

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

Especialização em Saúde da Família

Modalidade à Distância

Turma 8



Trabalho de Conclusão de Curso

**Qualificação da Atenção dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes mellitus na UBS de Água Fria, Campo Maior / PI**

Yoannys Mendez Mendez

Pelotas, 2015

Yoannys Mendez Mendez

**Qualificação da Atenção dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes mellitus na UBS de Água Fria, Campo Maior / PI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade à Distância – UnaSUS/UFPel, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Mateus Casanova dos Santos

Pelotas, 2015

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

M538q Mendez, Yoannys Mendez

Qualificação da Atenção dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS de Água Fria, Campo Maior/PI / Yoannys Mendez Mendez; Mateus Casanova dos Santos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

89 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Santos, Mateus Casanova dos, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico esse Trabalho à minha família tão amada e que, ainda longe, estão sempre preocupados com meu desenvolvimento neste país com um idioma diferente, com uma realidade diferente a nossa. Também, especial carinho para meus filhos Samuell Mendez Moreno e Nayade Mendez Moreno e que Deus esteja sempre cuidando deles.

Agradecimentos

Agradeço a meu professor, o Doutor Mateus Casanova dos Santos, por ter me guiado e orientado durante todo este tempo.

Agradeço a equipe de trabalho da UBS, que me ajudou para que as ações fossem desenvolvidas satisfatoriamente.

A minha família que ainda na distância recebo o seu apoio incondicional nesta etapa da minha vida profissional.

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS de Água Fria	48
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS de Água Fria	49
Figura 3	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	50
Figura 4	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	51
Figura 5	Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo	52
Figura 6	Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo	53
Figura 7	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada	54
Figura 8	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada	55
Figura 9	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	56
Figura 10	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	57
Figura 11	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento	58
Figura 12	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento	59
Figura 13	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	60
Figura 14	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	61
Figura 15	Proporção de hipertensos como orientação nutricional sobre alimentação saudável	62
Figura 16	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal	63
Figura 17	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal	64

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
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

Resumo

MENDEZ, Yoannys Mendez. **Qualificação da Atenção dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus na UBS de Água Fria, Campo Maior/PI.** 87f. – Trabalho de conclusão de curso Programa de Pós-Graduação em Saúde de Família - Modalidade à Distância. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O presente trabalho de conclusão de curso caracteriza-se como a apresentação de uma intervenção em Atenção Primária à Saúde na UBS de Água Fria, Campo Maior/PI, Brasil. A intervenção se desenvolveu em dezesseis semanas e teve como objetivo melhorar a atenção aos adultos com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou *Diabetes Mellitus*, sob orientações das proposições do Ministério da Saúde, apoiados nos Protocolos oficiais e por meio do curso de especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas dentro dos eixos temáticos de qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e avaliação e organização da gestão do serviço. Tendo em conta que a Unidade de Saúde tinha muito tempo sem ter atendimento médico de forma regular, não há registros de atendimentos no Programa de hipertensos e/ou diabéticos. Por isso, não temos um reflexo qualitativo e quantitativo da cobertura de atendimento antes da intervenção. A cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde ao final da intervenção foi de 55,6% (115) e a cobertura do programa de atenção ao diabético atingiu 100% (63). Entre as atividades que foram desenvolvidas temos: estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática; cadastramento de todos os usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência; monitoramento da intervenção; entre outras. Estas atividades foram desenvolvidas satisfatoriamente ainda quando tivemos alguns problemas com os atendimentos odontológicos. Isto nos permitiu a melhora da qualidade dos atendimentos aos usuários da população alvo, assim como aumentou a acessibilidade da população aos serviços médicos, aumentaram os conhecimentos da importância de ter um estilo de vida saudável, de uma alimentação adequada, da prática de atividades físicas regularmente, da higiene bucal, de evitar os hábitos tóxicos. Além, foi o ponto de partida para desenvolver e melhorar nosso trabalho em programas da atenção primária como: saúde da mulher, saúde do idoso, saúde do homem, saúde da criança e saúde na escola.

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

SUMÁRIO

Apresentação.....	8
1 Análise Situacional.....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em 02 Out. 2014	9
1.2 Relatório da Análise Situacional em 31 Out. 2014.....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	19
2 Análise Estratégica.....	21
2.1 Justificativa.....	21
2.2 Objetivos e metas.....	23
2.2.1 Objetivo geral.....	23
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	23
2.3 Metodologia.....	25
2.3.1 Detalhamento das ações.....	26
2.3.2 Indicadores.....	34
2.3.3 Logística.....	40
2.3.4 Cronograma	42
3 Relatório da Intervenção.....	43
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	43
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	45
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	45
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	46
4 Avaliação da intervenção.....	47
4.1 Resultados.....	47
4.2 Discussão.....	66
5 Relatório da intervenção para gestores.....	69
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	73
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	76
Referências.....	78
Apêndices.....	79
Anexos.....	83

Apresentação

O presente volume apresenta 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 o relato da realização de uma intervenção voltado a qualificar a atenção aos Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS de Água Fria, Campo Maior / PI.

O texto está organizado em momentos dentro da sequência de trabalho proposta pelo Curso dentro das Unidades de Aprendizagem conforme demonstrado abaixo. A primeira parte traz a análise situacional produzida na Unidade 1. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica, traduzida no projeto de intervenção elaborado ao longo da Unidade 2. Na terceira parte traz o relatório da intervenção realizada durante 16 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. Ademais, há os relatórios aos gestores e à comunidade, assim como a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Ao término do 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 em 02 de Outubro de 2014

Trabalho no interior do município de Campo Maior, Piauí, Brasil, comunidade Tapera - Água Fria, caracterizada como a mais pobre do município. A UBS de Água Fria tem cinco anos funcionando e nunca teve atendimento médico regular. A UBS antes era uma escola, só tem sala de vacina, sala de procedimentos e sala de enfermagem. Nela, não tem banheiro nas consultas, a ventilação é ruim. **Possui um consultório odontológico.** O pessoal que trabalha no posto de saúde é: uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma técnica de farmácia, um médico, uma pessoa que faz o trabalho de limpeza, 5 agentes de saúde. Os usuários da nossa área de abrangência, em observação pessoal e cotidiana no serviço, têm predomínio na faixa etária dos idosos, nível escolar baixo, alto índice de doenças crônicas não-transmissíveis, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, asma bronquial.

A água de consumo é de poço, as ruas não são asfaltadas, tem muitas casas que não têm banheiros, há alta incidência de doenças parasitárias, desnutrição em crianças e elevado consumo de álcool. Não há no posto informação confiável da quantidade exata de usuários da nossa área de abrangência, por faixa etária, doenças crônicas. Existe pouca interação entre a equipe de saúde e a população. Observa-se muitos hábitos alimentares da comunidade inadequados, mau controle e seguimento das doenças crônicas.

Damos atendimento em algumas comunidades onde os locais não têm condições mínimas para examinar aos pacientes, para cuidar a intimidade dos pacientes. A equipe de saúde, em sua totalidade, precisa interatuar mais com a população com a comunidade, com o usuário não só no ambiente da consulta, também no ambiente da família, da casa, para definir os principais problemas que os

afetam e os fatores de risco, fatores predisponentes das doenças mais frequentes nessa comunidade.

A comunidade não tem espaços para se reunir e **praticar atividades físicas**, coisa muito importante para idosos pacientes com doenças crônicas e a população em geral. Temos problemas com a disponibilidade de medicamentos no posto de saúde para tratar doenças agudas na demanda espontânea e doenças crônicas não transmissíveis. A estrutura improvisada da UBS que é inadequada pela falta de alguns locais que são importantes para dar um atendimento de qualidade à população.

1.2 Relatório de Análise Situacional em 31 de Outubro de 2014

Campo Maior é um município brasileiro do estado do Piauí. Localiza-se à latitude 04°49'40" sul e à longitude 42°10'07" oeste, estando à altitude de 125 metros. Sua população estimada no ano de 2013 era de 45.180 habitantes. Possui uma área de 1.699,383 km². Tem 17 UBS tradicionais, tem um grupo NASF, um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), alguns especialistas, como cirurgia, ortopedia, pediatria, oftalmologia, ginecologia e obstetrícia, um hospital e boa disponibilidade para fazer exames complementares apoiados pelas clínicas privadas que têm convênios com o SUS.

Trabalho numa UBS rural, chamada UBS de Água Fria, no interior do município, sendo caracterizada como a comunidade mais pobre do Campo Maior. O vínculo com o SUS é favorável nas questões de marcação de consultas, de exames laboratoriais, atendimento dos especialistas, encaminhamento e internação hospitalar, campanhas de vacinação, o maior problema é o tempo que o paciente fica esperando uma consulta especializada depois da marcação das consultas, a disponibilidade de medicamentos tanto para doenças agudas como doenças crônicas não transmissíveis, problemas com a calibração das balanças da ESF, muito irregular a assistência do NASF à comunidade.

A ESF tem vínculos com as instituições de ensino da comunidade que conta com uma escola, onde se fazem atividades de educação para a saúde, palestras, vacinação pelos grupos etários, pesquisa de doenças como hanseníase e outras.

Nosso modelo de atenção é tradicional, em que damos atendimento à criança. Nas estimativas há 23 e no cadastro temos 13 menores de um ano. No pré-

natal, em estimativa, é 22 e no cadastro temos 10 gestantes. Na nossa área, idosos maiores de 60 anos na estimativa há 160 e cadastrados 160. Quanto aos hipertensos, em estimativa, é 302 e cadastrados é 175. Já, os diabéticos, em estimativa é 86 e cadastrados 63. Temos uma equipe de saúde composta por uma enfermeira, um médico da família, uma técnica em enfermagem, um dentista, um auxiliar em saúde bucal, cinco agentes de saúde.

A UBS de Tapera antes era uma escola, só tem sala de vacina, sala de procedimentos, sala de enfermagem, não tem banheiro nas consultas, a ventilação é ruim. **Possui um consultório odontológico**, tem um banheiro para os usuários fora do local, uma sala de espera, recepção e arquivos dos prontuários, a iluminação é deficiente, as paredes são lisas, laváveis.

O fato de que o local da UBS seja improvisado e de espaço reduzido vem acompanhado da falta de vários locais como sala para agentes comunitários, depósito para lixo, sanitário para deficientes, não tem sala de farmácia nem armazém de medicamentos, sala de reuniões. Isso não favorece uma atenção de ótima qualidade pelo fato de que temos que improvisar muitas vezes para fazer as atividades de educação, prevenção, promoção e até de atendimento aos usuários. Acho que as estratégias que poderão ser utilizadas para minimizar esses problemas ou deficiências solicitar ajuda na secretaria de saúde para melhorar as condições estruturais do posto, como iluminação, acondicionamento da cozinha, ventilação, aproveitar os espaços para as ações de educação, promoção, prevenção.

Percebo que o equipe tem vários problemas no processo de trabalho na comunidade, por exemplo, o cadastro da população da nossa área de abrangência não está cadastrada na sua totalidade, as ações de educação, promoção, prevenção são feitas de forma insuficiente, os agentes de saúde tem poucos conhecimentos de coisas que são básicas para eles pelo que seu trabalho não é feito com qualidade, são feitas poucas atividades de grupo, não se agendavam consultas para os diferentes grupos de risco, faixas etárias, doenças crônicas como HAS, Diabetes Mellitus, Asma, grupos como idosos, as grávidas só eram atendidas pela enfermeira, assim como as crianças. Não eram feitas muitas pesquisas para a busca ativa de doenças transmissíveis. O dentista não participa em atividades de grupo, de educação a população. As alternativas para o cumprimento das atribuições são: fazer reuniões periódicas para agendar as atividades tanto individuais como coletivas da equipe, Discussão no equipe de saúde sobre os principais problemas de

saúde de nossa comunidade, educar e ensinar aos agentes de saúde sobre medidas profiláticas para eles informar durante a interação com sua população, solicitar aos agentes de saúde o cadastro da população que eles representam, aumentar a interação da equipe com a comunidade, fazer palestras educativas no PBS, na comunidade, nas escolas, fazer atividades de promoção, prevenção e educação para a saúde individual e grupal na comunidade. Muitas de essas atividades que não eram feitas e que pouco a pouco temos implementado. Mas temos um problema que tem que ver com a assistência de membros da equipe como a enfermeira que trabalha só duas vezes por semana e a técnica de enfermagem vai sem uma regularidade exata. Isto atrapalha o bom funcionamento da unidade.

Na minha área adstrita temos 1505 habitantes. Pelo último cadastro feito pelas agentes de saúde, 770 masculino, 735 feminino. Acho que o número e tamanho da equipe de saúde na minha UBS é adequado para o tamanho da população de nossa área de abrangência tendo em conta que a demanda do atendimento é coberta sem dificuldade, fazendo-se ações de educação, promoção de saúde, prevenção de doenças e complicações a toda a população. A distribuição da população por idade e faixa etária não é exata com a média brasileira porque uma boa parte da população jovem emigra da zona e prevalece uma população envelhecida. Acho que temos que aumentar e diversificar as ações de educação, promoção, prevenção de doenças e agravos na comunidade. Essas atividades têm aumentado, mas acho que não são suficientes.

O excesso da demanda espontânea em nossa unidade de saúde é acolhido e atendido no momento que o paciente chega procurando o atendimento, sempre em ordem de prioridade por idade, tipo de doença ou agravo, sinais e sintomas dos usuários, avaliação de risco vulnerabilidade. O usuário é atendido, avaliado sempre fazendo uma mistura ou complementação do tratamento medicamentoso com o não medicamentoso. Sem afeitar o atendimento das consultas agendadas. O atendimento é feito pela equipe de saúde tudo. Os problemas de saúde que são agudos precisam sempre o atendimento imediato, para dar solução ou encaminhamento oportuno, evitando complicações dos agravos.

Vamos falar da Saúde da Criança. O total de crianças menores de um ano residentes na área e acompanhadas na UBS é 13 (57%), sendo que a estimativa do Caderno de Ações Programáticas é de 23 crianças no total. Nas crianças menores de um ano em acompanhamento, 100% têm consultas em dia de acordo com o

protocolo do Ministério da Saúde, teste do pezinho até sete dias, primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, triagem auditiva, monitoramento do crescimento na última consulta, monitoramento do desenvolvimento na última consulta, vacinas em dia, avaliação de saúde bucal, orientação para aleitamento materno exclusivo e nenhuma destas crianças tem atraso da consulta agendada em mais de sete dias. Porém, destas não houve orientação para prevenção de acidentes. As consultas são feitas de acordo a idade da criança e a presença ou não de alguma doença nela. Não temos atrasos nas consultas agendadas por mais de sete dias porque quando a mãe não leva a criança para consulta na data escolhida pelo médico ou pela enfermeira, se faz visita domiciliar buscando a causa da ausência. Também, aproveitamos para fazer atividade de educação na família falando da importância de assistir as consultas no momento em que são agendadas coincidente algumas vezes com o esquema de vacinação tão importante para as crianças das diferentes idades. O teste do pezinho é feito sempre no tempo certo nas casas por nossa técnica em enfermagem que é bem capacitada o que permite fazer sempre nos primeiros sete dias de nascido. Aproveitando fazemos a primeira consulta do recém-nascido a maioria das vezes nas casas, falamos da importância do aleitamento materno exclusivo até os primeiros 6 meses de vida, as vantagens para a puérpera e a criança, higiene pessoal e na casa, os sinais de alarma na criança, posição que deve dormir a criança, evitar fumar no ambiente onde fica, higiene das pessoas que estão em contato com a criança. Orientações para prevenção de acidentes. Nas consultas feitas preferentemente na UBS para fazer avaliação da curva de idade altura, peso idade, peso altura. Monitoramos o desenvolvimento psicomotor de acordo a idade, a vacinação. Aparição dos dentes e saúde bucal também pela idade. Percebo que para melhorar a qualidade do atendimento à criança e ampliar a cobertura do atendimento seria bom que um pediatra fizesse puericultura na UBS pelo menos uma vez por mês tendo em conta que minha UBS fica na zona rural e o acesso ao centro do município é difícil, e quando é referida uma criança para o pediatra às vezes tem que esperar até um mês ou mais para ser avaliado pelo especialista. Fazer mais atividades de grupo para a educação das grávidas, mulheres em idade fértil, puérperas e mães de crianças menores de um ano para evitar doenças respiratórias, digestivas, diarreicas, parasitárias, sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até os primeiros seis meses de vida da criança, esquema de para a alimentação a partir

dos sete meses, sinais de alarma nas crianças, vacinação, importância de assistir as consultas e outros temas. Aumentar as visitas domiciliares em famílias onde podem ter fatores de risco para a aparição de doenças nas crianças. É preciso que o dentista participe com em algumas atividades de educação feitas pela equipe de saúde isso para melhorar a saúde bucal e evitar doenças odontológicas.

Na UBS são feitas ações de educação, promoção de saúde, prevenção de agravos e complicações na atenção pré-natal, neste momento não temos doenças nem tivemos complicações associadas à gestação. Agora temos 9 gestantes de baixo risco, nenhuma de alto risco. Nós pesquisamos com a ajuda dos agentes de saúde as possíveis grávidas para a captação precoce da gravidez, prescrevemos exames complementares, fazemos busca dos possíveis riscos durante a gravidez assim como das doenças crônicas coexistentes, são avaliadas e encaminhadas no caso formar parte de uma gravidez de risco. São feitas visitas domiciliares para o controle do ambiente onde moram, incluindo a família nas ações educativas que são desenvolvidas como importância de assistir as consultas agendadas, da higiene pessoal e dos alimentos, dieta saudável, sinais de alarma que obrigam assistir a consulta com o médico ou a enfermeira, importância de fazer os exames laboratoriais, importância da participação do parceiro para ajudar neste processo que é a gravidez, do aleitamento materno após do parto até os seis meses. Também a equipe faz atendimento da demanda espontânea nas UBS. A atenção do pré-natal é feita segundo os protocolos do ministério de saúde, a qualidade das consultas e dos registros é boa, baseados em estudos científicos onde o maior peso legal e assistencial é do médico e da enfermeira. O planejamento e monitoramento das ações desenvolvidas são feitos nas reuniões feitas pela equipe de saúde nas reuniões mensais ou no momento que seja preciso.

Acho que um aspecto que devemos melhorar no processo de trabalho para uma maior qualidade e cobertura no atendimento do pré-natal é o cadastramento que deve ser feito nas mulheres com idade fértil que planejam engravidar para evitar captação tardia da gestação, temos que fazer mais atividades de educação nas usuárias com idade fértil que tem doenças crônicas não transmissíveis para chegar compensadas à gravidez, fazer mais visitas nas casas de gestantes e puérperas para educar a família e o parceiro da usuária da importância da ajuda deles neste processo, aumentar a interação da equipe de saúde com a população para ensinar o papel da família em conjunto para que as grávidas tenham uma gravidez e puerpério

saudável, com dieta adequada, pouco estresse, assistência consultas do pré-natal, alguns sinais de alarme.

Para a prevenção de câncer de colo de útero, o primeiro que é feito é o cadastramento das mulheres que se encontram na idade entre 25 e 64 anos de idade ou mulheres com fatores de risco associados de história familiar ou pessoal, se faz o exame de prevenção com a periodicidade orientada pelos protocolos do Ministério da Saúde, são feitas atividades de educação, promoção de estilos de vida saudável, dieta adequada, controle do peso corporal, evitar a fuma, o consumo de drogas, incentivar a prática de exercícios físicos, aproveitando os ambientes das consultas, das visitas nas casas. O total de mulheres entre 25 e 64 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero é 200 usuárias (55%). Os aspectos negativos que acontecem na realização destas ações são que muitas usuárias são convidadas para a participação nas atividades educativas não assistem, não fazem os exames de prevenção, não levam os exames para avaliação dos resultados, os exames feitos às vezes ficam mais de um mês para dar os resultados, outros têm que ser repetidos porque nunca aparece isso desestimula as usuárias para fazer o exame. Na análise situacional realizada, percebemos que os aspectos que poderiam ser melhorados para contribuir ampliar e melhorar a qualidade do controle do câncer de colo do útero são: fazer o cadastro da totalidade da população da área de abrangência e assim dos grupos etários que são importantes para fazer satisfatoriamente as atividades de educação, promoção, prevenção, tratamentos de agravos e acompanhamento das usuárias com diagnóstico confirmado. Promover o uso de preservativo, dieta saudável, manter o peso corporal adequado, não fumar, fazer exercícios físicos, ensinar sinais e sintomas de doenças sexualmente transmissíveis assim como o tratamento oportuno, sinais e sintomas do câncer de colo de útero, fazer o exame citopatológico com a periodicidade adequada em todas as usuárias que tenham relações sexuais ativas, com sintomas subjetivos, fazer atividades de educação, promoção nos cenários que ainda não foram feitos, fazer trabalho em equipe apoiados mais nos agentes de saúde que atendem as micro áreas e tem mais conhecimentos das suas particularidades, fazer o rastreamento oportunístico e organizado para incluir as usuárias que ainda não tenham sido cadastradas no programa. Organizar e atualizar os registros do programa, vacinação contra o vírus HPV em pacientes adolescentes que estão próximas a ter relações sexuais. Para o controle do câncer

de mama em conjunto com as ações feitas para a prevenção de câncer de colo de útero, fazemos o cadastramento das mulheres com idade entre 50 e 69 anos ou mulheres com fatores de risco pessoal ou familiar, assim como sinais ou sintomas de suspeita para a doença, ações de educação, promoção de estilos de vida saudável, alimentação saudável, controle do peso corporal, incentivar a prática de exercícios físicos, realização do auto-exame das mamas mensalmente, realizar a mamografia com a periodicidade adequada, evitar a fumaça, beber álcool, importância das consultas de controle e avaliação. O total de mulheres entre 50 e 69 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama é 80 (71%), sendo que 40 (50%) estão com a mamografia em dia, nenhuma com mamografia com mais de três meses em atraso, 68 (85%) com avaliação de risco para câncer de mama e 80 (100%) receberam orientação sobre prevenção do câncer de mama.

Temos problemas com a assistência das usuárias as consultas de avaliação, nos retornos após ser feitos os exames, o SUS não tem um controle dos resultados das mamografias porque são feitas nas clínicas privadas, muitas usuárias não assistem as atividades educativas que são feitas pela equipe de saúde. Temos problemas com o cadastramento das usuárias dessa faixa etária. Por isso a qualidade dos registros para esta doença é má ainda quando estamos organizando o trabalho para melhorar esses fatos que estão acontecendo pela falta de atendimento de forma periódica na nossa área.

Em nossa ESF a equipe faz ações de educação, promoção de hábitos de vida saudáveis, prevenção das doenças e complicações das mesmas também no caso da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e da Diabetes Mellitus (DM), agendam-se consultas segundo os protocolos do ministério de saúde, se faz palestras, visitas domiciliares. Nossa UBS não tinha atendimento de forma regular por médicos, o atendimento de enfermagem é feito só dois dias por semana, o atendimento do dentista é feito duas vezes na semana, não temos psicólogo em nossa equipe, nutricionistas, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) não dá atendimento com periodicidade na zona rural onde fica o posto de saúde, os exames complementares são prescritos aos pacientes e alguns deles não fazem, outros não voltam para avaliação dos exames feitos, as ações de educação, promoção e prevenção não é feita sempre por toda a equipe de saúde, isso resta qualidade nas atividades, a orientação nutricional para uma alimentação saudável e a importância de fazer exercícios físicos é maior porque são feitas nas consultas agendadas, nas

consultas de demanda espontânea que o médico aproveita para dar orientações aos pacientes com doenças crônicas, nas palestras, nas visitas domiciliares. O dentista não tem registros de atendimentos para usuários com HAS, não faz ações de educação prevenção e promoção em grupos de usuários, nem na comunidade, a qualidade dos registros não é boa pelo fato que temos dificuldades para dar o seguimento adequado aos usuários por questões deles e de nossa equipe. Ainda assim mantemos as atividades para melhorar e estruturar o controle das doenças. Neste contexto de análise situacional em que estamos, percebemos que para melhorar o controle de essas doenças ainda temos que atualizar o cadastro dos usuários, aproveitar todos os cenários possíveis para fazer ações de educação e promoção e prevenção em usuários com HAS e DM, outros que tem fatores de riscos, falando de hábitos alimentares saudáveis, pratica de exercícios físicos, evitar a ingestão de álcool, assistir as consultas programadas, evitar o consumo de drogas, efeitos negativos da fuma para a saúde, tomar o tratamento médico prescrito com a regularidade orientada, sinais e sintomas das complicações de órgãos- alvos, importância de fazer exames para avaliação periódica segundo protocolos, redução do peso corporal e manter IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m², solicitar o apoio do NASFI que ajuda a estratificação dos riscos cardiovasculares e como modificá-los, realizar mais atividades em grupos com HAS e diabetes mellitus, incorporar a equipe toda para as atividades educativas na comunidade.

A cobertura de saúde das pessoas idosas não é boa, temos um total de 235 usuários maiores de 60 anos, por acima da estimativa que é 160 pela quantidade de população da área de abrangência. Tendo em conta que um por cento considerável não tem: caderneta de saúde da pessoa idosa 37% alguns porque não tiveram nunca, Avaliação Multidimensional Rápida em dia com pouca qualidade 54% não têm feito, vários usuários que não têm feito acompanhamento em dia insuficiente só o 44%, com acompanhamento mais de três meses em atraso, não aparece em alguns registros data de agendamento da próxima consulta o que não deixa coletar essa informação, avaliação de risco para morbimortalidade, investigação de indicadores de fragilização na velhice tem vários idosos que não tem feitos, outros os têm feitos incompletos. A avaliação da saúde bucal é muito insuficiente, pouca quantidade de idosos na comunidade têm avaliação da saúde bucal. A orientação nutricional e orientação de fazer atividades físicas são dadas não só nas consultas de idosos, também nas visitas domiciliares, nas atividades de grupo de hipertensos,

diabéticos e outras doenças coexistentes, nas consultas por doenças agudas, isso ajudou a aumentar a cobertura destas ações. Para melhorar a atenção aos idosos precisamos: Explicar bem para os usuários a periodicidade das consultas pela idade e doenças coexistentes se tivesse alguma, assim como a data da próxima consulta para evitar os atrasos, sempre tendo em consideração as características de cada paciente em particular, como a capacidade de entendimento, capacidade para lembrar as informações dadas, perda ou diminuição das capacidades para ouvir, para falar, para entender, buscando métodos didáticos para ajudar eles ou buscando o apoio dos familiares. Solicitar á secretaria de saúde os protocolos de atendimento aos idosos, assim melhoramos a qualidades dos atendimentos, pelo fato que é uma faixa etária com particularidades que devem ser conhecidas e tratadas com muito cuidado para evitar provocar danos aos usuários por uma má conduta. Solicitar á secretaria de saúde o apoio do NASF para realizar as ações de: Promoção da saúde mental, Diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, Diagnóstico e tratamento do alcoolismo, Diagnóstico e tratamento da obesidade, Diagnóstico e tratamento do sedentarismo, Diagnóstico e tratamento do tabagismo. Essas atividades que são feitas também pela equipe da ESF, mas com apoio de psicólogo, psiquiatras, nutricionista, evitaríamos fazer alguns encaminhamentos que as vezes os usuários não procuram o atendimento, faríamos essas atividades com um rigor científico maior e mais qualificado, evitaríamos complicações nas áreas como psicologia e psiquiatria o que manteria uma qualidade de vida aceitável dos usuários. Melhorar a qualidade dos registros de atendimento dos idosos, com todas as informações que requerem e são obrigatórias num atendimento de qualidade, criar um arquivo dos atendimentos dos idosos, para ter um controle adequado do trabalho que tem que ser feito assim como a qualidade do mesmo, dar a totalidade dos maiores de 60 anos a caderneta de saúde dos idosos, melhorando o acesso as informações dos atendimentos individuais, ampliar os âmbitos e cenários das atividades de educação, promoção, prevenção com grupos de idosos, assim como dos incluir a participação de outros profissionais como educador físico, nutricionista, psicólogo, e psiquiatra convidando aos familiares para as atividades. Realizar relatórios com a avaliação e monitoramento das ações feitas com os idosos para ter o controle do que foi feito, da qualidade das atividades, do impacto das atividades, e que tem que ser feito ainda.

Temos que fazer ações de educação para a saúde bucal, tentar incluir os idosos nos atendimentos do dentista e registrar- os para o controle desses procedimentos, solicitar á secretaria de saúde uma maior quantidade de atendimentos do odontologista UBS.

1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório de Análise Situacional

Percebo que temos muitos desafios na UBS, começando por fazer o cadastro confiável da população da nossa área de abrangência, continuar com a organização dos agendamentos das consultas para os diferentes programas da atenção primaria como atenção a crianças, mulheres, idosos, atenção pré-natal, atenção das doenças crônicas não transmissíveis, programa de prevenção de câncer de mama e colo de útero, melhorar os sistemas de registros para ter o controle das ações feitas e seu impacto na comunidade, melhorar a participação ativa de todos os membros da equipe nas atividades de educação, promoção de saúde, prevenção de doenças e agravos, fazer as ações que tem que ver com saúde bucal na atenção primaria, na comunidade com as diferentes faixas etárias. O que mais me surpreendeu das informações do caderno de ações programáticas foi a pouca cobertura de atendimento que temos na UBS na maioria dos programas que foram avaliados acho que é justificável pelos problemas reiterados. Acho que no tempo que tenho trabalhando na UBS temos tido poucas mudanças ainda quando temos começado a organizar e fazer coisas que não tinham sido feitas pela falta de médico na área, como as atividades educativas, de promoção e prevenção, o acompanhamento de doenças nos domicílios, as palestras, os agendamentos de consultas. Mas ainda falta muito por fazer e faremos em equipe.

Nessa direção, penso que depois do trabalho que temos feito até agora, tem mudado algumas coisas, ainda sabendo que temos alguns problemas, algumas dificuldades que podem ser resolvidas. A estrutura do posto de saúde não mudou, mas a política de trabalho tem mudado muito e com ela acredito que os conhecimentos e algumas atitudes da população, isso graças à as atividades de educação, promoção, prevenção que temos feito ainda quando são insuficientes. Os agendamentos das consultas para grupos de idade, doenças crônicas não-transmissíveis, o programa de Hiperdia que não estava funcionando já está, os

hábitos alimentares de uma parte da população têm mudado e sabemos pelas avaliações feitas nas consultas, pelas perguntas que são feitas para eles, a interação entre a equipe de saúde e a comunidade tem melhorado, mas não significativamente. Dos problemas que ainda temos e que só mudaram para pior estão: a saúde bucal, aí vai os atendimentos, as atividades educativas, prevenção e promoção, a organização dos atendimentos para os programas como dos hipertensos e diabéticos, atenção às crianças, atendimento às grávidas, aos idosos, pelo fato que nos últimos meses não termos tido atendimento odontológico regular na UBS. Outra coisa é que os atendimentos de enfermagem são dois dias por semana mais como assistencial que para as atividades que são feitas na comunidade, sendo da mesma forma com a técnica de enfermagem. Isso não permite fazer trabalho em equipe, isso reflete na qualidade dos atendimentos, das atividades grupais, das atividades na comunidade.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos mais relevantes problemas de saúde pública do país, com prevalência entre 22,3% a 43,9%, com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos dependendo da população estudada, da região ou do critério diagnóstico utilizado. Segundo o Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (VIGITEL, 2011), a hipertensão arterial atinge 22,7% da população adulta brasileira.

A HAS é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento da aterosclerose, e ainda está associada a comprometimento renal e vascular periférico. A prevalência de HAS em crianças e adolescentes pode variar de 2% a 13%. Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que mais de 246 milhões de pessoas têm DM e este número será provavelmente maior que o dobro em 2030. O Brasil terá uma população de aproximadamente 11,3 milhões de diabéticos e esse aumento ocorrerá principalmente nas faixas etárias mais altas. Segundo o Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (VIGITEL) em 2011, o diabetes apresenta prevalência de 5,2% da população adulta brasileira. Globalmente, 4,6 milhões de mortes são atribuídas ao Diabetes; a cada sete segundos alguém morre devido a esta doença.

Trabalhamos no interior do município de Campo Maior, Piauí, Brasil, comunidade Tapera - Água Fria, caracterizada como a mais pobre do município. Temos uma equipe de saúde composta por uma enfermeira, um médico da família, uma técnica em enfermagem, um dentista, um auxiliar em saúde bucal, cinco agentes de saúde.

A UBS antes era uma escola, só tem sala de vacina, sala de procedimentos, sala de enfermagem, não tem banheiro nas consultas, a ventilação é ruim. Possui um consultório odontológico, tem um banheiro para os usuários fora do local, uma sala de espera, recepção e arquivos dos prontuários, a iluminação é deficiente, as paredes são lisas, laváveis.

A população da área adstrita a nossa UBS: temos um total de 1.505 usuários, 770 masculino, 735 feminino, 408 famílias cadastradas. Usuários com HAS 188, usuários com DM 50.

Quanto à hipertensão e ao diabetes temos um número elevado de usuários com essas doenças na comunidade que ainda não foram cadastrados e não estão recebendo um atendimento de qualidade nem com a periodicidade que precisam. Observamos que 64% dos hipertensos e 80 % dos diabéticos cadastrados têm feito estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, não temos um controle exato das consultas em dia do total de hipertensos e diabéticos da nossa área. Somente 64% dos hipertensos e 60% dos diabéticos têm feito os exames complementares periódicos em dia, 90% dos hipertensos e 68% dos diabéticos recebem orientações sobre a prática regular de atividades físicas, assim como as orientações nutricionais para uma alimentação saudável. Os hipertensos e os diabéticos não têm registros dos atendimentos odontológicos atualizados para saúde bucal. Os 60% dos diabéticos têm feitos exame dos pulsos tibial posterior e pediosos, assim como a medida da sensibilidade dos pés e exame físico dos pés.

Em certa medida, detêm-se grande prejuízo nos registros, ausência de monitoramento contínuo e regular e déficit da cobertura da população-alvo, o que orienta realizarmos esta intervenção. A qualidade da atenção à saúde desta população ainda não é ótima, mas se percebe bastante otimismo com a possibilidade da intervenção. Neste tempo que estamos trabalhando na comunidade junto ao Programa Mais Médicos, a equipe tem feito ações de educação, promoção de hábitos de vida saudáveis, prevenção das doenças e complicações das mesmas também no caso da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e da Diabetes Mellitus (DM), agendam-se consultas segundo os protocolos do Ministério de Saúde, se faz palestras, visitas domiciliares. O médico atende aos hipertensos e diabéticos em três turnos por semana. O dentista não tem registros de atendimentos para usuários com HAS, não faz ações de educação prevenção e promoção em grupos de usuários, nem na comunidade, a qualidade dos registros não é boa pelo fato que temos

dificuldades para dar o seguimento adequado aos usuários por questões deles e de nossa equipe. Ainda assim, mantemos as atividades para melhorar e estruturar o controle das doenças.

Neste contexto, percebemos que para melhorar o controle dessas doenças, entre várias ações possíveis, ainda temos que atualizar o cadastro dos usuários, aproveitar todos os cenários possíveis para fazer ações de educação e promoção e prevenção em usuários com HAS e DM. Outros que têm fatores de riscos, se podem desenvolver as orientações de hábitos alimentares saudáveis, práticas de exercícios físicos, evitem a ingestão de álcool, assistir as consultas programadas, evitar o consumo de drogas, efeitos negativos da fuma para a saúde, tomar o tratamento médico prescrito com a regularidade orientada, sinais e sintomas das complicações de órgãos- alvos, importância de fazer exames para avaliação periódica segundo protocolos, redução do peso corporal e manter IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m², solicitar o apoio do NASF que ajuda na estratificação dos riscos cardiovasculares e como modificá-los, realizar mais atividades em grupos com HAS e diabetes mellitus, incorporar a equipe toda para as atividades educativas na comunidade, para assim melhorar a qualidade dos atendimentos, evitando as complicações à longo prazo.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos hipertensos e dos diabéticos na UBS de Água Fria, Campo Maior, PI, Brasil.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Metas

1.1 Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

1.2 Cadastrar 100% 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 de atenção a hipertensos e/ou diabéticos:

Metas

2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

Metas

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

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

Objetivo 4: Melhorar registros das informações:

Metas

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

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

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

Metas

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

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:

Metas

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

O projeto de intervenção aos hipertensos e aos diabéticos envolverá a utilização dos protocolos do Ministério da Saúde referenciados, particularmente tendo a intensa colaboração dos Cadernos de Atenção Básica relacionados a HAS e a DM. São característicos protocolos organizados pelo Brasil que colaboram para uma prática em Atenção Primária à Saúde (APS) mais segura e baseada em evidências. A construção do projeto se deu a partir da Análise Situacional do curso, em que se pode conhecer melhor a realidade do serviço UBS de Água Fria e, assim, elencar prioridades e definir o foco da intervenção nesta interface em APS.

Utilizando como critério de seleção os hipertensos e os diabéticos pertencentes à área adstrita da UBS, realizamos reuniões o grupo de trabalho da equipe, fomentando a apropriação do conhecimento sobre as metas. Também, procuramos desenvolver planejamentos das ações e distribuição das atribuições dos diversos profissionais. É uma intervenção que está envolvendo duas enfermidades crônicas não-transmissíveis, que muitas vezes são juntas. Isto repercute no envolvimento da equipe para transpor as dificuldades e as exigências das metas aqui estipuladas.

As visitas domiciliares serão realizadas e registradas por meio das fichas-espelho individuais (Anexo A), incluindo as Cadernetas de Saúde (Anexo C), de forma a serem anexadas aos respectivos prontuários na UBS de Água Fria.

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na UBS Água Fria, no Município de Campo Maior, PI, Brasil. Participarão da intervenção os 188 usuários hipertensos e 50 diabéticos registrados na área de abrangência.

Conforme o decorrer dos atendimentos, as informações obtidas serão desenvolvidas na planilha de monitoramento do curso, em formato *Microsoft Excel*. Ela permite a organização de um registro mensal, com fomentação dos dados semanalmente, totalizando 16 semanas de intervenção junto ao curso, sempre com a perspectiva da continuidade da intervenção junto ao serviço. Ela é uma planilha automatizada e os registros são repetidos automaticamente a cada mês. Dessa forma, os dados já cadastrados, permitem uma efetiva análise e monitoramento da intervenção e da ação programática como um todo.

2.3.1 Detalhamento das Ações

A população da nossa área de abrangência é de 1.505 pessoas e temos nessa área cinco agentes de saúde. Assim sendo, durante quatro meses, há a perspectiva de ser suficiente para atualizar o cadastro.

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

METAS

Cadastrar 100% dos hipertensos e 100% de diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Monitoramento e avaliação:

Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. O médico será responsável pelo monitoramento da ação e a avaliação será feita por toda a equipe.

Organização e gestão do serviço

Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa. A equipe toda participará do registro. Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e diabéticos, já que o acolhimento atual é bem desenvolvido. Perceber 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, responsável a técnica de enfermagem. Farei uma reunião com a equipe de nossa ESF pedindo o apoio de cada um nesta tarefa, principalmente os agentes de saúde, que são os responsáveis das micro áreas e conhecem melhor a população da área adstrita a eles. Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos 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. Aproveitando os diferentes cenários como as consultas medindo a pressão arterial aos usuários maiores de 20 anos ou menores de essa idade com fatores de risco como a obesidade, realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, obesos, com antecedentes familiares de diabetes mellitus e outros fatores de risco, nas visitas domiciliares. As atividades feitas em grupos terão como responsáveis o médico e a enfermeira, assim como a assistente de enfermagem. Também estarei com os agentes uma tarde por semana para monitorar o trabalho e ajudar melhorar a qualidade do mesmo. Responsável o médico e a enfermeira.

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 20 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. Responsáveis: médico enfermeira e agentes de saúde.

Qualificação da prática clínica

Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos 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 diabéticos e hipertensos cadastrados na unidade de saúde, realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Responsável: médico.

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

METAS

Realizar 100% exame clínico apropriado, garantir a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular em 100% dos hipertensos e diabéticos. Responsável: médico e dentista.

Monitoramento e avaliação:

Monitorar a realização de exame clínico apropriado, exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde, dos pacientes hipertensos e diabéticos, o número de diabéticos e hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo MS 2013 adotado na unidade de saúde. Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular e Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica (Hiperdia), temos na UBS medicamentos suficientes e de qualidade para esta ação,

se não temos encaminhamos a farmácia popular. Responsáveis: médico e enfermeira.

Organização e gestão do serviço

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos, estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais. Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde. Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, alguns são realizado em tempo adequado, ao invés que outros demoram de mais. Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados garantir a solicitação dos exames complementares, realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde. Responsáveis: médico e enfermeira.

Engajamento público

Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Nas conversas no grupo são feitas de forma expositiva com recursos de multimídia apresentando imagens de lesões de pés diabéticos e outras imagens que os usuários enxergam e perguntam dúvidas. Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares, quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Nas consultas agendadas ou nas consultas de demanda imediata ou nas atividades de grupo que os usuários vão solicitar renovar as receitas, faremos a prescrição desses medicamentos para a farmácia popular. Responsáveis: médico, enfermeira e agentes de saúde.

Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado, seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares, orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão. Responsável: médico. Melhoraremos a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa acolhendo a comunidade, buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada. Responsáveis: agentes de saúde. Nas consultas feitas pelo médico e enfermeira, sejam agendadas, cuidado continuado ou demanda imediata faremos o interrogatório e exame físico aos usuários e também, durante as atividades de grupo, falaremos da importância de assistir as consultas médicas e com o dentista, da importância de fazer o exame odontológico. Pedindo apoio ao dentista para fazer as pesquisas nos usuários no ambiente das consultas onde tem mais condições para um exame físico de qualidade. Responsáveis: médico, enfermeira e dentista.

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

METAS

Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada. Responsáveis: agentes de saúde.

Monitoramento e avaliação

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia), um membro da equipe ficará responsável por o monitoramento. Temos só dois ACS. Então, a procura dos faltosos deverá ser feita também na UBS pela enfermeira, auxiliar de enfermagem, atendente de farmácia e o médico. Assim, será de utilidade o arquivo específico.

Organização e gestão do serviço

Organizar e planificar as visitas domiciliares para buscar os faltosos. A mesma poderá ser feita por qualquer dos integrantes da equipe, organizar a agenda

para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.
Responsável: enfermeira

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 diabéticos (se houver número excessivo de faltosos), esclarecer aos portadores de hipertensão e diabéticos e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, educamos nas consultas e nos grupos a este respeito. Começaremos a quantificar faltosos, pois não temos registro específico, o que reforço afirmar que não sabemos nada sobre os faltosos.
Responsáveis: médico e enfermeira.

Qualificação da prática clínica

Treinar os ACS para orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Responsável: enfermeira.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

METAS

Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, assim como registro adequado na ficha de acompanhamento. Responsável: médico.

Monitoramento e avaliação

Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde, o registro deverá ser feito com letra legível, contemplando sintomas, diagnóstico, solicitação resultado e interpretação de exames, tratamentos, encaminhamentos, renovação de receitas. Responsável: médico.

Organização e gestão do serviço

Manter as informações do SIAB atualizadas, implantar planilha/registo específico de acompanhamento, pactuar com a equipe o registro das informações, temos caderneta de acompanhamento desta ação que a técnica de enfermagem preenche com dados dos usuários, pero que agora deveremos dar continuidade na atualização de dados e colocaremos a data do agendamento da próxima consulta.

Responsáveis: médico e enfermeira. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença, o arquivo específico será de utilidade para este item. Responsáveis: médico e enfermeira.

Engajamento público

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

Qualificação da prática clínica

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

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

METAS

Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Responsáveis: médico e enfermeira.

Monitoramento e avaliação

Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, sendo que toda a equipe realizará o diagnóstico de risco em usuários em toda a UBS.

Organização e gestão do serviço

Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. Nossa agenda de trabalho prevê consultas agendadas regularmente e livre demanda para atenção destes usuários. Responsável: médico.

Engajamento público

Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular, esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação), nível de risco e à importância do acompanhamento regular. As orientações serão desenvolvidas coletivamente, por meio dos grupos operativos, e individualmente, por meio das consultas. Responsáveis: médico e enfermeira.

Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos-alvo, assim como a importância do registro desta avaliação, estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés. Os controles dos fatores de risco serão abordados mediante a promoção de hábitos saudáveis, atividade física, investigação por análises laboratoriais e tratamento. Responsável: médico.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

METAS

Garantir orientações: nutricional, sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos de tabagismo e higiene bucal a 100% dos hipertensos e diabéticos. Responsáveis: enfermeira e dentista.

Monitoramento e avaliação

Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista; orientação nutricional, atividade física, e riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos. Devemos guiar-nos pelos registros e arquivos específicos de diabéticos e hipertensos para monitorar e avaliar as consultas. Responsável: técnica de enfermagem.

Organização e gestão do serviço

Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção aos hipertensos e diabéticos, estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico. Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista, nutricionista, educadores físicos para estes usuários. Responsáveis: dentista.

Engajamento público

Buscar parcerias na comunidade, reforçando a interssetorialidade nas ações de promoção da saúde, mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista, médico e a equipe. Orientar hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, atividade física regular e tratamento para abandonar o tabagismo. Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso e práticas de alimentação saudável, sobre metodologias de educação em saúde, promoção da atividade física regular, tratamento de pacientes tabagistas. Responsáveis: médico, enfermeira e dentista.

Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe para avaliação e tratamento bucal, prevenção, alimentação saudável, atividade física regular, riscos do tabagismo. Responsáveis: dentista e enfermeira.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1: Cadastrar 100 dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

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

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

Meta 1.2: Cadastrar 100 dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular

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

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.3: Proporção de 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 6.4: 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 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus vamos adotar o Manual Técnico de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, 2012. Utilizaremos a ficha do usuário e a ficha espelho disponíveis no município. A ficha não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal dos usuários. Estimamos alcançar com a intervenção o 100% de hipertensos e diabéticos. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das fichas espelho necessárias e para imprimir as fichas complementares que serão anexadas às fichas-espelho. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisara o livro de registro identificando todos os hipertensos e diabéticos que vieram ao serviço para as consultas nos últimos três meses. Localizará os prontuários desses usuários e transcreverá todas as informações disponíveis para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas e exames laboratoriais em atraso.

A análise situacional e definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. Assim começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico de atenção à hipertensão arterial e diabetes mellitus para que toda a equipe utilize esta referência na atenção a esses usuários, esta capacitação ocorrera na mesma UBS, no horário utilizado para a reunião da equipe.

O acolhimento dos hipertensos e diabéticos será feito pela técnica de enfermagem, usuários maiores de **20** anos ou com fatores de risco serão atendidos no mesmo turno para aumentar o cadastro de forma ativa dos hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência. Hipertensos e diabéticos com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno para aproveitar e fazer as consultas e pesquisas dos faltosos e tratar a intercorrências e assim evitar possíveis complicações. Os usuários que vierem para as consultas de rotina terão prioridade no agendamento. Os hipertensos e diabéticos sairão das consultas com o agendamento da próxima consulta. As intercorrências agudas serão atendidas no

mesmo dia sem alterar os agendamentos previstos. Para agendas os hipertensos e diabéticos da busca ativa serão reservadas 20 consultas por semana.

Faremos contato com a associação de moradores e representantes da comunidade e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização das consultas aos hipertensos e diabéticos. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de hipertensos e diabéticos e estimular a assistência de aqueles que não foram as consultas agendadas e esclarecer sobre a necessidade de priorização do atendimento de este grupo da população.

Semanalmente a enfermeira examinará as fichas espelho dos hipertensos e diabéticos que têm consultas, exames clínicos e laboratoriais em atraso. O agente comunitário de saúde fará busca ativa dos hipertensos e diabéticos em atraso, estima-se cinco por semana e vinte por mês.

Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

Estimamos que sejam realizadas duas ações por semana. E o trabalho será monitorado durante dois dias de cada semana.

Faremos atividades coletivas em ambientes como escolas, igrejas e na UBS nas datas previstas no cronograma da intervenção.

3 Relatório da intervenção

A intervenção que visou qualificar a atenção aos hipertensos e/ou diabéticos na UBS de Água Fria, Campo Maior, Piauí, Brasil aconteceu entre os meses de janeiro e maio do ano de 2015. A intervenção teve início no dia 02 de fevereiro de 2015 e o quarto mês finalizando em 24 de maio de 2015. O projeto de intervenção foi organizado para a intervenção ser realizada em 16 semanas. Sendo executada no período previsto, considerando o apoio em equipe do grupo de trabalho da Unidade de Saúde.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

O trabalho foi desenvolvido conjuntamente com a equipe durante o período da intervenção, inclusive durante o meu período de férias. Até a semana nove da intervenção, antes do período das férias, fizemos 130 consultas de atendimentos aos hipertensos e aos diabéticos, 108 consultas de cuidado continuado e 22 consultas agendadas para avaliação dos exames que foram orientados nas consultas. Também, nestas nove semanas foi realizado o cadastramento da população-alvo da intervenção, a capacitação da equipe foi realizada com sucesso o tempo previsto. Assim, cumprimos com todas as ações planejadas no cronograma.

Porém, temos tido dificuldades em algumas ações, tais como a busca ativa dos faltosos às consultas agendadas pelo fato que alguns usuários se negarem a assistir, referindo, em muitas vezes, a falta de medicamentos do Hiperdia. As visitas domiciliares foram realizadas aos usuários da população alvo que são acamados ou idosos que moram longe dos postos de saúde. As atividades coletivas das semanas 3 e 7 foram realizadas sem problemas, trazendo um intercâmbio favorável e rico em informações entre a equipe da UBS e a população-alvo. Os problemas ou queixas

mais frequentes que eles mencionaram foram: as dificuldades que tem para marcar as consultas com especialistas, agendar para fazer os exames laboratoriais, dificuldades para receber atendimentos de odontologia, a falta de medicamentos para o tratamento da HAS e DM na ESF onde recebem gratuitamente, isto pelo fato que muitos deles, às vezes, não têm recursos financeiros para ir buscar na farmácia popular pela distância tão grande e da dificuldade com o transporte.

Os maiores problemas desde o meu ponto de vista que temos enfrentado até este momento são: a não participação da totalidade da equipe nas atividades coletivas, sendo o médico e a assistente de enfermagem os que têm desempenhado as mesmas; a não participação ativa do dentista e seu assistente em nenhuma atividade feita até o momento. Observou-se que uma grande quantidade da população-alvo nunca teve atendimento odontológico e a capacidade de atendimento odontológico na nossa UBS é muito reduzida e não são priorizados os hipertensos e/ou os diabéticos. Além disto, foi identificada muita dificuldade para a marcação de consultas com especialistas e exames laboratoriais. Durante o andamento da intervenção, procurou-se dialogar abertamente com a equipe de odontologia para buscar uma alternativa aos problemas e nunca recebi ajuda deles, acontecendo a mesma repercussão quando solicitei apoio na Secretaria de Saúde do município.

Ainda assim, com todos esses problemas, a intervenção foi feita e com boa qualidade, comprovando-se que os usuários estão captando as informações sobre a importância de uma alimentação saudável, da prática de atividades físicas de forma regular, evitar hábitos tóxicos como o consumo de drogas, álcool e o tabagismo.

Antes de sair de férias a equipe reuniu-se para organizar como ia ser o trabalho da intervenção na minha ausência e foi todo bem organizado e planejado para continuar normalmente com a realização das atividades pelo cronograma.

Quanto às atividades correspondentes entre as semanas 10 e 16, período de férias e após o retorno das férias, observou-se que só foi feito atendimento clínico aos usuários e uma atividade coletiva. Nisto, os atendimentos foram feitos pela enfermeira e na atividade coletiva participaram os ACS, a enfermeira e a assistente de enfermagem. A quantidade total de atendimentos nesse período foi de 47 atendimentos aos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. O não cumprimento da realização das restantes atividades justifica-se porque não foi médico algum trabalhar na UBS durante a minha ausência das férias. A enfermeira

trabalhava só duas vezes por semana e tinha que fazer os atendimentos dos outros programas da atenção primária. Somando a isto, a enfermeira teve problemas de saúde que provocou que ela não trabalhasse durante uma semana. Todos estes elementos dificultaram a realização das atividades de forma efetiva e como rotina do Serviço. Neste período, as principais dificuldades que encontramos durante a coleta de dados foram principalmente: a não coincidência dos dados dos ACS com os reais, muitas pessoas da comunidade que não estavam cadastradas no programa de Hiperdia e que estavam recebendo tratamento para as doenças, pessoas que moravam em zonas de difícil acesso e que nunca tinham sido visitadas, que seus nomes não estavam registrados. Ainda quando não fizemos o atendimento dos 100% da população-alvo e mediante a busca passiva e ativa deles, encontramos quase o dobro de diabéticos dos que estavam registrados no cadastro inicial, o que repercutiu na necessidade de aperfeiçoamento dos registros da ação programática em vias de implementação na UBS.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações que foram planejadas durante a intervenção foram desenvolvidas, ainda quando não foram cumpridos 100% dos usuários em acompanhamento como tínhamos previsto.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

As principais dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados foram, principalmente, a não coincidência do cadastro que foi dado pelos ACS e a da realidade, sendo que muitos usuários que não assistiram as consultas planejadas durante o tempo da intervenção. Eles referiram várias causas, como inexistência de medicamentos para receber na ESF e o fato de ficar fora do trabalho durante um mês por estar de férias. Durante minhas férias não foi trabalhar nenhum médico na minha área para dar continuidade às avaliações clínicas feitas pelo profissional médico. Durante minhas férias houve atividades que não foram desenvolvidas por completo pela equipe pelo fato da enfermeira ter que fazer os atendimentos clínicos, se envolvendo em outros papéis que não foram programados na logística do projeto

de intervenção. Tudo isto atrapalhou para obter os resultados esperados para o fechamento das planilhas de coleta de dados e os cálculos dos indicadores.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A incorporação das ações previstas na intervenção na rotina do Serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina mesmo com a finalização do curso tem tido uma grande importância e um grande impacto na mudança dos estilos de vida dos usuários da população alvo da intervenção assim como no controle adequado das doenças e a prevenção das complicações em longo prazo. Com as atividades tanto individuais como coletivas que foram desenvolvidas na ESF e na comunidade, observamos que os conhecimentos aumentaram de forma muito positiva nos usuários, modificando o estado de saúde de muitos deles, que foram necessárias mudanças nos tratamentos medicamentosos e do estilo de vida. Melhorou-se o cadastro de todos os usuários da população-alvo, tendo como exemplo que a quantidade de diabéticos foi quase o dobro da que tínhamos no início da intervenção.

A prática de atividades físicas e sua importância para a saúde foi qualificada aproveitando a zona para fazer caminhadas de forma regular, o conhecimento sobre o uso de plantas medicinais para melhorar o controle das doenças, da importância de uma alimentação saudável, a importância de assistir as consultas de controle estabelecidas pelo protocolo para evitar ou diagnosticar precocemente as complicações secundárias as doenças de base e manter um controle adequado das doenças. As mudanças favoráveis foram comprovadas ao longo da intervenção, notando-se como os conhecimentos dos usuários da população-alvo e parte da família aumentaram, assim como o estado da doença, chegando até a normalização dos parâmetros vitais de muitos deles, assim como a intervenção sobre os fatores de risco detectados nas avaliações clínicas e dos parâmetros laboratoriais. Foi o início de um trabalho que será continuado na rotina diária da Unidade de Saúde.

4 Avaliação da Intervenção

A avaliação da intervenção está presente na Unidade 4 do Curso e contribuiu para desenvolver aspectos pertinentes da Atenção Básica contextualizada na intervenção e os enfrentamentos oportunizados durante a execução das atividades nas dezesseis semanas de intervenção, considerando as especificidades da Turma 8 e do acompanhamento do Programa Mais Médicos.

4.1 Resultados

A nossa intervenção em Atenção Primária à Saúde visou à qualificação da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos na UBS de Água Fria, Campo Maior, PI e aconteceu entre os meses de janeiro e maio do ano de 2015.

As estimativas do VIGITEL (2013) indicam a população estimada de hipertensos com 20 anos ou mais (22,7% da população) de 207 e a população de usuários diabéticos (5,6% da população), de 51usuários. Contudo, para a análise dos resultados, utilizamos como denominadores conhecidos da população cadastrada na unidade que, no caso da DM foi atualizado ao final da intervenção por ultrapassar o número estimado. Sendo assim, na área adstrita da UBS existem 175 usuários com HAS e 63 usuários com DM, de todos, receberam atendimentos 115 hipertensos (65,71%) e 63 diabéticos (100%).

Graças à busca ativa feita pelos ACS, a equipe nas visitas domiciliares e pelas pesquisas feitas com os exames laboratoriais, diagnosticamos aumento da quantidade de diabéticos que tínhamos inicialmente no cadastro do acompanhamento de hipertensos e diabéticos do Serviço, conhecido como Hiperdia.

Objetivo

Ampliar a cobertura de atenção a hipertensos

Meta

Ampliar a cobertura de atenção a 100% de hipertensos

Indicador

Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS de Água Fria

Assim, com o indicador Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde, conforme a Figura 1, obteve-se no mês 1 da intervenção 28% (49), no mês 2 35,4% (62), no mês 3 51,4% (90) e no mês 4 65,7% (115).

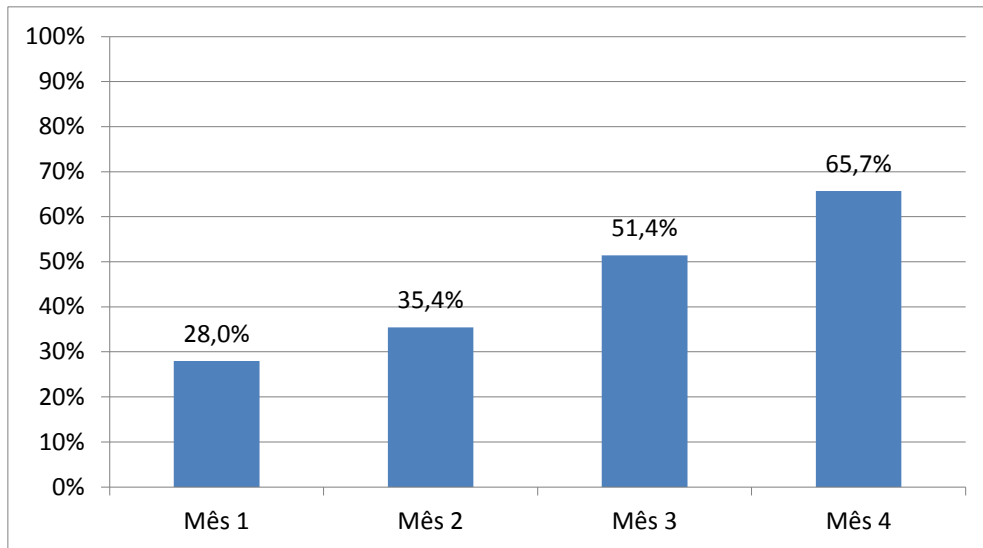


Figura 1- Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS de Água Fria

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015

Durante a intervenção podemos ver que os atendimentos foram feitos em ordem crescente com o passo das semanas graças ao apoio de uma boa parte da nossa equipe. Este fato foi muito favorável para a modificação da realidade negativa que tinha nossa comunidade em quanto à cobertura dos atendimentos. Isto tem permitido que nossos usuários com HAS e DM tenham agora um melhor controle da doença, assim como dos parâmetros que definem a qualidade de vida deles, evitando assim complicações a curto prazo das doenças.

Objetivo

Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

METAS

Ampliar a cobertura de atenção a 100% dos diabéticos

Indicador

Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS de Água Fria

O indicador de cobertura do programa de atenção ao diabético, conforme a Figura 2, no mês 1 desenvolveu-se 22,2% (14), no mês 2 82,5% (52), no mês 3 96,8% (61) e no mês 4 100% (63). Este resultado evidencia que cumprimos com a meta de aumentar a cobertura a 100% dos diabéticos na nossa área de abrangência. Um resultado muito favorável, tendo em vista que durante a busca ativa e passiva que foi realizada pela equipe, percebemos que tínhamos uma quantidade considerável que nem estava registrada como diabéticos aumentando quase o dobro de diabéticos que tínhamos ao início da intervenção.

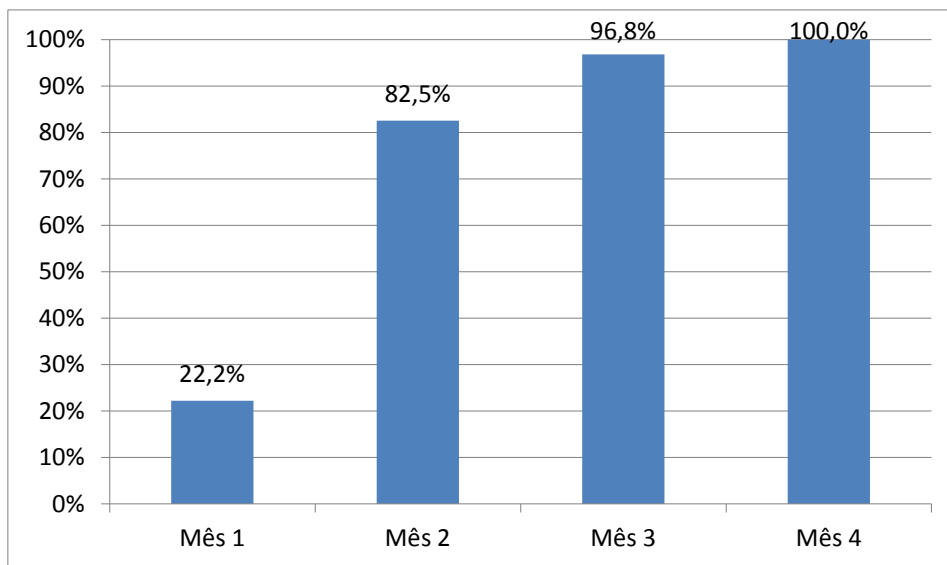


Figura 2- Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS de Água Fria

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015

Os resultados do objetivo específico conhecido como Melhorar a qualidade de atenção a hipertensos e/ou diabéticos são apresentados como forma de desenvolver o começo da interface dos indicadores de qualidade da intervenção. Assim, destaca-se que as metas relativas ao objetivo de qualidade foram estipuladas em 100%.

Objetivo

Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

METAS

Realizar 100% exame clínico apropriado aos hipertensos

Indicador

Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Conforme ilustra a Figura 3, no mês 1 obteve-se 69,4% (34), no mês 2 83,9% (52), no mês 3 78,9% (71) e no mês 4 75,7% (87). Durante a intervenção este indicador teve flutuações, ainda assim o resultado foi favorável e isto permite ter uma avaliação mais completa do estado de saúde dos usuários da população-alvo, detectando alguns fatores de risco cardiovascular e ou mesmo detectar algumas complicações sobre a incidência das doenças sobre órgãos alvo. E tratar precocemente, melhorando a qualidade de vida dos usuários. Não se conseguiu realizar nos 100% dos usuários pelo fato de que muitas vezes fizemos os atendimentos em locais adaptados sem a mínima condição para realizar um exame clínico de qualidade, por falta de iluminação, ventilação, privacidade.

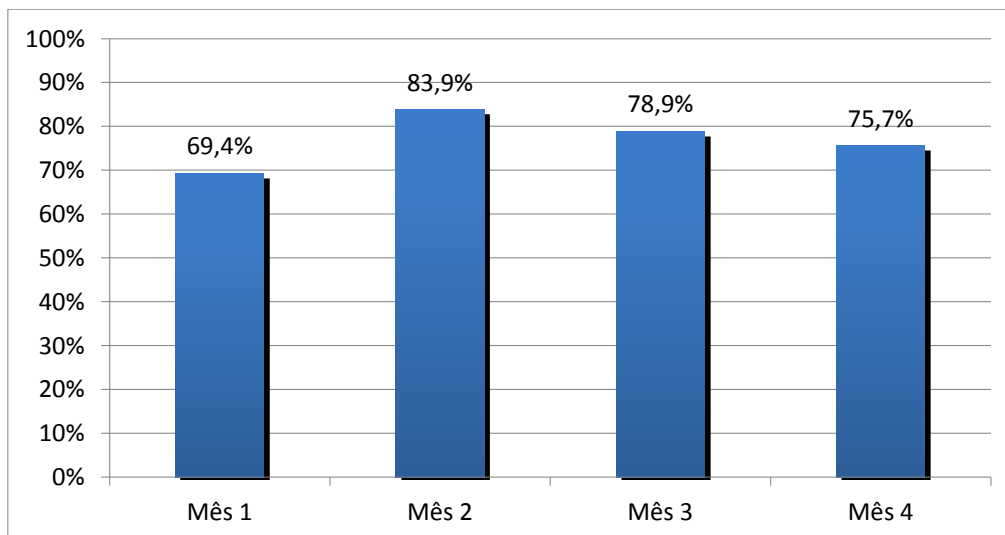


Figura 3 – Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015

Objetivo

Melhorar a qualidade da atenção a diabéticos

METAS

Realizar 100% exame clínico apropriado aos diabéticos

Indicador

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

Observou-se, em acordo com a Figura 4, que no mês 1, obteve-se 85,7% (12), no mês 2 90,4% (47), no mês 3 88,5% (54) e no mês 4 88,9% (56). No final da intervenção podemos perceber que este indicador teve um resultado favorável na detecção dos diferentes fatores de risco modificáveis e não modificáveis na população alvo, atuando de forma rápida e eficiente nos mesmos, assim como nas possíveis complicações sobre órgãos alvo, percebendo diferentes sinais e sintomas que me orientem às diferentes anormalidades. Melhorando assim a qualidade de vida dos usuários e das usuárias. Também, não se conseguiu realizar nos 100% dos usuários pelo fato de que muitas vezes fizemos os atendimentos em locais adaptados sem a mínima condição para realizar um exame clínico de qualidade, por falta de iluminação, ventilação, privacidade.

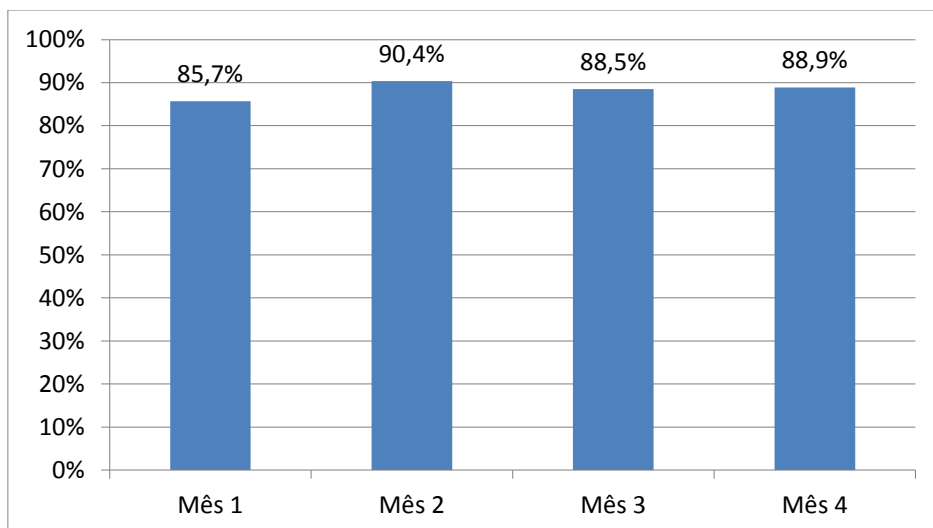


Figura 4 – Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015

Objetivo

Melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos

Meta

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

Indicador

Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Na Figura 5 referente à proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, no primeiro mês obteve-se 61,2% (30), no segundo mês 64,5% (40), no terceiro mês 60% (54) e no quarto mês 55,7% (64). Ainda que os resultados deste indicador estejam abaixo dos anteriores, observamos serem favoráveis os resultados obtidos, pois isto nos permitiu detectar fatores de risco e sinais de dano a órgãos alvo numa boa parte da população alvo. O fato de não ter atingido 100% como tinha sido proposto nos obriga a continuar com as atividades da intervenção de forma contínua.

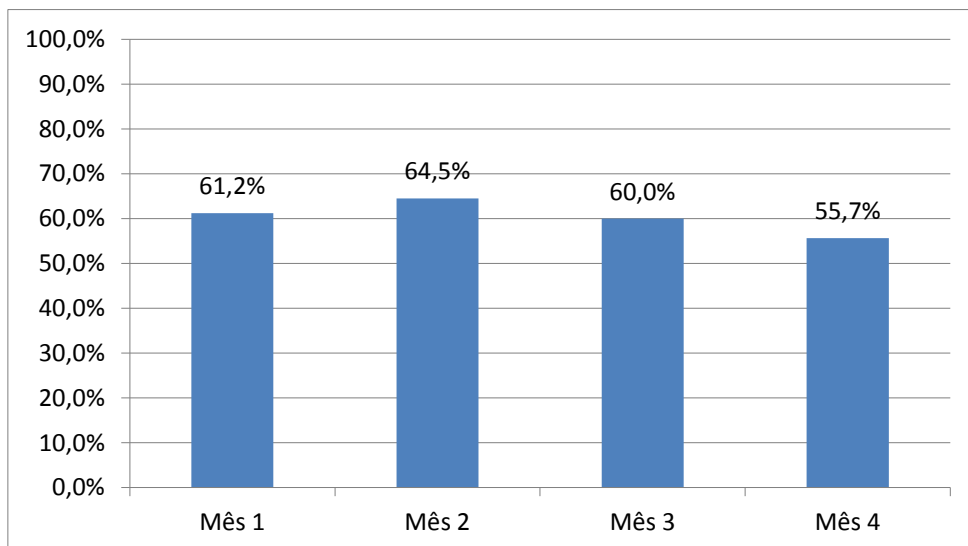


Figura 5 – Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015

O que mais dificultou para a realização dos exames, foi a questão do problema da economia em muitos usuários, que referiam não ter como pagar a viagem até a cidade e também a dificuldade na marcação dos exames pelo SUS.

Objetivo

Melhorar a qualidade da atenção aos diabéticos

Meta

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

Indicador

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

Na Figura 6, com o indicador de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, observou-se, respectivamente nos meses 1, 2, 3 e 4, 71,4% (10), 92,3% (48), 86,9% (53) e 84,1% (53). Esta meta não foi cumprida em 100% como tínhamos planejado por fatores alheios a nossa equipe, fatores econômicos dos usuários, demoras para marcar os exames, a distância e as dificuldades para se transportar até a cidade foram os mais frequentes referidos pelos usuários. Ainda assim, percebemos que os resultados foram favoráveis e obriga-nos a continuar com as atividades até garantir os exames em 100% dos diabéticos de nossa área de abrangência.

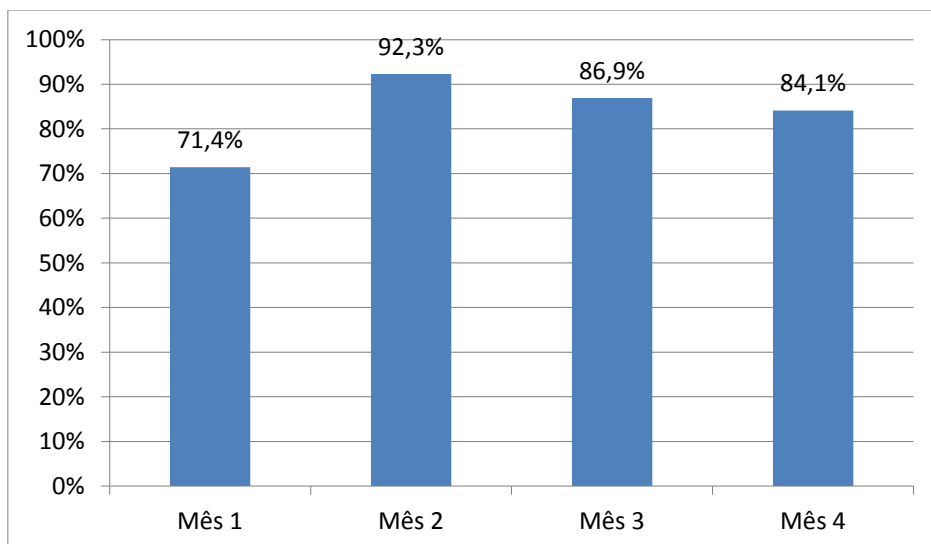


Figura 6 – Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015

Objetivo

Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Metas

Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos na unidade de saúde

Indicador

Proporção de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Como se mostra nas Figuras 7 e 8, percebemos que nos usuários hipertensos, respectivamente nos meses 1, 2, 3 e 4 obteve-se 98% (48), 77,4% (48), 84,4% (76) e 87,8% (101). Em relação aos usuários e/ou usuárias diabéticas, atingiu-se 100% (14) no mês 1, sucedendo-se 37,3% (19) no mês 2, 46,7% (28) no mês 3 e 48,4% (30) no mês 4.

O que dificultou a prescrição dos 100% dos usuários foi a negativa deles mesmos, referendo que pela idade de muitos lhes resultava difícil se transportar todo mês para receber pessoalmente os medicamentos na Farmácia Popular, pelo distante que fica a cidade.

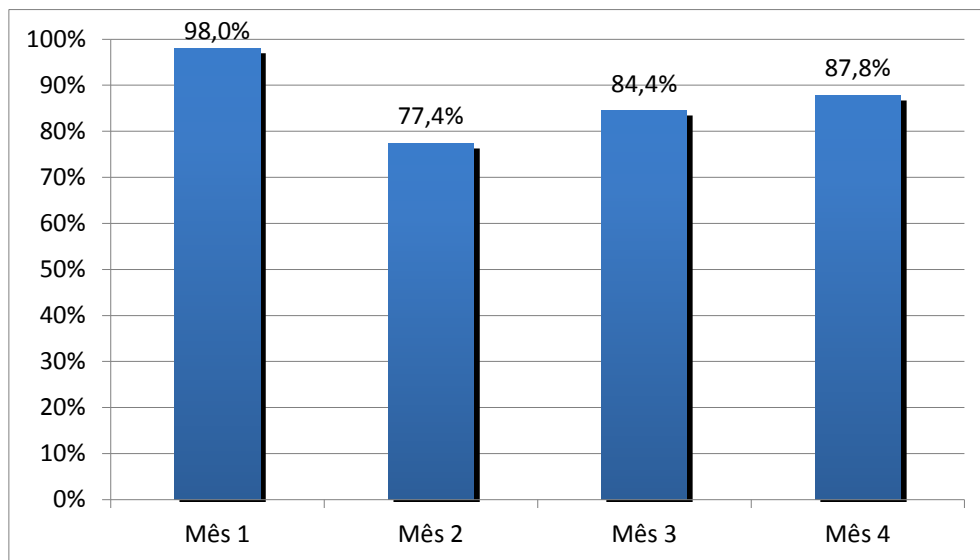


Figura 7 – Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015

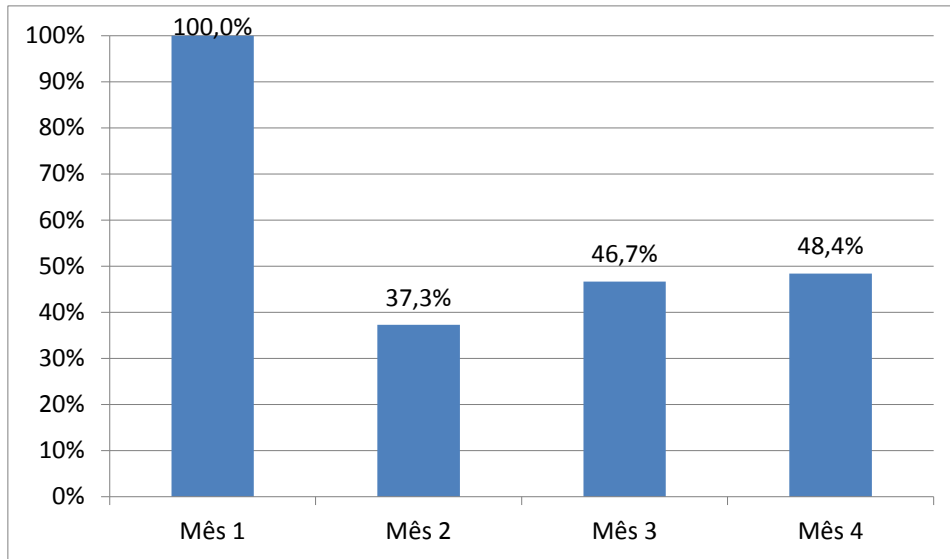


Figura 8 – Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015

Objetivo

Melhorar a qualidade de atenção a hipertensos e/ou diabéticos:

Meta

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

Indicador

Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Conforme a Figura 9, no mês 1 desenvolveu-se 2% (01), no mês 2 12,9% (08), no mês 3 17,8% (16) e no mês 4 18,3% (21). A meta deste indicador não foi cumprida. Assim, se percebeu que foi o pior resultado de todos na nossa intervenção, tendo em consideração que na nossa ESF a cobertura para os atendimentos de odontologia à população-alvo era muito pouca pelo fato que a equipe de odontologia priorizava as crianças e as gestantes. Eles não participaram nas atividades coletivas que foram desenvolvidas. Os atendimentos do dentista na ESF eram feitos só duas vezes por semana e ainda pedindo a sua cooperação nas reuniões da equipe. Enfim, recebemos pouco apoio, o que não impede que sigamos insistindo com a esta perspectiva de atenção odontológica nesta ação programática.

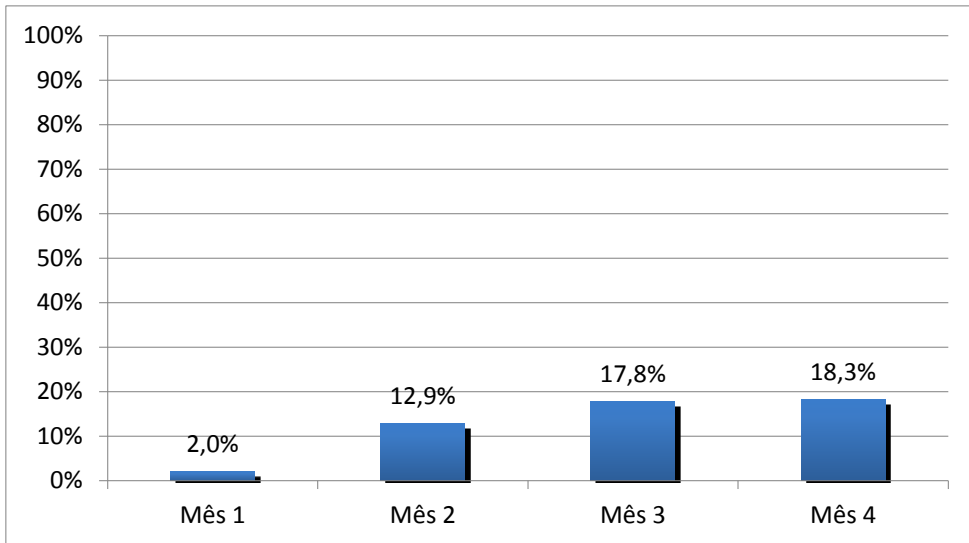


Figura 9 – Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015

Objetivo

Melhorar a qualidade de atenção a hipertensos e/ou diabéticos:

Meta

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

Indicador

Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Consolidou-se no mês 1 em 7,1% (01), no mês 2 7,7% (04), no mês 3 9,8% (06) e no mês 4 9,5% (06), como destaca a Figura 10. Também, como no caso dos hipertensos, aconteceu o mesmo problema como os diabéticos, em que recebemos pouco apoio da equipe de odontologia, o que não permitiu o cumprimento desta meta, tendo resultados muito desfavoráveis na intervenção.

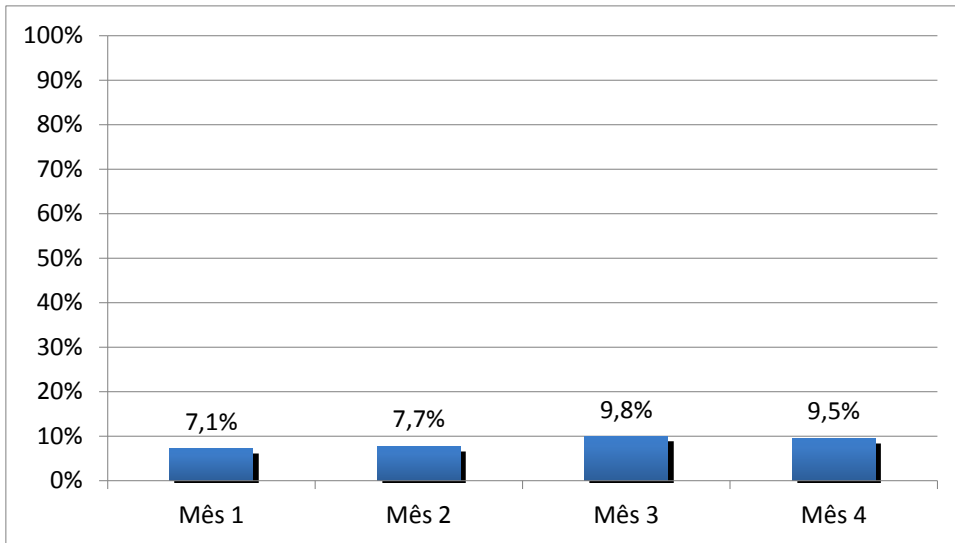


Figura 10 – Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015

Objetivo

Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Metas

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

Indicador

Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa,

Observou-se 100% nos quatro meses da intervenção, consolidando-se, respectivamente nos meses 1, 2, 3 e 4 o acompanhamento de 6, 9, 17 e 21 usuários. A busca ativa aos faltosos às consultas foi feita de forma contínua, com grade protagonismo dos ACS e apoio da outra parte da equipe durante as visitas domiciliares, o que permitiu ter os resultados favoráveis neste indicador. Com o indicador de proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa, obteve-se 100% nos quatro meses de intervenção, sendo, respectivamente nos meses 1, 2, 3 e 4 os resultados de 2, 3, 7 e 7 usuários. Graças à busca ativa de forma contínua e sistematizada durante o período da intervenção de toda a equipe, conseguimos ter o resultado esperado.

Objetivo**Melhorar registros das informações****Meta**

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

Indicador

Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Teve um acompanhamento regular, rumo à meta, como mostra a Figura 11. No mês 1 obteve-se 91,8% (45), no mês 2 95,2% (59), no mês 3 95,6% (86) e no mês 4 96,5% (111). Ainda quando não foi atingido 100% do indicador, os resultados foram favoráveis. Contudo, percebemos que manter a implementação das atividades na rotina de trabalho da UBS vai permitir o cumprimento desta meta em um curto prazo.

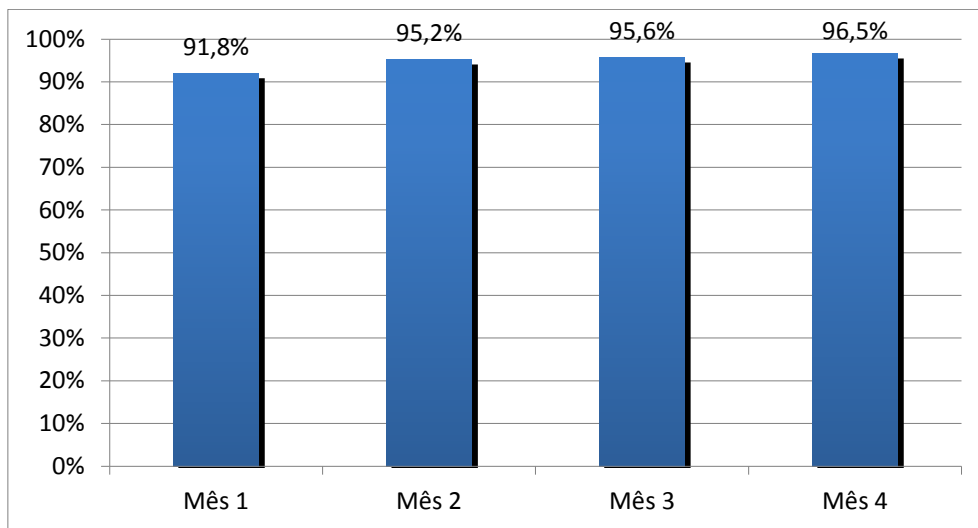


Figura 11 – Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015

Objetivo

Melhorar registros das informações

Meta

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

Indicador

Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Conseguiu-se, como indica a Figura 12, no mês 1 100% (14), no mês 2 100% (52), no mês 3 98,4% (60) e no mês 4 98,4% (62). Não foi atingido 100% neste indicador, mas o resultado final foi muito favorável. Isto vai permitir dar um atendimento adequado em tempo e na forma segundo estabelecem os protocolos de atendimento do Ministério da Saúde em diálogo com o Hiperdia.

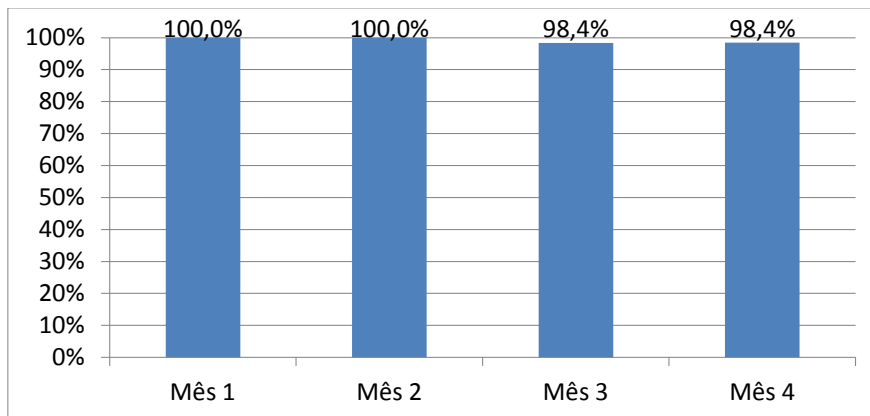


Figura 12 – Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015

Objetivo

Mapeamento de hipertensos em risco para doença cardiovascular

Meta

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

Indicador

Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Desenvolveu-se, como destaca a Figura 13, no mês 1 71,4% (35), no mês 2 91,9% (57), no mês 3 84,4% (76) e no mês 4 80% (92). Não atingimos a meta, mas o

resultado foi positivo e terá continuidade no trabalho do dia a dia nas atividades de atendimentos, na incorporação da intervenção como rotina do trabalho na UBS.

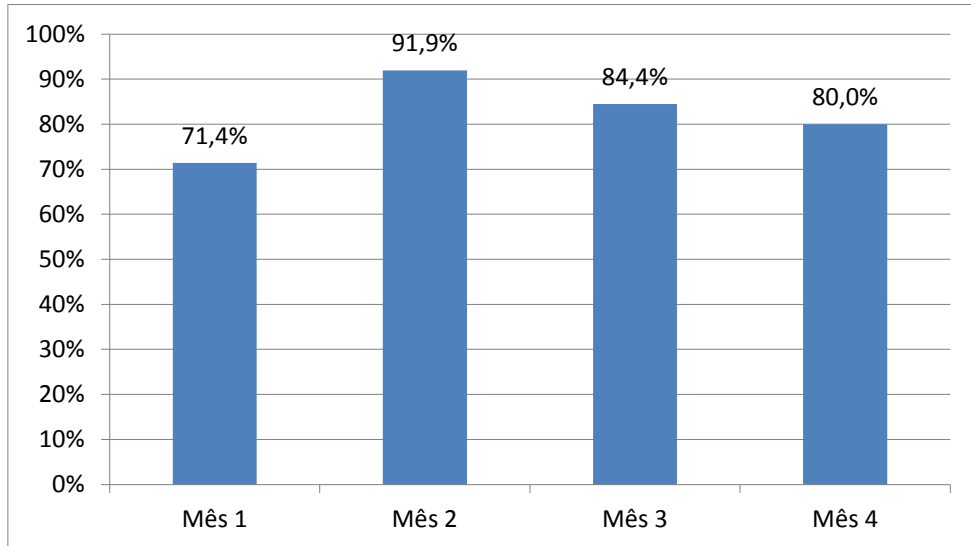


Figura 13 – Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015

Objetivo

Mapeamento de diabéticos em risco para doença cardiovascular

Meta

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

Indicador

Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular

Obteve-se, conforme ilustra a Figura 14, no mês 1 85,7% (12), no mês 2 98,1% (51), no mês 3 95,1% (58) e no mês 4 95,2% (60). Com resultados favoráveis acima dos 90% de modo geral.

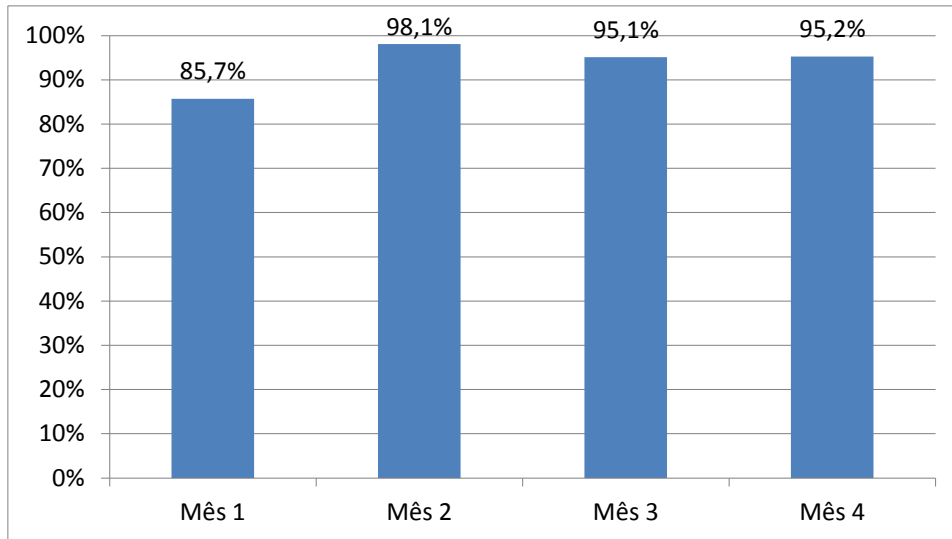


Figura 14 – Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015

Objetivo

Promover a saúde de hipertensos

Metas

Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos

Indicador

Proporção de hipertensos como orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Na ação em orientação nutricional sobre alimentação saudável o indicador proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, em acordo com a Figura 15, obteve-se no mês 1 100% (49), no mês 2 98,4% (61), no mês 3 98,9% (89) e no mês 4 99,1% (114). Esta meta foi desenvolvida de forma muito favorável, a equipe aproveitou todos os cenários onde tivemos contatos com os usuários nas atividades individuais e coletivas para dar as orientações da nutrição saudável e sua importância, comprovando-se que as informações foram bem aceitas pelos usuários pondo em pratica na vida cotidiana ao menos uma maioria.

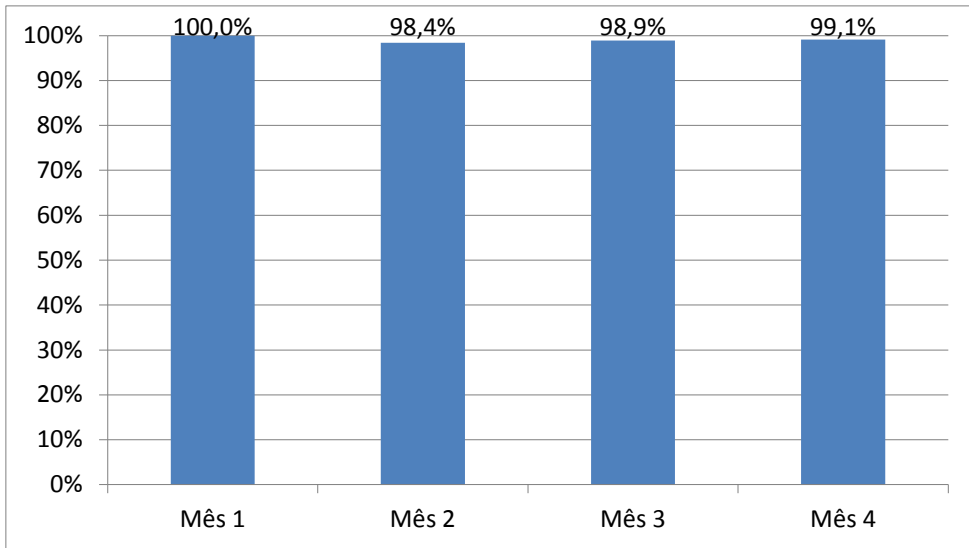


Figura 15 – Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015

A proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável se conseguiu atingir 100% nos quatro meses de intervenção, correspondendo no primeiro mês 14 usuários, no segundo mês 52, no terceiro mês 61 e no quarto mês 63 pessoas. Aproveitamos os cenários onde tivemos contato com os usuários, tanto nas atividades individuais como coletivas, permitindo alcançar esta meta.

Na ação em orientação sobre a prática de atividade física regular, o indicador proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física, obteve-se 100% nos quatro meses de intervenção, correspondendo no primeiro mês 49, no segundo mês 62, no terceiro mês 90 e no quarto mês 115 usuários. A proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física se obteve também 100% nos quatro meses de intervenção, correspondendo no primeiro mês 14, no segundo mês 52, no terceiro mês 61 e no quarto mês 63 pessoas. O aproveitamento de cada momento em que foram desenvolvidas as atividades da intervenção e com protagonismo de toda a equipe ajudou cumprir esta meta.

Na ação em orientação sobre os riscos do tabagismo o indicador proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, obteve-se 100% nos quatro meses de intervenção, correspondendo no primeiro mês 49, no segundo mês 62, no terceiro mês 90 e no quarto mês 115 usuários. A proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo obteve-se 100%

nos quatro meses de intervenção, correspondendo no primeiro mês 14, no segundo mês 52, no terceiro mês 61 e no quarto mês 63 usuários. As orientações aos hipertensos e diabéticos foram dadas tanto nos atendimentos individuais como nas atividades coletivas, isto permitiu que as informações chegassem a todos os usuários da população alvo.

Objetivo

Promover a saúde de hipertensos

Metas

Garantir orientação sobre higiene bucal aos 100% dos hipertensos

Indicador

Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal

Ação em orientação sobre higiene bucal o indicador proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal, em diálogo com a Figura 16, obteve-se no mês 1 100% (49), no mês 2 77,4% (48), no mês 3 84,4% (76) e no mês 4 87,8% (101).

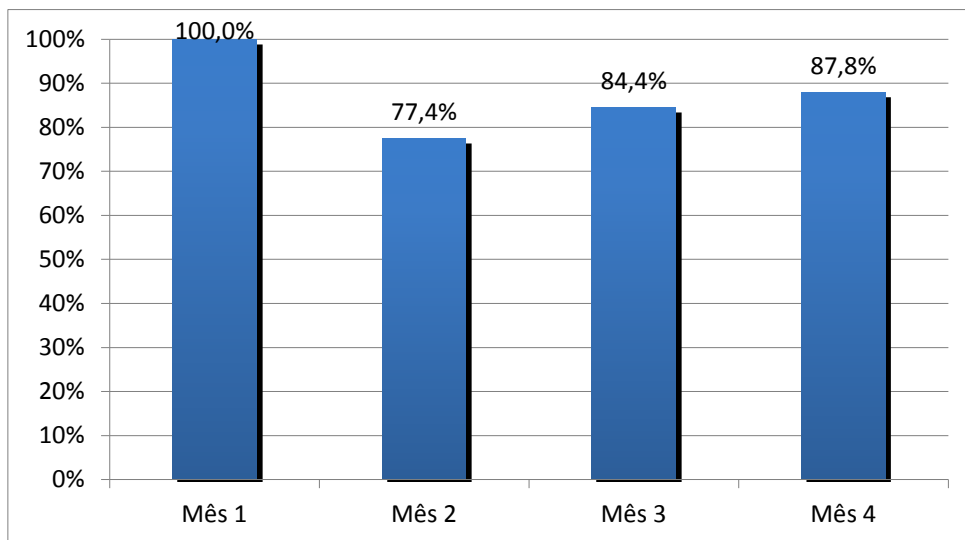


Figura 16 – Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015

Objetivo

Promover a saúde de diabéticos

Metas

Garantir orientação sobre higiene bucal aos 100% dos diabéticos

Indicador

Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal

A proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal, em acordo com a Figura 17, obteve-se no mês 1 100% (14), no mês 2 32,7% (17), no mês 3 42,6% (26) e no mês 4 44,4% (28). Ainda quando tivemos dificuldades para a avaliação das necessidades de atendimentos odontológicos por parte da equipe de odontologia, nas atividades individuais e coletivas nos orientamos aos usuários da importância da higiene bucal, repassando para eles conhecimentos básicos para por em pratica na rotina de suas vidas. Isto permitiu que a informação chegasse a uma boa parte da população-alvo.

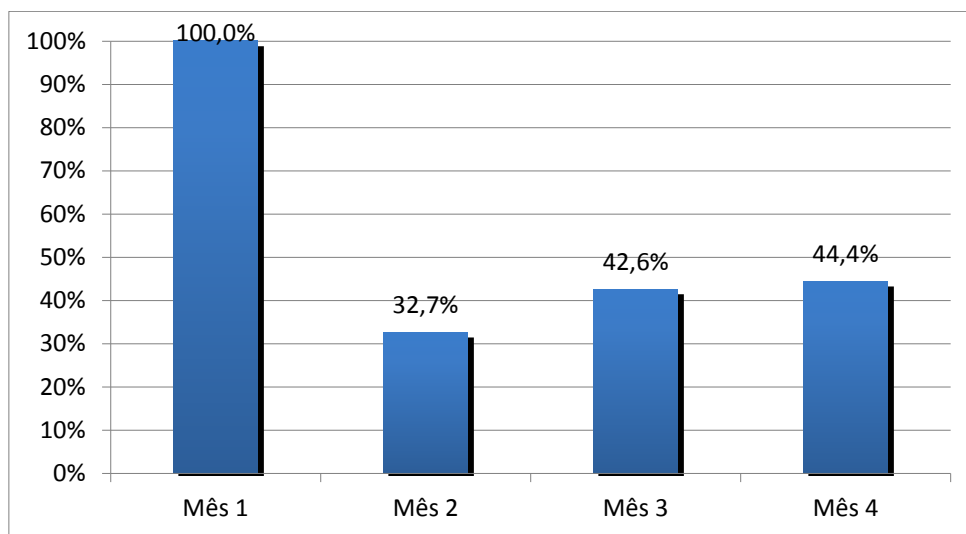


Figura 17 – Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2015

A intervenção que foi desenvolvida durante estas semanas teve um resultado muito favorável, muito positivo para a comunidade, para o usuário e para a equipe da UBS. Várias atividades individuais e coletivas foram desenvolvidas neste tempo o que permitiu aumentar todas as estatísticas de forma favorável do atendimento aos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus. Além disto, favoreceu a

aprendizagem de toda a equipe quanto ao atendimento dos usuários da população-alvo. Todos os indicadores foram desenvolvidos com porcentagem muito elevadas, excluindo a avaliação da necessidade de atendimento odontológico. De forma geral, permitiu a união da equipe para desenvolver as atividades o que favorece dar continuidade à intervenção, integrando ela na rotina de nosso trabalho na comunidade.

4.2 Discussão

A intervenção propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos e para a classificação de risco de ambos os grupos. Também, houve o processo de promoção em saúde por meio das informações referentes à importância de uma alimentação saudável, da prática de atividades físicas, sobre o prejuízo dos hábitos tóxicos como a fumo, o consumo de álcool e o consumo de drogas. A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da HAS e DM. Esta atividade promoveu o trabalho integrado do médico, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem e da recepção. Isto acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço, tais como uma melhor organização nos atendimentos, nos agendamentos das consultas, nos atendimentos da demanda espontânea, nas visitas domiciliares aos idosos e acamados.

Antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas nos atendimentos feitos pelo médico. A intervenção reviu as atribuições da equipe, viabilizando a atenção a um maior número de pessoas com participação ativa dos ACS nas atividades educativas das micro-áreas que eles atendem e das quais são responsáveis.

A melhoria do registro e o agendamento dos Hipertensos e Diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos. O impacto da intervenção foi bem

percebida pela comunidade e com boa aceitação pelo fato que muitas mudanças aconteceram graças as atividades individuais e coletivas que foram desenvolvidas na comunidade com a população alvo da intervenção e também com a participação da família e alguns líderes da comunidade. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento e com o planejamento adequado dos agendamentos das consultas evitamos a insatisfação da outra parte da comunidade que não formava parte do projeto da intervenção.

Apesar da ampliação da cobertura do programa, ainda temos muitos hipertensos e diabéticos sem cobertura. Por isso, percebemos ser necessário continuar com as atividades que já têm sido implementadas com a população alvo da intervenção.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde o início tivesse tido o apoio da equipe toda nas diferentes atividades feitas na comunidade, se durante o período que estive de férias tivesse um médico me substituindo na UBS, se tivesse mais apoio pela equipe de odontologia para os atendimentos dos hipertensos e diabéticos. Também temos que melhorar a articulação com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de implementar isto.

Agora que estamos no fim da intervenção para o Curso e percebo que a equipe está mais integrada que no começo, porém, como vamos incorporar a intervenção na rotina do serviço, teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas. A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco. Notamos que a falta de algumas informações em nossos registros acabaram prejudicando a coleta de alguns indicadores como a quantidade real de diabéticos e de hipertensos que temos na área de abrangência. Vamos adequar a ficha dos hipertensos e diabéticos para poder coletar e monitorar todos os indicadores que tínhamos previsto no projeto. A partir do próximo mês com a participação ativa dos ACS nas suas micro-áreas na implementação de atividades educativas na população, na busca ativa e cadastro dos usuários que ainda não receberam atendimento, pretendemos investir na ampliação de cobertura dos hipertensos e diabéticos. Tomando esta intervenção como exemplo, também pretendemos implementar o programa de pré-natal na UBS, saúde da mulher, saúde

do homem e do idoso assim como a puericultura. Assim, como o uso de plantas medicinais como alternativas ao tratamento de algumas doenças além da HAS e da DM.

5 Relatório da intervenção para os Gestores

A intervenção que visou qualificar a atenção aos hipertensos e/ou diabéticos na UBS de Água Fria, Campo Maior, Piauí, Brasil aconteceu entre os meses de janeiro e maio do ano de 2015. O projeto de intervenção foi organizado para a intervenção ser realizada em 16 semanas. A intervenção foi realizada em 12 semanas. O trabalho foi desenvolvido conjuntamente com a equipe durante o período da intervenção, inclusive durante o meu período de férias. Até a semana nove da intervenção, antes do período das férias, fizemos 130 consultas de atendimentos aos hipertensos e aos diabéticos, 108 consultas de cuidado continuado e 22 consultas agendadas para avaliação dos exames que foram orientados nas consultas. Também, nestas nove semanas foi realizado o cadastramento da população-alvo da intervenção, a capacitação da equipe foi realizada com sucesso o tempo previsto. Assim, cumprimos com todas as ações planejadas no cronograma. Porém, temos tido dificuldades em algumas ações, tais como a busca ativa dos faltosos às consultas agendadas pelo fato que alguns usuários negarem-se a assistir, referindo, em muitas vezes, a falta de medicamentos do Hiperdia. As visitas domiciliares foram realizadas aos usuários da população alvo que são acamados ou idosos que moram longe dos postos de saúde. As atividades coletivas das semanas 3 e 7 foram realizadas sem problemas, trazendo um intercâmbio favorável e rico em informações entre a equipe da UBS e a população-alvo. Os problemas ou queixas mais frequentes que eles mencionaram foram: as dificuldades que tem para marcar as consultas com especialistas, agendar para fazer os exames laboratoriais, dificuldades para receber atendimentos de odontologia, a falta de medicamentos para o tratamento da HAS e DM na ESF onde recebem gratuitamente, isto pelo fato que muitos deles, às vezes, não têm recursos

financeiros para ir buscar na farmácia popular pela distância tão grande e da dificuldade com o transporte.

Os maiores problemas que temos enfrentado, sob meu ponto de vista, até este momento são: a não participação da totalidade da equipe nas atividades coletivas, sendo o médico e a assistente de enfermagem os que têm desempenhado as mesmas; a não participação ativa do dentista e seu assistente em nenhuma atividade feita até o momento. Observou-se que uma grande quantidade da população-alvo nunca teve atendimento odontológico e a capacidade de atendimento odontológico na nossa UBS é muito reduzida e não são priorizados os hipertensos e/ou os diabéticos. Além disto, foi identificada muita dificuldade para a marcação de consultas com especialistas e exames laboratoriais. Durante o andamento da intervenção, procurou-se dialogar abertamente com a equipe de odontologia para buscar uma alternativa aos problemas e nunca recebi ajuda deles, acontecendo a mesma repercussão quando solicitei apoio na Secretaria de Saúde do município.

Ainda assim, com todos esses problemas, a intervenção foi feita e com boa qualidade, comprovando-se que os usuários estão captando as informações sobre a importância de uma alimentação saudável, da prática de atividades físicas de forma regular, evitar hábitos tóxicos como o consumo de drogas, álcool e o tabagismo. Antes de sair de férias a equipe reuniu-se para organizar como ia ser o trabalho da intervenção na minha ausência e foi todo bem organizado e planejado para continuar normalmente com a realização das atividades pelo cronograma.

Quanto às atividades correspondentes entre as semanas 10 e 16, período de férias e após o retorno das férias, observou-se que só foi feito atendimento clínico aos usuários e uma atividade coletiva. Nisto, os atendimentos foram feitos pela enfermeira e na atividade coletiva participaram os ACS, a enfermeira e a assistente de enfermagem. A quantidade total de atendimentos nesse período foi de 47 atendimentos aos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. O não cumprimento da realização das restantes atividades justifica-se porque não foi médico algum trabalhar na UBS durante a minha ausência das férias. A enfermeira trabalhava só duas vezes por semana e tinha que fazer os atendimentos dos outros programas da atenção primária. Somando a isto, a enfermeira teve problemas de saúde que provocou que ela não trabalhasse durante uma semana. Todos estes elementos dificultaram a realização das atividades de forma efetiva e como rotina do

Serviço. Neste período, as principais dificuldades que encontramos durante a coleta de dados foram principalmente: a não coincidência dos dados dos ACS com os reais, muitas pessoas da comunidade que não estavam cadastradas no programa de Hiperdia e que estavam recebendo tratamento para as doenças, pessoas que moravam em zonas de difícil acesso e que nunca tinham sido visitadas, que seus nomes não estavam registrados. Ainda quando não fizemos o atendimento dos 100% da população-alvo e mediante a busca passiva e ativa deles, encontramos quase o dobro de diabéticos dos que estavam registrados no cadastro inicial, o que repercute na necessidade de aperfeiçoamento dos registros da ação programática em vias de implementação na UBS. Todas as ações que foram planejadas durante a intervenção foram desenvolvidas, ainda quando não foram cumpridos 100% dos usuários em acompanhamento como tínhamos previsto.

A incorporação das ações previstas na intervenção na rotina do Serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina mesmo com a finalização do curso tem tido uma grande importância e um grande impacto na mudança dos estilos de vida dos usuários da população alvo da intervenção assim como no controle adequado das doenças e a prevenção das complicações em longo prazo. Com as atividades tanto individuais como coletivas que foram desenvolvidas na ESF e na comunidade, observamos que os conhecimentos aumentaram de forma muito positiva nos usuários, modificando o estado de saúde de muitos deles, que foram necessárias mudanças nos tratamentos medicamentosos e do estilo de vida. Melhorou-se o cadastro de todos os usuários da população-alvo, tendo como exemplo que a quantidade de diabéticos foi quase o dobro da que tínhamos no início da intervenção. A prática de atividades físicas e sua importância para a saúde foi qualificada aproveitando a zona para fazer caminhadas de forma regular, o conhecimento sobre o uso de plantas medicinais para melhorar o controle das doenças, da importância de uma alimentação saudável, a importância de assistir as consultas de controle estabelecidas pelo protocolo para evitar ou diagnosticar precocemente as complicações secundárias as doenças de base e manter um controle adequado das doenças. As mudanças favoráveis foram comprovadas ao longo da intervenção, notando-se como os conhecimentos dos usuários da população-alvo e parte da família aumentaram, assim como o estado da doença, chegando até a normalização dos parâmetros vitais de muitos deles, assim como a intervenção sobre os fatores de risco detectados nas avaliações clínicas e dos

parâmetros laboratoriais. Foi o início de um trabalho que será continuado na rotina diária da Unidade de Saúde.

6 Relatório da intervenção para a comunidade

À Comunidade

A intervenção realizada na UBS de Água Fria foi um momento de qualificar ainda mais a atenção aos hipertensos e/ou diabéticos da Unidade de Saúde. Ela aconteceu entre os meses de janeiro e maio do ano de 2015, contemplando 12 semanas de atividades, isto é, 3 meses. Nisto, trabalhei conjuntamente com a equipe durante nove semanas porque sai de férias o dia 4 de abril 2015. Por isto, vou dividir o trabalho em duas partes. Desde o início da intervenção até a semana nove da intervenção e depois disso.

Até a semana nove da intervenção fizemos 130 consultas de atendimento aos hipertensos e diabéticos, 108 consultas de cuidado continuado e 22 consultas agendadas para avaliação dos exames que foram orientados nas consultas. Foi feito o cadastramento da população alvo da intervenção, a capacitação da equipe foi realizada com sucesso na data prevista. Até o momento cumprimos com todas as ações planejadas no cronograma mas temos tido dificuldades em algumas tais como o resgate dos faltosos às consultas agendadas, pelo fato que alguns usuários negam-se assistir referendo a falta de medicamentos do hiperdia. As visitas domiciliares aos usuários da população alvo que são acamados ou idosos que moram longe dos postos de saúde. As atividades coletivas da semana 3 e 7 foram realizadas sem problemas, trazendo um intercambio favorável e rico em informações entre a equipe do posto de saúde e a população alvo. Os problemas ou queixas mais frequentes que eles mencionam são: as dificuldades que tem para marcar as consultas com especialistas, marcar para fazer os exames laboratoriais, dificuldades para receber atendimentos de odontologia, a falta de medicamentos para o tratamento da HAS e DM na Unidade de Saúde, onde

recebem de graça, pelo fato que muitos deles, às vezes, não terem dinheiro para ir buscar na farmácia popular ou pela distância tão grande e de dificuldades com o transporte.

Os maiores problemas desde o meu ponto de vista que temos enfrentado até este momento temos: a não participação da totalidade da equipe nas atividades coletivas, sendo o médico e a assistente de enfermagem os que têm desempenhado as mesmas. A não participação ativa do dentista e seu assistente em nenhuma atividade feita até o momento. Uma grande quantidade de usuários da população alvo nunca recebeu atendimento odontológico, a nossa capacidade de atendimento odontológico na nossa Unidade é muito reduzida e não são priorizados os hipertensos e diabéticos. Muitas dificuldades para a marcação de consultas com especialistas e exames laboratoriais. Falei com a equipe de odontologia para buscar uma alternativa aos problemas e nunca recebi ajuda deles acontecendo a mesma coisa quando solicitei apoio na secretaria de saúde do município. Com todos esses problemas, a intervenção foi feita e com boa qualidade, comprovando-se que os usuários estão captando as informações sobre a importância de uma alimentação saudável, da prática de atividades físicas de forma regular, evitar hábitos tóxicos como o consumo de drogas, álcool, o fumo.

Antes de sair de férias a equipe reuniu-se para organizar como ia ser o trabalho da intervenção na minha ausência e foi todo bem organizado e planejado para continuar normalmente com a realização das atividades pelo cronograma.

As atividades correspondentes a partir da semana 10 contemplaram atendimentos clínicos aos usuários e uma atividade coletiva, em que os atendimentos foram feitos pela enfermeira. E, na atividade coletiva, participaram os ACS, a enfermeira e a assistente de enfermagem. Com uma quantidade total de atendimentos em esse período de: 47 atendimentos aos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus. O não cumprimento da realização das restantes atividades justifica-se porque não foi médico algum a trabalhar no PSF na minha ausência, a enfermeira trabalhava só duas vezes por semana e tinha que fazer os atendimentos dos outros programas da atenção primária, a enfermeira teve problemas de saúde que provocou que ela não trabalhasse durante uma semana, e acho que também por falta de vontade para cumprir com algumas tarefas.

As principais dificuldades que encontramos durante a coleta de dados foram principalmente: a não coincidência dos dados dos ACS com os reais, muitas pessoas da comunidade que não estavam cadastradas no programa de Hiperdia e que estavam recebendo tratamento para as doenças, pessoas que moravam em zonas de difícil acesso e que nunca tinham sido visitadas, que seus nomes não estavam registrados, ainda quando não fizemos o atendimento dos 100% da população alvo e mediante a busca passiva e ativa deles, encontramos quase o dobro de diabéticos dos que estavam registrados no cadastro inicial.

Ainda quando não foram cumpridos todos os parâmetros a 100% nem com a melhor qualidade, acho que foi muito positivo o impacto na comunidade com o desenvolvimento de varias atividades educativas em grupo e individual no marco das consultas que trouxeram mudanças significativas nos conhecimentos e no controle da doença na população alvo.

As mudanças favoráveis foram comprovadas ao longo da intervenção, notando-se como os conhecimentos dos usuários da população-alvo e parte da família aumentaram, assim como o estado da doença, chegando até a normalização dos parâmetros vitais de muitos deles, assim como a intervenção sobre os fatores de risco detectados nas avaliações clinicas e dos parâmetros laboratoriais. Iniciamos o trabalho que será continuado na rotina diária da Unidade de Saúde com a ajuda da comunidade, gestores e Equipe.

7 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

Durante o transcurso do curso observo que tive muitas dificuldades no início no que se refere ao idioma, o que tornava complicada a confecção das tarefas com uma boa qualidade. Ainda sei que tenho algumas dificuldades neste ponto, mas, de maneira geral, percebo que tenho melhorado. Na abordagem de alguns temas foi mais difícil que em outros, sempre recebendo a ajuda e os conselhos do professor Mateus o que me ajudou a compreender e desenvolver os temas com uma perspectiva mais abarcadora e o mais parecido com a realidade da comunidade e do Município.

O curso tem sido muito importante para o desenvolvimento de nossa prática profissional, tendo em conta que nos permitiu conhecer muitos elementos teóricos e práticos referentes à Atenção Básica, ao trabalho na comunidade, ao desenvolvimento de atividades nas diferentes faixas etárias que formam parte dos diferentes programas como: Saúde da mulher, Saúde do homem, Saúde do idoso, Saúde da criança, Doenças Crônicas não transmissíveis, Atenção pré-natal, entre outras. Recebendo assim as ferramentas necessárias para o desenvolvimento adequado do trabalho. Além disto, permitiu conhecer as especificidades do SUS, suas diretrizes, suas políticas, seus princípios e aplicar muitas destas interfaces no nosso cotidiano, na nossa rotina de trabalho. Permitiu a aprendizagem da realidade do comportamento dos diferentes indicadores de saúde do país e a forma de abordar, de atuar na comunidade com o objetivo de modificar favoravelmente os resultados existentes e que não eram favoráveis.

O curso me deu as ferramentas para mediante o projeto de intervenção que foi desenvolvido, conhecer melhor a realidade da minha comunidade. A formação permitiu a realização de atividades onde toda a equipe teve participação ativa, tendo como resultado final o melhoramento do atendimento aos hipertensos e diabéticos,

aumentando a cobertura, a acessibilidade e a qualidade dos atendimentos aos usuários da comunidade, abrindo o caminho e as pautas para o desenvolvimento das atividades nos diferentes programas da Atenção Básica. Tendo muita importância além as diferentes atividades coletivas que foram feitas seguindo o roteiro estabelecido no planejamento e no cronograma do projeto. A equipe teve como sucesso também o fato de ficar mais perto dos problemas da comunidade, podendo orientar e modificar aqueles que elementos em saúde que podiam mudar.

Percebo que o curso me fez melhor profissional, me enchendo, me enriquecendo com conhecimentos que foram possíveis para modificar uma realidade desfavorável da saúde na população mais pobre, mais carente, com menos recursos, pondo em prática na rotina do trabalho cada conhecimento aprendido. Neste sentido, sempre dando muita importância às atividades de educação, promoção, prevenção e reabilitação para uma melhora da qualidade de vida da população da área de abrangência.

Referências

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

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

Apêndices

Apêndice A – Registros de imagens da intervenção







Anexos

Anexo C – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^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.

Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL



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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante