta planejada em cadastrar 70% dos hipertensos e diabéticos, pois não contamos com todo o apoio das equipes de saúde da família da UBS. Além disso, o período foi reduzido em 4 semanas, o que também influenciou. Entretanto, os resultados alcançados foram possíveis graças ao empenho dos membros da equipe e do apoio das outras duas equipes na busca ativa dos usuários pelos ACSs para trazer os

usuários à consulta. Foi realizado um atendimento clínico destes usuários nas consultas na UBS e nas visitas domiciliares, com atenção diferenciada para aqueles que por questões de saúde não poderiam dirigir-se à UBS. Assim, cadastramos 412 hipertensos que representa 30,5% e 154 diabéticos que representa 39,9%. Realizamos ações de saúde na comunidade, igrejas, escolas e áreas descobertas da UBS. Os atendimentos foram realizados de forma integral, com avaliação do risco para doenças cardiovasculares, solicitação dos exames laboratoriais segundo o protocolo e a prescrição dos medicamentos do programa de HIPERDIA (sempre que possível).

Foram realizadas muitas atividades educativas com a população com ótimos resultados e grande aceitação pela população, pois foram abordados temas importantes como alimentação saudável e nutrição, uso correto de medicamentos, prática de exercícios físicos, risco do tabagismo e importância da higiene bucal. Contamos com ajuda dos integrantes do NASF, especialmente a nutricionista e o educador físico que realizaram palestras sobre alimentação saudável e a importância da prática de atividade física diária para melhorar seu estado de saúde. Isto permitiu que todos os participantes recebessem ações de promoção e prevenção em saúde. Na busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas foi realizada com sistematicidade, conseguindo que muitos deles buscassem espontaneamente a consulta, e os demais foram captados mediante a busca ativa, tendo uma grande importância neste ponto o trabalho dos agentes comunitários de saúde e ajuda dos líderes políticos e religiosos da comunidade.

Além dos esforços realizados tivemos dificuldades com alguns aspectos, pois foi impossível que todos os usuários fizessem exames de laboratório pela pouca disponibilidade de vagas em nossa UBS, e pela falta de reativo durante um mês de nossa intervenção. No atendimento odontológico também tiveram sérios problemas já que há apenas uma equipe de saúde bucal e, além disso, tivemos a falta de material para realizar os atendimentos odontológicos.

Ao término da intervenção constatamos que o objetivo inicial proposto de melhorar a atenção aos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus foi cumprido. No primeiro mês foram cadastrados 115 hipertensos (8,5%), no segundo mês 266 hipertensos (19,7%) e no último mês conseguimos cadastrar 412 hipertensos, alcançando uma meta de 30,5%. Com relação aos diabéticos aumentamos progressivamente os cadastrados destes no Programa. No

primeiro mês foram cadastrados 38 diabéticos (9,8%), no segundo mês 100 diabéticos (25,9%) e no último mês conseguimos cadastrar 154 diabéticos, alcançando um percentual de 39,9%.

Nosso maior êxito foi a incorporação da intervenção na rotina do serviço, que certamente melhorará a médio prazo a qualidade dos atendimentos e ações de prevenção e promoção da saúde da comunidade.

O impacto da intervenção na comunidade foi muito positivo, repercutindo sobre a qualidade na atenção dos usuários hipertensos e diabéticos e de seus familiares, começando desde a visita domiciliar até um atendimento integral e individualizado nas consultas. A comunidade mostra-se agradecida com as visitas, às atividades de grupo e procuram as consultas para suas respectivas reavaliações. Ainda temos muitos usuários hipertensos sem cadastrar, mas o trabalho continua e pretendemos cadastrar estes usuários que precisam ser atendidos e avaliados.

Considero que temos melhorado a atenção aos hipertensos e diabéticos em nosso serviço. Além dos problemas apresentados temos dado um atendimento prioritário para estes usuários de nossa área de abrangência, também contamos com a disposição dos ACS, os técnicos de enfermagem, a enfermeira e demais profissionais da UBS para continuar ampliando a cobertura para todos os programas de saúde, tomando intervenção como exemplo.

É muito importante que a gestão da UBS ofereça mais apoio à intervenção, pois não são todas as equipes que participam da intervenção e nem todos fizeram o esforço que se precisava para alcançar as metas de cobertura. A equipe nove também não tem equipe de saúde bucal, o que dificulta muito o atendimento aos hipertensos e diabéticos. A disponibilidade de remédios e coleta de exames são outros pontos que também precisam ser melhorados, e nessas áreas precisamos que a gestão da UBS ofereça mais apoio e suporte para conseguir os resultados que a população da área de abrangência precisa.

4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade

Fazemos este relatório com o objetivo de informar a nossa comunidade, como foi realizado nosso trabalho de intervenção com os usuários hipertensos e diabéticos pertencentes à área de abrangência de nossa Unidade Básica de saúde de Igarapé

dá Fortaleza, do município de Santana, estado Amapá. A intervenção foi desenvolvida pelos membros da equipe de saúde de família nove, ao qual pertence o Dr Rolando Benigno Torres Gómez de Cadi Rodríguez, o qual recebeu o apoio das outras duas equipes de nossa UBS ainda que não sistematicamente.

Na área de abrangência de nossa UBS estima-se uma população total de 7678 habitantes, com um aproximado de 1352 usuários hipertensos maiores de 20 anos e 386 diabéticos.

Logo após fazer uma análise situacional da UBS Igarapé da Fortaleza em quanto à atenção aos hipertensos e diabéticos, realizada durante o Curso de Especialização em Saúde da Família, resolvemos realizar uma ação programática com o tema “Melhoria da Atenção aos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus” da nossa área de abrangência, para assim contribuir no cadastramento e atendimento destes usuários. Para tanto foram desenvolvidas diferentes ações planejadas em um cronograma de trabalho, para garantir o atendimento destes usuários.

Os membros de nossa equipe de saúde foram capacitados para o atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos através de palestras com material do Ministério da Saúde, e realizou-se um monitoramento dos resultados de forma semanal. Também foram organizamos as visitas domiciliares aos usuários e ações de saúde nas igrejas, escolas, áreas descobertas e dentro da própria unidade, oferecendo educação sanitária sobre os temas da alimentação saudável, higiene bucal, prática de exercício físico, complicações frequentes destas doenças.

Durante todo nosso trabalho de intervenção foram realizadas as ações planejadas no cronograma, iniciando pela realização do novo cadastramento dos hipertensos e diabéticos residentes em nossa área de abrangência, o atendimento clínico foi realizado nas consultas e nas visitas domiciliares, incluindo a avaliação de risco cardiovascular de cada usuário, assim como a indicação dos exames laboratoriais e a prescrição de medicamentos da farmácia de nossa UBS e popular de nosso município.

Os membros de nossa equipe realizaram ações de saúde com muita qualidade, as atividades educativas foram realizadas com temas importantes sobre a alimentação saudável, prática de atividade física regular, os riscos do tabagismo e a importância da higiene bucal. Além disso, contamos com a ajuda dos profissionais do NASF que apoiou nossa UBS e a equipe de saúde bucal.

No término de nossa intervenção constatamos que o objetivo inicial proposto de melhorar a atenção aos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus foi atingido, embora a meta de cobertura não tenha sido alcançada. No primeiro mês foram cadastrados 115 hipertensos, no segundo mês 266 hipertensos e no último mês conseguimos cadastrar 412 hipertensos, alcançando uma meta de 30,5%. Com relação aos diabéticos, aumentamos progressivamente os cadastrados destes no Programa, mas não com gostaríamos. No primeiro mês foram cadastrados 38 diabéticos, no segundo mês 100 diabéticos e no último mês conseguimos cadastrar 154 diabéticos, alcançando uma meta de 39,9%.

O êxito desta intervenção foi incorporar nossa ação programática na rotina diária de trabalho em equipe e da UBS. Incorporamos as atividades educativas para a comunidade, prioridade para o agendamento de consultas, visitas domiciliares, melhor qualidade do acolhimento, exames clínicos qualificados e atendimento da demanda espontânea em casos agudos. Os resultados obtidos não foram os que gostaríamos, mas foram o resultado de 12 semanas de esforço e dedicação da equipe mesmo com dificuldades e limitações. Também temos que destacar que foi uma vitória somar a nosso trabalho o apoio dos líderes da comunidade, tanto políticos como religiosos, os quais ajudaram na busca dos usuários faltosos às consultas e oferecendo os locais para realizar as atividades na comunidade.

5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Desde no início do curso de especialização em Saúde Familiar, fiquei muito motivado com o mesmo, sobretudo com a ideia da realização de uma intervenção que me possibilitasse interagir com a população e melhorar a saúde da comunidade por meio de ações programadas diariamente. Realmente tenho que reconhecer que inicialmente estava com um pouco de dúvidas, pois não tinha os conhecimentos do sistema de saúde deste país e não dominava o sistema de trabalho do programa de Saúde Familiar no Brasil. Mas cedo estas dúvidas se dissiparam e comecei a conhecer sobre o programa, sobre os protocolos de atenção e a dominar as características particulares da população que atendo. Incorporei a minha experiência profissional a estes novos conhecimentos e pude conhecer outros colegas que trabalham em outras partes deste país, sobretudo através dos intercâmbios nos fóruns e, assim me senti mais capacitado para realizar a intervenção. Reconheço a grande ajuda oferecida pelos orientadores do curso, a excelente metodologia que nos permitiu passo a passo transitar por estes quase 15 meses de trabalho, organizada semana a semana, com orientações precisas e com a dedicação de nossos professores, os quais muito profissionalmente nos revisavam as tarefas enviadas, faziam-nos as correções oportunas, para que a qualidade do trabalho fosse ótima.

Este trabalho de intervenção realizado e orientado por este curso, mais que um trabalho, considero um instrumento de trabalho que nos ajudou a enriquecer nossos conhecimentos e conseguiu que nossa equipe de saúde familiar se unisse e se conscientizasse de que só trabalhando unidos, com cada um realizando o papel que lhe correspondia dentro da intervenção, poderíamos conseguir os objetivos propostos. Considero a intervenção um sucesso, pois foi incorporada à rotina de trabalho e realmente beneficiou os hipertensos e diabéticos da comunidade e seus familiares.

Desde o início de nosso trabalho começamos a apresentar dificuldades, a primeira foi a conexão da Internet, pois não tínhamos em nosso domicílio, o que nos dificultava significativamente acessar o curso. Isto foi conversado e solicitado aos gestores municipais e nunca foi resolvido, solucionamos o problema fazendo contrato de internet por nossa conta.

As dificuldades estruturais existentes em nossa UBS que podiam interferir com nosso trabalho, foram solucionadas fazendo ajustes no trabalho da equipe desde o início, o que permitiu solucionar esses problemas.

Conseguimos a integração do trabalho na equipe mediante as capacitações sistemáticas realizadas nas reuniões de equipe utilizando os materiais docentes que nos foram ofertados pelo curso, conseguindo que cada membro desta equipe conhecesse realmente quais eram suas atribuições. Conseguimos desta forma dar atividade docente sobre o funcionamento do Programa de HIPERDIA do SUS, o que trouxe como consequência uma boa preparação inicial para o desenvolvimento da intervenção, a qual foi se fortalecendo à medida que avançavam nas semanas de nosso trabalho.

Considero que este curso tem sido importantíssimo, pois tem influído positivamente em minha formação profissional, ao me permitir conhecer o programa do SUS, e os protocolos de atendimento às pessoas portadores de HAS e DM, melhorando minha prática profissional e permitindo influenciar positivamente sobre o resto dos membros da equipe. Conseguimos dar solução a uma grande parte das necessidades de atendimento que vinham acumulando em nossa população, sobretudo nos usuários foco deste estudo, conseguindo influenciar positivamente em seu estado de saúde, modificando alguns estilos de vida nocivos, por estilos de vida mais saudáveis e o mais importante, que se sentissem satisfeito com nossa atenção e que este sistema de trabalho ficasse como uma forma de atendimentos permanente na equipe.

Realmente existiram dificuldades objetivas que não permitiram que conseguíssemos alguns dos objetivos que nos propusemos inicialmente, como a realização dos exames de laboratório clínico. Para aliviar um pouco esta situação em nosso trabalho diário fomos identificando aqueles usuários que suas condições econômicas lhes permitissem que realizar seus exames em laboratórios privados.

Muito similar ocorreu com a atenção odontológica que as ofertas do serviço foram insuficientes e uma grande parte do tempo que durou a intervenção não tinha material para os atendimentos e só se atendia a demanda espontânea.

Estes problemas não conseguiram barrar nosso trabalho pois foram criadas estratégias que permitiram atenuar estas limitações e dificuldades. Todos os trabalhadores da UBS contribuíram para nosso trabalho, como os membros do NASF os quais participaram junto a nossa equipe dando palestras sobre os temas de alimentação saudável e a prática de atividade física. Outro ponto positivo foi que no início da intervenção aquela falta de participação e apoio das outras duas equipes da UBS observada foi melhorando na medida que avançava a intervenção. Acredito que esta falta de apoio seja pelo fato de que as outras duas equipes estavam engajadas em outras intervenções, tendo suas dificuldades e limitações.

Dentro das coisas mais relevantes que o curso contribuiu, considero os conhecimentos sobre o SUS e seus princípios de integralidade, universalidade e equidade e, como levar estes a nosso trabalho diário, para conseguir melhorar o grau de satisfação da população atendida. Considero que o maior sucesso do curso na UBS foi a incorporação da intervenção na rotina de trabalho.

Muito obrigado.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, nº 36: Diabetes Mellitus**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, nº 37: Hipertensão Arterial Sistêmica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: Maio 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

2013_08_15 Coleta de dados HAS e DM [Modo de Compatibilidade] - Excel

ARQUIVO PÁGINA INICIAL INSERIR LAYOUT DA PÁGINA FÓRMULAS DADOS REVISÃO EXIBIÇÃO Entrar

L14

Indicadores HAS e DM - 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 cadastrado no Programa HIPERDIA?	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 o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em	O paciente realizou avaliação odontológica?	
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	
1																
2																
3																
4	1															
5	2															
6	3															
7	4															
8	5															
9	6															
10	7															
11	8															
12	9															
13	10															
14	11															
15	12															
16	13															
17	14															
18	15															
19	16															
20	17															
21	18															
22	19															
23	20															
24	21															
25	22															
26	23															
27	24															
28	25															
29	26															
30	27															

Apresentação | Orientações | Dados da UBS | **Mês 1** | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 | Indicadores

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