

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 9**



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da atenção à saúde aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus, na UBS Alto do Meio, Campo Maior-PI

Yaima Garcia Consuegra

Pelotas, 2016

Yaima Garcia Consuegra

Melhoria da atenção à saúde aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus, na UBS Alto do Meio, Campo Maior-PI

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

Orientadora: Fernanda de Oliveira Meller

Pelotas, 2016

C758m Consuegra, Yaima García

Melhoria da Atenção à Saúde aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Alto do Meio, Campo Maior-PI / Yaima García Consuegra; Fernanda de Oliveira Meller, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

100 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Meller, Fernanda de Oliveira, orient. II. Título

CDD : 362.14

Dedico esse trabalho a todos aqueles que se comprometem com a atenção primária.

Dedico também, a minha mãe por manter vivos meus sonhos bem como pela força para tentar realizá-los, e a meu filho porque ele é a razão de minha existência.

Agradecimentos

A minha orientadora Fernanda de Oliveira Meller, pelas contribuições essenciais para a concretização deste trabalho. Obrigada pela paciência e estímulo para a conclusão do volume.

A minha equipe de saúde pela compreensão e apoio em todos os momentos de que precisei. Esta experiência foi muito importante para o meu crescimento pessoal e profissional.

Resumo

Consuegra Yaima García. **Melhoria da atenção à saúde aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus, na UBS Alto do Meio, Campo Maior-PI.** 2016. 98f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

A hipertensão arterial sistêmica é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% a 44% em adultos, atingindo, em média, 32 em cada 100 indivíduos. Na faixa etária de 60 a 69 anos, este número sobe para 50 em cada 100 indivíduos e, acima de 70 anos, acomete 75% dos indivíduos. No Brasil, no ano de 2009, ocorreram 51.828 mortes por diabetes. Entre 1991 e 2000, a frequência de óbitos aumentou em 24% (de 34/100.000 óbitos para 42/100.000 óbitos) e, posteriormente, no intervalo do ano 2000 a 2009, houve uma redução de 8% nessas mortes (de 42/100.000 para 38/100.000). No Brasil, os desafios de controle e prevenção da hipertensão e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica. Diante disso, o presente trabalho é fruto de uma intervenção que objetivou melhorar a atenção à saúde aos usuários com hipertensão e/ou diabetes pertencentes à área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Alto do Meio do município de Campo Maior, estado do Piauí. O foco da intervenção foi escolhido após a realização de uma análise situacional da unidade de saúde com o objetivo de identificar a ação programática mais deficitária. Foi então proposto, o desenvolvimento de ações que envolveram o aumento da cobertura da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes, melhoria da qualidade, a adesão, o registro das informações, realização de estratificação de risco cardiovascular e a promoção da saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes. Antes da intervenção nossa unidade de saúde tinha 205 usuários com hipertensão arterial e 57 com diabetes mellitus. As ações foram desenvolvidas entre os meses de setembro e dezembro do ano de 2015, abrangendo os seguintes eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação; organização e gestão do serviço; engajamento público e qualificação da prática clínica. Conseguiu-se aumentar a cobertura da atenção ofertada para 84,5% dos usuários com hipertensão (n=278) e 93,8% dos usuários com diabetes (n=76). Foram ainda melhorados os indicadores referentes à qualidade, como o fato de encerrarmos a intervenção com quase a totalidade das pessoas com hipertensão e/ou diabetes com exames complementares em dia, todos os faltosos buscados, registros atualizados para todos e 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes receberam ações de promoção da saúde. Foram muitos os ganhos obtidos para a comunidade, para a equipe de saúde e para o serviço. A intervenção foi incorporada à rotina do serviço e pretende-se seguir fortalecendo as ações já implementadas e também planejar intervenções para outras ações programáticas visando a qualificação do cuidado em saúde prestado a nossa comunidade.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS de Alto do Meio.	71
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS de Alto do Meio.	71
Figura 3	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	72
Figura 4	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	73
Figura 5	Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo	74
Figura 6	Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo	75
Figura 7	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	78
Figura 8	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	78

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
DCNT	Doença Crônica Não-Transmissível
EAD	Educação a Distância
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIPERDIA	Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	31
2 Análise Estratégica	32
2.1 Justificativa	32
2.2 Objetivos e metas	34
2.2.1 Objetivo geral	34
2.2.2 Objetivos específicos e metas	34
2.3 Metodologia	36
2.3.1 Detalhamento das ações	36
2.3.2 Indicadores	55
2.3.3 Logística	62
2.3.4 Cronograma.....	65
3 Relatório da Intervenção.....	67
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	67
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	68
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	68
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	68
4 Avaliação da intervenção.....	70
4.1 Resultados.....	70
4.2 Discussão	80
5 Relatório da intervenção para gestores	82
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	84
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	87
Referências	89
Apêndices.....	90
Anexos.	93

Apresentação

O presente volume apresenta um trabalho de conclusão do curso da Especialização em Saúde da Família – Modalidade EaD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel) em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS), apresenta o relato da realização de uma intervenção que teve como objetivo melhorar a atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS de Alto do Meio, Campo Maior/PI.

O texto está organizado em sete seções:

- A primeira parte traz a análise situacional produzida na Unidade 1.
- Na segunda parte é apresentada a análise estratégica, traduzida no projeto de intervenção elaborado ao longo da Unidade 2.
- A terceira parte traz o relatório da intervenção realizado durante 12 semanas, correspondente ao processo vivenciado na unidade 3 do curso.
- Na quarta parte encontra-se o material produzido na 4ª unidade do curso, compreendendo a avaliação dos resultados da intervenção, com os resultados correspondentes aos indicadores de saúde.
- A quinta e sexta parte contêm os relatórios para os gestores e comunidade.
- A sétima parte refere-se à reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção.
- Por último, são apresentadas as referências, os anexos e os apêndices, ou seja, os instrumentos utilizados durante a realização do trabalho.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Atenção Básica é muito importante para a saúde do país, porque com ela conseguimos evitar o processo do adoecer, como também realizar o diagnóstico e o tratamento precoces. A Unidade Básica da Saúde (UBS) é a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS).

A UBS em que trabalho é muito bela, eu moro em Campo Maior e trabalho na zona rural. Meu Posto da Saúde da Família (PSF) se chama Alto do Meio e fica a 15 minutos de minha casa. Trabalho 8 horas ao dia e tenho 8 horas semanais para o curso.

Meu PSF reúne as condições para a função como UBS, tem uma boa estrutura física com todos os departamentos necessários para um bom acolhimento e atendimento das pessoas, com uma boa iluminação e climatização, tem recepção, consultório médico, consultório odontológico, farmácia, consultório de enfermagem, sala de curativos, sala de vacina, cozinha pequena e banheiros para usuários e trabalhadores.

A equipe de saúde é formada por tem 1 médico, 1 enfermeira, 1 técnica em enfermagem, 1 dentista e seu assistente, 1 técnica em vacinação, 1 secretaria ou atendente e cinco agentes comunitários da saúde (ACS), todos bem preparados com muita gana para trabalhar juntos com um mesmo objetivo que é melhorar a qualidade de vida da nossa comunidade.

Nossa equipe é muito unida e eu gosto dela demais. As consultas são planejadas nas reuniões da equipe da saúde, temos consultas agendadas e demanda espontânea além das urgências médicas. Têm famílias que moram distante do PSF e a gente visita uma vez por mês, nessas visitas domiciliares priorizamos os usuários acamados e idosos. Às veze, temos dificuldade com as visitas, porque como os usuários moram muito longe o pessoal não tem transporte para chegar lá.

As famílias que pertencem à área de abrangência estão cadastradas nos prontuários organizados por números de famílias e por micro áreas. Nossa população tem 2160 pessoas, 14 gestantes, 18 lactantes, 205 usuários com hipertensão arterial e 57 com diabetes mellitus.

O nível educacional da população é baixo, assim tem aumento das doenças respiratórias e gastrointestinal, como gripe e o parasitismo intestinal. As doenças crônicas que predominam são hipertensão arterial e diabetes mellitus, além disso, é uma população com um alto índice de hiperlipidemias porque tem uma alimentação rica em gorduras e doces. Toda a equipe está trabalhando para mudar o estilo de vida dos usuários, realizando atividades de promoção e prevenção.

A interação com a população e a relação ao trabalho que começamos a executar é boa e tem muita aceitação pela comunidade em geral que agora tem médico 8 horas ao dia.

No início as pessoas ficavam com muita vergonha de falar com o médico, mas depois de muito carinho e pouco a pouco, as mesmas começaram a gostar de contar sobre suas doenças além de suas expectativas com respeito a mim, e isso faz que eu me sinta muito feliz.

As ações de educação em saúde ainda necessitam ser melhoradas, mas trabalhando em conjunto nós podemos fazer muito e levar a cada pessoa saúde, compreensão e amor.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Campo Maior é um município brasileiro do estado do Piauí, localiza-se à latitude 04°49'40" sul e à longitude 42°10'07" oeste, estando à altitude de 125 metros. Sua população estimada no ano de 2014 foi de 45.904 habitantes. Possui uma área de 1.699,383 km² (IBGE, 2015).

O sistema de saúde do município conta com 17 UBS, sendo 10 no modelo tradicional e 7 em construção, além disso, tem um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), um Centro de Especialização Odontológica (CEO) com atendimento para a população, tem algumas especialidades que fazem consulta no município, mas a maioria das especialidades ficam nos atendimentos na capital e demoram muito nos atendimentos, se faz também na secretaria de saúde alguns exames, outros em clínicas pelo SUS e outros na capital, que demoram assim como as

consultas, muito, tem um pequeno hospital no município que faz os atendimentos de urgência e emergência, além das clínicas privadas.

As equipes de saúde da atenção básica têm que estar abertas para perceber as peculiaridades de cada situação que se apresenta, buscando gerenciar os tipos de recursos e tecnologia que ajudem, como aliviar o sofrimento, melhorar e prolongar a vida, evitar ou reduzir danos, reconstruir a autonomia, melhorar as condições de vida, favorecer a criação de vínculos positivos, diminuir o isolamento e abandono.

Faz muito sentido, dessa forma, que as equipes de Saúde da Família possam, por exemplo, realizar uma ação de promoção à saúde para combater o lixo acumulado inapropriadamente (que oferece riscos à saúde); inserir pessoas com baixa renda em programas sociais, fazer a notificação de um acidente de trabalho, utilizar uma medicação ou realizar um procedimento que cure uma doença ou diminua uma dor, cuidar de alguém (que tem hipertensão arterial, diabetes) considerando seus detalhes, pedir ajuda ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou NASF para abordar casos com saúde mental, conversar com gestantes, mas também sobre as questões gerais relacionadas à sua vida, participar da coordenação do projeto terapêutico de um usuário que foi encaminhado para um especialista de outro serviço de saúde, dar suporte a alguém (e a seus familiares) que está em estado terminal de vida, oferecer escuta a quem chega ansioso querendo atendimento imediato sem estar agendado.

Acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas.

Minha UBS só tem uma equipe de saúde, que está de acordo com a quantidade de pessoa em nossa área de abrangência que é de 2160 pessoas. A maioria dessas pessoas é do sexo feminino, temos 41 crianças menores de um ano e temos 17 gestantes.

É muito importante que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada, reconhecida como legítima.

Como se vê esse processo em minha UBS, o usuário chega à unidade com agendamento ou sem, é recebido pela enfermagem, o médico, ou odontólogo, ou técnica de enfermagem o agente de saúde ou recepcionista, se tem atividade agendada se encaminha para tal atividade, se não, e precisa atendimento de rotina

da unidade se encaminha para setor requerido (farmácia, alguns procedimentos médicos ou de enfermagem que se possam fazer na UBS).

O recebimento se faz na sala de recepção geralmente, e se encaminha, dependendo do problema dele, para outro espaço, seja sala do enfermeiro, médico, ou odontólogo, se escuta e se avalia o caso e se dão as orientações pertinentes, se o problema é agudo e precisa de atendimento de imediato se faz o atendimento, se não dá para fazer o atendimento na unidade e se dá uma boa orientação, sempre com bom trato, educação, carinho; se o usuário não é da área de abrangência, se escuta e se avalia o caso sem precisar do atendimento de urgência e fica o nosso alcance dar o atendimento. Se não se encaminha para serviço pertinente, mas sempre se escutam a todos os usuários, e se dá um bom atendimento, de qualidade e integralidade, mas para isso nos preparamos nas reuniões mensais, reunião com equipe do NASF e CAPS, na secretaria de saúde. Eu sempre falo com os profissionais, que temos que se colocar sempre no lugar daquela pessoa que sofre.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sobre forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos (PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011).

A Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes:

I - ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território sempre em consonância com o princípio da equidade;

II - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde;

III - adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adstrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado

IV - Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção.

V - estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social (PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011).

A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia de Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverão seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS configurando um processo progressivo e singular.

Quanto às atribuições dos membros da equipe de Atenção Básica, cada um dos profissionais de atenção básica deve seguir as referidas disposições legais que regulamentam o exercício de cada uma das profissões (PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011).

Levando em conta os conceitos de cuidado, promoção e educação em saúde, os mesmos ficam muito relacionados com nossas atribuições como profissionais da saúde no trabalho diário na UBS.

São atribuições comuns a todos os profissionais: participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades; manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação e utilizar de forma sistemática os dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do

território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local; realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local; garantir da atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde, além de realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis (PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011).

Na UBS em que trabalho nós fazemos um trabalho em conjunto com a comunidade realizando atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças com todos os grupos de risco como usuários idosos, gestantes, crianças, usuários com doenças crônicas fazendo palestras educativas, além a realização de visitas domiciliares onde fornecemos atenção integral a usuários descapacitados e acamados.

Todos os meses realizam-se nossas reuniões da equipe para, em conjunto, fazer um plano de atividades assim como atualizar cadastro das pessoas e família da nossa área de abrangência.

Não contamos com características adequadas para fazer alguns procedimentos de cirurgia, o que dificulta uma atenção integral ao usuário, e isso dificulta o desenvolvimento do trabalho e o atendimento de qualidade a população.

A UBS não tem as condições necessárias para oferecer os primeiros socorros, porque não temos medicamentos para urgência, o que pode provocar inconformidade, porque eu só posso encaminhar para hospital. Temos que trabalhar também na busca ativa de grupos de agravos, de pessoas com risco de doenças transmissíveis, doenças crônicas, e indivíduos expostos a risco.

Eu já falei ao Secretario de Saúde do município dos principais problemas que está apresentando a UBS quanto à estrutura, medicamentos e imobiliário que de certa forma impossibilitam uma atenção integral ao usuário com toda a qualidade que requer.

A UBS em que trabalho tem as seguintes salas:

Sala de espera: Espaço destinado aos usuários do serviço e seus acompanhantes que aguardam o atendimento pelo profissional da saúde que tem um ambiente confortável e agradável.

Local destinado às atividades administrativas da UBS não existe, mas tem um quadro mural na sala de espera que mostra o planejamento de trabalho pela equipe todo o mês.

Sala de prontuários para guardar os arquivos de prontuário em segurança, com acesso fácil à recepção e triagem não tem, mas os prontuários ficam arquivados em armários-arquivo.

A Farmácia é uma sala adaptada que tem acesso independente, de forma a não permitir a circulação desnecessária de pessoas no ambiente. Só apresenta 1 estante onde ficam os medicamentos e não tem a presença do profissional farmacêutico.

Consultório médico tem as condições necessárias para fazer um bom atendimento, com o usuário e o acompanhante sentados, e atendimento em mesa de exame clínico que é adequada para o exame ginecológico. Não tem computador. Tem o sanitário privativo anexo, mas apresenta lavatório quebrado. O consultório de enfermagem tem boas condições pra fazer consulta.

Sala de vacina: a localização desta sala fica de forma que o usuário não transita nas demais dependências da UBS. Tem instalação de bancada com pia, torneiras com fechamento que dispensa o uso das mãos, uma mesa tipo escritório com gavetas, cadeiras e um refrigerador 260 litros, e agora tem computador.

Sala de curativos: espaço destinado ao tratamento de lesões, o acesso é de forma que o usuário não necessita transitar pelas demais dependências da UBS, mas não tem sala pra nebulização, e só uma cadeira na sala de curativos.

Consultório odontológico: destinado à realização de procedimentos clínico-cirúrgicos odontológicos com uma área para compressor e bomba com perfeito funcionamento, mas não tem escovário.

Sanitários públicos separados por sexo com um ambiente interno com lavatório e bacia sanitária, mas não tem um sanitário destinado a deficientes.

No caso de banheiro de funcionários só tem as instalações sanitárias normais e não um local para armários individuais.

Cozinha: local destinado ao preparo de lanches e espaço para alimentação dos funcionários. É uma sala de acesso fácil e restrito pra funcionários, dotada de

boa iluminação e ventilação, proporcionando ambiente agradável para as refeições dos funcionários, levando em conta as normas da Humanização.

Área de serviço e depósito de material de limpeza: ambiente destinado à guarda de materiais de higienização da edificação. Tem tanque de aço, local para guarda de escada, vassouras, rodo e demais utensílios de limpeza.

O lixo da UBS e os resíduos sólidos são armazenados em um ambiente externo até a realização da coleta externa, mas não tem acondicionamento fixo em algum local que possibilite a higienização dos recipientes coletores.

Não tem sala de reuniões, sala de ACS, almoxarifado, sala pra coleta, central de material de esterilização.

Tampouco tem sinalização com figuras, caracteres em relevo, braile ou figuras tátil e recursos auditivos, só tem sinalização através de textos.

A iluminação é adequada, mas a ventilação não é boa, não tem suficientes janelas para uma boa circulação de ar.

Com relação às barreiras arquitetônicas que temos, encontra-se ausência de rampas alternativas, ausência de corrimão no corredor da UBS, não tem espaços adaptados para as pessoas com deficiência como banheiros pra eles, barras de apoio, larguras das portas, piso antiderrapante, telefone público, e bebedouros mais baixos para cadeirantes ou pessoas com baixa estatura. Nossa equipe faz todo o esforço para minimizar as dificuldades que possam causar aos usuários e oferecer um atendimento de qualidade.

Mostrando meu ponto de vista como responsável dessas ações, posso conversar sobre estas dificuldades com o Secretário de Saúde do Município e com o prefeito e em conjunto fazer um plano de ações para a solução dos problemas que estão afetando a comunidade e a todos os profissionais que trabalham nesta UBS em geral, mesmo assim nós tratamos de fazer um melhor trabalho a cada dia para que nossa população fique feliz e saudável.

A UBS deve ser compatível tanto com a pró-atividade da ESF em seu trabalho na comunidade quanto com o acolhimento às demandas espontâneas, dando respostas às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência e garantindo a continuidade do cuidado na comunidade e nos domicílios, quando necessário.

As UBS estão capacitadas para resolver cerca de 90% dos problemas de saúde da comunidade. Portanto, é necessário dispor de recursos estruturais e

equipamentos compatíveis que possibilitem ação dos profissionais de saúde em relação a esse compromisso.

A UBS tem que ter disponibilidade e suficiência de equipamentos e instrumental em condições satisfatórias de uso, deve existir um sistema de manutenção e reposição de equipamento, instrumentos e imobiliários, de reposição de material de consumo e de revisão de calibragem de esfigmomanômetros e balanças, disponibilidade de equipamentos e instrumentos de comunicação, informação e informática em condições de uso, tem que ter medicamentos necessários para muitas doenças que tem a população tem, também precisam do acesso a atendimento especializado com um bom intercâmbio de referência e contra referência pelos especialistas, e de um atendimento rápido e de qualidade pelos especialistas. As UBS têm que ter acesso a protocolos e livros didáticos para o desenvolvimento das atividades inerentes à rotina de atendimento na Atenção Básica a Saúde, além de uma consulta para fazer exames pelo menos de urgência para algumas doenças, boa iluminação e ventilação, entre outras coisas necessárias para dar um atendimento de qualidade.

Às vezes temos dificuldades com a disponibilidade de medicamentos da farmácia básica e de hiperdia, assim o usuário em muitas ocasiões não faz o tratamento correto porque não conta com recursos econômicos adequados. Também não temos medicamentos de urgência para doenças de emergências que necessitam ser tratadas de imediato, urgente. Isso é uma dificuldade porque com eles se podem evitar muitas complicações e a pessoa não tem que ir até o hospital porque recebe atendimento na unidade, essas são umas das dificuldades mais importantes que dificultam o trabalho de muitos profissionais da saúde e uma boa atenção, de qualidade e urgência que os usuários necessitam nas UBS.

Meu trabalho é informar ao prefeito Secretaria de Saúde, gestor sobre os principais problemas que tem minha UBS, que dificultam o atendimento adequado aos usuários. Os profissionais podem, em relação aos medicamentos, dar boas orientações, palestras, para que os usuários utilizem a fitoterapia, uso de plantas medicinais, que ajuda para controle de muitas doenças, como a diabetes mellitus, hipertensão arterial, doenças parasitárias, dermatológicas, entre outras e assim prevenir as complicações.

Gostaria dar um bom atendimento aos usuários, de integralidade e qualidade, fazer um trabalho de promoção em saúde e prevenção de doenças e

complicações, com ajuda de todos, para que a população se sinta bem atendida, com amor e carinho. Essa é a principal tarefa que todos os profissionais devemos alcançar.

A UBS deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde e o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante a gravidez. Mesmo antes de a gestante acessar a UBS, a equipe deve iniciar a oferta de ações em saúde referentes à linha de cuidado materno infantil.

A equipe precisa conhecer ao máximo a população adstrita de mulheres em idade fértil, e, sobretudo, aquelas que demonstram interesse em engravidar e ou já têm filhos e participam das atividades de planejamento reprodutivo. Quanto maior vínculo houver entre a mulher e a equipe, quanto mais acolhedora for à equipe da UBS, maiores serão as chances de aconselhamentos pré-concepcionais, detecção precoce da gravidez e início do pré-natal.

Para garantir uma atenção pré-natal e puerpério de qualidade, é preciso uma captação da gestação no primeiro trimestre, para poder identificar os principais riscos e ajudar a manter uma gestação com qualidade e que não tenham nenhuma complicação para a mãe e feto. Em minha UBS, trabalhamos todos juntos para alcançar este trabalho, temos um registro com todas as gestantes e puérperas da área de abrangência, que nos permitiu preencher o Caderno de Ação Programática (CAP). Temos um número total de 12 gestantes cadastradas (56%), delas 9 têm o pré-natal iniciado no 1º trimestre (75%) e 10 apresentam consultas em dia (83%). Os profissionais da UBS trabalham todos os dias e fazem busca ativa das gestantes antes das 12 semanas de gestação para dar uma atenção integral da gestação e encaminhar a tempo algum caso que precise.

Durante o tempo que tenho trabalhando na unidade, os indicadores da qualidade da atenção pré-natal estão muito bem, não temos mortalidade materna infantil, no caso de gestante de alto risco as encaminho para o especialista correspondente, temos gestantes que vão à unidade consultar-se, mas temos outras que preferem fazer a consulta em serviços privados, com mais condições do trabalho, com laboratórios para fazer os exames laboratoriais e outros atendimentos, se dão orientações sempre sobre pré-natal, sob alimentação das gestantes, sua vacina, higiene pessoal, sob fazer caminhadas, prepara-se para aleitamento

materno, indicam-se os exames correspondentes, indica-se ácido fólico e sulfato ferroso quando necessário.

Em geral a cobertura de pré-natal é bastante boa e os indicadores de qualidade estão bons também. As consultas das puérperas são organizadas para que sejam feitas nos primeiros sete dias depois do parto, para fazer uma avaliação mais precoce e integral da puérpera e a criança, fazemos exame completo da puérpera e criança, orientamos sobre lactância materna exclusiva até os 6 meses, sua importância, orientamos sobre anticoncepcionais de preferência para prevenção de uma gestação no primeiros 2 anos do parto, e a utilização de preservativo para a prevenção das doenças sexuais, orienta-se sobre alimentação saudável, higiene pessoal e coletiva, explica-se a importância de assistir as consultas programadas para avaliar o desenvolvimento psicomotor da criança e avaliação da puérpera, orienta-se a gestante sobre consulta com odontólogo, fazemos acompanhamento periódico e contínuo, de todas as gestantes e puérperas na UBS e em seus domicílios.

As gestantes, puérperas e recém-nascidos sempre tem um atendimento de prioridade na unidade, realizam-se com eles ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce e tratamento adequado dos problemas que ocorrem neste período, o trabalho em minha UBS é melhorar o atendimento cada dia, como precisam as gestantes, puérperas e crianças. Estamos trabalhando para a busca ativa da gestante, que ainda não tem atendimento na unidade, falamos com Gestor de saúde e secretaria de saúde para melhorar a condição da UBS, para que tenham os equipamentos necessários para dar o atendimento de qualidade. Com o trabalho de todos os profissionais, ajudaremos a melhorar os índices de morbimortalidade materno-infantis que estão muito alto no Brasil.

A gravidez constitui um período de muitas expectativas não só para gestante, mas para toda sua família, que se prepara para a chegada de um novo membro. E a criança que nasce não é parte de um contexto vazio, mas sim de um ambiente familiar repleto de esperança, crenças, valores e metas. Os profissionais de saúde desde o pré-natal devem estar atentos às mudanças e as necessidades de adaptação que ocorrem nas famílias diante do nascimento de um novo ser. De igual forma, o profissional de saúde deve saber que não é uma tarefa fácil uma família adaptar-se a uma nova realidade, especialmente quando se trata do primeiro filho. O apego vínculo emocional recíproco entre um bebê e seu cuidador, constrói-se

baseado em relacionamentos preliminares estabelecidos ainda com o feto e com a criança inaugurada pelos pais. Após o nascimento, o bebê, para sobreviver, precisa de alguém que atenda suas necessidades físicas (alimentação, limpeza, cuidado) e psicossociais.

Os profissionais de saúde podem auxiliar a formação oferecendo espaço para a manifestação de sentimentos comuns durante o referido processo. Com a aproximação da equipe de saúde do contexto de vida das famílias, a visita domiciliar torna-se um instrumento importante para a troca de informações vinculadas às necessidades particulares de cada indivíduo, favorecendo, desta forma, atividades educativas e mais humanizadas.

Em minha UBS a cobertura de Saúde da Criança é muito boa e coincide com a programação no CAP. No tempo que eu tenho trabalhado na UBS os indicadores de qualidade estão muito bons, mas tudo isso é devido ao o trabalho que fazemos em conjunto com equipe e demais profissionais do município. O atendimento inicia com a chega da criança na área de trabalho, a família é sempre informada para levar à UBS para o exame geral da criança e da puérpera nos primeiros sete dias de nascidos, assim se dá orientações gerais sobre alimentação saudável, neste caso aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, explica-se os benefícios da mesma para criança e mãe, orienta-se sobre higiene pessoal e coletiva em casa, sobre a prevenção de doenças respiratórias e doenças diarreicas, muito frequente em crianças, faz-se exame físico geral, orienta-se sobre a importância da vacina, o tempo em que deve ser administrada, se dá a programação da próxima consulta, fazemos visita domiciliar para ver como vive essa criança, se fala com mãe, pai, e membros da família, para conhecer como enfrentam o trabalho em casa com o novo membro, escuta-se as pessoas e se dá orientações sobre o cuidado da criança; são atendido com prioridade os casos de doenças agudas que chegam à unidade.

No município que eu trabalho não se faz triagem auditiva, tem que levar as crianças para a capital, o que é muito difícil para muitas mães por não ter transporte, mas quando fazemos o exame físico na consulta, àquela criança que precisa de atendimento especializado para algum tipo de doença, faz-se encaminhamento para outras especialidades encarregadas de ajudar a resolver o problema existente. Temos uma dificuldade para o atendimento com pediatria, precisamos de pediatra

que faça consultas pelo menos uma vez por mês na UBS, porque as consultas ficam muito longas, e temos crianças que precisam de atendimentos mais rápidos.

Participamos em conjunto para a busca ativa de crianças que nunca assistem a consulta na unidade, fazemos reunião semanal para avaliar aspectos das crianças, tirar algumas dúvidas ou problemas existentes, fazemos palestras desde o pré-natal para preparar as gestantes para o atendimento de puericultura, para aleitamento materno, prevenção de acidentes, e prevenção de outras doenças, para vacinação, os problemas que não podemos resolver na UBS, falamos com Gestor de Saúde ou Secretário de Saúde, para dar solução ao problema, ainda falta muito por fazer, mas trabalhamos juntos para melhorar os indicadores de morbimortalidade no Brasil.

Minha UBS no atendimento das crianças menores de 1 ano tem uma cobertura de 94% e as coberturas para os indicadores de qualidade são:

- Consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério de Saúde 83%.
- Atraso da consulta agendada em mais de sete dias 20%.
- Teste de pezinho até sete dias 87%.
- Primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida 90%.
- Triagem auditiva 40%.
- Monitoramento do desenvolvimento na última consulta 100%.
- Monitoramento do crescimento na última consulta 100%.
- Vacinas em dia 100%.
- Avaliação de saúde bucal 57%.
- Orientações para aleitamento materno exclusivo 100%.
- Orientação para prevenção de acidentes 100%.

A Atenção Básica tem, entre suas atribuições, o papel de coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção à saúde (PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011). Nesse sentido, ela acompanha os usuários longitudinalmente, mesmo quando ele demanda de um serviço especializado ou de uma internação, além disso, é responsável pela coordenação das ações dos diversos serviços sobre os profissionais. Ela ainda é responsável pela articulação dos diversos serviços e unidade de saúde que compõem as redes, participando na

definição de fluxos e elenco das necessidades de saúde de determinada população. Entre as ações desenvolvidas pelas equipes de Atenção Básica, destacam-se as ações relacionadas ao controle dos cânceres do colo de útero e da mama.

Considerando a alta incidência e mortalidade relacionadas a essas doenças, é responsabilidade dos gestores e dos profissionais de saúde realizar ações que visem ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama e que possibilitem a integralidade do cuidado, aliando as ações de detecção precoce com a garantia de acesso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos em tempo oportuno e com qualidade. As ações de promoção ocorrem sobremaneira na atenção básica, que está mais próxima do cotidiano das mulheres e as acompanha ao longo da sua vida. As abordagens educativas devem estar presentes no processo de trabalho das equipes, seja em momentos coletivos, como grupos, atividades do Programa de Saúde na Escola, e outras abordagens grupais da equipe, seja em momentos individuais de consulta. É fundamental a disseminação da necessidade dos exames e da sua periodicidade, bem com dos sinais de alerta que podem significar câncer. Com relação à detecção precoce, a maior parte dessas ações também ocorre na atenção básica.

Tanto as ações de rastreamento, que consistem em realizar sistematicamente testes ou exames em pessoas saudáveis, quanto às ações de diagnóstico precoce, que consistem em captar precocemente alguém que já tem sintomas ou alterações no exame físico, devem ser realizadas no cotidiano das equipes. Após o recebimento de um exame positivo, a atenção básica deve realizar o acompanhamento dessa usuária, encaminhar ao serviço de referência para confirmação diagnóstica e realização do tratamento.

Na UBS fazemos um trabalho em conjunto para melhorar os indicadores do câncer de colo de útero e mama. Os dados solicitados no CAP foram preenchidos sem problemas, já que estavam registrados no prontuário clínico de cada usuário.

Existem 500 mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área de cobertura e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero (96% de cobertura), dessas 431 têm exame citopatológico em dia; trabalhamos dia a dia para incorporar todas para fazer o exame já que temos 87 mulheres que tem o exame citopatológico com mais de 6 meses de atraso, damos palestras e visitamos as casas onde sempre falamos sobre a importância desse exame para prevenir o Câncer de Colo de Útero, temos uma excelente enfermeira, bem preparada na tomada das

amostras e a médica também faz o citopatológico, se faz avaliação de risco de Câncer de Colo Útero e orientação sobre prevenção de CA de colo de útero a todas as mulheres, fazemos atividades de promoção e prevenção para as mulheres com risco e àquelas não têm riscos para prevenir o câncer de colo de útero, damos palestras, orientamos também nas visitas a casa, nas escolas, em cada consulta eu dou sempre orientações sobre a importância de fazer a citologia para determinar a tempo qualquer lesão pré-maligna, fazemos visita domiciliar a cada usuário com este tipo de câncer, temos indicadores que ainda ficam baixos, mas todos os dias trabalhamos para melhorá-los, fazemos reunião e discutimos os casos de câncer e sempre trazemos estratégias para dar o melhor para essas usuáries.

Temos que melhorar na busca ativa de todas as mulheres com risco de câncer do colo de útero, criar grupos de mulheres com preparação para ajudar na prevenção dessa doença, educar, desde às escolas, as meninas para diminuir ou eliminar fatores de risco do câncer de colo do útero, orientar a família sobre alimentação saudável, sobre fazer exercício físico, a importância de eliminar o tabagismo, incrementar as palestras para orientar a importância da prevenção, aumentar a busca ativa das mulheres entre 25 e 64 anos que não fizeram citologia vaginal e falar sobre a importância da mesma, orientar a todas as famílias das mulheres com citologia vaginal alterada, para dar seguimento adequado a essa doença, fazer os exames indicados, dar apoio psicológico às poucas usuáries que temos na UBS com câncer do colo do útero que são 5 mulheres. Todas têm seguimento por todos os profissionais de minha UBS, sempre que precisam de nosso apoio, fazemos tudo com amor, carinho, e sempre ficamos do lado daquela pessoa e família necessitada.

Um tema fundamental que eu sempre falo, em minha consulta, em visita a casa, em outros espaços é sobre a prevenção de doenças sexualmente transmissível, sempre falando sobre a importância do uso de preservativo. Para não perder o seguimento de mulheres com exame alterado, devemos levar o controle de todas as que fazem a citologia, arquivar corretamente o resultado, diante de qualquer exame alterado, encaminhar para o especialista e pedir a contra referência, uma vez que chegue à área com tratamento, dar um correto seguimento desde as visitas, pelos profissionais da UBS, aconselhando sempre sobre o tratamento adequado e apoiando em tudo, nunca se cansando e sempre orientando, falar com carinho, amor.

Quanto ao controle do câncer de mama, a forma de registro permitiu preencher o CAP, a cobertura de controle de câncer de mama é 89%, porque existem 144 mulheres na área de cobertura acompanhadas na UBS para prevenção de Câncer de Mama, dessas 97% têm a mamografia em dia, indicador que está muito bom, todas tem avaliação de risco para Câncer de Mama, realiza-se exame clínico e/ou solicitação de mamografia todos os dias da semana e em todos os turnos, as ações de rastreamento do Câncer de Mama são realizadas pelo médico, enfermeiro e técnica de enfermagem, o rastreamento é oportunístico, contamos com um protocolo de controle de Câncer de Mama e Câncer de Colo de Útero do Ministério de Saúde, que é muito importante já que nos permite um trabalho mais organizado e atualização dessas doenças, temos poucas mulheres com câncer de mama e tem um bom controle e atendimento por nossa equipe de saúde, além disso, trabalhamos dia a dia, damos palestras, visitamos as casas, as escolas onde orientamos sobre os fatores de risco e como prevenir o câncer de mama, um dos cânceres com maior morbimortalidade no mundo e no Brasil em mulheres, além disso, orientamos sobre a importância da mamografia em mulheres maiores de 50 anos de idade, e com 40 anos àquelas que têm risco, sobre importância de realizar o autoexame de mama todos os meses e sobre ter uma alimentação saudável.

As mulheres com câncer de mama na unidade são poucas, mas uma vez que chegam à área com exame positivo são encaminhadas para o especialista, quando chegam com o tratamento de especialista são visitadas em casa e agendadas as consultas de seguimento na UBS para exame físico e orientações gerais. Em casa se fala com toda a família para que apoiem a usuária, é dado apoio psicológico e se orienta sobre o cuidado da mesma. Diante de qualquer dúvida podem chamar, fazemos reunião na unidade para melhorar o trabalho com essas mulheres, para dar seguimento à busca ativa dessas mulheres, sempre falamos que um câncer que é detectado a tempo tem cura, orientamos que diante de qualquer lesão que tenham na mama devem ir à unidade para serem examinadas pelo médico. Com o trabalho de todos podemos diminuir a morbimortalidade de mulheres com Câncer de Mama e Colo de Útero.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por cifras elevadas e sustentadas de pressão arterial (140/90mmhg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-

alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento de risco de eventos cardiovasculares.

A HAS é um grave problema de saúde no Brasil e no mundo (BRASIL, 2013a). Além disso, é causa direta de cardiopatia hipertensiva e fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doenças isquêmicas cardíacas, cerebrovascular, vascular periférica e renal. No Brasil, os desafios de controle e prevenção da hipertensão e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica. As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade adstrita, os profissionais da atenção básica têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico monitorização e controle da hipertensão arterial.

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença comum e de incidência crescente que aumenta com a idade. O diabetes apresenta alta morbimortalidade, com perda importante na qualidade de vida. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular.

O DM é uma doença metabólica caracterizada por hiperglicemia associada a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina, envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros (BRASIL, 2013b).

O cuidado integral com DM e suas complicações é um desafio para a equipe de saúde, especialmente no sentido de ajudar a pessoa a conviver com essa doença crônica, que requer mudanças de modo de viver, envolvendo a vida de seus familiares e amigos, na casa e no ambiente de trabalho. Aos poucos, essa pessoa deverá aprender a gerenciar sua vida com diabetes em um processo contínuo que vise qualidade de vida e autonomia.

Na UBS em que trabalho fazemos um trabalho em conjunto para melhorar os indicadores sobre HAS, os dados registrados no CAP foram preenchidos sem problemas, já que estavam registrados no prontuário clínico e no prontuário específico de Hipertensão arterial que fica na unidade, que são revisados por

médico e enfermeiros regularmente para avaliar riscos, para ver quem está atrasado nas consultas programadas.

Temos na UBS um total de 205 usuários com 20 anos ou mais residente na área de cobertura com hipertensão de 62%, fica um pouco baixa, mas estamos trabalhando dia a dia para aumentar essa cifra, mediante a busca ativa, dando palestras, mediante as visitas às casas, fazemos a realização de estratificado de risco cardiovascular por critério clínico a 78% dos hipertensos, 88 tem atraso das consulta agendada em mais de 7 dias porque moram em áreas muito distantes da UBS, mas já foram visitados e se explicou a importância de assistir sempre a consultas agendadas, temos um 78% de todos os usuários com exame em dia, damos orientações a 100% dos usuários sobre alimentação saudável, sobre a prática de exercício físico regular, sempre orientamos sobre os malefícios do tabagismo e bebidas alcoólicas, são feitos atendimentos todos os dias da semana e em todos os turnos, e nos atendimentos trabalhamos em conjunto, o médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, psicólogo, odontólogo, e nutricionista, sempre dando um atendimento de qualidade como merecem os usuários. Após as consultas, todos saem com a programação da próxima consulta, todos os usuários que chegam com qualquer processo agudo são atendidos, tratados ou encaminhados se precisarem.

Temos um protocolo de atendimento de hipertensão arterial, produzido pelo Ministério da Saúde, que nos permite um melhor tratamento para os usuários hipertensos e uma melhor preparação individual, sempre fazemos reunião para melhorar a consulta com os usuários, para melhorar nosso trabalho, para discutir algum caso de algum usuário, temos um grupo de usuários hipertensos onde se dão orientações, fazem-se atividades educativas, faz-se controle da pressão arterial. Nessas atividades participam todos os profissionais da unidade, usuários e suas famílias, trabalhamos a parte psicológica também, muito importante no controle da pressão arterial. As dificuldades que temos buscamos resolvê-las incrementando a busca ativa de usuários com hipertensão arterial. Para a maioria de usuários maiores de 18 anos que chegam à unidade de saúde se verifica a pressão arterial, para fazer um diagnóstico precoce e um tratamento oportuno e assim prevenir complicações, estamos todos melhorando nosso trabalho.

Quanto à DM, os dados no CAP foram preenchidos sem dificuldade, já que estavam registrados no prontuário clínico e no prontuário específico do usuário,

temos na UBS um total de 57 usuários com DM, representando 70% de cobertura. Ainda fica baixo esse índice, mais trabalhamos dia a dia para melhorá-lo, mediante a busca ativa, mediante as palestras que damos, mediante conversas que temos com os usuários que vão à unidade e com aqueles que fazemos visita em suas casas. Em 71% dos usuários se faz a realização de estratificação de risco por critério clínico, somente 16 usuários têm atraso de 7 dias na consulta, porque moram em áreas muito distantes da UBS, temos 71% dos usuários com os exames em dia.

Quando vão às consultas são examinados integralmente, são orientados sobre alimentação saudável e sobre a importância das atividades físicas regulares, sobre o cuidado das unhas das mãos e pés, são examinados também pelo odontólogo e psicólogo todos aqueles que precisem, fazemos atendimento todos os dias da semana, em todos os turnos, temos nutricionistas, odontólogos e psicólogos que avaliam os usuários. Após cada consulta eles saem com a próxima consulta programada, diante de qualquer problema agudo eles se dirigem à unidade onde são atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro, e se precisarem de encaminhamentos, ou tratamentos ou outra orientação são dados na unidade. Todos os usuários são tratados com amor, carinho, respeito.

Temos protocolo de atendimento para DM na UBS, que nos permite preparar-nos melhor e dar um atendimento de qualidade, temos um grupo com usuários Diabéticos onde fazemos atividades, são orientados, se dão palestras, se compartilha uma merenda, sorrimos, falamos, e fundamentalmente fazemos atividades de promoção de saúde e prevenção de complicações, são convidadas as famílias e outras pessoas para aumentar a quantidade de usuários que devemos ter na área, incrementamos a busca ativa dos mesmos. Quando temos dificuldade com os medicamentos, eu faço a receita e aqueles que são cadastrados na farmácia recebe o tratamento para diabetes de graça, sempre fazemos reunião na UBS para melhorar nosso trabalho quanto ao tratamento das pessoas, quando terminam a consulta eles ficam muito agradecidos, e sempre saem com um sorriso no rosto, trabalhamos todos os dias para dar um atendimento de qualidade e integralidade a todo neste povo amigo que tanto necessita.

A longevidade é sem dúvida um triunfo. Há, no entanto, importantes diferenças entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Enquanto, nos primeiros, o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos outros, esse processo acontece de forma rápida, sem

tempo para uma reorganização social e da área de saúde adequada para atender as novas demandas emergentes. Para o ano de 2050, a expectativa no Brasil, bem como em todo o mundo, é de que existam mais idosos que crianças abaixo de 15 anos, fenômeno esse nunca antes observado (BRASIL, 2006).

É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo. No trabalho das equipes da Atenção Básica/Saúde da Família, as ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo, a participação das redes sociais dos usuários são alguns dos recursos indispensáveis para atuação nas dimensões cultural e social.

A Atenção à Saúde da pessoa idosa na Atenção Básica/Saúde da Família, quer por demanda espontânea, quer por busca ativa, que é identificada por meio de visitas domiciliares, deve consistir em um processo diagnóstico multidimensional. Esse diagnóstico é influenciado por diversos fatores, tais como o ambiente onde o idoso vive, a relação profissional de saúde/pessoa idosa e profissionais de saúde, familiares, a história clínica, aspectos biológicos, psíquicos, funcionais e sociais e o exame físico.

Na UBS onde trabalho trabalhamos sempre para melhorar a saúde do povo. Os dados do CAP foram preenchidos sem problemas, já que os dados estavam registrados no prontuário clínico, os quais são revisados regularmente para ter conhecimento sobre aqueles que tenham atrasa na consulta e aqueles com alguns risco que precisa acompanhamento mais frequente. Temos um total de 214 idosos com 60 anos o mais, que corresponde a 93% de cobertura. Na área que são atendidos pela UBS, temos 214 cadernetas de pessoas idosas, em 87% dos usuários se realiza avaliação multidimensional rápida, 87% tem acompanhamento em dia, contamos com 165 usuários com hipertensão arterial e 54 com diabetes mellitus, mas trabalhamos muito perto deles para manter controle de suas doenças e assim prevenir complicações, temos orientado 87% destes usuários sobre hábitos alimentares saudáveis e atividade física regular, importante para o cuidado de sua saúde.

Trabalhamos dia a dia para dar um atendimento de qualidade e integralidade, cada vez que são feitas as consultas, eles saem com a programação da próxima consulta, e se tiverem algum problema agudo eles vão à unidade e são atendidos por médico ou enfermeiro, são examinados e se precisarem de

encaminhamento para outro especialista ou para fazer algum exame, ou para alguma urgência são encaminhados. Quando existe alguma campanha de vacinação, são vacinados na unidade, se realizam atividades de promoção de saúde, atividades físicas, de hábitos alimentares saudáveis, se faz diagnóstico e tratamento de saúde bucal, da saúde mental, se faz atividades de prevenção de consumo de tabagismo, de bebidas alcoólicas, de acidentes, de obesidade, se realizam avaliação clínica pelos profissionais da unidade, das capacidades funcionais global do idoso, fazemos atividades com grupo de idosos, damos palestras, onde participam os idosos e familiares, e fazemos atividades recreativas também, fazemos visitas às casas e falamos com os familiares sobre o cuidado destas pessoas, sobre integração às atividades da casa, sobre alimentação, sobre atividade física, temos um lago perto da comunidade onde muitos dele fazem caminhadas, eu também, e sempre encontro com alguns e conversamos um pouco. São realizadas reuniões na UBS mensalmente para discutir alguns casos importantes, para aumentar nosso conhecimento, para verificar algum atraso de alguma pessoa idosa que não esteja assistindo a consulta, trabalhamos dia a dia na busca ativa destas pessoas para incorporá-las ao grupo.

Realiza-se na área de abrangência cuidado domiciliar as pessoas idosas que necessitem, temos dificuldade com alguns especialistas no município como Geriatra, mais aqueles que precisam ser avaliados por ele se faz encaminhamento e se necessário, a secretaria de saúde dá o transporte para ser levado à consulta, fazemos um trabalho sempre em equipe, e tratamos essas pessoas com muito amor, carinho, como se fossem nossa família, nosso pai, avô, eles são como crianças e precisam de todo nosso serviço, atendimento de qualidade e integralidade, amor e respeito. É um orgulho trabalhar com essas pessoas.

A Atenção Básica constitui um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual ou coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, situadas no primeiro nível de atenção do sistema de saúde. É desenvolvida por meio do exercício de prática gerencial e sanitário democrático e participativo, sobre forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitadas, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011).

Para o planejamento das atividades de Saúde Bucal na Atenção Básica é necessário destacar a importância da utilização da Epidemiologia. Com ela pode-se conhecer a distribuição das principais doenças bucais, monitorar riscos e tendência, avaliar o impacto das medidas adotadas, estimar necessidades de recursos para os programas e indicar novos caminhos.

A educação em saúde bucal deve fornecer instrumentos para fortalecer a autonomia dos usuários no controle de processo saúde doença e na condução de seus hábitos. Sua finalidade é difundir elementos, respeitando a cultura local, que possam contribuir com o empoderamento dos sujeitos coletivos, tornando-os capazes de autogerirem seus processos de saúde doença, sua vida, com vista na melhoria da sua qualidade de vida (BRASIL, 2004).

Em minha UBS temos uma consulta de odontologia, onde temos um odontólogo que trabalha 3 dias na semana e só de manhã, ele trabalha com uma técnica de odontologia, ele tem suas consultas programadas e atende um total de 50 usuários por mês, abaixo do estipulado. Ele fala que tem pouco material para o atendimento, e por isso atende poucos usuários, ele orienta as pessoas sobre a saúde bucal, mediante palestras nas escolas e na UBS. Os profissionais também participam dessas atividades. Ele tem os dados registrados no prontuário de cada usuário, porém alguns dados no CAP que não forem preenchidos por não ter informação, eu como médica e os demais profissionais de saúde damos orientação sobre a higiene bucal, eliminação de hábitos tóxicos inadequados, sobre não fumar, não beber, sobre o uso adequado da escova dental, cada usuário que eu examino e tem alguma alteração na boca é encaminhado ao odontólogo.

São realizadas pelo odontólogo ações coletivas com grupos prioritários onde são orientados sobre a educação bucal, para prevenir doenças e assim complicações, elas são feitas na UBS, o odontólogo participa das reuniões que fazemos mensal na UBS, onde são levados casos e problemas existentes na unidade e na área de abrangência. Existe uma diferença entre as primeiras consultas programadas e os atendimentos não programados, pois se percebe que os atendimentos programados são superiores. A saúde pode ser melhorada na UBS com ajuda de todos, aumentando o número de consultas programadas e não programadas, aumentando os turnos de trabalho, de manhã e de tarde para odontologia, aumentando as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças nas escolas, nas comunidades, com os grupos prioritários; além disso, é necessário

que o odontólogo fale com os gestores de saúde para aumentar os recursos de trabalho, fornecer cursos atualizados para os odontólogos sobre seu trabalho na UBS. Acredito que entre todos podemos melhorar a saúde bucal do povo brasileiro.

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

Em relação ao texto inicial sobre a situação da ESF/UBS, tem algumas melhorias quanto ao atendimento, às consultas ficaram mais organizadas, o número de atividades para a população e para grupos específicos aumentaram, são realizadas palestras nas igrejas. Temos maior conhecimento sobre o trabalho na UBS, sobre os principais problemas de saúde que tem a população, trabalhamos em equipe, com muita união, mantemos apoio da Secretaria de Saúde, do Gestor de Saúde, as pessoas ficam muito contentes e agradecidas com nosso trabalho. Mantemos aumentando a busca ativa de doenças crônicas não transmissíveis, de grupos específicos. Quanto à estrutura da UBS, está igual, trabalhamos na mesma UBS com as mesmas dificuldades estruturais, ainda mantemos a dificuldade com os medicamentos, fazemos sempre nosso trabalho com muito amor, carinho, aumentando nosso conhecimento dia a dia, em prol de melhorar a qualidade de vida do povo brasileiro.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

É muito importante sempre ter um guia por onde fazer um trabalho de intervenção, mediante os tópicos do Caderno de Ação Programática podemos reconhecer os principais problemas de saúde existentes e ajudar a melhorar lós, as ações programáticas nos ajudam também a programar segundo o problema de saúde presente, as ações para sempre melhorar a saúde da população, nos permite fazer uma comparação de como estão os problemas de saúde presentes na comunidade com a estimativa orientada pelo Ministério de Saúde, permite ver a realidade na atenção primária de saúde e assim fazer, um planejamento para sua melhoria. A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos, atingindo, em média, 32 em cada 100 indivíduos. Na faixa etária de 60 a 69 anos, este número sobe para 50 em cada 100 indivíduos e acima de 70 anos, acomete 75% dos indivíduos (BRASIL, 2013a). No Brasil, no ano de 2009, ocorreram 51.828 mortes por diabetes. Entre 1991 e 2000, a frequência de óbitos aumentou em 24% (de 34/100.000 óbitos para 42/100.000 óbitos) e, posteriormente, no intervalo do ano 2000 a 2009, houve uma redução de 8% nessas mortes (de 42/100.000 para 38/100.000) (BRASIL, 2013b).

A UBS Alto do Meio onde trabalho pertence à zona rural, o modelo de atenção é a Estratégia de Saúde da Família. A equipe de saúde é composta por uma enfermeira, uma odontóloga, cinco ACS, uma técnica de enfermagem, uma técnica de odontologia, uma secretária ou atendente, uma médica, e dois vigias, mais uma copeira. Têm três consultas, para médico, enfermeiro, e odontólogo, uma sala de espera e outra sala de curas, pequenas, um banheiro para a população, e uma pequena cozinha. Contamos com um total de 2160 pessoas na área de

trabalho, sendo a maioria do sexo feminino (1252). Temos um total de 669 famílias cadastradas.

Temos na área de abrangência um total de 205 usuários com HAS (62%), temos 36% de HAS com atraso nas consultas em mais de 7 dias, 78% com exames complementares em dia, 44% dos usuários com HAS com avaliação de saúde bucal em dia. Além disso, existe um total de 57 usuários com DM na área de abrangência (70%), 28% dos usuários com DM tem atraso da consulta agendada em mais de 7 dias, 46% tem avaliação de saúde bucal em dia, temos ainda usuários com Diabetes e Hipertensão que precisam ser cobertos. A equipe faz ações de educação, promoção de hábitos de vida saudáveis, prevenção das doenças e complicações das mesmas também no caso da HAS e da DM, agendam-se consultas conforme os protocolos do ministério de saúde, são feitas palestras, visitas domiciliar, mantemos as atividades para melhorar e estruturar o controle das doenças, sempre oferecemos, com os recursos que temos, um atendimento de qualidade.

Através do levantamento realizado para o CAP, continuamos dia a dia com nosso trabalho de promoção e prevenção de saúde, continuamos na busca ativa dos usuários diabéticos e hipertensos não cadastrados, fazemos nossa reunião mensal para ver nossas dificuldades, fazemos as visitas domiciliar semanalmente, palestras, orientação aos usuários e famílias na unidade e demais lugares, toda a equipe está envolvida em todas essas ações.

As principais dificuldades vão ser, por exemplo, que nossa unidade é da zona rural e tem muitos usuários que moram distante da UBS, o que dificulta o aumento na cobertura para os hipertensos e diabéticos, além disso, alguns dos membros da equipe de saúde só trabalham pela manhã na unidade. Outra dificuldade é participação dos usuários nas atividades convidadas pelos profissionais da equipe, mas trabalhamos dia a dia com o que temos para dar um atendimento de qualidade e integralidade. A intervenção na unidade poderá melhorar a atenção à saúde da população-alvo em muitos aspectos. Primeiro ajudar a melhorar a qualidade de vida dos usuários, dará um melhor conhecimento sobre sua doença, sobre os medicamentos que devem tomar, sobre as consultas programadas que devem assistir, sobre sua alimentação.

Mediante a intervenção se buscará cadastrar maior quantidade dos usuários com hipertensão e diabetes e assim com um correto tratamento ajudaremos na prevenção de complicações, ajudará a diminuir a mortalidade, melhorará nosso

trabalho, nosso conhecimento, começará um processo de intervenção que será de guia para próximas intervenções, educando os usuários e a sua família. Os profissionais estão bastante dispostos a realizar o trabalho e pretendemos melhorar cada vez mais os atendimentos aos usuários com HAS e DM.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM, na UBS de Alto do Meio, Campo Maior-PI.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

- 1 Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.
- 2 Melhorar a qualidade de atenção a hipertensos e/ou diabéticos.
- 3 Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.
- 4 Melhorar registros das informações.
- 5 Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.
- 6 Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

METAS

Relativas ao objetivo 1 - Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1. Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no programa de atenção á hipertensão arterial e á diabetes mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no programa de atenção á hipertensão arterial e á diabetes mellitus da unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 2 - Melhorar a qualidade de 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. Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

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

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

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

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

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

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Relativas ao objetivo 3 – Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

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

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

Relativas ao objetivo 4 – Melhorar o registros 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.

Relativas ao objetivo 5 – Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

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

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

Relativas ao objetivo 6 - Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido com os usuários com HAS e/ou DM com 20 anos ou mais pertencentes à área de abrangência da unidade. Será desenvolvido no período de 12 semanas na UBS Alto do Meio no município de Campo Maior/PI.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

METAS 1.1 e 1.2. Cadastrar 80% dos hipertensos e 80% de diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações

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

Detalhamento: o médico será responsável pelo monitoramento da ação que será feito nas consultas agendadas e programadas.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações

Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa, a equipe toda participará do registro.

Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e diabéticos.

Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde, realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: Farei uma reunião com a equipe pedindo o apoio de cada um nestas tarefas, principalmente dos ACS, que são os responsáveis pelas micro áreas e conhecem melhor a população da área adstrita a eles. Também se realizará uma reunião com os gestores para garantir o material adequado para a realização da ação sendo responsabilidade do médico e da enfermeira concretizar tal reunião.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações

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

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

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

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

Detalhamento: Informaremos a comunidade através de palestras, rodas de conversas, visitas domiciliares e consultas, sendo responsabilidade da equipe toda essa ação.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações

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

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

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

Detalhamento: o médico será o responsável por fazer uma videoconferência para capacitar a equipe toda em relação a esses assuntos.

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

Metas 2.1 e 2.2.

Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos

Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações

Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão.

Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com diabetes.

Detalhamento: O monitoramento será feito nas consultas feitas pelo médico e pela enfermeira, sejam agendadas, cuidado continuado ou demanda espontânea, fazendo interrogatório e exame físico. Responsável será o médico e a enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com hipertensão.

Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.

Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na UBS.

Detalhamento: Será feita uma reunião com a equipe para orientar e capacitar cada um, também será solicitado aos gestores a versão atualizada do protocolo de hiperdia para se ter um melhor acesso na prática diária. Responsável será o médico e a enfermeira.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações

Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão.

Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes.

Detalhamento: As orientações aos usuários serão dadas através de rodas de conversas, palestras e nas consultas médicas. Responsável será a equipe toda.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: Será feito treinamento com palestras e videoconferências sobre realização de exame clínico apropriado. Responsável será o médico e a enfermeira.

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

Metas 2.3. Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações

Monitorar a realização de exame dos pés das pessoas com diabetes.

Detalhamento: Será feito nas consultas realizadas à população-alvo.

Responsável será o médico e a enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame dos pés das pessoas diabéticas.

Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.

Providenciar junto a gestão o monofilamento 10g para exame dos pés

Organizar a agenda para acolher as pessoas diabéticas provenientes das buscas domiciliares.

Solicitar a referência e contra referência (realizar a coordenação do cuidado) para pessoas com diabetes que necessitem de consulta especializada.

Detalhamento: Será feito um treinamento mediante palestra para a equipe toda com exposição de imagens para aprender a avaliar os pés das pessoas com diabetes, além de coordenar com a gestão as ferramentas necessárias para tal avaliação, organizar agenda para acolher os diabéticos faltosos, e encaminhar nas consultas médicas os usuários que apresentem lesões que precisam ser avaliadas por especialistas. Responsável será o médico.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações

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

Detalhamento: Através de conversas de grupos e palestras que serão feitas de forma expositiva com recursos de multimídia apresentando imagens de lesões de pés diabéticos e outras imagens para que os usuários visualizem e tirem dúvidas. Responsável será a equipe toda.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações

Capacitar a equipe para a realização de exame apropriado dos pés.

Detalhamento: Será feito treinamento através de conferências sobre exame físico dos pés. Responsável será o médico e a enfermeira.

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

Metas 2.4 e 2.5.

Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**Ações**

Monitorar o número de pessoas com hipertensão com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS.

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

Monitorar o número de pessoas com diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS.

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

Detalhamento: O monitoramento será feito nas consultas com o preenchimento do prontuário médico além do preenchimento do livro de registro de hiperdia. Responsável será a equipe toda.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**Ações**

Garantir a solicitação dos exames complementares.

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

Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Nas consultas serão solicitados os exames complementares necessários de acordo com o protocolo, também será coordenado com os gestores a possibilidade de priorizar os exames complementares preconizados para tais usuários. Responsável será o médico e a enfermeira.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações

Orientar as pessoas com hipertensão e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Orientar as pessoas com hipertensão e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Orientar as pessoas com diabetes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Orientar as pessoas com diabetes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Tais ações serão feitas nas consultas médicas, nas palestras, rodas de conversas e visitas domiciliares. Responsável será a equipe toda.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações

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

Detalhamento: Através de palestra sobre solicitação de exames complementares preconizados. Responsável será o médico e a enfermeira.

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

Metas 2.6 e 2.7.

Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastrados na UBS.

Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastrados na UBS.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Nas consultas serão feitas as receitas dos medicamentos de hiperdia para adquiri-los na UBS ou na farmácia popular. Responsável será o medico e a enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**Ações**

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão cadastrados na UBS.

Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com diabetes cadastrados na UBS.

Detalhamento: Verificar mensalmente a quantidade e validade dos medicamentos de hiperdia na UBS e preencher o livro de registros de hiperdia com as necessidades de medicamentos dos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus. Responsável será a equipe toda.

ENGAJAMENTO PÚBLICO**Ações**

Orientar as pessoas com hipertensão e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Orientar as pessoas com diabetes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Através de palestras, rodas de conversas, visitas domiciliares e consultas médicas. Responsável será a equipe toda.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**Ações**

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

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

Realizar atualização do profissional no tratamento do diabetes.

Detalhamento: Será feita reunião com a equipe toda para oferecer conhecimento sobre as alternativas dos usuários para ter acesso aos medicamentos de hiperdia e fazer com que o profissional estude diariamente sobre o tratamento dos usuários com hipertensão e diabetes de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Responsável será o médico e a enfermeira.

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

Metas 2.8 e 2.9.

Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações

Monitorar as pessoas hipertensas que necessitam de atendimento odontológico.

Monitorar as pessoas diabéticas que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Será feito exame físico bucal a todos os usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus e inserida a avaliação nos prontuários. Responsável será a equipe toda.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações

Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão.

Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento das pessoas com hipertensão provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com diabetes.

Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização da consulta odontológica das pessoas com diabetes provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Pedir apoio ao dentista para a realização da consulta odontológica aos usuários que precisarem. Responsável será o médico e a enfermeira.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações

Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes.

Detalhamento: Durante as consultas e nas atividades de grupo, falaremos da importância de fazer o exame odontológico. Responsável será a equipe toda.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações

Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão.

Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com diabetes.

Detalhamento: Através de palestra para a equipe sobre avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Responsável serão o dentista e técnica de dentista.

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

Metas 3.1 e 3.2

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações

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

Detalhamento: A técnica de enfermagem ficará responsável pelo monitoramento através da checagem dos prontuários médicos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Organizar a agenda para acolher as pessoas com hipertensão provenientes das buscas domiciliares.

Organizar a agenda para acolher as pessoas com diabetes provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Realizar uma reunião com a equipe para organizar as visitas domiciliares e construir agenda para acolher os faltosos provenientes das buscas ativas. Responsável será o médico e a enfermeira.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).

Esclarecer as pessoas com hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas, esclarecer aos usuários com hipertensão e diabetes, e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Quantificaremos os faltosos, pois não temos registro específico.

Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

Esclarecer as pessoas com diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Serão feitas palestras, rodas de conversas, visitas domiciliares, atividades de grupo para levar todas as informações à comunidade. Responsável será a equipe toda.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações

Capacitar os ACS para a orientação de pessoas com hipertensão quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Capacitar os ACS para a orientação de pessoas com diabetes quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Através de palestra sobre importância da realização de consultas periódicas a usuários com HAS e/ou DM. Responsável será médico, enfermeira e dentista.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Metas 4.1 e 4.2.

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações

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

Detalhamento: o registro deverá ser feito com letra legível, contemplando sintomas, diagnóstico, solicitação resultado e interpretação de exames, tratamentos, encaminhamentos, renovação de receitas. Responsável será o médico e a enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações

Manter as informações do SIAB/e-SUS atualizadas.

Implantar a ficha de acompanhamento.

Pactuar com a equipe o registro das informações.

Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

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

exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: Temos caderneta de acompanhamento que a técnica de enfermagem preenche com dados dos usuários, mas agora daremos continuidade na atualização de dados e colocaremos a data do agendamento da próxima consulta. As informações do SIAB/e-SUS são recolhidas na ficha de atendimento individual e levadas à secretaria para o preenchimento no sistema. Também os dados da consulta serão colocados no prontuário físico. Responsável será médico enfermeira e dentista.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações

Orientar as pessoas com hipertensão e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Orientar as pessoas com diabetes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Serão desenvolvidas palestras, atividades de grupo, rodas de conversas, visitas domiciliares para orientar a comunidade, além das informações previstas nas consultas. Responsável será a equipe toda.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações

Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento das pessoas hipertensa

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

Detalhamento: A equipe será treinada no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, assim como o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Responsável será a enfermeira.

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

Metas 5.1 e 5.2.

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações

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

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

Detalhamento: Procurar nos prontuários dos usuários com hipertensão e diabetes os dados atuais da avaliação de risco feita pelos especialistas em saúde da família. Responsável será a técnica de enfermagem.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações

Priorizar o atendimento das pessoas com hipertensão avaliadas como de alto risco.

Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Priorizar o atendimento das pessoas com diabetes avaliadas como de alto risco.

Detalhamento: Manter as consultas agendadas regularmente e livre demanda para atenção destes usuários. Responsável será o médico e a enfermeira.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações

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

Esclarecer as pessoas com hipertensão e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Esclarecer as pessoas com diabetes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Essas orientações serão desenvolvidas coletivamente, por meio dos grupos operativos, e individualmente, por meio das consultas. Responsável será o médico e a enfermeira.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações

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

Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

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

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

Detalhamento: Realizar palestras sobre tais conhecimentos para melhorar o atendimento dos usuários. Responsável será o médico e a enfermeira.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas 6.1 e 6.2.

Garantir orientação nutricional a 100% dos hipertensos.

Garantir orientação nutricional a 100% dos diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações

Monitorar a realização de orientação nutricional as pessoas com hipertensão.

Monitorar a realização de orientação nutricional as pessoas com diabetes.

Detalhamento: Devemos guiar-nos pelos registros e arquivos específicos de diabéticos e hipertensos para monitorar e avaliar as consultas. Responsável será o médico e a enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: Coordenar com os gestores a presença de nutricionistas nas dinâmicas de grupo sobre alimentação saudável. Responsável será médico, enfermeira e dentista.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações

Orientar pessoas com hipertensão e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Orientar pessoas com diabetes e seus familiares sobre a importância de se ter uma alimentação saudável, bem como a necessidade de uma dieta específica para o tratamento do diabetes.

Detalhamento: As orientações serão dadas através de palestras, rodas de conversas, visitas domiciliares e consultas médicas. Responsável será a equipe toda.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações

Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável.

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

Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável e específica para pessoas com diabetes.

Detalhamento: A capacitação da equipe será feita mediante dinâmicas de grupos sobre alimentação saudável. Responsável será a nutricionista.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas 6.3 e 6.4.

Garantir orientações sobre prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Garantir orientações sobre riscos de tabagismo e higiene bucal a 100% dos hipertensos e diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações

Monitorar a realização de orientação para atividade física regular às pessoas com hipertensão.

Monitorar a realização de orientação para atividade física regular às pessoas com diabetes.

Detalhamento: Devemos guiar-nos pelos registros e arquivos específicos de diabéticos e hipertensos para monitorar e avaliar as consultas. Responsável será o médico e a enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: Coordenar com os gestores a presença de educador físico nas dinâmicas de grupo sobre a prática regular de atividade física. Responsável será médico, enfermeira e dentista.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações

Orientar pessoas com hipertensão e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da hipertensão.

Orientar pessoas com diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento do diabetes.

Detalhamento: As orientações serão dadas através de palestras, rodas de conversas, visitas domiciliares e consultas médicas. Responsável será a equipe toda.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações

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

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

Detalhamento: A capacitação da equipe será feita mediante dinâmicas de grupos sobre importância da prática de atividade física. Responsável será educador físico, médico, enfermeira e dentista.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas 6.5 e 6.6.

Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações

Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo às pessoas com hipertensão.

Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo às pessoas com diabetes.

Detalhamento: Devemos guiar-nos pelos registros e arquivos específicos de diabéticos e hipertensos para monitorar e avaliar as consultas. Responsável será o médico e a enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações

Demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde.

Detalhamento: Será realizada através de uma conversa com os gestores sobre a necessidade da implementação dessa ação. Responsável será o médico, enfermeira e dentista.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações

Orientar as pessoas com hipertensão tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Orientar as pessoas com diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: As orientações serão dadas através de palestras, rodas de conversas, visitas domiciliares e consultas médicas. Responsável será a equipe toda.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações

Capacitar a equipe para o tratamento de pessoas tabagistas.

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

Detalhamento: Realizar palestra sobre prevenção, promoção, e educação em saúde. Responsável será médico, enfermeira e dentista.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas 6.7 e 6.8.

Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações

Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal às pessoas com hipertensão.

Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal às pessoas com diabetes.

Detalhamento: Devemos guiar-nos pelos registros e arquivos específicos de diabéticos e hipertensos para monitorar e avaliar as consultas. Responsável será o médico e a enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações

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

Detalhamento: Realizar consultas de, no mínimo, 15 minutos por usuário para garantir uma adequada captação das informações pelos usuários. Responsável será médico, enfermeira e dentista.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações

Orientar as pessoas com hipertensão e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Orientar as pessoas com diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: As orientações serão dadas através de palestras, rodas de conversas, visitas domiciliares e consultas médicas. Responsável será a equipe toda.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Realizar palestra sobre higiene bucal e sua importância para ter uma ótima qualidade de vida. Responsável será dentista e técnica de odontologia.

2.3.2 Indicadores

Os indicadores desenvolvidos para a intervenção estão em comum acordo com a Planilha de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações (OMIA) e também com a planilha de coleta de dados que o nosso curso disponibilizou.

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

Meta 1.1. - Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

Numerador: Número 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 com 20 anos ou mais residente na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 80% dos Diabéticos da área de abrangência no programa de atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de Saúde.

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

Numerador: Número 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 com 20 anos ou mais residente na área de abrangência da unidade de saúde.

Relativos ao objetivo 2-Melhorar a qualidade de atenção a Hipertensos e /ou Diabéticos.

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade.

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

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

Numerador: Número total de hipertensos com 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: 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: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos de farmácia popular/Hiperdia.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos de farmácia popular /Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

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

Indicador: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos de farmácia popular /Hiperdia.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos de farmácia popular /Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

Indicador: proporção de Hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa

Numerador: número hipertenso faltoso 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: proporção de Diabético faltoso Às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: número diabético faltoso às consultas médicas com busca ativa.

Denominador; número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde, faltosos às consultas.

Relativos ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

Numerador: número de hipertensos 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: 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.

Relativos ao objetivo 5: mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

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

Indicador: proporção de hipertensos com esterificação 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: 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.

Relativo ao objetivo 6 – promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

Numerador: número de 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: 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 hipertensos.

Indicador: 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 de atividade física regular a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador: 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 hipertensos.

Indicador: 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 de tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

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

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene

Denominador: número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial vamos adotar o Manual Técnico de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, 2013 (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b). Utilizaremos as fichas de registro dos usuários hipertensos e diabéticos e a ficha-espelho disponíveis no município. Estimamos alcançar 80% dos usuários diabéticos e hipertensos. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das fichas-espelhos necessárias e para imprimir as fichas complementares que serão anexadas às fichas-espelhos. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizada pelo curso.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os usuários diabéticos e hipertensos que vieram a consulta nos últimos 6 meses. O profissional localizará os prontuários dos usuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha-espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos hipertensos e diabéticos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada 2 horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião da equipe. Cada

membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

A estruturação do acolhimento em nossa UBS é muito importante para alcançar os objetivos da intervenção. Assim, o acolhimento dos usuários diabéticos e hipertensos nesta UBS estará detalhado da seguinte forma: o acolhimento dos usuários que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem. Usuários com fatores de risco serão atendidas por consultas agendadas para ampliar a detecção de hipertensão e diabetes nas consultas, serão aproximadamente 23 atendimentos semanais para os usuários com hipertensão artérias e 6 atendimentos semanais para os usuários com diabetes. Usuários com problemas agudos serão atendidas no mesmo turno para agilizar o tratamento de intercorrências e aproveitar para fazer prevenção.

Os usuários que vierem à consulta não programada com sintomas de hipertensão arterial e diabetes mellitus serão examinados e sairão da UBS com indicação de exames complementares, e a próxima consulta agendada.

Para acolher a demanda de intercorrências agudas, não há necessidade de alterar a organização da agenda, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Para agendar os usuários provenientes da busca ativa serão reservados atendimentos todos os dias.

Para monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa vai se precisar dos ACS. Eles serão os responsáveis pelo cadastro nas comunidades e busca também dos usuários faltosos à consulta. É muito importante esclarecer à comunidade sobre a importância da realização de exames fundamentais para estas doenças, e priorizar com o gestor de saúde a agilização dos mesmos. Também orientar os usuários diabéticos sobre a importância de realizar em casa o teste de glicemia. Informar a comunidade sobre a importância de prevenção de complicações destas doenças crônicas, e do acompanhamento regular segundo o protocolo. Esclarecer a comunidade sobre atenção prioritária aos usuários com estas doenças. Tais orientações serão realizadas mediante palestras, rodas de conversas, visitas domiciliares e consultas médicas.

A vacinação dos usuários nas comunidades será feitas pela enfermeira e técnica de enfermagem. A técnica de enfermagem realizará controle de medicamentos na farmácia da UBS.

Faremos contato com a associação de moradores, com os estudantes das escolas de nossa área e com os representantes da comunidade, nas igrejas da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da prevenção destas doenças. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de usuários diabéticos e hipertensos, também falaremos com a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Semanalmente a enfermeira examinará as fichas-espelho dos usuários, identificando aqueles que estão com consultas e exames laboratoriais ou vacinas em atraso. Os ACS farão a busca ativa dos atrasos dos usuários com consultas agendadas e os que não têm feito exames em tempo. Ao final de cada semana, as informações coletadas na ficha-espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

Também para melhorar a aplicação de nossa intervenção nos reuniremos com os usuários atendidos, em nossa unidade, sentados em semicírculo para facilitar os depoimentos das pessoas participantes, no intuito de orientar e informar a respeito sobre estas doenças crônicas, divulgando e ensinando sobre os fatores de risco e como viver com diabetes e hipertensão, serão auxiliados por vídeos demonstrativos e folhetos com orientações e distribuição de panfletos.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A intervenção objetivou melhorar a atenção aos usuários Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS Alto do Meio, Campo Maior, Piauí, Brasil e aconteceu entre os meses de setembro e dezembro do ano de 2015, sendo realizado durante 12 semanas.

Desde o primeiro momento foi divulgada para nossa população a necessidade de realizar dita intervenção na comunidade diante as consultas na unidade de saúde como nas localidades distantes, palestras, rodas de conversas e reuniões com todos os usuários.

Nesse período foi realizado o cadastramento da população-alvo da intervenção, diante visitas domiciliares que foram realizadas aos usuários. Tivemos muito sucesso, além das consultas agendadas. A equipe de saúde foi capacitada para melhorar a qualidade da atenção à saúde, por exemplo, o treinamento para o preenchimento correto de todos os registros necessários ao acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos, que foi feito na unidade de saúde, capacitação para a avaliação e tratamento bucal dos usuários com hiperdia em conjunto com nossa dentista e práticas de alimentação saudáveis promovidas pela nutricionista, metodologias de educação em saúde, promoção da atividade física regular, riscos de tabagismos. Porém, tivemos algumas dificuldades em algumas ações, tais como a busca ativa dos faltosos às consultas agendadas pelo fato de que alguns usuários negaram-se a assistir, referindo, muitas vezes, a falta de medicamentos do Hiperdia, e que não tinham tempo, e outros pelo fato de que moram muito distante e não têm como chegar até à unidade de saúde. Além disso, outros não assistiram porque acham que não precisam, mas pouco a pouco, com carinho, perseverança e amor da equipe toda, tudo foi sendo melhorado.

Os maiores problemas relatados pelos usuários foram as dificuldades que têm para marcar as consultas com especialistas, o agendamento para fazer os

exames laboratoriais que demora demais e muitas vezes não dá certo a marcação pelo fato que oferecem poucas vagas, e como os usuários do Alto do Meio moram muito distantes da cidade ao chegar já não têm vagas para eles, também relataram a falta de medicamentos para o tratamento da HAS e DM na unidade, onde recebem gratuitamente.

As atividades coletivas programadas (palestras, atividades em grupo, capacitação dos ACS) forem realizadas sem problemas conforme ao cronograma, não havendo nenhuma modificação, trazendo um intercâmbio favorável e muito rico em informações entre a equipe da UBS e a população. A intervenção não foi um trabalho para ser desenvolvido com facilidade, mas com o esforço do dia a dia de toda a equipe conseguimos atingir as metas propostas.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas foram desenvolvidas no transcurso da intervenção.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Alguns dados da planilha demoraram para serem preenchidos, mas com as orientações certas do curso e o apoio da orientadora tudo ficou melhor. No transcurso da intervenção encontramos uma boa quantidade de diabéticos e hipertensos que não estavam registrados no cadastro inicial, o que repercute na necessidade de aperfeiçoamento dos registros da ação programática em vias de implementação na UBS.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Além dos problemas identificados, a intervenção foi feita e com boa qualidade, comprovando-se que os usuários estão captando as informações sobre a importância de uma alimentação saudável, da prática de atividades físicas de forma regular, da importância de evitar hábitos tóxicos como o consumo de drogas, álcool e o tabagismo, importância de assistir à consulta com o odontólogo.

A incorporação das ações previstas no início da intervenção à rotina do serviço e a continuidade da ação programática como rotina, mesmo com a

finalização do curso, tem tido uma grande importância e um grande impacto na mudança dos estilos de vida dos usuários e das famílias da população da intervenção. Com as atividades desenvolvidas pela equipe, observamos que estes usuários aumentaram seus conhecimentos, ajudando na melhoria do estado de saúde de muitos, foram necessárias mudanças nos tratamentos e estilos de vida. Melhorou-se o cadastro de todos os usuários da população-alvo, a prática de atividades físicas e sua importância para a saúde, a importância de uma alimentação saudável, a importância de assistir às consultas estabelecidas, às consultas de odontologia, o que ajudará a manter um controle adequado das doenças e prevenir complicações. O trabalho feito durante esse período é o início de um trabalho que vai ser continuado na rotina diária da UBS, com ajuda da comunidade, da equipe e dos gestores.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção visou à melhoria da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos na UBS Alto do Meio, município de Campo Maior, estado do Piauí. A população estimada de hipertensos com 20 anos ou mais na área, segundo a planilha de coleta de dados, é de 329, desses, 205 eram acompanhados na unidade, representando 62,3% de cobertura. Já, em relação à população de usuários diabéticos, a estimativa é de 81, sendo que 57 eram acompanhados (70,4% de cobertura). A intervenção aconteceu entre os meses de setembro e dezembro do ano de 2015 (18/setembro até 10/dezembro). Atualmente na área adstrita da UBS existem 278 usuários com HAS e 76 usuários com DM. Graças à busca ativa feita pelos ACS e à equipe nas visitas domiciliares, aumentou-se a quantidade de diabéticos e hipertensos que tínhamos inicialmente cadastrados.

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

Metas 1.1 e 1.2 Ampliar a cobertura de atenção a 80% de hipertensos e 80% de diabéticos.

Indicadores 1.1 e 1.2 Cobertura do programa de atenção à HAS e ao DM na unidade de saúde.

Conforme mostra a Figura 1, cadastrou-se no mês 1 da intervenção 22,8% (75) dos hipertensos, no mês 2, 52,9% (174), e no mês 3, 84,5% (278). Podemos ver que os números foram aumentando de mês em mês e conseguimos atingir a meta estabelecida. Esse resultado foi devido ao trabalho feito pela equipe, na busca ativa e nas visitas domiciliares.

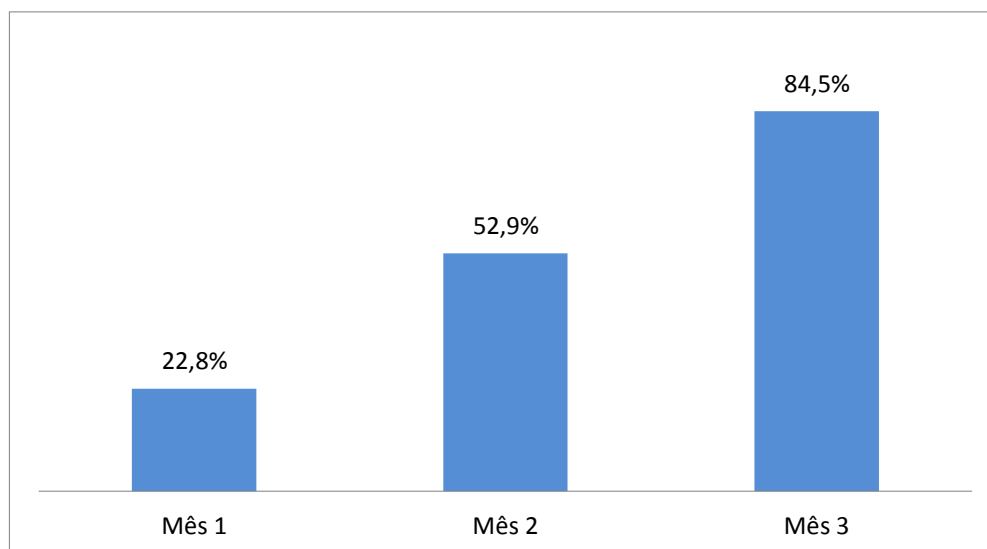


Figura 1- Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS de Alto do Meio.

Quanto ao indicador de cobertura do programa de atenção ao diabético, conforme mostra a Figura 2, no mês 1 cadastrou-se 21% (17) dos usuários, no mês 2, 59,3% (48), e no mês 3, 93,8% (76). Este resultado evidencia que cumprimos com a meta de aumentar a cobertura para 80%. Atingimos esse resultado devido ao trabalho feito em equipe, com a ajuda de todos, resultado muito favorável, tendo em vista que durante a busca ativa que fez a equipe percebemos que tínhamos uma quantidade de usuários que nem estavam registrados.

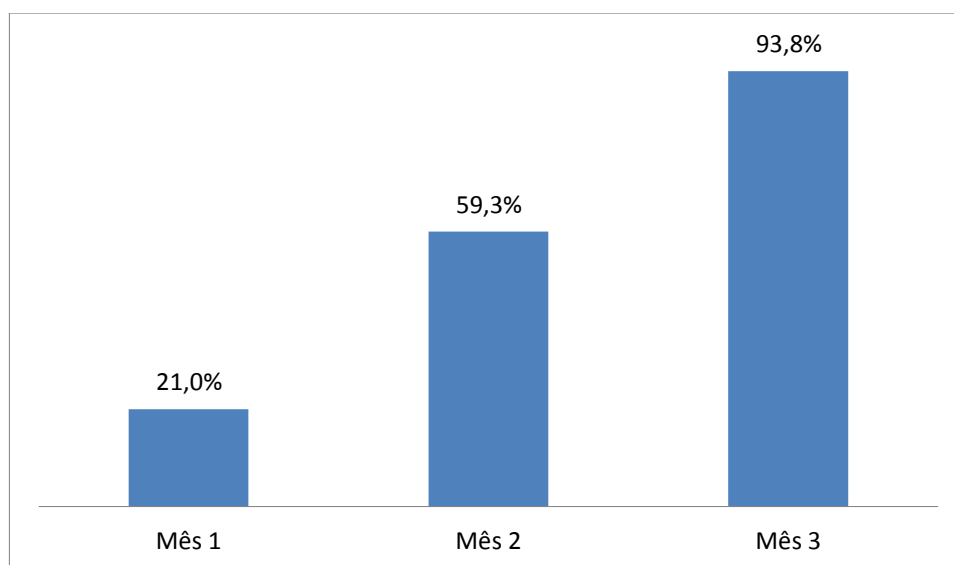


Figura 2- Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS de Alto do Meio.

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

Metas 2.1 e 2.2. Realizar 100% exame clínico apropriado a todos os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados.

Indicadores 2.1 e 2.2. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Esses indicadores são os primeiros referentes aos resultados de qualidade. Conforme ilustra a Figura 3, no mês 1 obteve-se 85,3% (64) dos hipertensos, no mês 2, 87,9% (153), e no mês 3, 89,6% (249), a meta não foi atingida pelo fato de que a marcação dos exames demoram muito, além de que quando chegam já não encontram vagas, e como os usuários moram muito distante da cidade não voltam para marcar.

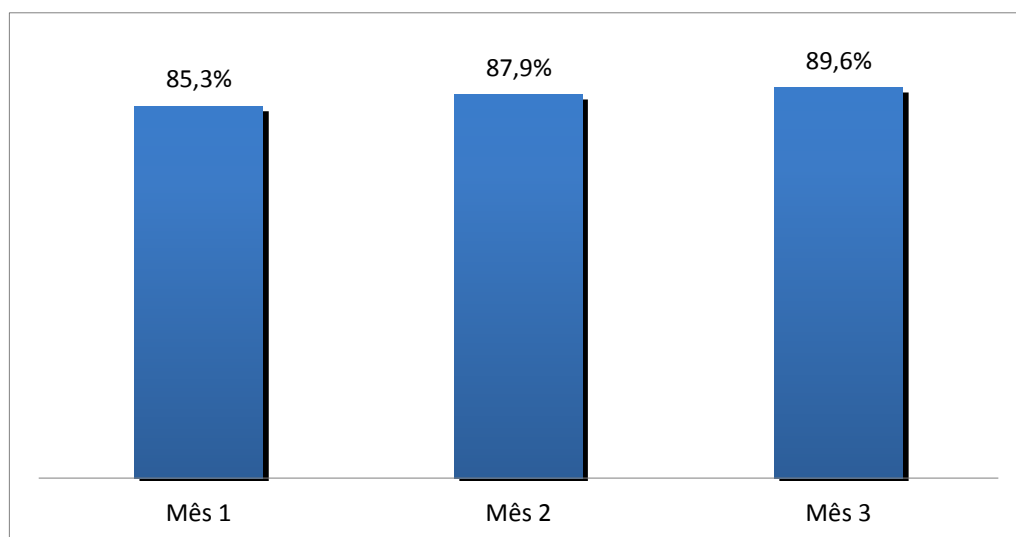


Figura 3 – Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Em relação ao indicador referente aos diabéticos, observou-se, de acordo com a Figura 4, que no mês 1, obteve-se 94,1% (16) usuários, no mês 2, 93,8%

(45), e no mês 3, 93,4% (71), com esta meta aconteceu a mesma coisa, ou seja, os usuários com diabetes quando chegam na secretaria para marcar, às vezes, não encontram vagas e como moram muito longe não voltam mais.

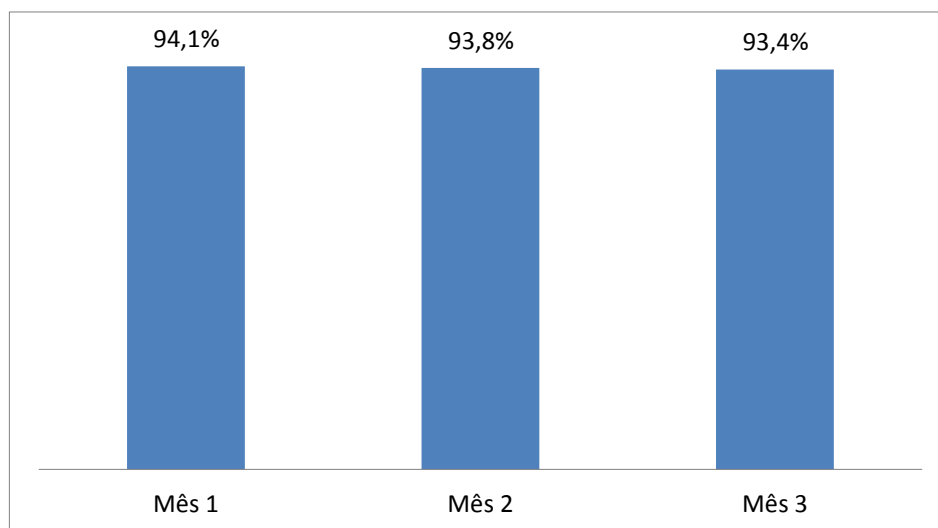


Figura 4 – Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

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

Meta 2.3: realizar 100% exame clínico apropriado aos usuários com diabetes.

Indicador 2.3: Proporção de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia.

Dentro do exame clínico dos usuários com diabetes foram avaliados os pés dos mesmos como futuro indicador de transtornos circulatórios. Obteve-se no mês 1 100% (17) dos usuários, no mês 2, 100% (48) e no mês 3 100% (76). No final da intervenção podemos perceber que este indicador tem um resultado favorável na detecção dos diferentes fatores de risco modificáveis e não modificáveis na população-alvo, atuando de forma rápida e eficiente nos mesmos, assim como nas possíveis complicações sobre órgãos-alvo, percebendo diferentes sinais e sintomas que orientem às diferentes anormalidades. O que melhora, assim, a qualidade de vida dos usuários.

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

Metas 2.4 e 2.5. Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicadores 2.4 e 2.5. Proporção de hipertensos e diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Em relação a esses indicadores, no primeiro mês obteve-se 85,3% (64) hipertensos, no mês 2, 87,9% (153), e no mês 3, 89,6% (249) (Figura 5). Podemos observar que, devido ao trabalho realizado em equipe, tivemos um aumento deste indicador, mas não se conseguiu atingir o 100% estabelecido como meta. Isso foi dificultado pelos usuários que não foram à consulta. Mesmo a meta não tendo sido atingida, achamos favoráveis os resultados obtidos, pois isto nos permitiu detectar fatores de risco e sinais de dano a órgãos-alvo em uma boa parte da população-alvo. O fato de não ter atingido o 100% como tinha sido proposto nos obriga a continuar com as atividades da intervenção de forma contínua.

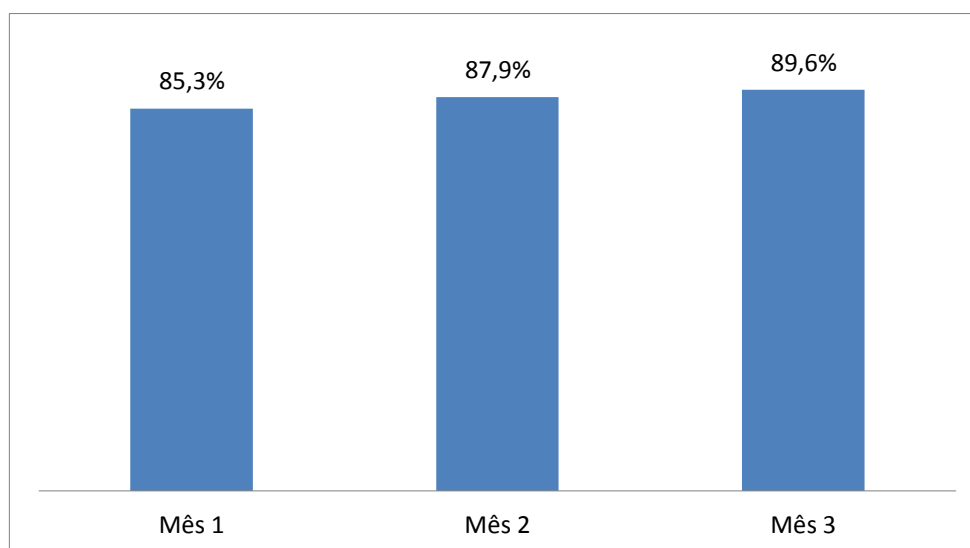


Figura 5 – Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Como mostra a Figura 6, os resultados referentes aos diabéticos mostraram que nos meses 1, 2, e 3, 88,2% (15), 91,7% (44), e 92,1% (70) dos usuários tiveram

exames complementares em dia. Não atingimos a meta estabelecida por algumas dificuldades, por exemplo, alguns usuários não foram à consulta e não fizeram os exames complementares devido à demora em marcar os exames. Por conta disso, continuamos com nosso trabalho.

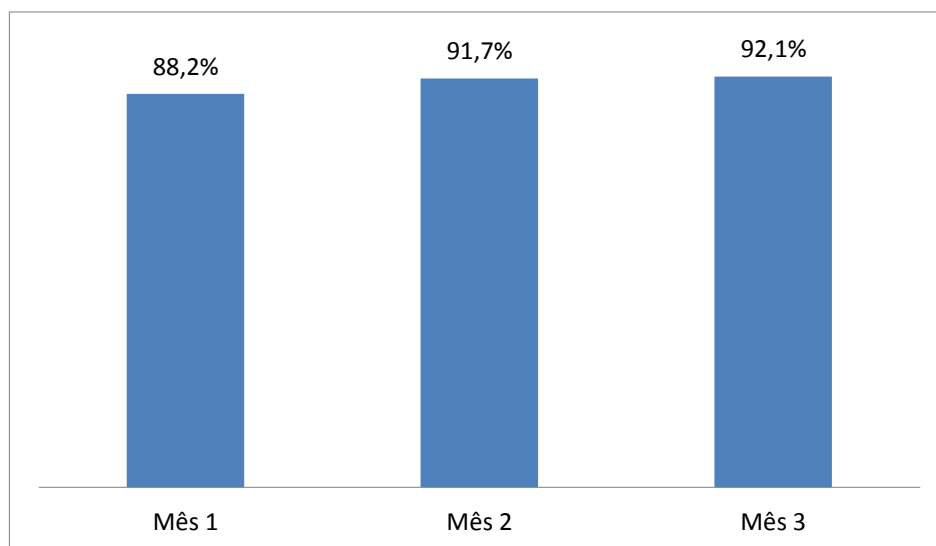


Figura 6 – Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo

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

Metas 2.6 e 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicadores 2.6 e 2.7. Proporção de hipertensos e/ou diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia autorizada.

Os resultados em relação aos indicadores anteriores dos usuários hipertensos e diabéticos a meta foi atingida 100% em todos os 3 meses. No 1 mês foram 75 hipertensos (100%), no 2 mês 174 (100%) e no 3 mês 278 (100%). No caso dos usuários com DM foram avaliados no 1 mês 17 (100%), no 2 mês 48 (100%) e no 3 mês 76 (100%). Para todos os usuários foi avaliada a possibilidade de prescrever os medicamentos da farmácia popular/Hiperdia autorizada.

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

Metas 2.8 e 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicadores 2.8 e 2.9. Proporção de hipertensos e/ou diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Conseguirmos atingir a meta estabelecida para esses indicadores, ou seja, 100% dos usuários, durante toda a intervenção, forem avaliados. No 1 mês foram 75 hipertensos (100%), no 2 mês 174 (100%) e no 3 mês 278 (100%). No caso dos usuários com DM foram avaliados no 1 mês 17 (100%), no 2 mês 48 (100%) e no 3 mês 76 (100%). A equipe conseguiu avaliar todos os usuários cadastrados e foram dados os encaminhamentos necessários para o dentista a todos os usuários que precisassem.

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

Metas 3.1 e 3.2. Buscar 100% dos hipertensos e dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicadores 3.1 e 3.2. Proporção de hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Os resultados para esses indicadores foram muito favoráveis, pois conseguimos atingir a meta de 100%. Em relação aos hipertensos, no mês 1 tivemos 11 faltosos com busca ativa (100%), no mês 2, 21 (100%) e no mês 3, 29 (100%). Quanto aos diabéticos, no mês 1 foram 2 faltosos com busca ativa (100%), no mês 2, 4 (100%) e no mês 3, 6 (100%). Para todos os usuários faltosos foi realizada a busca ativa, atingindo na meta de 100% graças ao trabalho feito em equipe desenvolvido nas visitas domiciliares e no agendamento das consultas.

Objetivo 4. Melhorar registros das informações.

Metas 4.1 e 4.2. Manter a ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicadores 4.1 e 4.2. Proporção de hipertensos e/ou diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Esses indicadores tiveram um acompanhamento regular, rumo à meta, onde se atingiu 100% da meta proposta na intervenção. Para os hipertensos, no mês 1 foram 75 (100%), no mês 2, 174 (100%) e no mês 3, 278 (100%). Quanto aos diabéticos, foram 17 no mês 1 (100%), 48 no mês 2 (100%) e 76 no mês 3 (100%). Foi atingida a meta de 100% pelo maravilhoso trabalho da equipe em conjunto e a capacitação dos ACS no preenchimento correto dos prontuários. Esses resultados permitem dar um atendimento adequado em tempo e forma segundo estabelecem os protocolos de atendimento.

Objetivo 5. Mapear os hipertensos e os diabéticos em risco para doença cardiovascular.

Metas 5.1 e 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicadores 5.1 e 5.2. Proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Conforme destaca a Figura 9, no mês 1, 85,3% (64) dos hipertensos realizaram estratificação do risco, no mês 2 foram 87,9% (153), e no mês 3, 89,6% (249). Na Figura 10, observa-se a evolução do indicador referente aos diabéticos. No mês 1, foram 88,2% (15), no mês 2, 91,7% (44), e no mês 3 92,1% (70). Não atingimos a meta, porque para fazer uma correta estratificação de risco é necessário que o usuário tenha feito os exames complementares de acordo com o protocolo, que alguns não fizeram pelas razões citadas acima no indicador proporção de hipertensos e diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, mas o resultado foi positivo e terá continuidade no trabalho do dia a dia nas atividades de atendimentos, na incorporação da intervenção como rotina do trabalho na UBS.

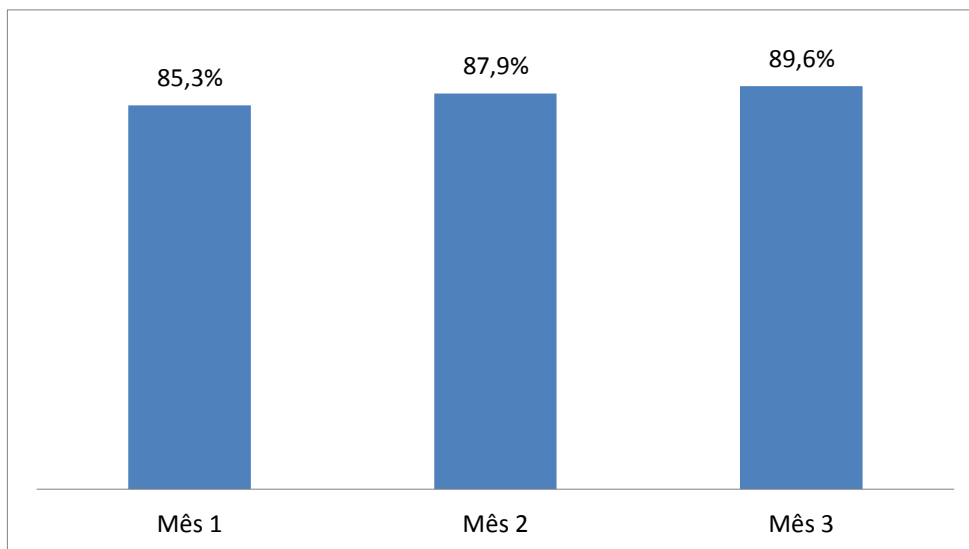


Figura 7 – Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

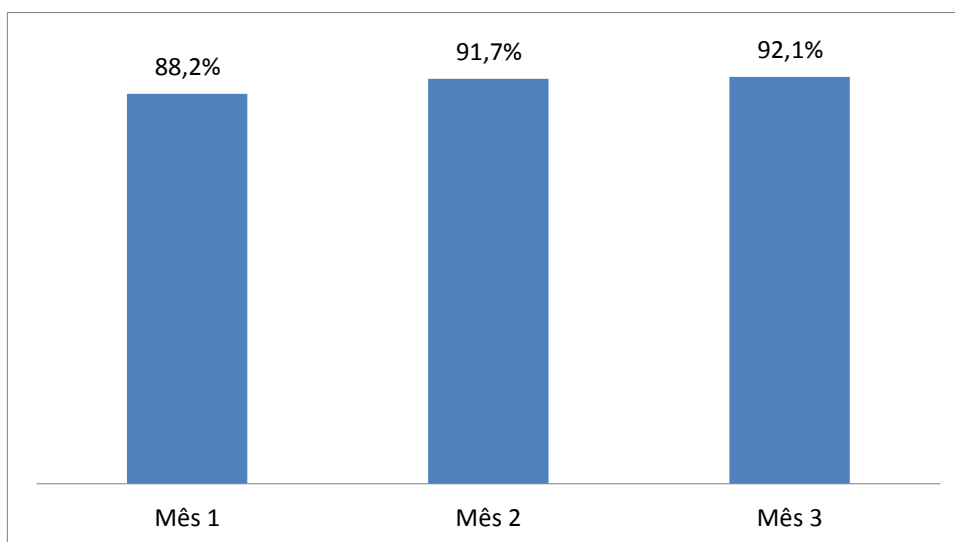


Figura 8 – Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas 6.1 e 6.2. Garantir orientação nutricional, sobre alimentação saudável o 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicadores 6.1 e 6.2. Proporção de hipertensos e/ou diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

As ações de promoção em saúde foram feitas à população-alvo da intervenção e contemplaram orientações nutricionais sobre alimentação saudável, atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal.

Na ação de orientação nutricional sobre alimentação saudável avaliou-se o indicador proporção de hipertensos e/ou diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. Obteve-se nos 3 meses 100%. No mês 1 foram 75 (100%), no mês 2, 174 (100%) e no mês 3, 278 (100%) hipertensos. Quanto aos diabéticos, foram 17 no mês 1 (100%), 48 no mês 2 (100%) e 76 no mês 3 (100%).

Esta meta foi desenvolvida de forma muito favorável, a equipe aproveitou todos os cenários onde tivemos contato com os usuários nas atividades individuais e coletivas para dar as orientações da nutrição saudável e sua importância, comprovando-se que as informações foram bem aceitas pelos usuários pondo em prática na vida cotidiana diante do trabalho em grupo.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas 6.3 e 6.4: Garantir orientação sobre prática regular de atividade física o 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicadores 6.3 e 6.4. Proporção de hipertensos e/ou diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Em relação a esses indicadores, no mês 1 foram 75 (100%), no mês 2, 174 (100%) e no mês 3, 278 (100%) hipertensos. Quanto aos diabéticos, foram 17 no mês 1 (100%), 48 no mês 2 (100%) e 76 no mês 3 (100%). O aproveitamento de cada momento em que foram desenvolvidas as atividades da intervenção e com o protagonismo de toda a equipe ajudou a cumprir esta meta em todos os meses da intervenção.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas 6.5 e 6.6. : Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo o 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicadores 6.5 e 6.6. Proporção de hipertensos e/ou diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Em relação a esses indicadores, no mês 1 foram 75 (100%), no mês 2, 174 (100%) e no mês 3, 278 (100%) hipertensos. Quanto aos diabéticos, foram 17 no mês 1 (100%), 48 no mês 2 (100%) e 76 no mês 3 (100%). Foi uma meta que teve uma atuação favorável e que foi cumprida com um trabalho da equipe e dos usuários.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas 6.7 e 6.8. : Garantir orientação sobre higiene bucal o 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Indicadores 6.7 e 6.8. Proporção de hipertensos e/ou diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Em relação a esses indicadores, no mês 1 foram 75 (100%), no mês 2, 174 (100%) e no mês 3, 278 (100%) hipertensos. Quanto aos diabéticos, foram 17 no mês 1 (100%), 48 no mês 2 (100%) e 76 no mês 3 (100%). Foram orientados todos os usuários participantes da intervenção, com resultados favoráveis devido à participação e dedicação da equipe e dos usuários.

4.2 Discussão

A intervenção propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos e para a classificação de risco de ambos os grupos. Também, houve o processo de promoção em saúde por meio das informações referentes à importância de uma alimentação saudável, da prática de atividades físicas, sobre o dano dos hábitos tóxicos inadequados como a fuma, o consumo de álcool, de drogas. A intervenção ajudou para que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da HAS e DM. Foi feito um trabalho integrado pelos trabalhadores da UBS. Isto acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço, tais como uma melhor organização nos

atendimentos, nos agendamentos das consultas, nos atendimentos da demanda espontânea, nas visitas domiciliares.

A intervenção reviu as atribuições da equipe, viabilizando a atenção a um maior número de pessoas com participação ativa dos ACS nas atividades educativas das micro áreas que eles atendem e pelas quais são responsáveis.

Foram melhorados os registros e os agendamentos dos Hipertensos e Diabéticos. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos. O impacto da intervenção foi bem percebido pela comunidade e com boa aceitação pelo fato de que muitas mudanças aconteceram graças às atividades individuais e coletivas que foram desenvolvidas na comunidade com a população-alvo da intervenção e também com a participação da família e alguns líderes da comunidade. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento e, com o planejamento adequado dos agendamentos das consultas, evitamos a insatisfação da outra parte da comunidade que não formava parte da intervenção.

Apesar da ampliação da cobertura do programa, ainda temos muito trabalho por fazer com os usuários hipertensos e diabéticos, por isso, é necessário continuar com as atividades que já têm sido implementadas com a população-alvo da intervenção.

Agora que estamos no fim do curso a equipe está mais integrada do que no começo, porém, como vamos incorporar a intervenção à rotina do serviço, temos que continuar melhorando nosso trabalho. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco. Vamos adequar a ficha dos hipertensos e diabéticos para poder coletar e monitorar todos os indicadores que tínhamos previsto no projeto. Pretendemos continuar ampliando a cobertura dos hipertensos e diabéticos, e assim melhorar a qualidade de atenção em todos os sentidos, tudo isso com o trabalho em equipe.

Se a intervenção começasse hoje, desde o primeiro momento teríamos procurado com os gestores as alternativas para facilitar a marcação de exames e interconsultas com especialistas que ajudaram a melhorar a atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes e assim proporcionar uma melhor qualidade de vida a eles.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado Gestor,

Sou Yaima Garcia Consuegra, médica da UBS Alto do Meio. Ao iniciarmos a especialização em Saúde da Família da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e da Universidade Federal de Pelotas, foi escolhido implementar um projeto de intervenção para melhorar a atenção aos Usuários com hipertensão e/ou diabetes na ESF de Alto do Meio, Campo Maior, Piauí. A intervenção teve início no mês de setembro e foi concluída no mês de dezembro 2015.

Todo o trabalho foi realizado em conjunto com a equipe, primeiramente foram realizadas as capacitações dos profissionais para a participação no projeto. Todas as atividades propostas foram realizadas segundo o planejado no cronograma, monitoramos os usuários com hipertensão e/ou diabetes por meio do Programa de atenção a usuários com hipertensão e/ou diabetes da unidade de saúde.

Durante a intervenção, foram cadastrados 278 usuários com hipertensão e 76 usuários com diabetes em nossa área de abrangência. Dos usuários atendidos, 249 hipertensos e 71 diabéticos estão com exames clínicos e laboratoriais em dia. Dos 278 usuários com hipertensão arterial e 76 com diabetes mellitus que precisavam tomar medicamentos, 260 e 63 usuários receberam os mesmos da farmácia popular, respectivamente. Além disso, foram avaliados pela odontologia o total dos usuários (278 hipertensos e 76 diabéticos). Faltaram às consultas 29 usuários com hipertensão arterial e 6 com diabetes e em todos os casos foi realizada busca ativa. Foi realizado o registro adequado na ficha de acompanhamento de todos os usuários avaliados, totalizando 278 hipertensos e 76 diabéticos, e foi realizada a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico a 249 usuários com hipertensão arterial e a 70 com diabetes mellitus; além disso, foi realizado o exame dos pés aos 76 usuários com diabetes. Quanto às orientações realizadas, todos os usuários com hipertensão (278) e diabetes (76) receberam orientação nutricional,

sobre a importância da prática de exercícios físicos, sobre os riscos do tabagismo e sobre a importância da higiene bucal.

Nossa equipe conseguiu realizar todas as ações propostas no cronograma com a qualidade que a mesma requer, nosso trabalho em conjunto foi capaz de alcançar o atendimento a maioria de nossa população-alvo.

Conseguimos a captação de muitos usuários com hipertensão e diabetes que ainda não estavam cadastrados em nossa área, além de podermos fazer a atualização dos registros e cadernetas dos usuários, e preenchimento das fichas espelho. Todos os cadastrados foram avaliados, para alguns foi necessário trocar os medicamentos, muitos outros tivemos que aumentar as doses dos medicamentos. Com as atividades desenvolvidas pela equipe, observamos que aumentou o conhecimento destes usuários, ajudando na melhoria no seu estado de saúde.

Nossa equipe, depois de concluir a intervenção, traçou algumas ações que irão continuar a todos os usuários, como uma avaliação integral de quatro em quatro meses; a busca ativa na comunidade foi de muita ajuda na intervenção então iremos continuar desenvolvendo-a, para assim ter os usuários com o cadastro em dia; além disso, planejamos as consultas odontológicas para que os usuários com hipertensão e diabetes que precisarem uma avaliação pela dentista recebam atendimento odontológico adequado. Uma das dificuldades encontradas foi a realização dos exames complementares, assunto o qual foi discutido com os gestores da secretaria de saúde do município para dar prioridade aos usuários com doenças crônicas para assim poder ter um melhor acompanhamento de nossos usuários. Contamos com a colaboração de vocês.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezados usuários,

Sou Yaima Garcia Consuegra, médica da UBS Alto do Meio. O projeto de intervenção foi realizado na ESF de Alto do Meio, no município de Campo Maior, no estado do Piauí, o mesmo iniciou no mês de setembro e foi concluído no mês dezembro de 2015. O principal objetivo deste projeto foi melhorar a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM) em nossa área de abrangência. Para poder cumprir com nosso objetivo, a equipe fez um trabalho integrado.

Todas as atividades propostas foram realizadas segundo o planejado no cronograma, monitoramos os usuários com hipertensão e/ou diabetes por meio do Programa de atenção a usuários com hipertensão e/ou diabetes da unidade de saúde. As visitas domiciliares foram feitas no tempo estabelecido, as mesmas foram de muita ajuda para nossa intervenção, pois muitas pessoas com hipertensão e/ou diabetes são acamados.

Durante a intervenção cadastramos muitos usuários nas farmácias populares para que recebessem seus medicamentos de graça, muitos dos usuários não sabiam que podiam pegar os medicamentos na farmácia popular do município.

Todas nossas atividades coletivas tiveram um bom desempenho e conseguimos alcançar a participação de muitos de nossos usuários.

Nesta intervenção também encontramos algumas dificuldades, como a falta de medicamento na unidade de saúde para o tratamento da HAS e DM, a demora na marcação dos exames laboratoriais e também para as consultas com os especialistas.

As atividades coletivas sempre foram feitas no período estabelecido, às vezes não tínhamos boa participação dos usuários, mas foram feitas com a qualidade que requerem, em todas elas os usuários com hipertensão e/ou diabetes foram

orientados sobre uma alimentação saudável, a importância de atividade física e como evitar hábitos tóxicos.

A coleta de dados feita durante os três meses de intervenção foi muito importante para a consolidação da informação final da intervenção, alcançamos a maior veracidade dos dados informados, muitos deles encontravam-se desatualizados ou, às vezes, não coincidiam com os que estavam nos registros.

Durante a intervenção, foram cadastrados 278 usuários com hipertensão (84,5%) e 76 usuários com diabetes (93,8%) em nossa área de abrangência. Dos usuários atendidos, 249 hipertensos e 71 diabéticos estão com exames clínicos e laboratoriais em dia. Dos 278 usuários com hipertensão arterial e 76 com diabetes mellitus que precisavam tomar medicamentos, 260 e 63 usuários receberam os mesmos da farmácia popular, respectivamente. Foram avaliados pela odontologia o total dos usuários (278 hipertensos e 76 diabéticos). Além disso, faltaram às consultas 29 usuários com hipertensão arterial e 6 com diabetes e em todos os casos foi realizada busca ativa. Foi realizado o registro adequado na ficha de acompanhamento de todos os usuários avaliados para um total de 278 hipertensos e 76 diabéticos, e foi realizada a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico a 249 usuários com hipertensão arterial e 70 com diabetes mellitus, além de realizar o exame dos pés aos 76 usuários com diabetes. Quanto às orientações realizadas, todos os usuários com hipertensão (278) e diabetes (76) receberam orientação nutricional, sobre a importância da prática de exercícios físicos, sobre os riscos do tabagismo e sobre a importância da higiene bucal.

Nossa equipe, depois de concluir a intervenção, traçou algumas ações que serão continuadas a todos os usuários, com uma avaliação integral de quatro em quatro meses, a busca ativa na comunidade foi de muita ajuda na intervenção, por isso temos que continuar desenvolvendo-a, para assim ter os usuários com o cadastro em dia, também planejamos as consultas odontológicas para que os usuários com hipertensão e diabetes que precisarem uma avaliação pela dentista recebam atendimento odontológico adequado. Uma das dificuldades encontradas também foi a realização dos exames complementares o qual foi discutido com os gestores da secretaria de saúde do município para dar prioridade aos usuários com doenças crônicas para assim poder ter um melhor acompanhamento de nossos usuários com doenças crônicas.

Apesar de não ter 100% de cumprimento de nossas metas traçadas durante a intervenção para todos os indicadores, buscamos melhorar o atendimento e acompanhamento integral dos usuários com hipertensão e/ou diabetes assim como ter em dia os registros desses usuários. Continuamos contando com a participação e colaboração de toda a comunidade para ampliarmos ainda mais nosso trabalho com essa população-alvo.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Durante o tempo do curso, tive algumas dificuldades no início com o idioma, foi um pouco complicado o desenvolvimento das tarefas. Com o trabalho feito, a ajuda da orientadora e com a preparação individual, foram diminuindo minhas dificuldades. Algumas tarefas foram mais difíceis que outras, mas sempre recebi os conselhos da orientadora que me ajudou a desenvolver as tarefas com uma melhor qualidade.

A intervenção tem sido muito importante para o desenvolvimento da prática profissional, conhecemos muitos elementos referentes à atenção básica, ao trabalho na comunidade, ao desenvolvimento de atividades nas diferentes faixas etárias que formam parte dos diferentes programas estudados. Permitiu conhecer as especificidades do SUS, suas diretrizes, políticas, princípios, e aplicar assim seus conteúdos em nosso trabalho cotidiano. Ajudou na compreensão da realidade do comportamento dos diferentes indicadores de saúde no Brasil, e no município, a forma de trabalho na comunidade com a finalidade de ajudar a modificar favoravelmente os resultados existentes inadequados e manter uma saúde de qualidade nos usuários.

O curso permitiu a realização de atividades onde todos os profissionais da equipe tiveram participação ativa ajudando com o resultado alcançado, melhorando o atendimento aos usuários em estudo, aumentando a cobertura, a acessibilidade, à qualidade dos atendimentos aos usuários da área de abrangência. Foi de muita importância as diferentes atividades que foram implementadas ao longo da intervenção, de acordo com o cronograma, a participação ativa dos usuários e familiares, o aproveitamento diário de cada uma das atividades planejadas. A equipe ficou mais perto dos problemas da comunidade, orientando e modificando todos aqueles que podiam ser mudado.

O curso foi uma das partes importantes de meu trabalho no Brasil, aumentou meus conhecimentos sobre o trabalho na comunidade, me ajudou a ser uma pessoa melhor e um ser humano melhor, ajudou a modificar conhecimentos inadequados na população da área de abrangência, sendo de muita importância as atividades de educação, promoção, prevenção e reabilitação, para melhorar a qualidade de vida da população.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 159 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. **Atribuições aos profissionais**.

IBGE. Censo demográfico. 2015. Disponível em <https://www.cidades.ibge.gov.br>.

Apêndices

Apêndice A – Registros de imagens da intervenção





Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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