

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 08**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria na Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial e/ou
Diabetes Mellitus na UBS Drº Marco Domenico Finocchio, Gaurama/RS**

Denny Silva Céspedes

Pelotas, 2015

Denny Silva Céspedes

**Melhoria na Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial e/ou
Diabetes Mellitus na UBS Drº Marco Domenico Finocchio, Gaurama/RS**

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

Orientadora: Luzane Santana da Rocha

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

C958m Cspedes, Denny Silva

Melhoria na Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na UBS Drº Marco Domenico Finocchio, Gaurama/RS / Denny Silva Cspedes; Luzane Santana da Rocha, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

71 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Rocha, Luzane Santana da, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a meu filho Ernesto que sempre se faz presente em minha vida, e me dá essa força que preciso para seguir adiante. A minha mãe por sua dedicação constante na minha formação e por seu apoio incondicional. Dedico, ainda, a todos/as educadores/as que, decerto, participam ou se preocupam com o nosso cenário educativo.

Agradecimentos

A minha família, em especial meu filho Ernesto e minha mãe, por ser fonte de inspiração para o enfrentamento as adversidades da vida e do trabalho em um país distante, e ainda por compreender minha ausência nos eventos importantes e estar me apoiando nessa caminhada.

Aos governos e Ministérios da Saúde de Cuba e Brasil por permitir-me a possibilidade de trabalhar e desenvolver esta estratégia educativa e ter vivenciado tão nobre e humilde tarefa de contribuir a melhorar a saúde do povo brasileiro, uma experiência maravilhosa e inesquecível.

A Equipe de Saúde da UBS Dr. Marcos Domenico Finocchio, município de Gaurama.

A minha orientadora Luzane Santana da Rocha, pela confiança e ajuda.

Agradeço também a todos os meus amigos e colegas de trabalho que de uma ou outra maneira ajudaram a realização deste trabalho.

Resumo

CÉSPEDES, Denny Silva. **Melhoria na Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na UBS Drº Marco Domenico Finocchio, Gaurama/RS. 64f.** Trabalho de conclusão de curso Programa de Pós-Graduação em Saúde de Família - Modalidade à Distância. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O trabalho de conclusão de curso trata-se de uma Intervenção realizada na Atenção Primária à Saúde na UBS Drº Marcos Domenico Finocchio, em Gaurama, RS, Brasil. A intervenção teve duração de doze semanas, e foi realizada entre os meses de abril/2015 a julho/2015. Teve como objetivo principal melhorar a atenção à saúde dos adultos com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou *Diabetes Mellitus*, tendo como orientações as proposições do Ministério da Saúde, apoiados nos protocolos sobre HAS e DM de 2013 e por meio do curso de especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS), dentro dos eixos temáticos de qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e avaliação e organização da gestão do serviço. Como resultados, alcançamos 80,9% (668 usuários) de cobertura no programa de hipertensão arterial e 52,9% (154 usuários) de cobertura no programa de atenção as pessoas com Diabetes Mellitus. Os usuários com hipertensão e diabetes foram cadastrados e monitorados, toda a equipe participou do registro, houve melhora no acolhimento dos usuários envolvidos na intervenção e garantia de todo material necessário para os procedimentos e cuidados relacionados à pressão arterial e realização do teste de glicemia capilar. Os usuários com hipertensão e diabetes e a comunidade, de forma geral, foram engajados para o conhecimento do programa de atenção à Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus. A equipe envolvida considera a intervenção um sucesso e todas as ações previstas e realizadas durante o período da intervenção já foram incorporadas à rotina do serviço.

Palavras-chave: saúde da família; atenção primária à saúde; doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão arterial.

Lista de Figuras

Figura 1	Centro da cidade de Gaurama.	12
Figura 2	Frente da Unidade Básica de Saúde	13
Figura 3	Atendimento a usuária com hipertensão.	37
Figura 4	Educação em saúde para as pessoas com hipertensão e/ou diabetes.	38
Figura 5	Educação em saúde nas comunidades do interior	39
Figura 6	Grupo de Educação em saúde	39
Figura 7	Ações de Promoção à Saúde	41
Figura 8	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso	43
Figura 9	Cobertura do programa de atenção ao diabético	44
Figura 10	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	45
Figura 11	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	45
Figura 12	Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo	46
Figura 13	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada	48
Figura 14	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada	48
Figura 15	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	49
Figura 16	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	49
Figura 17	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	51
Figura 18	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	51
Figura 19	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	53
Figura 20	Proporção de diabéticos com estratificação de risco	53

	cardiovascular por exame clínico em dia	
--	---	--

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
EAD	Educação à 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
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	16
2 Análise Estratégica.....	17
2.1 Justificativa	Erro! Indicador não definido.
2.2 Objetivos e metas	18
2.2.1 Objetivo geral	18
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	19
2.3 Metodologia	20
2.3.1 Detalhamento das ações	21
2.3.2 Indicadores.....	27
2.3.3 Logística.....	Erro! Indicador não definido.
2.3.4 Cronograma	35
3 Relatório da Intervenção	36
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	36
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	40
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	40
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	41
4 Avaliação da intervenção	42
4.1 Resultados	42
4.2 Discussão	56
4.3 Relatório da intervenção para gestores	58
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade	60
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	62
Referências	64
Anexos	65

Apresentação

O presente volume trata-se de um trabalho de conclusão do curso de pós-graduação 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 a realização de uma intervenção voltada para a qualificação da atenção à saúde das pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes cadastrados na UBS Drº Marcos Domenico Finocchio no município de Gaurama/RS. O texto está organizado em momentos, dentro da sequência de trabalho proposta pelo Curso em Unidades de Aprendizagem: a análise situacional produzida na Unidade 1, na segunda parte é apresentada a análise estratégica, com o projeto de intervenção elaborado ao longo da Unidade 2. A terceira parte traz o relatório da intervenção realizada 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 gráficos correspondentes aos indicadores de saúde. Ao término, há os relatórios para gestores e comunidade e a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Como elementos referenciais no volume final, há as referências, 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

Eu presto meus serviços de atenção médica no município de Gaurama, na Unidade Básica de Saúde Drº Marco Domenico Finocchio.

A UBS conta com uma boa estrutura física e acolhimento adequado para oferecer uma atenção com qualidade aos usuários cadastrados na área de abrangência. A Unidade Básica de Saúde conta com dois consultórios médicos, com privacidade e conforto e as condições necessárias para a realização de uma boa consulta, um consultório odontológico com os recursos e materiais para a assistência, um consultório de Psicologia e um consultório de nutrição. Além disso também há uma sala de enfermagem, uma sala de observação, sala de curativos, sala de vacinas, a cozinha e a recepção onde os usuários são cadastrados e são Durante o desenvolvimento da intervenção não tivemos dificuldades na coleta e sistematização dos dados, tivemos que diariamente trabalhar neste sentido já que muitos dos usuários tiveram que voltar com resultados de exames e em muitos casos mudava a classificação de risco e por enquanto o período de acompanhamento de sua doença e atualização dos dados na ficha espelho e nas fichas de atendimento. Também tem uma sala de espera confortável para que os usuários aguardem pela consulta, e a farmácia.

Eu acho que a UBS possui uma adequada estrutura para oferecer atenção a população, mas considero que é preciso uma maior capacitação e preparo do pessoal, como as técnicas de enfermagem, e os agentes comunitários de saúde.

A Unidade Básica de Saúde conta com duas equipes de saúde cada uma composta por um médico de família, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, um odontólogo, um auxiliar de odontologia, e seis agentes de saúde.

Apesar de ter uma estrutura física adequada, a UBS ainda não tem um processo de trabalho focado nos conceitos e objetivos da Estratégia de Saúde da Família e na atenção primária, como por exemplo: descentralizar o atendimento e dar maior acesso a população aos serviços de saúde, desafogando assim o Hospital.

O nosso município conta com 6000 habitantes sendo que a maior parte reside em comunidades do interior, e muitas famílias tem dificuldades para chegar até a UBS. É por isso que ainda temos que melhorar o processo de trabalho para conseguir atingir a cobertura das comunidades com as equipes de saúde, assim como um planejamento adequado das visitas domiciliares, principalmente para as pessoas que precisam de atenção médica e que não têm condições de deslocamento até a UBS, como por exemplo, os usuários acamados, com incapacidade física e as pessoas idosas.

Também considero que o processo de trabalho deve ser relacionado ao conhecimento das condições de vida de cada família, assim como os problemas de saúde e os fatores de risco aos quais estão expostos, para fazer ações de promoção e prevenção em saúde com o fim de evitar o desenvolvimento de doenças crônicas e doenças transmissíveis.

O processo de trabalho ainda precisa de algumas mudanças no sentido de estimular o trabalho em equipe e fazer da atenção primária à saúde uma potente estratégia para garantir o bem-estar da comunidade.

Penso que esse processo beneficia muito mais a população, de forma geral que agora tem acesso aos serviços de saúde com uma qualidade melhor do que o antigo processo, onde nem toda a população tinha acesso à saúde, fortalecendo assim o SUS.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Gaurama é um município do interior do estado do Rio Grande do Sul, localizado no norte do estado, na Microrregião de Erechim e Mesorregião do Noroeste Rio-Grandense. Tem uma área total de 204,149 km quadrados, uma densidade de 28,71 hab./km, altitude de 767m e é conhecida como “Princesa do Alto Uruguai”. Está distante da capital do estado 381quilometros, e os municípios vizinhos são: Erechim, Áurea Viadutos e Três Arroios. A divisão interna do município se dá em zona Urbana e 12 micro áreas rurais. Sua economia baseia-se na

pecuária, agricultura, transporte rodoviário, floricultura e fruticultura. O município tem disponibilidade para garantir o sistema de saúde a toda a população com a Equipe de saúde da família, uma UBS tradicional, uma Unidade do pronto Atendimento (UPA) e um NASF (Núcleo de Apoio a saúde da família).



Figura 1: Centro da cidade de Gaurama.

Na cidade temos um Hospital que, apesar do ser privado, tem convênio com o SUS, e quando precisamos de algum encaminhamento esse é feito sem dificuldades. Em relação à disponibilidade de exames complementares o município conta com laboratórios que tem convênios com o SUS, existindo dificuldades nos estudos radiológicos contrastados que possuem uma longa lista de espera. O mesmo ocorre com a atenção especializada, às quais são feitas em Erechim, Passo Fundo e Porto Alegre que também gera uma longa lista de espera.

O município Gaurama possui uma população de 6.000 habitantes e conta com uma Unidade Básica de Saúde: Drº Marco Domenico Finocchio a qual é uma UBS com ESF. A população tem acesso aos serviços de saúde conforme os

princípios do SUS: equidade, integralidade e qualidade. A Unidade Básica de Saúde é urbana e tem vínculo com instituições de ensino, pôr exemplo a escola estadual, a Creche, e 7 escolas rurais. O modelo de atenção de nossa UBS é de ESF. A UBS conta com duas Equipes de Saúde da Família às quais são compostas por: um médico, um odontólogo, uma enfermeira, duas técnicas em enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde.



Figura 2: Frente da Unidade Básica de Saúde

A UBS Drº Marco Domenico Finocchio tem uma estrutura física adequada e com todas as condições para acolhimento e oferta de uma boa atenção aos usuários. Só que temos uma limitação como, por exemplo, não possuir espaços adaptados para as pessoas com deficiência ou incapacidade física. As possibilidades de enfrentamento a esta limitação é buscar alguma solução como, por exemplo, criar o espaço para pessoas com deficiência, adaptar banheiros, colocar barras de apoio etc. A farmácia tem acesso independente e possui uma área específica para o armazenamento dos medicamentos.

Os profissionais das equipes participam de forma ativa na territorialização já que cada equipe tem território adstrito assim como os atendimentos nos domicílios,

os procedimentos de urgência e emergência, a busca ativa de usuários faltosos. Apesar das dificuldades, são realizadas atividades de grupo, como por exemplo, grupo de gestantes. Os profissionais das equipes mantêm um vínculo propício com sua população, com boas relações afetivas e de confiança com os usuários, já que a atenção básica é a porta de entrada dos usuários aos serviços de saúde.

O número de habitantes da área adstrita do nosso município é de 6.000 habitantes. À nossa UBS conta com duas ESF, uma equipe tem uma área de abrangência de 2863 que é a equipe rosa e a nossa é a equipe azul com uma área de abrangência de 3137. O perfil demográfico (idade/sexo), a distribuição da população por sexo e faixa etária está de acordo com a estimativa com base na distribuição Brasileira, predominando o sexo feminino e a faixa etária de 15-59 anos, portanto é considerada uma população jovem. O tamanho das equipes de saúde é adequado ao tamanho da população de nossa área de abrangência.

O acolhimento às demandas espontâneas dos usuários por problemas de saúde agudos é realizado pelos profissionais correspondentes com identificação e classificação destas demandas que surgem espontaneamente para que nenhum usuário fique sem atenção médica e que são atendidos de acordo com a prioridade. Na UBS são realizadas ações de atenção à saúde da criança, como: teste do pezinho, controle das vacinas, aleitamento materno, consultas de puericultura, etc.

As ações de atenção à saúde das crianças estão estruturadas de forma programática, tem cobertura de 97% (70) menores de um ano, além de contar com um registro específico e realizar monitoramento regular destas ações. Os aspectos positivos são a forma de registro e o controle adequado da cobertura da atenção à saúde da criança. Mas ainda têm dificuldades já que precisamos fazer mudanças com vistas a melhorar a qualidade das consultas.

Em relação ao Pré-natal são realizadas ações às gestantes, como: registro e controle das gestantes, consultas, os grupos de gestantes (reuniões), mas ainda precisamos melhorar para reduzir ou eliminar as dificuldades relativas a cobertura da atenção à gestante. Que hoje é de 39% (35), para alcançar uma maior cobertura do pré-natal.

Temos que melhorar o processo de trabalho envolvendo todos os membros das equipes de saúde, por exemplo: realizando ações com objetivo de captação precoce das gestantes, palestras aos adolescentes e mulheres em idade fértil sobre

a importância do planejamento familiar e os riscos da gravidez na adolescência, orientando a importância de um seguimento adequado da gestação.

Por enquanto a Prevenção do câncer de colo de útero e controle de câncer de mama ainda deixa a desejar pois há necessidade de melhorar o registro e o controle das mulheres na faixa etária de 25-64 anos, apesar da cobertura de 88% (1451) mulheres. Precisamos continuar trabalhando para melhorar os indicadores de qualidade da Prevenção do câncer de colo de útero e de mama. No mês de outubro foi realizado o outubro Rosa onde realizamos palestras e atividades de educação em saúde em todas as comunidades de nossa área de abrangência com a participação ativa dos membros das equipes de saúde.

Em relação a atenção às pessoas com hipertensão e diabetes, a cobertura de acordo com o CAP é de 62% (826) para os com hipertensão e de 40% (152) para os com diabetes. São realizadas ações de saúde como, por exemplo: registro e controle dos usuários, atividades de educação em saúde. Ainda persistem dificuldades relativas a cobertura já que devemos continuar a busca ativa para aumentar a cobertura e o acompanhamento, além de que o processo de trabalho tem vários aspectos para melhorar os indicadores de qualidade da atenção aos com hipertensão e diabetes.

No que se refere a saúde dos idosos na minha UBS a forma de registro dos usuários com 60 anos ou mais é adequada e a cobertura é de 87% (716). Temos dificuldades relativas a cobertura já que devemos melhorar os indicadores de qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa já que é muito importante oferecer às pessoas idosas uma atenção adequada com vistas a preservar sua autonomia e sua qualidade de vida.

Em relação à Saúde bucal a capacidade instalada para a prática clínica é adequada já que o consultório odontológico conta com os recursos e o pessoal necessário para atender os diferentes grupos populacionais prioritários e a população em geral. A capacidade instalada para ações coletivas considero que também é adequada já que os odontólogos e a auxiliar de odontologia encontram-se integrados as equipes de saúde e fazem atividades de saúde coletiva nas comunidades.

A forma de registro permitiu o preenchimento desta parte do Caderno de Ações Programáticas de forma adequada. Olhando o Caderno de Ações Programáticas eu faço uma avaliação da média de procedimentos clínicos por

habitantes por mês em relação ao preconizado pelo ministério de saúde e a capacidade instalada já que a média de procedimentos clínicos está entre um 0,4-1,6%.

Segundo o Caderno de Ações Programáticas a atenção à primeira consulta odontológica programática em grupos prioritários está muito baixa e o desenvolvimento de ações coletivas em grupos populacionais prioritários na minha UBS esta regular já que ainda necessita melhorar os planejamentos das visitas domiciliares e as ações de saúde bucal nas comunidades.

A razão de primeiras consultas programáticas esta da seguinte forma: no grupo populacional Pré-escolar (0-4 anos) a razão é de 24%. Nos escolares de 5-14 anos é de 70%. Nos outros grupos, exceto as gestantes, (15-59 anos) é de 0%. Nos idosos é de 14%, e no grupo de gestantes de 19%.

Considero que na minha UBS a atenção à saúde bucal pode ser melhorada fazendo um adequado planejamento das visitas domiciliares assim como ampliando o número de atividades coletivas e ações de educação em saúde para que a população saiba a importância da atenção à saúde bucal.

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

Fazendo um comparativo entre a situação da ESF/APS no meu serviço e o Relatório de análise situacional, considero que foram avaliados todos os aspectos da ESF, assim como uma caracterização adequada, já que desde o início realizamos referência sobre a estrutura da UBS, o processo de trabalho, e a relação com a comunidade.

Ao longo desta unidade foi feito uma análise de tudo o que se refere aos dados da UBS, número de habitantes, o modelo de atenção (ESF), número de equipes de saúde, e sua integração, o vínculo com o SUS, a estrutura física da UBS, as atribuições dos profissionais, o perfil demográfico, a atenção à demanda espontânea, as ações de atenção ao Pré-natal, atenção à saúde da criança, a prevenção do câncer de colo de útero e de mama, a atenção ao hipertenso e diabético e a atenção à pessoa idosa.

Analizamos o comportamento do processo de trabalho da ESF/APS, e as possíveis soluções para melhorar a atenção oferecida à população e realizar ações para melhorar a qualidade da assistência à saúde do nosso município.

2 Análise Estratégica

2.1. Justificativa

A ação programática escolhida é Hipertensão arterial e Diabetes e será realizada na UBS Drº Marco Domenico Finocchio. Considero essa ação muito importante em qualquer contexto da atenção primária à saúde já que são doenças crônicas muito frequentes no dia a dia e são doenças que requerem atenção e acompanhamento adequados. A prevalência de HAS e DM hoje em dia têm níveis altos, por isso na Atenção Primária à Saúde é muito importante fazer este tipo de intervenção já que com nosso trabalho pode-se realizar ações de promoção em saúde para conseguir mudanças no estilo de vida, hábitos alimentares, bem como nas ações de prevenção destas doenças em usuários com fatores de risco como: obesidade; sedentarismo; tabagismo; situações de estresse e manutenção de hipercolesterolemia entre outras. Uma vez que controlamos esses fatores de risco estamos fazendo também prevenção, considero que, com essa intervenção, serão realizadas ações que vão contribuir com a melhoria da qualidade da atenção aos usuários com hipertensão, consolidando ainda mais a Atenção Primária à Saúde como porta de entrada do SUS.

Minha Unidade Básica de Saúde (UBS) tem uma estrutura bastante adequada; ela conta com 3 consultórios médicos; um consultório odontológico; um consultório de nutrição e de psicologia; também têm uma sala de enfermagem; sala de vacinas; curativos e nebulização; sala de esterilização; farmácia; cozinha; recepção; sala de espera; banheiros para os funcionários e banheiros para os usuários. Cada equipe de saúde está constituída por: um médico em saúde da família; um odontólogo, uma enfermeira; 2 técnicas de enfermagem; 6 agentes comunitários de saúde e uma auxiliar de odontologia. A população da área adstrita

da nossa UBS é de 6000 habitantes, sendo 2863 pessoas em uma equipe e 3137 pessoas na segunda equipe de saúde.

Segundo dados do Caderno de Ação Programáticas, a cobertura da população alvo atendida da minha ação programática, atualmente, é de 62% (826) para Hipertensão arterial e de 40% (152) para Diabetes Mellitus. A adesão da população alvo, atualmente atendida, ainda fica baixa e é por isso que teremos que continuar melhorando a adesão dos com hipertensão e diabetes às consultas segundo a periodicidade. A qualidade de atenção desta população é boa, mas ainda temos que continuar o trabalho para melhorar ainda mais.

As ações de promoção em saúde já desenvolvidas são: visitas domiciliares às famílias onde há usuários com hipertensão e diabetes, cadastramento, orientação sobre a importância do acompanhamento adequado de sua doença, educação em saúde sobre a importância de uma alimentação saudável e sobre a prática de atividade física. Também fornecemos orientações aos usuários sobre a importância de manter os exames complementares em dia além de outras medidas educativas que são muito importantes para melhorar a qualidade de vida. É por isso que continuamos com a organização da Equipe de saúde, para que cada profissional seja capacitado para realizar um bom trabalho e alcançar todos os objetivos e metas propostos. Os agentes comunitários de saúde serão capacitados em primeiro lugar já que são eles que realizam as visitas domiciliares aos que ainda não fazem acompanhamento na UBS.

Precisamos engajar toda a equipe no processo de trabalho, para que os mesmos estejam cientes da importância de trabalhar em parceria. Considero que a intervenção nessa ação programática pode melhorar muitos aspectos na atenção à saúde da população alvo, já que realizando a intervenção com as estratégias, os objetivos e metas propostos conseguiremos que as pessoas com hipertensão e diabetes tenham um acompanhamento adequado tanto nas consultas como nas visitas e assim melhora no estilo de vida e manutenção de uma qualidade de vida ótima, além de evitar as complicações destas doenças.

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão arterial e/ou Diabetes Mellitus na UBS Drº Marco Domenico Finocchio, no município de Gaurama/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações:

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos:

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de **16** semanas na Unidade de Saúde da Família Drº Marco Domenico Finocchio no Município de Gaurama/RS. Participarão da intervenção as pessoas com hipertensão e diabetes da área de abrangência da Unidade de Saúde.

Será utilizado como Protocolo os Cadernos da Atenção Básica do Ministério da Saúde nº37: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica e o Caderno da Atenção Básica nº36: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus ambos de 2013.

Utilizaremos como critério de seleção todos os usuários com hipertensão e diabetes pertencentes à área adstrita da UBS, realizaremos reuniões com o grupo de trabalho da equipe, fomentando a apropriação do conhecimento sobre as metas. Também planejaremos as ações com distribuição das atribuições dos diversos profissionais, enfim, a intervenção envolverá toda a equipe de saúde.

Os atendimentos clínicos e as visitas domiciliares serão realizados e registrados por meio das fichas-espelho individuais de forma a serem anexadas aos respectivos prontuários na UBS.

Conforme o decorrer dos atendimentos, as informações obtidas serão registradas na planilha de coleta de dados do curso, em formato *Microsoft Excel*, pois a planilha permite a organização do registro mensalmente, com fomentação dos dados semanalmente, permitindo uma efetiva análise e monitoramento da intervenção e da ação programática como um todo.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

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

Ações:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de pessoas com hipertensão e diabetes cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. A médica será responsável pelo monitoramento da ação, sendo que a avaliação será desenvolvida por toda a equipe da Unidade Básica de Saúde Drº Marco Domenico Finocchio.

Organização e gestão do serviço: Garantir o registro dos cadastrados no Programa, a equipe toda participará do registro. Melhorar o acolhimento para os

usuários portadores de HAS e DIA, já que o acolhimento atual é bem desenvolvido. 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.

Engajamento público: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. A educação continuada deverá ser realizada a cada consulta e em grupos.

Qualificação da prática clínica: Capacitar os ACS para o cadastramento das pessoas com hipertensão e diabetes de toda área de abrangência da unidade de saúde, a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular, para 100% dos cadastrados na unidade de saúde, realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ações:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado. A médica será responsável pelo monitoramento da ação. Também, monitorar o número de pessoas com diabetes e hipertensão com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na Unidade de Saúde. A médica será responsável pelo monitoramento da ação, sendo que a avaliação será feita por toda a equipe. Pretende-se monitorar o número de pessoas com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada. A médica será responsável pelo monitoramento da ação. Monitorar o acesso aos medicamentos da farmácia popular/Hiperdia. Na intervenção, a farmacêutica será responsável pelo monitoramento da ação, podendo capacitar toda a equipe para apreender este processo conforme formas adiantando a intervenção no Serviço.

Organização e gestão do serviço: Definir as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico. Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais da equipe toda a fim de participar de capacitação específica. Garantir a solicitação dos exames complementares. Garantir com o gestor municipal a cota mínima para a realização dos exames complementares definidos no protocolo

Engajamento público: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão, diabetes. Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares. Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Orientar os usuários do serviço e a comunidade quanto ao direito ao acesso aos medicamentos da farmácia popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado. Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Realização do profissional no tratamento de hipertensão e diabetes. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos de Farmácia popular/Hiperdia.

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.

Ações:

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

Organização e gestão do serviço: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos. Organizar a agenda para acolher os provenientes das buscas domiciliares, conforme prioridade e organização da equipe para contribuir com a demanda que surgirá.

Engajamento público: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e de diabetes (se houver número excessivo de faltosos). Esclarecer aos portadores de Hipertensão e Diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Qualificação da prática clínica: Capacitar os ACS para a orientação dos usuários quanto a realização das consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

Ações:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a qualidade dos registros das pessoas com hipertensão e diabetes acompanhadas na unidade de saúde. A médica ficará

responsável inicialmente para esta avaliação, envolvendo também os outros integrantes da Equipe.

Organização e gestão do serviço: Manter as informações do SIAB 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 realização de estratificação de risco, a avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

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

Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento. Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

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

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

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

Ações:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de usuários com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Organização e gestão do serviço: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco, assim como organizar a agenda para o atendimento desta demanda junto com a enfermeira e com a médica.

Engajamento público: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Qualificação da prática clínica: 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.

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 pacientes hipertensos.

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

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

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

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

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

Ações:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação nutricional, da realização de atividade física regular e monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo.

Organização e gestão do serviço: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade. Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade. Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do Abandono ao tabagismo.

Engajamento público: Orientar os usuários e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável. Orientar os usuários e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular. Orientar os tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular. Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

2.3.2 Indicadores

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 residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

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

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

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da 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 de saúde.

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 de saúde.

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

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

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 da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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 de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações:

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.

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

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

Indicador: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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.

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 pacientes hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3. Logística

Para realizar a intervenção no Programa de atenção à Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus, vamos adotar o Manual Técnico de Hipertensão e Diabetes do Ministério de Saúde, 2013.

A médica solicitará para a gestão a impressão das fichas espelho fornecidas pelo curso (aproximadamente 850 fichas) e dos protocolos a serem utilizados. Realizaremos exame clínico, avaliação de exames laboratoriais, avaliação de risco cardiovascular, orientação nutricional, orientação da prática de atividade física regular, avaliação das pessoas com hipertensão e diabetes tabagistas e avaliação da saúde bucal.

Para organizar o registro do programa, a enfermeira preencherá o livro de registro, identificando todas as pessoas com hipertensão e diabetes que vierem ao serviço para atendimento clínico.

O monitoramento será realizado anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados do curso de especialização.

Antes do começo da intervenção a Análise Situacional já foi discutido com a equipe da UBS, assim como a capacitação da equipe numa primeira reunião sobre o protocolo para que toda a equipe utilize esta referência. Esta capacitação foi realizada na própria UBS, para isso, foram reservadas 2 horas no final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião da equipe de saúde. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e compartilhará o conteúdo com os outros membros da equipe.

Realizaremos acolhimento de todas as pessoas com hipertensão e diabetes que buscarem o serviço. A técnica de enfermagem fará o agendamento da próxima consulta. Para o acolhimento da demanda espontânea a organização da agenda não será alterada. Para sensibilizar a comunidade, manteremos contato com as associações de moradores e com os representantes das igrejas da nossa área de abrangência; assim como com os clubes de mães das comunidades do interior para apresentar o projeto, esclarecendo a importância da realização do acompanhamento das pessoas com hipertensão e diabetes para um melhor controle de suas doenças.

Para o monitoramento, a enfermeira da equipe semanalmente avaliará as fichas dos usuários e o registro identificando aqueles que estão com consulta, exames clínicos e laboratoriais em atraso. Ao final de cada mês, as informações coletadas nas fichas serão consolidadas na planilha eletrônica.

3 Relatório da Intervenção

A intervenção que visou qualificar a atenção às pessoas com hipertensão e diabetes na UBS Drº Marcos Domenico Finocchio em Gaurama/RS, teve início no dia 10 de abril de 2015 e término no dia 2 de julho de 2015.

A intervenção estava prevista para ser realizada em dezesseis semanas, porém, devido ao período de férias dos especializandos e por orientação da Coordenação do Curso, a intervenção foi reduzida para 12 semanas.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Todas as ações previstas no projeto foram desenvolvidas adequadamente conforme o Cronograma da nossa intervenção. Em todas as ações foi realizado o monitoramento e avaliação; organização e gestão do serviço; engajamento público, e a qualificação da prática clínica. As ações foram cumpridas integralmente.

Ampliar a cobertura às pessoas com hipertensão e diabetes: foi cadastrado um número considerável de usuários, e monitorado conforme ao projeto. Organização e gestão do serviço, à equipe toda participou do registro, houve melhora no acolhimento aos usuários envolvidos na intervenção, foi garantido o material necessário para aferição da pressão arterial e a realização de hemoglicoteste. Os usuários e a comunidade de forma geral foram engajados para o conhecimento do programa da atenção à Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus e na qualificação da prática clínica os agentes comunitários de saúde foram capacitados para o cadastramento das pessoas com hipertensão e diabetes.

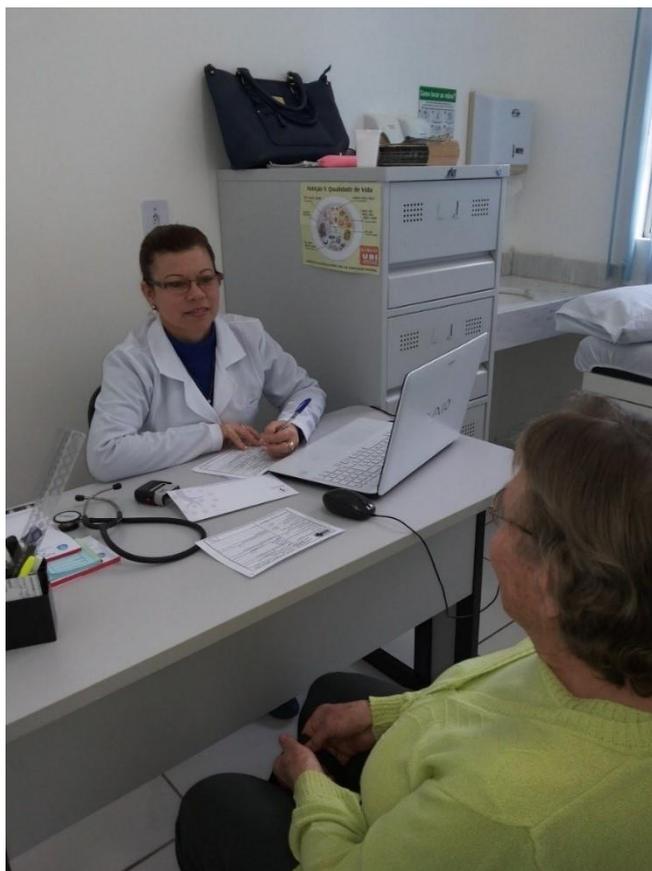


Figura 3: Atendimento a usuária com hipertensão.

Melhorar a qualidade da atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes: nesta ação foi monitorado o exame clínico apropriado, assim como os exames complementares de acordo com o protocolo. Também o acesso dos usuários aos medicamentos da farmácia Popular. Organização e gestão de saúde, cada membro da equipe teve definição das suas atribuições no exame clínico das pessoas com hipertensão e diabetes. Nossa gestora de saúde garantiu a cota mínima para a realização dos exames complementares. O engajamento público foi realizado nos grupos, assim como ocorreu contato com a liderança comunitária para orientar aos usuários e a comunidade quanto à realização dos exames complementares e sua periodicidade. Os usuários foram orientados também sobre o direito de terem acesso aos medicamentos da farmácia Popular. A equipe toda foi capacitada para a realização de exame clínico e seguir o protocolo adotado pela UBS.



Figura 4: Educação em saúde para as pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Melhorar a adesão ao programa: nesta ação foi monitorado o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo, (consultas em dia). Organização e gestão do serviço: foram organizadas visitas domiciliares para buscar os usuários faltosos. A comunidade recebeu informação sobre a importância da realização das consultas e sua periodicidade, desta forma foi realizado o engajamento da comunidade e do público alvo da intervenção. Os agentes comunitários de saúde foram capacitados adequadamente para orientar os usuários com hipertensão e/ou diabetes quanto à realização das consultas com a periodicidade estabelecida.



Figura 5: Educação em saúde nas comunidades do interior.



Figura 6: Grupo de educação em saúde.

Melhorar o registro das informações: foi realizado o monitoramento e avaliação dos registros os quais foram feitos com a qualidade requerida. Foi

garantida a informação do SIAB e atualizada. A equipe de saúde foi capacitada para realizar o preenchimento correto dos registros.

Avaliação de risco: foi realizado o monitoramento e avaliação do número de usuários com hipertensão e diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação do risco por ano, e foi priorizado o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas foram desenvolvidas adequadamente, e também integralmente, além disso, conseguimos realizar tudo conforme o cronograma. Tivemos como facilidade o apoio da nossa gestora de saúde em tudo que precisamos. Não houve nenhuma ação sem ser desenvolvida.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Os fechamentos das planilhas de coleta de dados funcionaram de forma adequada, assim como o cálculo dos indicadores conforme os dados coletados a cada mês. Durante o desenvolvimento da intervenção não tivemos dificuldades na coleta e sistematização dos dados, tivemos que diariamente trabalhar neste sentido já que muitos dos usuários tiveram que voltar com resultados de exames e em muitos casos mudava a classificação de risco por quanto o período de acompanhamento de sua doença e atualização de dos dados na ficha espelho.



Figura 7: Ações de promoção à saúde.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações previstas no projeto da intervenção foram incorporadas totalmente à rotina do serviço. À intervenção já foi concluída, mas as ações continuam sendo realizadas no intuito de melhorar a atenção a todos os grupos populacionais. A equipe de saúde continua trabalhando unida para manter tudo o que foi alcançado, pois mesmo com a finalização do curso o trabalho será continuado.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção visou à qualificação da Atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes da área de abrangência da UBS Drº Marcos Domenico Finocchio no Município Gaurama/RS.

A Unidade Básica Drº Marco Domenico Finocchio após a mudança para Estratégia de Saúde da Família passou a atender uma população de 6.000 pessoas que residem na área urbana e na área rural.

Anteriormente à intervenção a equipe não possuía informações em relação ao quantitativo de usuários de sua área adstrita portadores de hipertensão e diabetes, dessa forma adotamos os valores estimados pelo caderno de ações programáticas do curso. De acordo com o caderno, baseada em estudos feitos no Brasil para esta população em relação a prevalência dessas patologias, estima-se que em nossa área tenha um total de 826 portadores de hipertensão e 291 portadores de diabetes na população maior de 20 anos.

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.

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

No primeiro mês de intervenção foram cadastrados um total de 200 usuários com hipertensão que representou 24,2%, no segundo mês 436 (52,8%) e no terceiro mês tivemos um total de 668 (80,9%) de usuários cadastrados.

No caso das pessoas com Diabetes Mellitus cadastramos no primeiro mês 42 (14,4%), no segundo 84 (28,9%) e no terceiro 154, o que nos levou a fechar a intervenção com uma cobertura de 52,9%.

Dessa forma alcançamos a meta de cobertura esperada para HAS, porém, no caso do Diabetes não foi possível atingir 60%, pois temos alguns usuários que ainda não realizam acompanhamento na UBS e preferem recorrer aos consultórios particulares, mas a equipe continua trabalhando para atingir 60% ou mais.

A intervenção foi inserida totalmente na rotina do serviço da UBS, o que facilitará a continuidade ao trabalho. Os fatores que contribuíram para o alcance da meta foram: envolvimento da equipe, busca ativa dos faltosos pelos ACS, acolhimento adequado com direcionamento para agendamento de consultas, divulgação da intervenção nas comunidades, aferição da pressão arterial nos maiores de 20 anos que compareciam a unidade para atendimento e realização de hemoglicoteste a todos com fatores de risco para Diabetes Mellitus.

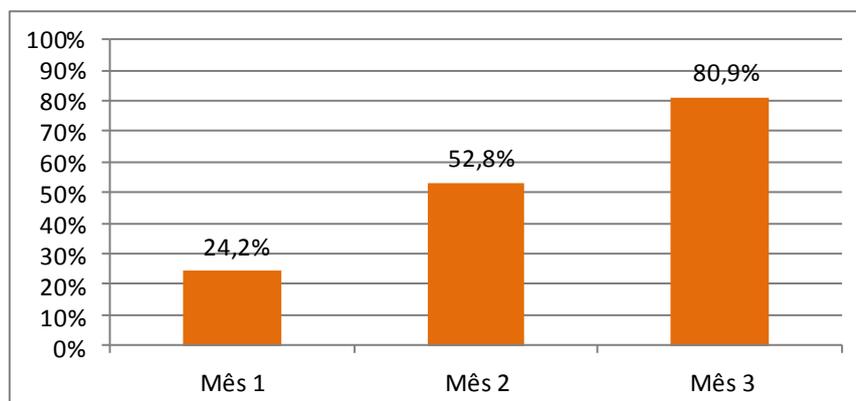


Figura 8: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso.

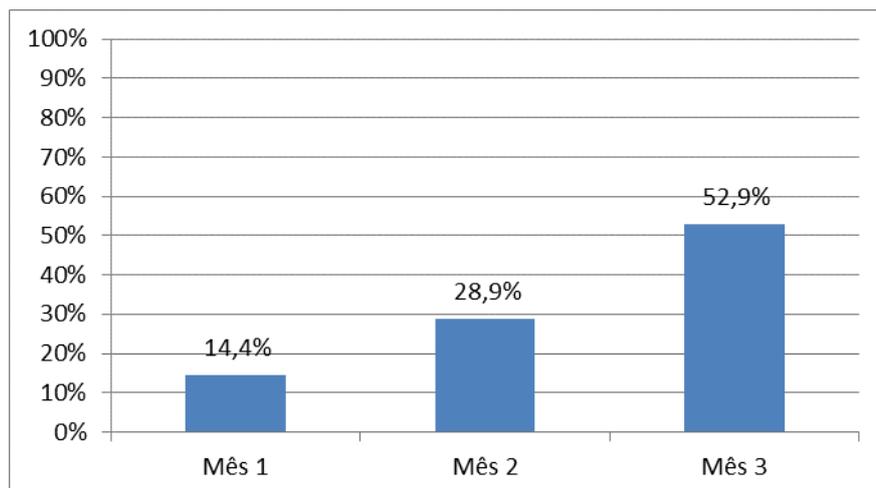


Figura 9: Cobertura do programa de atenção ao Diabético.

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

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Durante o acompanhamento dos usuários com hipertensão e diabetes observamos que anteriormente à intervenção estes usuários procuravam a unidade apenas para renovação da receita do medicamento e não consideravam importante fazer um exame clínico adequado. Ao longo da intervenção foi realizado o exame clínico em cada atendimento individual a todos os usuários cadastrados, uma vez que essa avaliação nos permitia conhecer cada usuário e oferecer uma avaliação integral para evitar e tratar oportunamente as complicações.

No primeiro mês foram examinados 193 (96,5%), no segundo 436 (100%) e no terceiro 668 (100%) dos cadastrados no programa. Em relação aos com diabetes no primeiro mês 40 (95,2%) no segundo mês 84 (100%) e no terceiro 154 (100%) dos cadastrados.

Para a realização do exame clínico, foi muito importante a participação ativa dos membros da equipe, da enfermeira e das técnicas de enfermagem que participaram durante o exame clínico no acompanhamento, na aferição da pressão arterial, na realização do hemoglicoteste a todos os com diabetes, além da reorganização da agenda com prioridade para os de alto risco e demanda espontânea com os demais usuários, assim o clínico geral teve o tempo de 15

minutos em cada atendimento sem afetar o desenvolvimento dos demais programas na unidade.

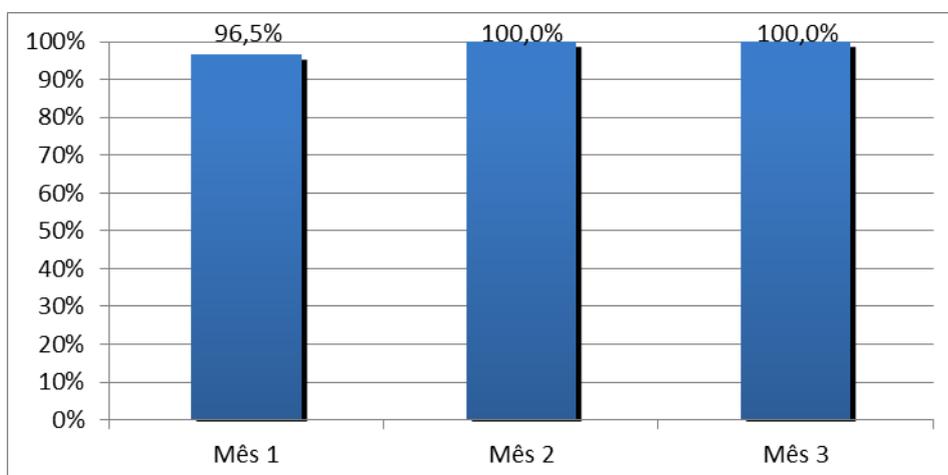


Figura 10: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

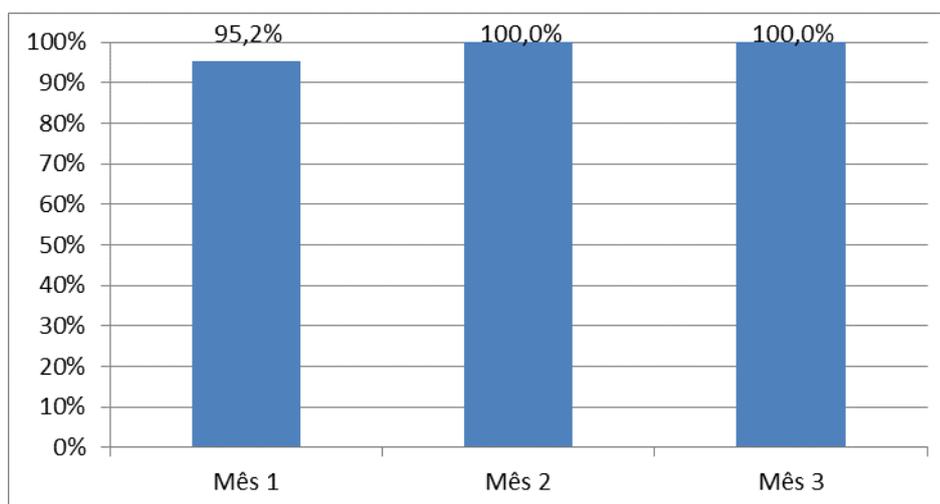


Figura 11: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

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

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

Uns dos parâmetros fundamentais no atendimento aos usuários com doenças crônicas com hipertensão e/ou o diabetes é alcançar uma avaliação integral, além do exame clínico, mediante a realização de exame complementares em dia de acordo com o protocolo, com uma adequada avaliação do risco e/ou diagnóstico precoce das complicações e seu tratamento oportuno. Ao longo da

intervenção foram avaliados durante o atendimento individual todos os usuários cadastrados com exames complementares em dia.

No primeiro mês no caso dos com hipertensão só tinham exames em dia 197 (98,5%), no segundo 436 (100%) e no terceiro 668 (100%). Em relação aos com diabetes foram 42 (100%) no primeiro mês, 84 (100%) no segundo e no terceiro 154 (100%).

Durante a consulta foram avaliados os usuários que tinham exame em dia e aqueles que não tinham foram realizados os pedidos com agendamento do retorno para que pudessemos fazer novamente a avaliação de acordo com os novos resultados dos exames. Em alguns casos tivemos usuários que após os resultados dos exames mudaram sua classificação de risco, já que em alguns os resultados dos exames foram alterados, em muitos casos, houve outras doenças associadas como Hipercolesterolêmica, Hipertireoidismo, Cardiomiopatias, e outras, com necessidade de encaminhamento para a atenção especializada. Durante a realização destes exames o usuário só demorava uma semana já que foi garantida para todos os usuários a logística em todos os laboratórios do SUS. Esta meta manteve um comportamento adequado já que conseguimos a realização dos exames complementares em 100% dos usuários cadastrados.

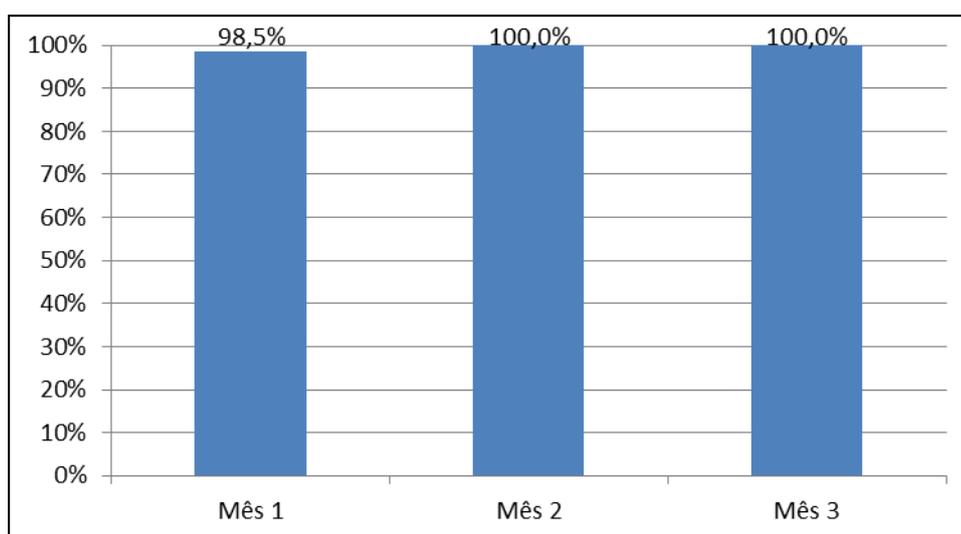


Figura 12: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

O tratamento farmacológico é um dos pilares no acompanhamento dos usuários, ele é indicado quando não ocorre a redução da pressão arterial para níveis inferiores a 140/90mmhg ou redução da glicemia de jejum para níveis inferiores a 126 mg/dl com o tratamento não farmacológico.

Durante o acompanhamento dos usuários na intervenção muitos relataram que tinham indicação médica tanto para tratamento medicamentoso como para mudança no estilo da vida, apesar disso, havia alguns que deixavam de tomar os medicamentos e/ou não tomavam a dosagem prescrita pela médica.

Durante a intervenção tivemos uma quantidade de usuários que tinham indicação de, além da prescrição da farmácia Hiperdia, outros medicamentos pelas complicações de sua doença, muitos deles no atendimento individual falaram que não tinham dificuldade para adquirir esses medicamentos e em outros casos foram avaliados a possibilidade de usar os medicamentos disponíveis na farmácia popular.

No primeiro mês foram avaliados 195 (97,5%), no segundo 431 (99,1%) e no terceiro 663 (99,4%) dos usuários com hipertensão cadastrados no programa. Em relação aos com diabetes no primeiro mês 41 (97,6%) no segundo mês 83 (98,8%) e no terceiro 153 (99,4%) dos cadastrados.

Quase todos os cadastrados tinham garantido o tratamento com a prescrição do medicamento disponível na farmácia popular. Nas ocasiões em que houve falta de algum medicamento na farmácia os usuários foram direcionados a outra unidade ou farmácia disponível. Poucos usuários precisaram usar medicamentos que não são fornecidos pela rede de saúde.

O que contribuiu para esse cuidado foi o apoio de assistência farmacêutica em garantir os medicamentos fornecidos considerando as consequências que tem para eles não fazer o tratamento oportuno para evitar o descontrole e as complicações.

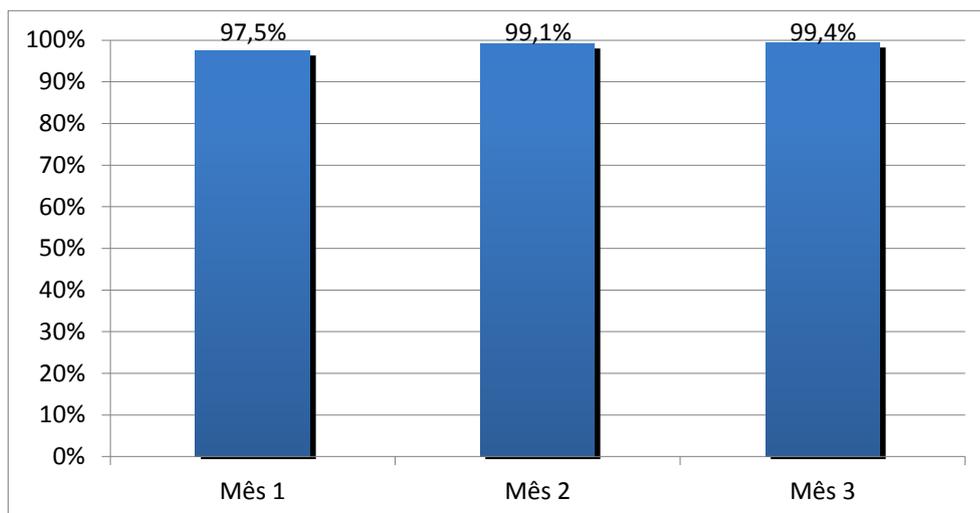


Figura 13: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

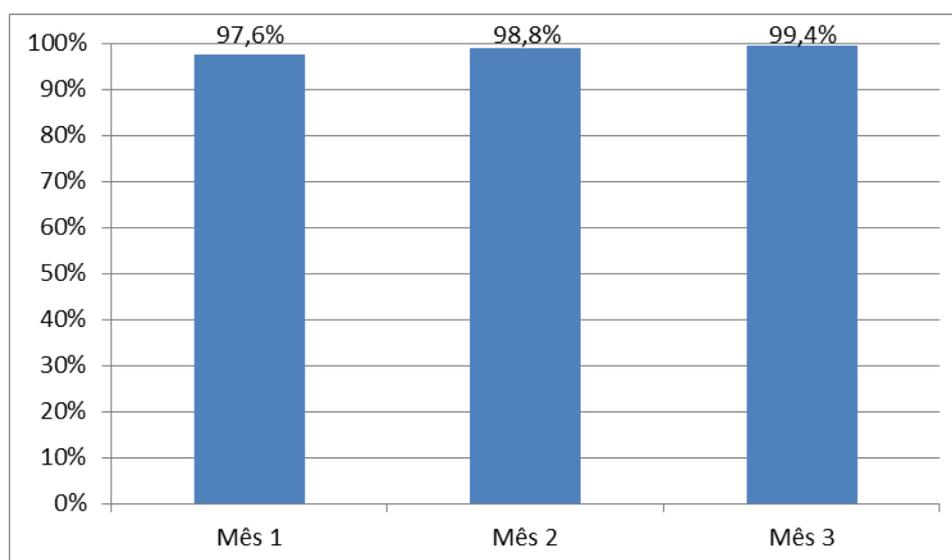


Figura 14: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

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

A atenção Básica é considerada a porta de entrada para ao atendimento ao indivíduo na comunidade e é responsável pela atenção integral da saúde. Foi muito importância durante a intervenção incluir avaliação da necessidade de atendimento odontológico para a conservação da saúde bucal mediante o diagnóstico oportuno de doenças bucais e seu tratamento para evitar complicações. Geralmente a

prevalência das pessoas com hipertensão e diabetes aumenta no Brasil na população acima de 60 anos, idade que são muito frequentes o uso de próteses dentárias e outras doenças bucais.

Ao longo da intervenção, no primeiro mês foram avaliados 143 (71,5%), no segundo 435 (99,8%) e no terceiro 668 (100%) dos cadastrados. No caso dos com diabetes no primeiro mês foram 39 (92,9%), no segundo 84 (100%) e no terceiro 154 (100%), que receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Este resultado foi possível pela participação de todos os membros da equipe que fizeram avaliação mediante o atendimento individual, após receberem uma capacitação da dentista e sua auxiliar de nossa unidade. Uma vez que foram diagnosticados alguma alteração, foram agendados para atendimento odontológico mediante a reorganização que foi feita nos agendamentos dos atendimentos odontológicos.

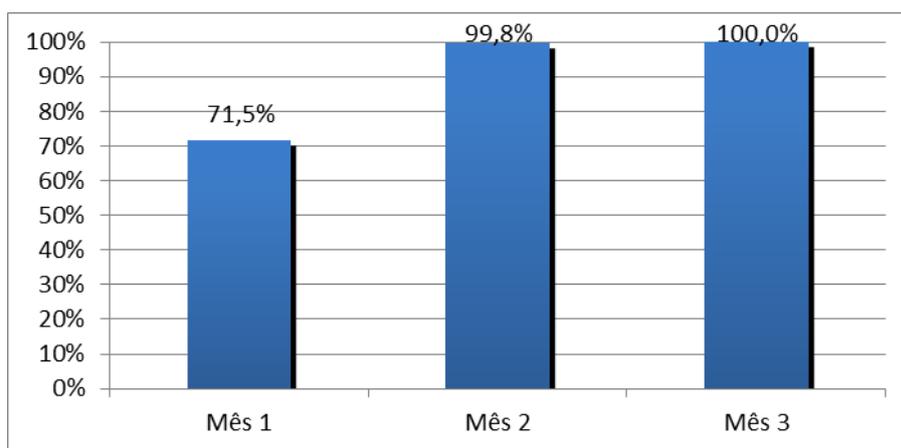


Figura 15: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

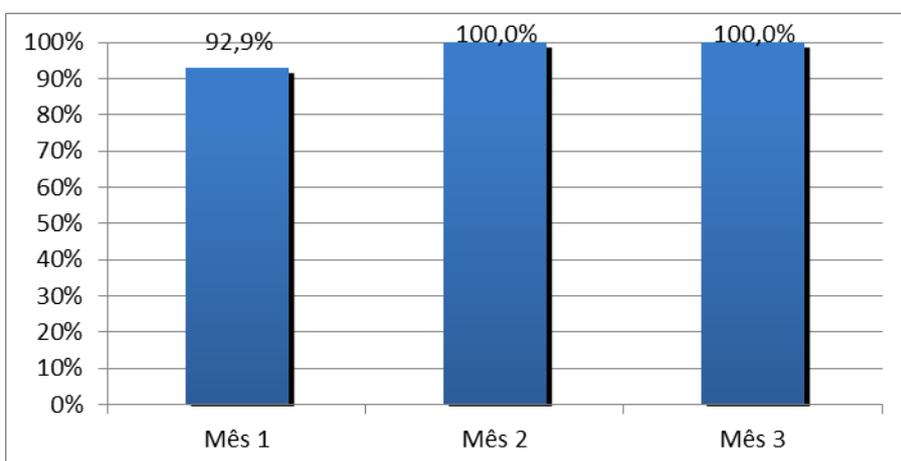


Figura 16: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

Melhorar a adesão ao programa foi uma das principais ações realizadas pela equipe mediante a busca ativa dos faltosos.

Durante todo o projeto foi realizado a busca dos faltosos por todos os membros da equipe. Em relação às pessoas com hipertensão no primeiro mês 7 (100%), 7 (100%) no segundo e 7 (100%) no terceiro, em relação aos com diabetes não tivemos usuários faltosos às consultas em nenhum mês da intervenção.

Este bom resultado foi devido ao trabalho ativo dos membros da equipe durante as visitas domiciliares na busca dos faltosos pois mensalmente a equipe fez uma avaliação do comportamento dos usuários faltosos que foi repassado para cada agente comunitário responsável pela micro-área.

Durante a realização do atendimento individual, nas salas de espera e rodas de conversas informamos sobre a frequência da avaliação destas doenças para conseguirmos um melhor controle e acompanhamento, tratamento oportuno e diagnóstico precoce das complicações. Os agentes comunitários receberam uma capacitação sobre a periodicidade das consultas dos usuários com hipertensão/ou diabetes de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

Em relação aos com hipertensão no primeiro mês foram 188 (94%), no segundo 424 (97,2%) e no terceiro 656 (98,2%). Quanto aos com diabetes 40 (95,2%) no primeiro, 82 (97,6%) no segundo e 152 (98,7%) no terceiro.

Estas informações têm fundamental importância pois, além do melhor conhecimento por parte da médica, uma vez que quando o usuário retornar à consulta terá uma avaliação oportuna do momento que poderá iniciar alguma

complicação, receberá tratamento oportuno e terão o apoio da equipe para o controle a depender da classificação do risco.

Diariamente após o término das consultas a enfermeira junto com o clínico geral realizaram o monitoramento das fichas espelhos e prontuários daqueles que tiveram atendimento no dia viabilizando melhor atenção para situações de alerta destes usuários. As informações foram atualizadas diariamente no SIAB. Foi realizada a capacitação de toda equipe sobre o preenchimento dos registros necessários e adequados para os procedimentos clínicos na consulta e toda a logística para o desenvolvimento do registro das informações.

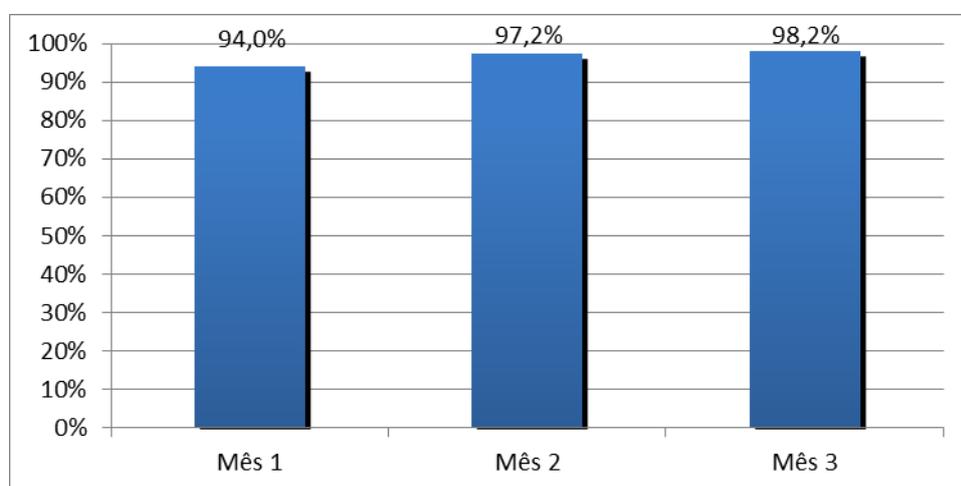


Figura 17: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

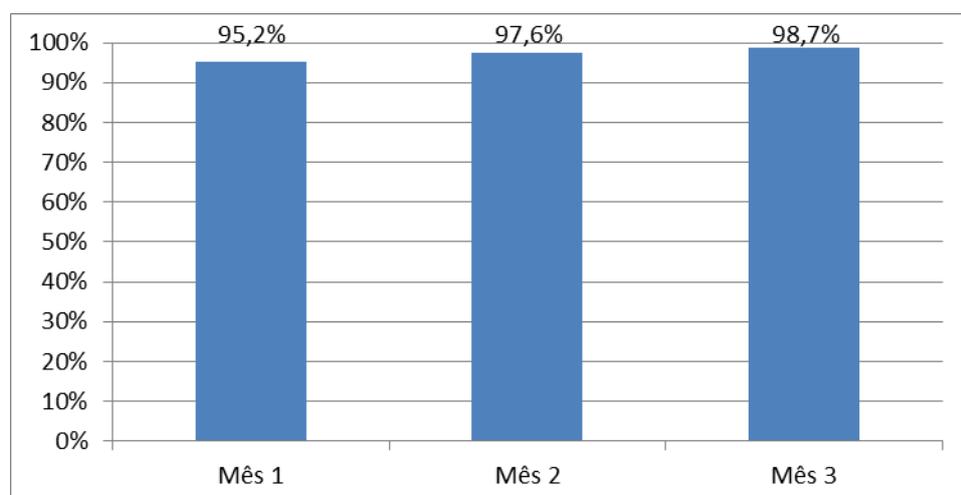


Figura 18: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

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

No atendimento clínico individual das pessoas com hipertensão e diabetes a avaliação do risco cardiovascular é de fundamental importância para orientar a conduta terapêutica e o prognóstico de cada um. Para a estratificação do risco cardiovascular, é necessário pesquisar a presença dos fatores de risco, das doenças cardiovasculares e das lesões em órgão-alvo. Estas informações são fornecidas por cada usuário durante anamnese e visa o cálculo do escore do Framingham.

Durante o desenvolvimento da intervenção foram realizadas avaliação do risco cardiovascular de 184 (92,0%) com hipertensão no primeiro mês, 436 (100%) no segundo e no terceiro 668 (100%), nos com diabetes 38 (90,5%) no primeiro, 84 (100%) no segundo e no terceiro 154 (100%) dos cadastrados.

Durante o cadastramento através dos dados do interrogatório, exame clínico e exames complementares de todos os usuários cadastrados ocorreu a determinação do escore de Framingham. Muitos deles tiveram que continuar acompanhamento com outros especialistas já que foram diagnosticados de alto risco com ações mais intencionadas e prioritárias.

Mensalmente a equipe realiza uma avaliação do comportamento dos usuários com risco cardiovascular e a situação do encaminhamento deles para o atendimento especializado. Todos os usuários cadastrados foram orientados no atendimento individual, sala de espera e nas rodas de conversa sobre as principais ações para o controle de riscos modificáveis de doenças cardiovasculares. Toda equipe foi capacitada em relação à metodologia para estratificação de risco e escore de Framingham.

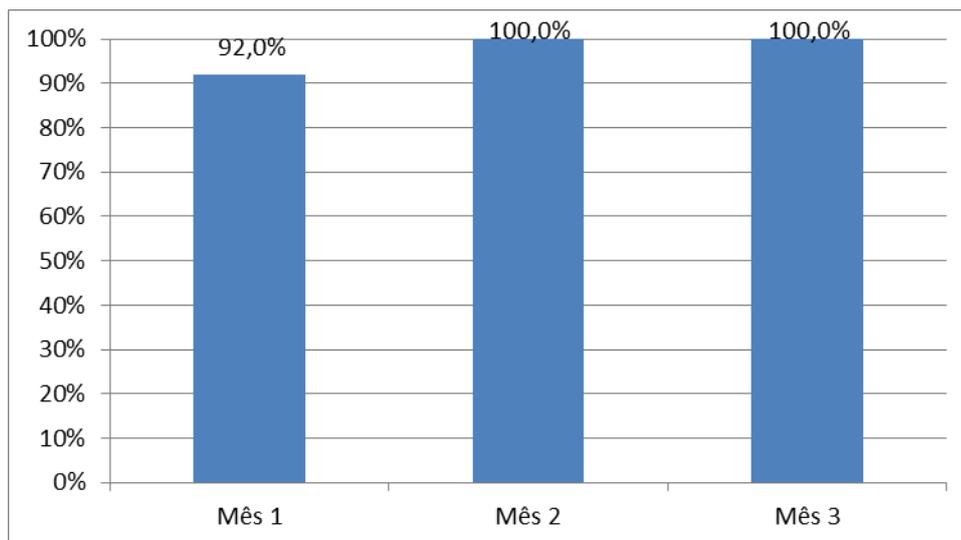


Figura 19: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

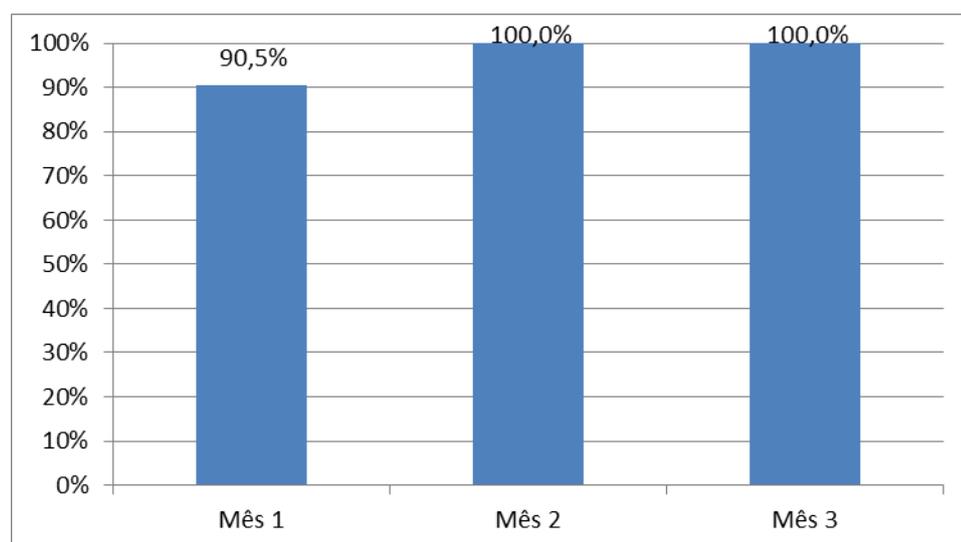


Figura 20: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

A Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus são doenças crônicas que não devem ser tratadas somente com medicamentos, para evitar o descontrole e as complicações que acontecem em usuários com estas doenças é importante uma alimentação adequada e equilibrada fornecendo todos os nutrientes para um bom

funcionamento do organismo e com isso a redução da pressão arterial e da glicose sanguínea.

Durante o desenvolvimento da intervenção em relação ao cadastramento dos com hipertensão no primeiro mês foram 200 (100%), 436 (100%) no segundo e no terceiro 668 (100%). Nos usuários com diabetes 42 (100%) no primeiro, 84 (100%) no segundo e no terceiro 154 (100%).

Todos os usuários cadastrados receberam orientações em cada atendimento individual sobre orientação nutricional além das rodas de conversas feitas por a nutricionista e as diferentes temáticas expostas na sala de espera pelos membros da equipe sobre os cuidados alimentares com estas doenças como: reduzir a quantidade de sal, ingerir frutas com menos índice glicêmico, fracionar as refeições no caso do diabético, usar carboidratos integrais, não ingerir bebidas alcoólicas, incluir alimentos ricos em potássio e magnésio, fazer uso de temperos naturais e beber muita a água.

A equipe junto com a nutricionista continuará a rotina na unidade do acompanhamento dos usuários para fazer mudanças em seu modo de vida e evitar as complicações mais frequentes.

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

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

A Hipertensão Arterial como o Diabetes Mellitus são doenças que não tem cura, mas elas podem ser controladas através do uso dos medicamentos, alimentação saudável sem cigarro e bebida alcoólica, prática de exercícios físicos orientados de forma regular, avaliação médica, avaliação física, e sob supervisão de um profissional capacitado, pois apesar dos inúmeros benefícios, usuários com patologias, merecem cuidados redobrados para evitar complicações a longo prazo.

Para os usuários com hipertensão e diabetes a realização de atividade física mal orientada pode causar a angina do peito, hipoglicemias, arritmias cardíacas ou mesmo morte súbita. Para evitar problemas é necessário realizar uma triagem cuidadosa antes que se possa prescrever algum tipo de programa de exercícios de intensidade moderada a vigorosos.

Todos os usuários com hipertensão cadastrados no programa foram orientados sobre a adequada prática regular de exercícios durante o atendimento individual. No primeiro mês foram 200 (100%), 436 (100%) no segundo e no terceiro 668 (100%), nos com diabetes 42 (100%) no primeiro, 84 (100%) no segundo e ao terceiro 154 (100%).

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

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

O tabagismo ativo é a principal causa isolada de doença e morte que podem ser prevenidas no mundo. A hipertensão arterial, diabetes mellitus e tabagismo são frequentemente encontrados (as três condições) no mesmo indivíduo. Ao longo de nosso projeto de intervenção durante o preenchimento das informações gerais uns dos hábitos mais falados pelos usuários foi o uso do tabagismo, muitos deles falaram da possibilidade de receberem ajuda para deixar este vício.

Em relação aos hipertensos no primeiro mês foram 200 (100%), 436 (100%) no segundo e no terceiro 668 (100%), nos com diabetes 42 (100%) no primeiro, 84 (100%) no segundo e no terceiro 154 (100%). Todos os usuários cadastrados foram orientados no atendimento individual, sala de espera rodas de conversa sobre os riscos do tabagismo e alguns que tinham vontade de deixar de fumar foram incorporados ao grupo de Tabagismo. A equipe recebeu a capacitação na abordagem do tabagismo para uma melhor orientação aos usuários cadastrados.

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

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

A higiene bucal tem um papel importante na prevenção e no tratamento das doenças. Os usuários com hipertensão e diabetes tem uma maior predisposição devido ao tratamento medicamentoso de ter efeitos colaterais no meio bucal como xerostomia, alteração no paladar e Estomatite, além disso podem ter dificuldades durante os procedimentos odontológicos.

Durante a intervenção além de atendimento individual tivemos roda de conversa realizada pela dentista e auxiliar bucal. Foram orientados no primeiro mês

200 (100%), 436 (100%) no segundo e no terceiro 668 (100%) com hipertensão, nos com diabetes 42 (100%) no primeiro, 84 (100%) no segundo e no terceiro 154 (100%) dos cadastrados.

4.2 Discussão

Com a intervenção no programa de hipertensão arterial e diabetes mellitus na UBS Drº Marcos Domenico Finocchio no Município de Gaurama RS conseguimos aumentar a cobertura das pessoas com hipertensão e diabetes atendidas na UBS.

Assim, houve uma ampliação no número de usuários com estas doenças, busca ativa de pessoas faltosas às consultas e pesquisa ativa na comunidade, além de melhorar a qualidade da atenção aos usuários cadastrados realizando exame clínico completo e exames complementares.

Observou-se que foram garantidas as vagas para atendimento odontológico para todos os usuários que necessitassem. As fichas de atendimento foram preenchidas de forma adequada, com registro e controle adequado dos usuários envolvidos na intervenção; foi realizada a estratificação de risco cardiovascular, foram feitas atividades de educação em saúde com a finalidade de promover a saúde dos usuários com orientação sobre nutrição adequada, prática regular de atividade física, orientação sobre riscos de tabagismo e orientação sobre higiene bucal.

Com as atividades propostas no cronograma e as diferentes ações, conseguimos aumentar a adesão ao programa de hipertensão e diabetes tanto dos usuários, como das famílias e comunidade.

A intervenção foi importante para a equipe de saúde, pois a equipe adquiriu mais conhecimentos sobre a hipertensão e o diabetes, doenças muito comuns na comunidade. Conseguimos organizar melhor o trabalho de forma geral. Cada profissional soube quais são suas atribuições, segundo o Ministério da Saúde do Brasil e o papel de cada um deles no cadastramento dos usuários, seguimento, acompanhamento, tratamento das complicações, quando estão controlados e quando não estão, sobre doença cardiovascular, e pé diabético.

Permitiu melhor interação com a comunidade, famílias e indivíduo e ofereceu uma melhor educação em saúde. Permitiu conhecer as preocupações e as necessidades da população nessas doenças e outras originadas pelas complicações delas como insuficiência renal crônica, cardiopatias, e doenças cerebrais, entre

outras, e em geral melhorou a integração de toda a equipe no atendimento destes usuários da área da abrangência da UBS. Foi um avanço para um trabalho em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde e os outros gestores da comunidade.

Para o serviço foi importante, pois conseguimos maior integração do trabalho de toda a equipe durante a intervenção, no atendimento dos usuários. A organização melhorou já que foram agendados os atendimentos dos usuários, de forma que eles já sabem a data das consultas de retorno e a importância do acompanhamento para um melhor controle da doença.

Para a comunidade, a intervenção foi muito importante já que conseguimos interagir com a população e melhorar as relações com a comunidade, aumentando o grau de satisfação da mesma. Houve também melhoria na qualidade da atenção aos usuários e familiares envolvidos na intervenção, pois receberam orientações sobre suas doenças. As lideranças da comunidade também tomaram conhecimento da intervenção.

Durante a intervenção não ocorreram problemas durante o atendimento dos usuários na UBS, porque foram agendadas as consultas de forma organizada, distribuídas nos dois turnos de trabalho da UBS e tendo presente os horários de maior afluência de demanda espontânea.

Se fosse realizar a intervenção neste momento faria diferente, antes teria realizado reuniões com a equipe e com os gestores e também teria feito uma reunião com toda a comunidade nos diferentes bairros da área de abrangência da UBS assim todos saberiam sobre a intervenção e poderia contar com ajuda deles além da possibilidade de incorporar mais usuários nas atividades da intervenção.

Em relação à viabilidade de incorporar a intervenção à rotina do serviço devo dizer que o programa já está inserido totalmente na UBS, e o trabalho continuará para aumentar a quantidade de usuários da área de abrangência, assim, continuaremos com o acompanhamento deles até alcançar 100% com atendimento na UBS para futuramente melhorar ainda mais a qualidade de vida das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Os próximos passos para melhorar a atenção à saúde no serviço são: aumentar mais a cobertura da área de abrangência, incorporar toda a comunidade no programa de hipertensão e diabetes, realizar palestras e atividades com o grupo de pessoas com hipertensão e diabetes, bem como criar outros grupos, como por

exemplo, (de adolescentes, de idosos, de gestantes) a fim de integrar mais usuários aos diferentes programas na prevenção e promoção de saúde.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

Prezados Gestores!

Na Unidade Básica de Saúde Dr^o Marcos Domenico Finocchio foi desenvolvido uma intervenção com objetivo principal de melhorar a atenção à saúde aos usuários com hipertensão e/ou diabetes da área de abrangência da UBS.

Para a realização deste trabalho foi usado o Caderno de Atenção Básica do Ministério de Saúde número 37 de Hipertensão Arterial e número 36 de Diabetes Mellitus, ambos do ano 2013, que são protocolos do Ministério da Saúde. A atividade de intervenção foi realizada no período de três meses em conjunto com a comunidade e dirigida aos usuários com hipertensão e/ou diabetes de toda a área de abrangência.

Como resultados podemos citar a melhoria na qualidade dos registros e monitoramento das pessoas com hipertensão e diabetes acompanhados na Unidade de Saúde assim como a organização e gestão do serviço. Todas as ações foram desenvolvidas e cumpridas adequadamente, conforme ao cronograma do Projeto de intervenção. Toda a equipe foi responsável pelo monitoramento dos registros, assim como foi criado um sistema de registro que viabilizou identificar situações em relação ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, na realização de exames complementares e na realização da estratificação de risco cardiovascular.

Foram atualizados os prontuários eletrônicos e as fichas espelho disponíveis para cada um dos usuários com hipertensão e diabetes. Em cada reunião da equipe da semana foi feito o monitoramento das ações realizadas e os dados contidos nas fichas foram digitados na planilha eletrônica de coleta de dados pela médica da equipe de saúde, cadastrando 668 (80,9%) usuários com hipertensão arterial, e 154 (52,9%) usuários com diabetes, com mais de 20 anos de idade.

Os ACS identificaram os usuários acamados que não conseguiram se deslocar até a UBS e nos informaram nas reuniões da equipe realizadas a cada semana. Também, foram realizadas capacitações, palestras de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus nas reuniões de equipe e atualizações dos profissionais para cadastros de usuários e sobre os dados da intervenção em geral.

No projeto de intervenção, traçamos objetivos, metas, ações e indicadores para avaliação da cobertura de usuários com hipertensão e diabetes. As ações foram realizadas de acordo com o cronograma estabelecido.

A intervenção contou com a participação de toda a Equipe de saúde, obtendo os resultados seguintes:

Todos os usuários atendidos têm ficha de acompanhamento para garantir a continuidade ao longo tempo.

Foi garantida a realização dos exames complementares tais como hemograma, glicemia de jejum, HGT, hemoglobina glicosilada, ureia, creatina, ácido úrico, colesterol e triglicérides.

Dos 668 atendidos na intervenção, 663 tiveram prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, representando 99,4%, dos 154 usuários com diabetes 153, 99,4% tem prescrição de medicamentos da Farmácia Popular. Foi garantido o atendimento odontológico na UBS aos usuários que precisaram realizar atendimento com o dentista.

Na busca ativa dos faltosos às consultas de atendimento na UBS foram concluídas a intervenção com 7 (100 %), e nenhum diabético da área de abrangência faltosos as consultas.

Foi realizada a estratificação do risco cardiovascular e classificação em baixo, moderado ou alto risco, e, para aqueles de maior risco, planejamos o número de consultas de acompanhamento com especialista.

Foram realizadas atividades de educação em saúde nas consultas e nas visitas domiciliares com garantia de orientação nutricional sobre alimentação saudável, importância sobre realização de atividades físicas, danos do tabagismo, e da importância da saúde bucal.

Resumindo, com a intervenção no Programa de diabetes mellitus e hipertensão arterial em nossa UBS conseguimos aumentar a cobertura de pessoas com hipertensão e diabetes cadastrados e atendidos na UBS, o cadastramento foi possível através da busca ativa de pessoas faltosas às consultas e pesquisa ativa na comunidade. A intervenção propiciou uma melhora na qualidade da atenção aos usuários cadastrados por meio da realização de exames clínicos completos e exames complementares.

Conseguimos aumentar a adesão deles ao programa, a intervenção propiciou à Equipe de saúde aumentar mais seus conhecimentos sobre estas doenças,

organizar melhor o trabalho com os usuários que sofrem da doença. As atribuições de cada profissional ficaram melhores estabelecidas em relação ao cadastramento, acompanhamento e tratamento das suas complicações. A Equipe agora já sabe identificar quando estão controlados e quando não e se tem ou não alguma complicação crônica cardiovascular ou pé diabético.

Através da intervenção foi possível interagir mais com a comunidade, com as famílias e com o indivíduo e oferecer, promoção e educação em saúde, assim como conhecer suas preocupações, necessidades em relação a essas doenças e outras originadas por complicações delas como insuficiência renal crônica, cardiopatias.

E, de forma geral, melhorou a integração de toda a equipe no atendimento dos usuários, a equipe realizou o trabalho unida.

Nossa Secretaria de Saúde garantiu a impressão dos documentos e outros materiais para a realização da intervenção, assegurando transporte para deslocamento até os domicílios dos que precisavam da consulta clínica e, também, garantiram a realização de exames complementares. Com o apoio da Gestão foi possível propiciar atendimentos especializados com cardiologistas, endocrinologistas, entre outros.

4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade

Querida Comunidade!

A equipe de saúde da UBS Drº Marco Domenico Finocchio, do município Gaurama, realizou recentemente, no período de 3 meses, um trabalho de intervenção em conjunto com os principais gestores da comunidade e dirigida às pessoas com hipertensão e/ou diabetes de toda a área de abrangência.

Para a realização deste trabalho, chamado de intervenção, foi feito um cronograma de atividades com objetivo de melhorar a situação de saúde dos usuários, como atividades de educação em saúde, importância de realizar exercícios físicos, necessidade de comparecer às consultas na UBS para acompanhamento destas doenças, importância de ir ao dentista para manter uma saúde bucal adequada, incluindo todos os danos provocados pelo tabagismo.

Nosso objetivo foi ampliar a cobertura da atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes, ou seja, aumentar o registro de usuários que sofrem destas doenças para que recebam atendimento na Unidade de Saúde. Para isto, foi necessário fazer busca ativa deles e cadastrar a maior quantidade possível.

Sabemos que esta doença, como a hipertensão arterial, por vezes, cursa de forma assintomática e o paciente pode ter pressão alta sem saber.

No final da intervenção foram cadastrados 668 usuários com hipertensão, e 154 com diabetes.

Eles e seus familiares receberam educação em saúde sobre a hipertensão arterial e diabetes. Aqueles usuários que não conseguiam chegar até o serviço de saúde foram atendidos nas residências com consultas agendadas pelo ACS, como, por exemplo, os idosos acamados e outros que tinham dificuldades para chegar até a Unidade de Saúde.

Todos receberam atendimento clínico adequado, foram avaliados nas necessidades de atendimento odontológico, tiveram direito a realização de exames complementares pelo SUS, garantido por a Secretaria de Saúde do Município. Os medicamentos que são utilizados nestas doenças foram oferecidos de graça na Unidade de Saúde e outros, com prescrição médica, foram garantidos na Farmácia Popular do Município na mesma cidade.

Realizamos avaliação de risco cardiovascular e, no caso daqueles com maior risco de doenças cardiovasculares ou já com a doença, tiveram atendimento e seguimento com maior número de consultas e visitas domiciliares, assim como também foram encaminhados para avaliação com cardiologista.

Garantimos orientação nutricional dos usuários nas consultas e outras atividades de educação em saúde, assim como atendimento com a nutricionista. Também foi garantida a orientação sobre a prática regular de exercícios físicos, sobre o tabagismo e sobre higiene bucal.

A comunidade, de forma geral, ainda não tem muito conhecimento sobre a intervenção, mas a intervenção tem enfoque para os familiares dos usuários também e os próprios cidadãos usuários, o que poderia ser melhorado. A intervenção não gerou problemas para os demais usuários, pois todos foram atendidos fundamentalmente no horário da tarde, no qual tem menor fluxo de demanda espontânea e outros no horário da manhã com consulta de agendamento.

Embora a intervenção não tenha sido divulgada nas comunidades, os principais líderes da comunidade tiveram conhecimento dela.

5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Antes de começar o curso eu achei que não poderia fazer um trabalho com as características desse curso, a distância, e além disso trabalhar em um país com costumes diferentes. Mas eu fui muito bem acolhida pela equipe de saúde e por todos os profissionais que trabalham na UBS.

Com esse curso eu consegui ampliar os conhecimentos teórico e prático, já que ao longo de todo esse tempo tive que estudar e aprofundar mais com os temas de prática clínica e ampliar meus conhecimentos sobre o trabalho segundo os protocolos do Ministério de Saúde Brasileiro.

Devagar conseguimos a unidade da equipe, assim como definir as atribuições de cada profissional, aumentando o engajamento da equipe e melhorando o processo do trabalho. Devo dizer que no princípio foi bastante difícil, já que eles tinham seu jeito de trabalho, mas ao final melhorou a interação com a mesma.

Com o curso adquiri um maior conhecimento sobre a nossa área de abrangência, assim como dos usuários e suas condicionantes sociais, e da nossa população em geral. Foi realizado um estudo das principais características da comunidade, e da Unidade Básica de Saúde. A análise situacional ampliou a compreensão das necessidades da unidade de saúde e da população.

Considero que este curso tem sido muito importante para mim como profissional, já que ampliei meus conhecimentos graças à necessidade de me reciclar através dos TQC.

Devo dizer que esse curso cumpriu todas as minhas expectativas, e me sinto satisfeita com o trabalho realizado, e com os resultados obtidos, além de que consegui a participação de toda a equipe que passou a trabalhar com mais união e de forma mais integrada.

Por meio da intervenção foi possível interagir mais com a comunidade, com as famílias e com o indivíduo e oferecer, promoção e educação em saúde, assim como conhecer as preocupações, as necessidades mais sentidas da população com relação a essas doenças e outras originadas por complicações decorrentes como insuficiência renal crônica, cardiopatias.

Estou muito orgulhosa de ter feito esse curso e de ter tido a possibilidade de realizar a intervenção, no final tudo deu certo.

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**. Cadernos de Atenção Básica nº36. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 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**. Cadernos de Atenção Básica nº37. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.

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 Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B - Planilha de coleta de dados

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

Especialização em Saúde da Família - EaD

DMS  

Esta é a **PLANILHA DE COLETA DE DADOS PARA O PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS**, desenvolvida no âmbito do curso de Especialização em Saúde da Família da UFPEL - modalidade a distância.

Preparamos esta ferramenta para ajudar você a monitorar os resultados da sua **INTERVENÇÃO**, com base em seu projeto.

Em todas as planilhas você só precisa colocar seus dados nas células em **VERDE**.
Todos os indicadores e gráficos serão gerados automaticamente.
Leia atentamente a aba "Orientações".

Autores: Anacláudia Gastal Fassa | Luiz Augusto Facchini | Maria Elizabeth Gastal Fassa | Maria Aurora Chrestani Cesar | Sueli Manjourany Silva Duro | Elaine Tomasi | Michel Cerioli Giraldi

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

2013_08_15 Coleta de dados HAS e DM (Modo de Compatibilidade) - Excel

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

L14

Indicadores HAS e DM - Mês 1															
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está cadastrado no Programa HPERDIA?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hipertida ou da Família?	O paciente está com registro adequado na folha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em	O paciente realizou avaliação odontológica?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
25															
26															
27															
28															
29															
30															

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

PRONTO

18:52 09/01/2015

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

Eu, Denny Silva Céspedes, médica 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.

DENNY SILVA CÉSPEDES

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante