

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica
e/ou diabetes mellitus na USF Benfica, Rio Branco/AC**

Luiz Carlos Souza do Nascimento

Pelotas, 2015

Luiz Carlos Souza do Nascimento

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica
e/ou diabetes mellitus na USF Benfica, Rio Branco/AC**

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

Orientadora: Ethieli Rodrigues da Silveira

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

N244m Nascimento, Luiz Carlos Souza do

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na USF Benfica, Rio Branco/AC / Luiz Carlos Souza do Nascimento; Ethieli Rodrigues da Silveira, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

69 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. Silveira, Ethieli Rodrigues da, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Para LÍdia, minha esposa e meus filhos Luiz Henrique e Luiz Klinger, por todos os anos que estamos juntos, momentos árdios de muita luta, pelo sorriso a cada amanhecer, e por estarem dispostos a percorrerem o caminho que escolhi em minha profissão.

Agradecimentos

A Deus e minha família pelo profissional que me tornei, ao curso da UFPEL e minha orientadora pela contribuição para conclusão de minha Especialização em Saúde da Família.

Resumo

NASCIMENTO, Luiz Carlos Souza. **Melhoria da Atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na USF Benfica, Rio Branco/AC.** 2015. 65f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são considerados problemas de saúde pública prevalentes, em ascendência, onerosos do ponto de vista social e econômico e com potencial reconhecido para prevenção, além de constituir um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. A intervenção teve como objetivo geral melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na USF Benfica, Rio Branco/AC e foi estruturada para ser desenvolvida no período de 04 meses na área da equipe de Estratégia Saúde da Família ESF Benfica. Participaram da intervenção todos os Hipertensos e Diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade básica de saúde. As ações realizadas na intervenção foram baseadas nos Cadernos de Atenção Básica nº 37 Hipertensão Arterial Sistêmica de 2013 e nº 36 Diabetes Mellitus 2013. Portanto, para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações a serem realizadas. O cadastro dos Hipertensos e Diabéticos na planilha de coleta de dados foi feito no momento da consulta. Para registro das atividades foram utilizados o prontuário clínico individual e a ficha espelho. Os dados obtidos destes registros foram preenchidos na planilha de coleta de dados para monitoramento e acompanhamento das metas e indicadores. Não atingimos 100% de cobertura porque nossa população ainda não estava informada em sua totalidade de nosso projeto de intervenção, por isto iniciamos busca ativa dos faltosos, indo casa a casa, utilizando os parceiros para divulgação da intervenção. Tínhamos também a dificuldade de acesso por nossas vias de acesso apresentam com vários problemas no inverno dificultando a chegada do usuário até nossa unidade, no entanto, podemos verificar que estes percentuais chegaram a 81,8% no final do terceiro mês de intervenção. Em relação à cobertura do Programa de Atenção à pessoa com diabetes na Unidade de Saúde, no primeiro mês chegamos à 14,5% (09), 32,3% (20) no segundo mês e 45,2% (28) no terceiro. Estamos mudando nossa realidade com relação ao engajamento de nossos usuários e profissionais na nossa área de atuação, já não existe mais tanta resistência para executarem as tarefas inerentes ao autocuidado, os familiares também estão participando mais, tendo mais responsabilidade, os profissionais com toda a dificuldade encontrada estão mais motivados, superando as adversidades. Nossos gestores estão mais familiarizados e engajados conjuntamente com nossa comunidade. Conseguimos alcançar mais de 90% das ações previstas, ganhamos a contratação de um dentista para a unidade, uma técnica de enfermagem, enfermeira e a promessa de ampliação de nossa unidade e a compra de novos equipamentos, como computadores, material de apoio. E o mais importante é que nossa comunidade se sentiu mais acolhida e prestigiada com nossas ações em serviço e adquiriu um elo de confiança e colaboração mútua.

Palavras-chave: Saúde da família; Atenção primária à saúde; Doença crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de hipertenso na UBS.	49
Figura 2	Cobertura do programa de diabetes na UBS.	50

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
CA	Câncer
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
EAD	Ensino À Distância
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	19
2 Análise Estratégica	20
2.1 Justificativa.....	20
2.2 Objetivos e metas.....	21
2.2.1 Objetivo geral.....	21
2.2.2 Objetivos específicos e metas	21
2.3 Metodologia.....	23
2.3.1 Detalhamento das ações	23
2.3.2 Indicadores	35
2.3.3 Logística.....	39
2.3.4 Cronograma	42
.....	45
3 Relatório da Intervenção.....	45
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	45
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	47
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	48
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	48
4 Avaliação da intervenção.....	50
4.1 Resultados	50
4.2 Discussão.....	55
5 Relatório da intervenção para gestores	57
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	60
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	62
Referências	63
Anexos	64

Apresentação

Este volume trata do trabalho de conclusão de curso intitulado Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na USF Benfica, Rio Branco/AC. O volume está organizado em sete capítulos: O Capítulo 1 – Análise Situacional faz uma descrição do município, a estrutura e organização da rede de saúde, assim como a estrutura da unidade básica de saúde onde aconteceu a intervenção, a organização do trabalho, as principais ações programáticas realizadas e os indicadores de cobertura e qualidade dessas ações. O Capítulo 2 – Análise Estratégica traz a justificativa da intervenção com seus objetivos e metas, detalhamento das ações, metodologia, cronograma da intervenção, os indicadores e a logística do projeto. O Capítulo 3 – Relatório da Intervenção faz um relato das ações previstas e desenvolvidas no projeto, e as não desenvolvidas, os aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados e a viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços. O Capítulo 4 – Avaliação da Intervenção retrata os resultados alcançados na intervenção em cada um dos meses de intervenção, assim como as potencialidades e fragilidades do serviço em relação aos indicadores analisados. O Capítulo 5 – Relatório para os gestores é o registro para a gestora de saúde municipal do que foi a intervenção. O capítulo 6 – Relatório para a comunidade é o relatório da intervenção para a comunidade. O Capítulo 7 – Reflexão Crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem descreve a importância do aprendizado no decorrer do curso de especialização em Saúde da Família modalidade Ensino à Distância (Ead) da Universidade Federal de Pelotas, e o que significou na minha prática profissional.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Na unidade de saúde temos 01 médico clínico, 01 enfermeira, 04 agentes comunitários de saúde, 01 gerente para apoio administrativo, 02 técnicas de enfermagem, 02 agentes de saúde da FUNASA para apoio no laboratório (malária, etc).

Em termos de estrutura física o espaço é bastante restrito, muito pequeno, temos 01 consultório médico, 01 consultório de enfermagem, 01 sala de curativo, 01 sala para administração, 01 rol para recepção dos pacientes, 01 farmácia, 01 sala de vacina, 01 copa, 01 sala de laboratório e 01 almoxarifado. Há previsão de uma reforma para estruturar a unidade, a partir de uma planta técnica que será construída juntamente com servidores da própria UBS que conhecem as atuais necessidades e funcionamento diário da unidade.

No que diz respeito ao processo de trabalho, realizamos diariamente consultas médicas e de enfermagem nos dois turnos. Destaco que a maioria dos usuários que vêm para consultas médicas e de enfermagem são considerados fora da área de abrangência de nossa equipe/território. Nossa UBS oferta a população (da área e fora de área) todas as vacinas do calendário vacinal vigente do Ministério da Saúde.

A Política de Saúde brasileira é descentralizada e tem por porta de entrada a APS (Atenção Primária em Saúde) ofertada no território, ou seja, nas UBS (Unidades Básicas de Saúde). As UBS devem ser a principal porta de entrada dos usuários na Rede de Atenção à Saúde. Elas são responsáveis por ações que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da

saúde e tem como centro de atenção a saúde da família, à qual é assistida através da Estratégia Saúde da Família

Considero que a UBS atende um número enorme de pessoas e que os problemas são relativamente pequenos, todavia, ainda existem e precisam ser solucionados, mas dependem de outros setores e do bom funcionamento do sistema de redes e marcação de exames, levando esses problemas pequenos a uma difícil resolução. Porém, mesmo assim, percebi que a comunidade está sendo suprida de maneira satisfatória, devido à boa interação entre os profissionais da equipe de saúde da família cobrindo “buracos” e faltas de outros profissionais, e a boa interação entre a gestão acaba contribuindo para um melhor funcionamento da UBS, fato este, observado durante os relatos da gerente e dos outros profissionais de saúde. Portanto, faço uma avaliação positiva da UBS, desde sua estrutura até os profissionais (considerando os relatos), com destaque para o acolhimento e por parte dos profissionais e os usuários e entre os próprios profissionais, e como destaque negativo, alguns problemas, principalmente com relação à rede de marcação de exames e a demanda elevada, mas foi percebido que, no geral, consegue-se solucionar a maioria das queixas dos usuários.

É importante ressaltar que o Brasil desenvolve o maior programa de inclusão social já realizado na nossa História: o SUS. Regulamentado pela Lei 8080 de setembro de 1990, tem como eixo central garantir a todos os cidadãos a atenção à saúde, assegurando-se o acesso universal, integral e igualitário. Essa atenção deve ser oferecida de forma qualificada e continuada e por meio de medidas de Promoção a Saúde, Prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Sua organização inclui um sistema de gestão partilhada entre as três esferas de governo e representações da sociedade.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Rio Branco é um município brasileiro, capital do estado do Acre, distante 3.123 quilômetros de Brasília, capital federal. Localiza-se às margens do Rio Acre, no Vale do Acre e na microrregião homônima. É o principal município do estado, de acordo com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), até agosto de 2014, a cidade possuía uma população de 363.928 habitantes, sendo a

sexta maior cidade da Região Norte do Brasil. Sua área territorial é de 9.222,58 km², o quinto município do estado em tamanho territorial.

O sistema de saúde de Rio Branco está organizado da seguinte forma: são aproximadamente 53 unidades de saúde da família, 07 centros de saúde, 03 NASF (Núcleo de apoio à Saúde da Família), 01 Centro de Especialidade Odontológica, 05 Unidades de Referências de Atenção Primária - URAPs, 01 Centro de Apoio Diagnóstico, 01 Unidade Móvel Terrestre e o Serviço de Técnico de Vigilância Sanitária compõem a rede básica de saúde do município, sendo as Unidades de Pronto Atendimento - UPAS, Laboratório Central- Lacen, Centro de Hematologia e Hemoterapia do Acre - Hemoacre, Hospital da Criança, Maternidade, Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco-HUERB e Hospital de Clínicas de Rio Branco/Fundação Hospital do Acre -FUNDHACRE, Centro de Controle de Oncologia do Acre - CECON representam os serviços de média e alta complexidade ofertados pelo Estado.

A UBS é classificada com zona urbana, de caráter público, não possui vínculos com instituições de ensino, tendo somente uma equipe de saúde da família reduzida e formada por 01 clínico geral, 01 enfermeiro, 02 técnicos de enfermagem, 04 Agentes Comunitários de Saúde, 01 Gerente Administrativo, 02 Técnicos da FUNASA, 02 servidores de apoio administrativo, 01 servidora para serviços gerais e limpeza. Há 01 consultório médico, 01 de enfermagem, 01 sala de vacina, 01 consultório odontológico desativado, 01 sala para gerência, 01 de curativo, rol de entrada, 01 copa, 01 sala pequena que serve almoxarifado, 01 sala de laboratório para realizar exames de malária, 02 banheiros para o público, 01 banheiro para funcionário. Em nossa unidade temos vários problemas relacionados à estrutura física e acesso aos nossos usuários e demais ambientes de trabalho, por exemplo, não temos salas com o espaço físico adequado preconizado pelo ministério da saúde, falta um ambiente arejado e ventilado, sala para reuniões, sala para ACS, expurgo, acesso adequado para cadeirante, falta sala para cuidados com resíduos.

Existem falhas estruturais na Iluminação da unidade, o piso não é próprio para uma unidade de saúde assim como o revestimento das paredes, a cobertura é deficitária com goteiras e as telhas já estão velhas com rachaduras, não existe um fluxo para pessoas e materiais em separado a fim de evitar contaminação, as portas e janelas apresentam rachaduras os lavatórios e as pias não obedecem ao manual de normas, armários e estantes já estão a muito tempo em uso e enferrujados. Não

existe uma área externa ampla com sinalização, sala central de material e esterilização, lavagem e descontaminação, sala de esterilização e estocagem de material esterilizado.

O que se tem como prometido é uma reforma, porém não estão sobre nossa governabilidade se vai ser contemplados todos os espaços físicos necessários como se preconiza pelo ministério da saúde. Esperamos que depois desta reforma façam uma ampliação para podermos prestar um serviço de melhor qualidade aos nossos usuários. Não dispomos de equipamentos e instrumentos de uso geral e na maioria das vezes aqueles que existem na unidade já estão em condições insatisfatórias para prestarmos um serviço de qualidade aos nossos usuários prejudica muito nossas ações em nosso dia-a-dia. A falta de profissionais e equipamentos de odontologia hoje é o principal problema que nós temos em nossa unidade e também a principal reivindicação de por parte de nossos usuários. A falta de uma equipe que periodicamente faça a manutenção de nossos equipamentos com defeito, mais computadores com internet para todos os consultórios e demais setores administrativos, falta de profissionais fisioterapeutas, psicólogos, pessoal de apoio administrativo, ACS, e demais profissionais de saúde, maior amplitude de oferta de medicação em nossa unidade, a informatização dos prontuários e demais necessidades, falta instrumentos de trabalho para o ACS e equipamentos de proteção para toda a equipe, carro disponível porque temos um período de chuvas intenso e muito perigoso, temos que trabalhar nos ramais que não dispõe de infraestrutura mínima para trafegabilidade, estruturar um serviço de laboratório em nossa unidade que possa ofertar a maioria dos exames solicitado pelos profissionais de saúde que aqui trabalham, assim como, maior complexidade de profissionais das diversas áreas. Creio que a maioria destas necessidades não depende da equipe de saúde para serem sanadas mais sim dos gestores para ofertar tudo o que se necessita em nossa unidade a esse respeito e assim podermos prestar um serviço de qualidade aos nossos usuários.

A população em números de habitantes na área adstrita está em 1.238 indivíduos, sendo 632 do sexo masculino e 606 do sexo feminino, tendo 375 famílias cadastradas, segundo o SIAB - Sistema de informação da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde, porém, este número não está atualizado.

No Caderno de Ações Programáticas, elaborado pela Universidade Federal de Pelotas constam percentuais estimados para cada faixa etária, classificados como denominadores:

Denominadores	Estimativas
Mulheres em idade fértil (10-49 anos)	406
Mulheres entre 25 e 64 anos	261
Mulheres entre 50 e 69 anos	62
Gestantes na área	18.57
Menores de 1 ano	25
Menores de 5 anos	50
Pessoas de 5 a 14 anos	287
Pessoas de 15 a 59 anos	743
Pessoas com 60 anos ou mais	80
Pessoas entre 20 e 59 anos	613
Pessoas com 20 anos ou mais	693
Pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão	218
Pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes	62
População total	1238

É importante reorganizar o processo de trabalho, de forma que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional onde a equipe de acolhimento se encarrega pela escuta do usuário. A consulta médica é requisitada só para os casos em que ela se justifica. Desta forma, todos os profissionais de nível superior e ainda os auxiliares e técnicos de enfermagem participam da assistência direta ao usuário, aumentando enormemente o potencial de serviço da Unidade.

A maioria dos usuários não fez reclamações sobre o trabalho dos profissionais, mas nas dificuldades no acesso aos atendimentos, nas formas como os serviços são organizados e na estrutura física do local. Dificuldades estas que os

levam a enfrentar filas na madrugada e espaços lotados na espera pelos atendimentos.

Nesta perspectiva uma alternativa para tais problemáticas seria: a melhoria do ambiente, na estrutura física do local. Lembrando que esta Unidade de Saúde da Família, conta com uma estrutura temporária, porque prometeu-se uma reforma sem ampliação. Cabendo a comunidade e trabalhadores exigirem dos gestores uma Unidade com estrutura adequada ao quantitativo populacional desta região e aos serviços que são prestados, possibilitando um melhor acesso e oferta de serviços. Realizar a territorialização de nossa área de abrangência o que nos vai permitir saber nossos dados demográficos necessários para nosso planejamento e ações de saúde com toda a equipe e com a comunidade.

A capacitação de toda a equipe para as práticas de acolhimento também são importantes instrumentos, para a melhoria do acesso, do atendimento que conduzem para a resolutividade tão esperada pelo usuário. Uma ferramenta importante de uso dos profissionais é a educação em saúde que deve ser ofertada a população constantemente para que o modelo biomédico seja esquecido pelo usuário, que a lógica de filas da madrugada seja extinta na comunidade e que os indivíduos passem a ser mais corresponsáveis pela sua saúde. Desse modo compreendemos de fato que não há acolhimento sem acesso e estudo como este promovam a mudança da estratégia para a melhoria da qualidade da atenção básica para que num futuro bem próximo possamos chegar a um sistema de saúde que seja verdadeiramente universal, equânime e integral. Que a estrutura física do ambiente favoreça a prática profissional sendo acessível a todos os usuários.

Nosso acolhimento possibilita regular o acesso por meio da oferta de ações e serviços mais adequados, contribuindo para a satisfação do usuário. O vínculo entre profissional/paciente estimula a autonomia. Ao sentir-se acolhida, a população procura, além dos seus limites geográficos, serviços receptivos e resolutivos e a cidadania, promovendo sua participação durante a prestação de serviço. No entanto, existem limitações quanto ao número de serviços ofertados e funcionários, o que nos leva a muitas das vezes não conseguirmos alcançarmos 100% daquilo que pretendíamos em nosso dia-a-dia.

Com relação ao excesso de demanda espontânea buscamos orientar a população por prioridades em outras unidades de saúde que podem ser USF,

UPAS, hospitais de urgência e emergência, consultas especializadas, para que a sejam atendidos nestas unidades respectivamente e conforme cada caso.

Com relação à saúde da criança a equipe adota os protocolos e manuais instituídos pelo ministério da saúde, registros em prontuários, realiza o planejamento assim como o monitoramento a cada seis meses, a equipe desenvolve ações de vacinação, busca ativa, orientação para aleitamento exclusivo, orientações para prevenção de acidentes, avaliação da saúde bucal, monitoramento do crescimento e desenvolvimento através das consultas e cartão da criança, encaminha para triagem auditiva e teste do pezinho. Segundo o Caderno de Ações Programáticas (CAP) da Universidade Federal de Pelotas a estimativa de crianças menores de um ano na área de abrangência é 25 sendo a cobertura 80%, pois, 20 são acompanhadas. Precisamos intensificar as ações educativas relacionadas ao Aleitamento Materno e Linha de Cuidado para crianças especiais. Creio que melhorando e ampliando nossa unidade, aumentando o número de profissionais envolvidos, melhorando o acesso, a gestão municipal sendo mais participativa, equipamentos e materiais adequados para se trabalhar com esta população, envolvendo mais a comunidade em nossas ações de prevenção e promoção alcançaremos êxito e reduziremos as morbimortalidades existentes nesta faixa etária.

Em relação ao Pré-Natal a equipe adota os protocolos e manuais instituídos pelo ministério da saúde, registros em prontuários, realiza o planejamento assim como o monitoramento a cada seis meses, a equipe desenvolve ações de vacinação, busca ativa, consulta de puerpério, orientação para aleitamento exclusivo, realizar a primeira consulta já no primeiro trimestre de gestação, orientações para prevenção de acidentes, avaliação da saúde bucal, monitoramento do crescimento e desenvolvimento através das consultas e cartão da gestante, encaminha para realização dos exames laboratoriais pertinentes por cada trimestre da gestação, onde os casos graves são encaminhados à maternidade por se tratarem de pré-natal de alto risco. Segundo o CAP estima-se 18 gestantes na área de abrangência, sendo a cobertura 81%, pois, 15 são acompanhadas. Estima-se 25 partos nos últimos 12 meses, mas, apenas 8 (32%) mulheres fizeram a consulta de puerpério nos últimos 12 meses na UBS. A equipe deve intensificar as ações educativas e realizando o exame ginecológico por trimestre, orientação para o aleitamento materno exclusivo. Creio que melhorando e ampliando nossa unidade, aumentando o número de profissionais envolvidos, melhorando o acesso, a gestão

municipal sendo mais participativa, equipamentos e materiais adequados para se trabalhar com esta população alvo, envolvendo mais a comunidade em nossas ações de prevenção e promoção conseguiremos elevar cada vez mais nossa taxa de cobertura do nosso pré-natal realizado em nossa UBS em nossa área de abrangência.

A Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama a equipe adota os protocolos e manuais instituídos pelo ministério da saúde, registros em prontuários, realiza o planejamento assim como o monitoramento a cada seis meses, a equipe desenvolve ações de vacinação, busca ativa, Coleta de PCCU, orientação sobre prevenção de CA de colo de útero, orientações sobre DST's, orientação sobre prevenção do câncer de mama, solicitação de mamografia. De acordo com o CAP aproximadamente temos uma cobertura de 81% entre mulheres de 50 a 69 anos residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama, pois, 50 são acompanhadas, enquanto a estimativa é 62 mulheres, e 77% para mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero, pois, 200 são acompanhadas, enquanto a estimativa é 261 mulheres. Intensificando ações educativas e realizando o exame PCCU e de mama, melhorar e ampliar nossa unidade, aumentando o número de profissionais envolvidos, melhorando o acesso, a gestão municipal sendo mais participativa, equipamentos e materiais adequados para se trabalhar com esta população alvo, envolvendo mais a comunidade em nossas ações de prevenção e promoção conseguiremos diminuir significativamente cada vez mais nossa taxas de morbimortalidade por câncer ginecológico no brasil, e em nossa área de abrangência.

Em relação à atenção aos hipertensos e diabéticos a equipe adota os protocolos e manuais instituídos pelo ministério da saúde, registros em prontuários, realiza o planejamento assim como o monitoramento a cada seis meses, a equipe desenvolve ações de orientações sobre atividade física adequada a sua patologia, orientação nutricional para uma alimentação saudável, solicitação de exames laboratoriais periodicamente, estratificação de risco cardiovascular, vacinação, avaliação e encaminhamento para odontologia, busca dos faltosos, orientações para prevenção de acidentes, realiza do teste de glicemia capilar, distribuição de medicação, avaliação de neuropatias relacionadas ao Diabetes mellitus. De acordo com o CAP a cobertura do programa de hipertensão é 50% porque 110 pessoas são

acompanhadas com hipertensão em nosso território; e 60% do programa de Diabetes Mellitus porque 37 pessoas são acompanhadas. Precisa aumentar o número de profissionais envolvidas, melhorando o acesso, a gestão municipal sendo mais participativa, equipamentos e materiais adequados para se trabalhar com esta população, envolvendo mais a comunidade em nossas ações de prevenção e promoção reduziremos as morbimortalidades existentes no rol das doenças crônico-degenerativas, aumentando assim, a expectativa de vida da população assistida por nossa UBS. Os indicadores de qualidade deste programa não estão bons, por exemplo, apenas 41%, 15 usuários com diabetes estão com avaliação de saúde bucal em dia.

Em relação à saúde do idoso nossa equipe adota os protocolos e manuais instituídos pelo ministério da saúde, registros em prontuários, realiza o planejamento assim como o monitoramento a cada seis meses, a equipe desenvolve ações de orientações sobre atividade física adequada a sua patologia, orientação nutricional para uma alimentação saudável, solicitação de exames laboratoriais periodicamente, estratificação de risco cardiovascular, vacinação, avaliação e encaminhamento para odontologia e oftalmologia, busca dos faltosos, orientações para prevenção de acidentes, realiza do teste de glicemia capilar, distribuição de medicação, caderneta da pessoa idosa, avaliação de neuropatias relacionadas ao Diabetes mellitus. De acordo com o CAP aproximadamente temos uma cobertura de 90% porque 72 idosos são acompanhados, enquanto a estimativa é 80. Aumentar o quantitativo de profissionais envolvidos, melhorar o acesso, a gestão municipal sendo mais participativa, equipamentos e materiais adequados para se trabalhar com esta população, envolvendo mais a comunidade em nossas ações de prevenção e promoção reduziremos as morbimortalidades existentes no nesta população alvo.

Finalizando nosso relatório considero que o maior desafio é com relação a gestão e a obtenção de dados (indicadores, taxas, etc), pois ainda não estamos preparados para realmente exercer a política que o SUS preconiza em saúde onde temos os três princípios básicos contemplados que são: universalidade, equidade e integralidade. E os melhores recursos que minha UBS apresenta são os membros da equipe de saúde que fazem de tudo para atender a população de modo igualitário e respeitoso, com amor ao próximo, obtendo assim, a colaboração da comunidade que está acima de qualquer obstáculo, e é para essa população que dedicamos nosso dia-a-dia na unidade.

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

O texto inicial não tinha tanta abrangência de informações e complexidade que este relatório situacional, realmente ele amplia as dificuldades em obter as informações e dados inerentes aos diversos temas, porém nos faz refletir uma realidade que não enxergávamos, muitas vezes temos que ser detetives de verdade para buscarmos uma informação, tem um caráter holístico do quadro real da oferta e complexidade dos serviços oferecidos em nosso município e na unidade de saúde, nos faz amadurecer e buscar cada vez mais compreender dinâmica do sistema único de saúde.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O Diabetes Mellitus (DM) é considerado problema de saúde pública prevalente, em ascensão, oneroso do ponto de vista social e econômico e com potencial reconhecido para prevenção. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada um dos grandes problemas para a saúde pública no Brasil, agravada por sua prevalência e detecção quase sempre tardia, além de constituir um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, calcula-se que 25% da população adulta seja hipertensa (Caderno de Atenção Básica nº 37– Hipertensão Arterial Sistêmica do Ministério da Saúde (Brasil, 2013). As doenças do coração e dos vasos (infarto agudo do miocárdio, morte súbita, acidente vascular encefálico, edema agudo de pulmão e insuficiência renal) constituem a primeira causa de morte no Brasil (27,4%), segundo dados do Ministério da saúde (Caderno de Atenção Básica nº 36 Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde (Brasil, 2013).

A UBS está na zona urbana, há 01 consultório médico, 01 de enfermagem, 01 sala de vacina, 01 consultório odontológico desativado, 01 sala para gerência, 01 de curativo, rol de entrada, 01 copa, 01 sala pequena que serve almoçar, 01 sala de laboratório para realizar exames de malária, 02 banheiros para o público, 01 banheiro para funcionário. Há vários problemas relacionados à estrutura física e acesso aos nossos usuários e demais ambientes de trabalho, por exemplo, não temos salas com o espaço físico adequado, o ambiente não é arejado e ventilado, falta sala para reuniões, sala para ACS, expurgo, acesso adequado para cadeirante, falta sala para cuidados com resíduos. Temos uma equipe de saúde da família reduzida e formada por 01 clínico geral, 01 enfermeiro, 02 técnicos de enfermagem, 04 Agentes Comunitários de Saúde, 01 Gerente Administrativo, 02 Técnicos da FUNASA, 02 servidores de apoio administrativo, 01 servidora para serviços gerais e limpeza.

Escolhemos o foco Hipertensão e Diabetes para intervenção porque é o que apresenta menor cobertura dentre as ações programáticas desenvolvidas na USF. Além disso, é uma das maiores problemáticas que temos em nossa unidade, há grande demanda de hipertensos e diabéticos diariamente assim como, pessoas com complicações destas patologias. A equipe precisa melhorar os indicadores de cobertura que segundo o caderno de ações programáticas está em 50% com relação ao número de hipertensos acompanhados por nossa unidade, e de diabéticos corresponde a 60%. A população total da área de abrangência é de 1.238 indivíduos, a estimativa do CAP é de 218 com hipertensão e 62 com diabetes. Temos a meta de aumentar para 100% a cobertura com relação aos hipertensos e 100% com relação aos diabéticos.

É importante conscientizar os gestores para oferta dos serviços de odontologia em nossa unidade porque até o momento não está sendo oferecido aos usuários, intensificar a atividade física através de uma parceria com professores da universidade federal do acre, envolver mais a comunidade nas discussões com relação ao nosso plano de intervenção para estas patologias através de reuniões, busca ativa de faltosos, melhorar a oferta de medicação, cadastramento e atualização da ficha de acompanhamento dos usuários com hipertensão e diabetes, em sua totalidade da área de abrangência, exames clínicos e laboratoriais apropriados à patologia, redução do consumo de tabaco e álcool e outras drogas através de palestras individuais e coletivas, orientação nutricional adequada a cada pessoa. Para realizar estas ações todos os profissionais integrantes da equipe de saúde da família vão estar incorporados neste objetivo para atingir as metas mensalmente.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na USF Benfica, Rio Branco/AC.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Metas relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Hipertensão e Diabetes para 100%

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.

Metas relativas ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a Hipertensos e Diabéticos em nossa Unidade de Saúde

2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos Diabéticos e Hipertensos.

2.2 Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

2.3 Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos Diabéticos e Hipertensos.

2.4 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos Hipertensos e Diabéticos.

Metas relativas ao objetivo 3: Melhorar a adesão dos Hipertensos e Diabéticos ao Programa de Hipertensão e Diabetes

3.1 Buscar 100% dos Hipertensos e Diabéticos faltosos às consultas programadas.

Metas relativas ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações

4.1 Manter registro específico de 100% dos Hipertensos e Diabéticos

Metas relativas ao objetivo 5: Mapear Hipertensos e Diabéticos de risco para doença cardiovascular

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

Metas relativas ao objetivo 6: Promover a saúde dos Hipertensos e Diabéticos

6.1 Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% dos Hipertensos e Diabéticos.

6.2 Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% Hipertensos e Diabéticos.

6.3 Garantir orientações sobre higiene bucal para 100% dos Diabéticos e Hipertensos cadastrados.

6.4 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

2.3 Metodologia

O projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na área da equipe de Estratégia Saúde da Família – ESF Benfica. Participarão da intervenção todos os Hipertensos e Diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade básica de saúde. As ações realizadas na intervenção serão baseadas nos Cadernos de Atenção Básica nº 37– Hipertensão Arterial Sistêmica (Brasil, 2013) e nº 36 Diabetes Mellitus (Brasil, 2013). Portanto, para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações a serem realizadas. O cadastro dos Hipertensos e Diabéticos na planilha de coleta de dados (Anexo III) será feito no momento da consulta. Para registro das atividades serão utilizados o prontuário clínico individual e a ficha espelho (Anexo II). Os dados obtidos destes registros serão preenchidos na planilha de coleta de dados para monitoramento e acompanhamento das metas e indicadores (Anexo I).

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Hipertensão e Diabetes para 100%.

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.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Deve ser realizado por toda equipe de saúde, através das fichas-espelho e formulários individuais, e consolidar nas reuniões todas sextas-feiras.
- Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Deve ser realizado por toda equipe de saúde, das fichas-espelho e formulários individuais, e consolidar nas reuniões todas sextas-feiras.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Estas ações foram realizadas por todos os membros da equipe de saúde, de acordo com suas especificidades, assim como obedecendo o cronograma estabelecido através de um planejamento.
- . Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa. Através de prontuário, ficha específicas por patologia.
- Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde. A equipe de enfermagem será responsável por esta ação.
- Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa. Através dos prontuários e fichas específicas.

- Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de diabetes.
- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde. A equipe de enfermagem será responsável por esta ação.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Utilizando palestras individuais e coletivas, meios de comunicação, cartazes, semanalmente.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Utilizando palestras individuais e coletivas, meios de comunicação, cartazes, semanalmente.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Utilizando palestras individuais e coletivas, meios de comunicação, cartazes, semanalmente.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Todos os membros da equipe de saúde são responsáveis por estas ações, durante toda semana de trabalho em dois turnos. Utilizando palestras individuais e coletivas, meios de comunicação, cartazes.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde. Serão utilizados equipamentos audiovisuais para realização das capacitações e protocolos do ministério da saúde sobre o tema.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Capacitação será realizada pela enfermeira e médico sempre nos dias de sextas-feiras na unidade. Serão utilizados equipamentos audiovisuais para realização das capacitações e protocolos do ministério da saúde sobre o tema.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a Hipertensos e Diabéticos em nossa Unidade de Saúde

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos Diabéticos e Hipertensos.

Meta 2.2 Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.3 Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos Diabéticos e Hipertensos.

Meta 2.4 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos Hipertensos e Diabéticos.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e Diabéticos, através dos registros e prontuários dos pacientes em nossa unidade, a ação deve ser executada pelo médico e a enfermeira da unidade.
- Monitorar o número de hipertensos e Diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde, através dos registros e prontuários existentes em nossa unidade diariamente, a ação deve ser executada pelo médico e a enfermeira da unidade.
- Monitorar o número de hipertensos e Diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada, através dos prontuários e outros registros diariamente em nossa unidade, a ação deve ser executada pelo médico e a enfermeira da unidade.
- Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico, através dos registros e prontuários individuais, a ação deve ser executada pelo médico e a enfermeira da unidade.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos, realizando uma reunião com todos os membros da equipe

em nossa unidade, a ação deve ser executada pelo médico e a enfermeira da unidade.

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, através de uma educação continuada em serviço, a ação deve ser executada pelo médico e a enfermeira da unidade.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde, solicitando a gerente da unidade para realizar a impressão dos mesmos.
- Garantir a solicitação dos exames complementares, através das consultas médicas realizadas diariamente, a ação deve ser executada pelo médico e a enfermeira da unidade.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, através de uma reunião com todos os membros da equipe e o gestor municipal, a ação deve ser executada pelo médico e a enfermeira da unidade.
- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Reunir com o responsável pela farmácia para juntos elaborarmos uma planilha de controle, a ação deve ser executada por todos os membros da equipe de saúde.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, através da confecção de uma planilha de registro elaborados por todos os membros da equipe de saúde.
- organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Através de uma reunião para definirmos o fluxo desse atendimento com todos os membros da equipe.
- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos e hipertensos, através de uma reunião para pactuar esta ação com todos os membros da equipe de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar os pacientes 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, através de palestras educativas semanalmente em nossa unidade, a ação deve ser executada pelo médico e a enfermeira da unidade.

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, através de palestras educativas em nossa unidade e na comunidade semanalmente, a ação deve ser executada pelo médico e a enfermeira da unidade.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares, através de palestras semanais em nossa unidade e comunidade com todos os membros da equipe de saúde, a ação deve ser executada pelo médico e a enfermeira da unidade.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, através de palestras individuais e coletivas em nossa comunidade, a ação deve ser executada por todos os membros da equipe de saúde.
- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos, através de palestras na comunidade e em nossa unidade de saúde, a ação deve ser executada por todos os membros da equipe de saúde.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado. Ação realizada pelo enfermeiro e médico da unidade nos dias de sextas-feiras. Através da utilização de equipamentos audiovisuais na unidade de saúde, utilizando os protocolos do ministério da saúde.
- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado. Ação realizada pelo enfermeiro e médico da unidade nos dias de sextas-feiras. Através da utilização de equipamentos audiovisuais na unidade de saúde, utilizando os protocolos do ministério
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares. Ação realizada pelo enfermeiro e médico da unidade nos dias de sextas-feiras. Através da utilização de equipamentos audiovisuais na unidade de saúde, utilizando os protocolos do ministério da saúde.

- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares. Ação realizada pelo enfermeiro e médico da unidade nos dias de sextas-feiras. Através da utilização de equipamentos audiovisuais na unidade de saúde, utilizando os protocolos do ministério da saúde.
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Ação realizada pelo enfermeiro e médico da unidade nos dias de sextas-feiras.
- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos. Ação realizada pelo enfermeiro e médico da unidade nos dias de sextas-feiras. Através da utilização de equipamentos audiovisuais na unidade de saúde, utilizando os protocolos do ministério da saúde.
- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos. Ação realizada pelo enfermeiro e médico da unidade nos dias de sextas-feiras. Através da utilização de equipamentos audiovisuais na unidade de saúde, utilizando os protocolos do ministério da saúde.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos Hipertensos e Diabéticos ao Programa de Hipertensão e Diabetes.

Meta 3.1: Buscar 100% dos Hipertensos e Diabéticos faltosos às consultas programadas

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia). Ação deve ser realizada por todos os membros da equipe de saúde diariamente junto aos registros e prontuários individuais.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

- Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares. Ação deve ser realizada por todos os membros da equipe de saúde, semanalmente.

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 diabetes (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de diabetes e hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Ação deve ser realizada por todos os membros da equipe de saúde, semanalmente. Através de palestras individuais e coletivas, utilizando equipamentos audiovisuais, cartazes explicativos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. A ação deve ser realizada pelo médico e a enfermeira da unidade, em dias de sextas-feiras na unidade. Através da utilização de equipamentos audiovisuais na unidade de saúde, utilizando os protocolos do ministério da saúde.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% dos Hipertensos e Diabéticos

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde. A ação deve ser desenvolvida por todos os membros da equipe de saúde, semanalmente, através de fichas espelho, prontuários individuais.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Estas ações foram planejadas previamente de acordo com a especificidade de cada membro da equipe e de acordo com um cronograma de execução de atividades semanalmente.

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar a ficha de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença. As ações devem ser desenvolvidas por todos os membros da equipe de saúde, semanalmente.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. As ações devem ser desenvolvidas por todos os membros da equipe de saúde, semanalmente, através de palestras individuais e coletivas na unidade de saúde, utilizando equipamentos audiovisuais, cartazes.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. A ação deve ser desenvolvida pelo médico e a enfermeira da unidade, nos dias de sextas-feiras. Através da utilização de equipamentos audiovisuais na unidade de saúde, utilizando os protocolos do ministério da saúde.

Objetivo 5: Mapear Hipertensos e Diabéticos de risco para doença cardiovascular.

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o número de pacientes hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. A ação deve ser desenvolvida por todos os membros da equipe de saúde, semanalmente. Utilizando formulários específicos e fichas, assim como o prontuário individual de cada paciente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda. A ação deve ser desenvolvida por todos os membros da equipe de saúde através da triagem de pacientes, semanalmente.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação). A ação deve ser desenvolvida por todos os membros da equipe de saúde, semanalmente através de palestras individuais e coletivas na unidade de saúde, utilizando equipamentos audiovisuais, cartazes.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. A ação deve ser desenvolvida pelo médico e a enfermeira da unidade, nos dias de sextas-feiras. Através da utilização de equipamentos audiovisuais na unidade de saúde, utilizando os protocolos do ministério da saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde dos Hipertensos e Diabéticos

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% dos Hipertensos e Diabéticos.

6.2 Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% Hipertensos e Diabéticos.

6.3 Garantir orientações sobre higiene bucal para 100% dos Diabéticos e Hipertensos cadastrados.

6.4 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos e hipertensos, realizado pela equipe de enfermagem e ACS, através de palestras na unidade.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos e hipertensos, realizada por todos os membros da equipe de saúde através de palestras na unidade, a ação deve ser executada por todos os membros da equipe de saúde.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos, através de palestras por todos os membros da equipe de saúde na unidade e em visitas domiciliares.

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos através de palestras realizadas pelos membros da equipe de saúde na unidade, a ação deve ser executada por todos os membros da equipe de saúde.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

- Solicitar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade, a ação deve ser executada por todos os membros da equipe de saúde.

- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo". a ação deve ser executada por todos os membros da equipe de saúde.

- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual, a ação deve ser executada por todos os membros da equipe de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar os hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal, através de palestras na unidade, visita domiciliar, a ação deve ser executada por todos os membros da equipe de saúde.

- Orientar os diabéticos e hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, nas consultas na unidade, palestras e visitas domiciliares, a ação deve ser executada pelo médico e a enfermeira da unidade.

- Orientar diabéticos e hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, através de palestras individuais e coletivas e nas visitas domiciliares, a ação deve ser executada pelo médico e a enfermeira da unidade.

- Orientar diabéticos e hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, através de palestras individuais e coletivas, visitas domiciliares, a ação deve ser executada pelo médico e a enfermeira da unidade.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular, através de educação continuada em serviço, a ação deve ser executada pelo médico e a enfermeira da unidade.

- Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas através de educação continuada em serviço, a ação deve ser executada pelo médico e a enfermeira da unidade.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde, através de educação continuada em serviço, a ação deve ser executada pelo médico e a enfermeira da unidade.

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal através de educação continuada em serviço, a ação deve ser executada pelo médico e a enfermeira da unidade.

2.3.2 Indicadores

Meta relativa ao objetivo 1: Ampliar a cobertura de Hipertensos e Diabéticos

Meta 1.1 Ampliar para 100% a Cobertura do programa de atenção ao hipertenso e Diabético na unidade de saúde.

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

Numerador: Número de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde

Meta relativa ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e Diabéticos

Indicador: Percentual hipertensos e diabéticos 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.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

Meta 2.2: 100% de hipertensos e diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: Percentual hipertensos e diabéticos 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.

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

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

Meta 2.3: 100% de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Indicador: Percentual de hipertensos e diabéticos 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 com prescrição de medicamentos.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.4: 100% de hipertensos e diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Indicador: Número de hipertensos e diabéticos 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.

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

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

Indicador: Percentual de hipertensos e diabéticos faltosos as consultas médicas na unidade de saúde.

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

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

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 relativa ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

Indicador: Percentual hipertensos e diabéticos 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.

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 relativa ao objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

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

Indicador: Percentual de hipertensos e diabéticos com estratificação do 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.

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 relativa ao objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

Indicador: Percentual de hipertensos e diabéticos 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.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos e hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação em relação a 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.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos e hipertensos.

Indicador: Proporção de diabéticos e hipertensos 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.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos e 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.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

As atividades realizadas na intervenção atingirão a totalidade dos hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da UBS e terão como referência o Protocolo ou Manual Técnico: Cadernos de Atenção Básica nº 37 Hipertensão Arterial Sistêmica do Ministério da Saúde (Brasil, 2013), e nº 36 Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde (Brasil, 2013), não tínhamos a quantidade necessária, porém solicitamos cerca de 10, onde ficou disponível na Unidade de Saúde para os profissionais de saúde. As ações clínicas individuais e as atividades coletivas de educação e prevenção serão registradas nos prontuários individuais de cada hipertenso e diabético e em fichas espelho, que foram disponibilizados, em nossa unidade de saúde, durante toda realização do projeto de intervenção. Os

dados resultantes destes registros serão informados na planilha de coleta de dados, que serão consolidados, o qual nos fornecerá os indicadores utilizados no monitoramento, assim como, faremos contato com os gestores para reprodução das fichas espelho.

Para realizar a organização dos registros específicos do programa, a equipe utilizará o livro de registro identificando todas os hipertensos e diabéticos que foram atendidos em nosso serviço nas últimas 12 semanas, período da intervenção. A equipe localizará os prontuários e transcreverá todas as informações disponíveis para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento, registrando quais hipertensos e diabéticos que estão com consultas em atraso, exames clínicos, laboratoriais e vacinas, toda as ações deveram ser realizadas em nossa unidade de saúde durante a execução de nosso projeto.

Faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade, igrejas da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância de sua realização em nossa comunidade. Solicitaremos apoio no sentido de colaborar na a captação de hipertensos e diabéticos.

Para capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde, através de educação continuada em serviço, a ação deve ser executada pelo médico e a enfermeira da unidade, nos dias de sextas-feiras, utilizando material didático e os manuais do ministério da saúde sobre hipertensão e diabetes, utilizaremos recursos audiovisuais e cartazes educativos, toda a ação será executada na unidade de saúde.

Na ação de monitoramento os hipertensos e Diabéticos realizaram exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde, em nossa unidade de referência Unidade de Saúde Cláudia Vitorino, através dos registros e prontuários existentes em nossa unidade diariamente, a ação deve ser executada pelo médico e a enfermeira da unidade. Manter as informações do SIAB atualizadas.

Para garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde, toda equipe de enfermagem será responsável por esta ação, buscando junto ao gestor a obtenção deste material para executar está ação junto a todos hipertensos e diabéticos, diariamente em nossa unidade.

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, através de planilhas de acompanhamento elaboradas por toda a equipe de saúde e semanalmente, em nossa unidade de saúde.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Inicialmente tínhamos programado 16 semanas de intervenção, porém devido ao período de recesso (férias) que durou 4 semanas, realizamos a intervenção em 12 semanas com a execução das ações previstas: realizamos reunião com todos os membros da equipe (médico, enfermeira, gerente da Unidade, 02 ACS, técnica de enfermagem e a auxiliar de farmácia) onde foi discutido sobre a proposta da intervenção. Como a unidade estava em final de reforma da estrutura física, tudo estava de “ponta cabeça”, não tínhamos condições de realizar nenhum atendimento, estávamos colocando tudo nos lugares adequados, tivemos muito trabalho, limpar tudo, colocar móveis novamente nos lugares, reorganizar a unidade. Assim, optamos por iniciar divulgando junto a nossa comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, para isto informamos a todos os usuários que buscavam atendimento na unidade, definimos que os responsáveis pelo monitoramento dos registros seriam o médico e a enfermeira. Realizamos a confecção de material didático para capacitação dos ACS para o cadastramento de HAS e DM, verificação da pressão arterial, realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, assim como, para avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Após a confecção do material didático para capacitação dos ACS, iniciamos a capacitação de fato discutindo sobre como realizar as ações citadas anteriormente. Realizamos também atendimento clínico das pessoas com hipertensão e diabetes, visando a orientação para atividade física regular, nutrição e repouso, riscos do tabagismo, solicitação de exames complementares e a atualização dos cadastros dos mesmos.

Em relação à busca ativa dos faltosos às consultas, tivemos dificuldades nessa ação devido à dificuldade de acesso pelo período das chuvas. Muitos usuários encontram dificuldades para saírem de casa e chegarem até a unidade de saúde, assim como dificultou nossa ida à casa dos mesmos, haja vista a dificuldade de acesso e que nem sempre temos carro a nossa disposição na unidade de saúde. Informamos também sobre a importância de aferir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Falamos sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Orientamos quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade das extremidades avaliadas periodicamente. Como tivemos uma redução no número de funcionários, repassei para minha gerente a necessidade de disponibilizarmos um veículo da secretaria municipal de saúde para que nas terças-feiras pudéssemos trazer os usuários com hipertensão e diabetes para passarmos um dia juntos interagindo, com atividades físicas e lúdicas, grupos, etc.

De acordo com nosso cronograma de execução, na sexta semana de intervenção, nossa problemática continuava sendo recursos humanos, o que sobrecarregava demais os profissionais de saúde e dificultava a execução de 100% de nossas atividades cotidianas. A comunidade relatou que melhorou muito o atendimento na unidade, onde tivemos uma boa adesão por parte da comunidade à intervenção, eles sempre demonstraram interesse em participar dos grupos, não faltaram às consultas, realizaram os exames solicitados e o retorno a consulta médica. Durante a nona semana de intervenção executamos ações de busca ativa de faltosos, expomos as dificuldades encontradas, como: acessibilidade, adesão por parte da comunidade, gestores, falta material e estrutura física de nossa unidade, recursos humanos, medicamentos. Organizamos as visitas domiciliares para buscar os faltosos hipertensos e diabéticos e monitoramos a realização de orientação nutricional. Realizamos também atendimento clínico dos usuários com hipertensão e diabetes, visando a orientação para atividade física regular, nutrição e repouso, riscos do tabagismo, solicitação de exames complementares. Monitoramos também a realização das orientações sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos em nossa unidade de saúde. Durante nossa décima primeira semana de intervenção continuamos a informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, principalmente nas

áreas de difícil acesso, e com as visitas realizadas ouvimos deles muitas sugestões e reclamações inerentes principalmente a falta de acesso físico, locomoção, para participarem mais de nossas atividades, isto porque a maioria são de área considerada rural também, e principalmente nestes meses de verão que nos permite chegarmos sem maiores dificuldades. Na décima segunda semana de intervenção iniciamos com uma reunião com todos os membros da equipe, onde foi discutido como dar continuidade ao cronograma de intervenção, informamos novamente nossa comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, para isto informamos a todos que buscavam atendimento na unidade, assim como na área rural e através de nossos parceiros. Realizamos avaliação da necessidade de atendimento odontológico e atualização junto ao SIAB.

Tivemos apoio irrestrito das igrejas e das associações comunitárias que compõem a área de abrangência, essas entidades realizavam também a divulgação de nossos trabalhos e com isso implementamos uma rotina para o atendimento aos usuários com hipertensão e diabetes que, independentemente de quem esteja a frente, todos os profissionais podem executar cuidados, orientações e abordagem a essas pessoas, creio que com as capacitações que realizamos com toda nossa equipe de saúde conseguimos até o momento melhores resultados na comunidade. Conversamos também sobre os dados coletados na planilha e os indicadores existentes, assim como o término da intervenção e que passaríamos para a outra fase que era a consolidação e análise de tudo que fizemos, todos ficaram satisfeitos com nossa produtividade e o engajamento que a comunidade apresentou juntamente com nossos parceiros, igrejas, associações e os gestores públicos.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Durante nossa sétima semana de intervenção em nossa unidade de saúde, os agentes comunitários de saúde iniciaram uma greve por melhores salários, o que nos deixou muito preocupado, não consegui realizar nossas atividades em 100% do que foi programado, ocorreu falta das medicações necessárias para hipertensão e diabetes, tentamos nos reorganizar o máximo possível, para não atrapalhar ainda mais o desenvolvimento das ações.

Na quarta semana de intervenção ficamos sem a enfermeira, o que dificultou mais ainda nossos trabalhos, haja visto o número reduzido de funcionários, pois, ficamos somente eu e os dois ACS para trabalhar todas as ações e atender toda a comunidade.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Com relação à coleta de dados, como utilizamos a planilha disponibilizada pelo curso não tivemos muitas dificuldades para o preenchimento por ser simples e de fácil manejo. Inicialmente ao chegar para trabalhar na unidade havia muitas pessoas com hipertensão e diabetes sem realizar os exames complementares em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, assim como o número de consultas, fato este que depois de detectado passamos a trabalhar neste foco para reverter estes números, realizando busca ativa dos faltosos, orientando casa a casa e também aos familiares sobre a importância de ter as consultas em dia assim como a realização dos exames complementares.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Em nossa análise existem a partir de agora perfeita viabilidade para dar continuidade às ações programáticas na rotina do serviço, onde todos os profissionais sabem o que e como realizar as atividades, e quais objetivos e indicadores devem ser trabalhados, fechamento e análise das planilhas, e cálculos dos indicadores. Nossos gestores estão mais familiarizados e engajados juntamente com nossa comunidade. Conseguimos alcançar mais de 90% das ações previstas, ganhamos a contratação de um dentista para a unidade, mais uma técnica de enfermagem, enfermeira, a promessa de ampliação da UBS e a compra de novos equipamentos, como computadores, material de apoio.

Necessitamos nos integrar mais em torno dos nossos objetivos, sensibilizar cada vez mais a comunidade sobre a hipertensão e diabetes, solicitar maior participação e engajamento por parte dos nossos gestores, dar mais ênfase para as dificuldades que nossos usuários apresentam para realizarem os exames

laboratoriais e chegarem até nossa unidade de saúde, buscar soluções junto à secretaria municipal de saúde para garantir que todos nossos usuários realizem os exames laboratoriais e não faltem as consultas por problemas de acesso. Pedimos que fosse disponibilizado um carro para transporte desses usuários que possuem dificuldade de acesso pelos ramais. Estamos mudando nossa realidade com relação ao engajamento de nossos usuários e profissionais em nossa área de atuação, já não existe mais tanta resistência para executarem as tarefas inerentes ao autocuidado, os familiares também estão participando mais, tendo mais responsabilidade, os profissionais com toda a dificuldade encontrada estão mais motivados, superando as adversidades. Enfim, o mais importante é que a comunidade foi acolhida e prestigiada com nossas ações em serviço e adquiriu-se um elo de confiança e colaboração mútua.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

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

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.

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.

Em relação à cobertura do Programa de Atenção à pessoa com Hipertensão na Unidade de Saúde, conforme os dados apresentados na figura 1, ainda não conseguimos total êxito. No primeiro mês, alcançamos 31,8% (35), 61,8% (68) no segundo mês e 81,8% (90) no terceiro mês.

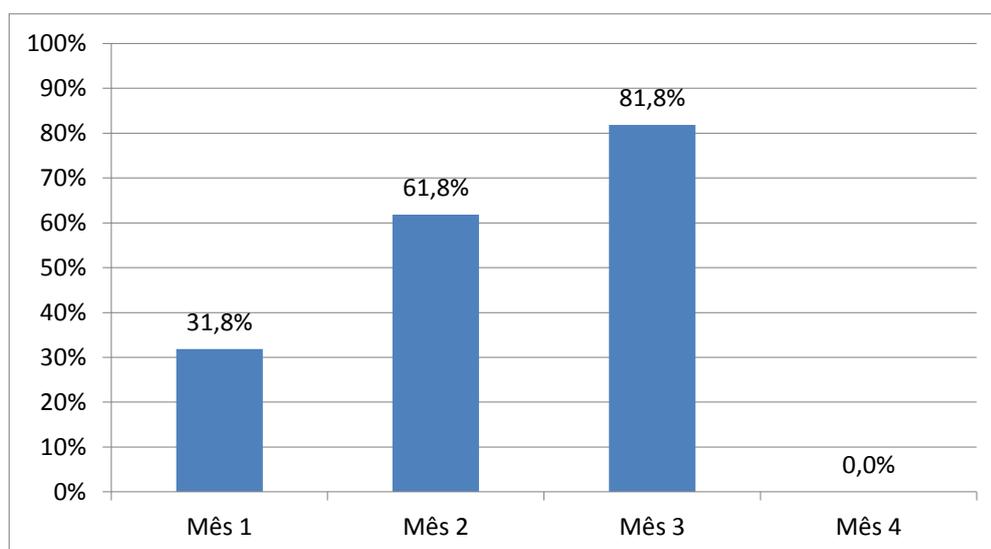


Figura 1: Cobertura do programa de hipertensão na UBS.

Não atingimos 100% de cobertura porque nossa população ainda não estava informada em sua totalidade de nosso projeto de intervenção, por isto iniciamos busca ativa dos faltosos, indo casa a casa, utilizando os parceiros para divulgação da intervenção. Tínhamos também a dificuldade de acesso por nossas vias de acesso apresentam com vários problemas no inverno dificultando a chegada do usuário até nossa unidade, no entanto, podemos verificar que estes percentuais chegaram a 81,8% no final do terceiro mês de intervenção. Em relação à cobertura do Programa de Atenção à pessoa com diabetes na Unidade de Saúde, no primeiro mês chegamos à 14,5% (09), 32,3% (20) no segundo mês e 45,2% (28) no terceiro.

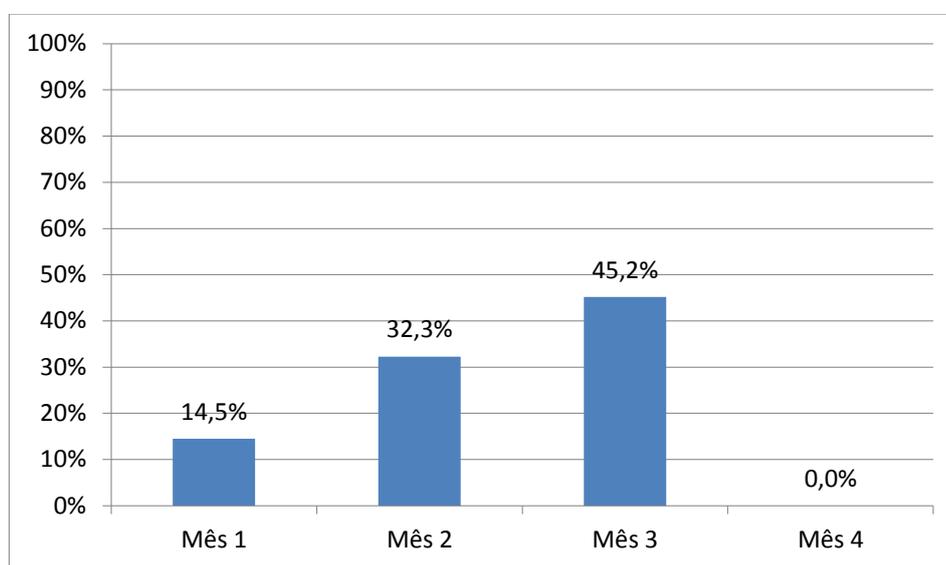


Figura 2: Cobertura do programa de diabetes na UBS.

Com relação às pessoas com diabetes, tivemos que intensificar nossas ações de busca ativa, nos foi disponibilizado um automóvel para dar continuidade casa a casa, porém tínhamos muita resistência por parte das pessoas por estarem com sequelas da enfermidade, muitos desacreditados em sua recuperação e alguns em completa situação de abandono, o que levou mais tempo para conseguirmos a adesão ao nosso projeto de intervenção, chegando ao final com percentual de 45,2% no terceiro mês.

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

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

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

Os resultados obtidos, felizmente, foram de 100% nos três meses da intervenção, o que contribuiu para darmos uma melhor atenção com relação a qualidade de nossa consulta médica. Para os pacientes com hipertensão no primeiro mês foram 35 (100%), no segundo mês 68 (100%) e no terceiro mês 90 (100%). Para os com diabetes, no primeiro mês 9 (100%), no segundo mês 20 (100%), e no terceiro mês 28 (100%).

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

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

No primeiro mês 35 (100%) dos usuários com hipertensão estavam com exames em dia, no segundo mês 68 (100%) e no terceiro mês 90 (100%). Para os com diabetes no primeiro mês 9 (100%) no segundo mês 20 (100%) e no terceiro mês 28 (100%).

Vale ressaltar que com a parceria que obtivemos com o laboratório de nossa referência, alcançamos 100% na realização dos exames de todos os com hipertensão e diabetes atendidos em cada mês.

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

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

Durante os três meses da intervenção, tanto os usuários com hipertensão quanto os com diabetes tiveram prioridade para essa ação. No primeiro mês tivemos 35 (100%), no segundo mês 68 (100%), e no terceiro mês 90 (100%) das pessoas com hipertensão com prescrição de medicamento da farmácia popular. Para os com diabetes tivemos 9 (100%) no primeiro mês, no segundo mês 20 (100%) e no terceiro mês 28 (100%).

Todos os medicamentos priorizados pelo ministério da saúde estavam em 100% disponibilizados por nossa farmácia básica mensalmente. Isto contribuiu de forma relevante para obtermos este percentual a cada mês.

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

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

Para os com hipertensão, no primeiro mês tivemos 35 (100%), no segundo mês 68 (100%) e no terceiro mês 90 (100%). Para os com diabetes no primeiro mês 9 (100%) no segundo mês 20 (100%) e no terceiro mês 28 (100%).

Estes usuários eram referenciados em sua totalidade para unidade de referência Cláudia Vitorino, onde obtinham atendimento odontológico.

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

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

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

Em relação a essas metas, também alcançamos 100% nos três meses da intervenção, sendo no primeiro mês 19 (100%), no segundo mês 23 (100%) e no terceiro 25 (100%) das pessoas com hipertensão buscadas ativamente. Já para os com diabetes alcançamos no primeiro 5 (100%), no segundo 07 (100%) e no terceiro 07 (100%).

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

No primeiro mês dessa ação, para os com hipertensão, alcançamos 35 (100%), no segundo mês 68 (100%) e no terceiro mês 90 (100%). Já para os com

diabetes alcançamos no primeiro 9 (100%), no segundo 20 (100%) e no terceiro 28 (100%) com registros adequados preenchidos.

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

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

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

Para os usuários com hipertensão realizamos estratificação de risco no primeiro mês em 35 (100%), no segundo mês 68 (100%) e no terceiro mês 90 (100%). Para os usuários com diabetes também alcançamos 100% nos três meses, sendo no primeiro 9 (100%), no segundo 20 (100%) e no terceiro 28 (100%). Esta estratificação foi realizada utilizando a escala de Framingham, utilizando critérios clínicos para classificarmos os pacientes de baixo, moderado e alto risco cardiovascular, no qual contribuiu para estimar que de acordo com o percentual obtido possa vir a ocorrer um dano ou evento ao longo de 10 anos aproximadamente, como morte por dano coronariano, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, etc.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

Todos os usuários (100%) com hipertensão e com diabetes receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, sendo que para hipertensão foram 35 (100%) no primeiro, 68 (100%) no segundo e 90 (100%) no terceiro. Para os com diabetes no primeiro mês tivemos 9 (100%) no segundo 20 (100%), e no terceiro 28 (100%).

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

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

Todos os usuários (100%) com hipertensão e com diabetes receberam orientações sobre a prática de atividade física. Para os com hipertensão no primeiro mês foram 35 (100%) no segundo 68 (100%), e no terceiro 90 (100%). Já para os com diabetes no primeiro mês 9 (100%) no segundo 20 (100%) e no terceiro 28 (100%).

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

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

Para nossa equipe foi um sucesso cumprir 100% dessa meta nos três meses da intervenção. Quanto aos com hipertensão no primeiro mês foram 35 (100%) no segundo 68 (100%) e no terceiro 90 (100%). Para os com diabetes 9 (100%) no primeiro mês, no segundo 20 (100%) e no terceiro 28 (100%) que receberam orientações sobre o tabagismo.

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

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

Essa ação foi muito satisfatória atingimos a meta em 100% nos três meses da intervenção tanto para os usuários com hipertensão quanto para os com diabetes. No primeiro mês 35 (100%), no segundo 68 (100%), e no terceiro 90 (100%) dos com hipertensão. Para os com diabetes no primeiro mês 9 (100%), no segundo 20 (100%) e no terceiro 28 (100%).

4.2 Discussão

Para a equipe a intervenção teve grande relevância porque reorganizou o processo de trabalho, permitindo planejar nossas ações dentro da problemática existente, assim como avaliar de modo efetivo nossos resultados concretamente.

Para o serviço mostrou a necessidade de readequar a oferta dos programas de acordo com a necessidade existente e nossa capacidade de gestão diante da

escassez de recursos humanos e materiais, assim como a importância de termos indicadores que mostrem o perfil de nossa comunidade e os serviços ofertados.

Com relação à comunidade mostrou que através do engajamento público a comunidade pode e deve participar mais das atividades desenvolvidas em nossa unidade, tomando ciência de nossas deficiências e limitações, assim como do poder que ela tem para modificar qualquer realidade existente, tornamos o serviço mais socializado onde todos podem ajudar e compreender a realidade de cada um em nosso dia-a-dia.

Para aprimorar mais nossos serviços deveria haver mais recursos humanos e uma estrutura física que nos permitisse maior amplitude em nossas ações abrangendo e acolhendo a todos que buscassem pelos serviços de nossa unidade, porém com relação ao processo de trabalho creio que deveríamos intensificá-lo e não somente em poucos meses, teríamos que colocarmos prática por mais meses para depois avaliar com mais elementos que nos permitisse uma autocrítica tanto como equipe e como gestor de políticas públicas em saúde.

Creio que melhorando a questão de recursos humanos, estrutura física, envolvendo cada dia mais a comunidade nas ações de saúde, buscando mais parceiros e instituições para trabalhar em prol de uma saúde pública, teremos uma mudança significativa em todos os indicadores da atenção básica, tendo como resultado a melhoria da qualidade de vida das pessoas e aumento da expectativa de vida de nossa comunidade.

5 Relatório da intervenção para gestores

Caros gestores!

Ao longo da intervenção que teve duração de 12 semanas, no período de 30/04 a 06/08/2015, na unidade de saúde da família – Benfica, na cidade de Rio Branco, implementamos na unidade uma rotina para o atendimento às pessoas com hipertensão e diabetes que independentemente de quem esteja a frente dos trabalhos desenvolvidos na unidade, todos os profissionais poderão executar o mínimo possível com relação aos cuidados, orientações e abordagem a esses usuários. Atividade esta que estava vinculada ao Curso de Especialização EaD em Saúde da Família realizado pela UFPEL- Universidade federal de Pelotas e em parceria com a Universidade Aberta do SUS – UNASUS. Buscamos manter as informações do SIAB atualizadas, repassando os dados para secretaria. Assim como, organizamos um sistema de registro que alertava o atraso na realização de consulta de acompanhamento, o 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, discutindo com todos os membros da equipe a confecção desde registro.

Em relação à cobertura do Programa de Atenção à pessoa com Hipertensão na Unidade de Saúde, conforme os dados apresentados na figura 1, ainda não conseguimos total êxito. No primeiro mês, alcançamos 31,8% (35), 61,8% (68) no segundo mês e 81,8% (90) no terceiro mês.

Não atingimos 100% de cobertura porque nossa população ainda não estava informada em sua totalidade de nosso projeto de intervenção, por isto iniciamos busca ativa dos faltosos, indo casa a casa, utilizando os parceiros para divulgação da intervenção. Tínhamos também a dificuldade de acesso por nossas vias de

acesso apresentam com vários problemas no inverno dificultando a chegada do usuário até nossa unidade, no entanto, podemos verificar que estes percentuais chegaram a 81,8% no final do terceiro mês de intervenção. Em relação à cobertura do Programa de Atenção à pessoa com diabetes na Unidade de Saúde, no primeiro mês chegamos à 14,5% (09), 32,3% (20) no segundo mês e 45,2% (28) no terceiro.

Com relação às pessoas com diabetes, tivemos que intensificar nossas ações de busca ativa, nos foi disponibilizado um automóvel para dar continuidade casa a casa, porém tínhamos muita resistência por parte das pessoas por estarem com sequelas da enfermidade, muitos desacreditados em sua recuperação e alguns em completa situação de abandono, o que levou mais tempo para conseguirmos a adesão ao nosso projeto de intervenção, chegando ao final com percentual de 45,2% no terceiro mês.

Orientamos os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, através de palestras educativas em nossa unidade e na comunidade semanalmente.

Monitoramos o número de pessoas com hipertensão e diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada, através dos prontuários e outros registros diariamente em nossa unidade, assim como, os hipertensos e diabéticos que necessitavam de atendimento odontológico, através dos registros e prontuários individuais.

Definimos atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos, realizando uma reunião com todos os membros da equipe em nossa unidade, também organizamos a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, através de uma educação continuada em serviço.

Capacitamos a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular, através de educação continuada em serviço, a ação foi executada pelo médico e a enfermeira da unidade.

Implantamos a ficha de acompanhamento, para monitorização das pessoas com hipertensão e diabetes em nossa área de atuação e discutimos com todos os membros da equipe para preenchimento correto.

Temos condições dar continuidade as ações programáticas em nossa rotina de serviço, onde todos os profissionais sabem o que e como realizarem tais

atividades, temos agora um dentista de forma definitiva para nossa unidade, ganhamos a reforma de nossa unidade e a compra de novos equipamentos, como computadores, material de apoio e a promessa de ampliação de nossa unidade em sua estrutura física.

Sabemos que nossos gestores estão mais engajados conjuntamente com nossa comunidade e nossa equipe de saúde. Alcançamos mais de 90% de nossas ações previstas, por esta razão é que agradecemos todo o apoio que nos foi concedido por parte da secretaria municipal de saúde e da administração de nossa unidade de saúde.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Querida comunidade!

Início este relatório agradecendo o apoio irrestrito das igrejas e das associações comunitárias que compõem nossa área de abrangência, pois essas entidades ajudaram na divulgação da intervenção que a equipe realizou, e participaram ativamente de todo o processo. No período de 30/04 a 06/08/2015, durante doze semanas, implementamos na unidade uma rotina para o atendimento às pessoas com hipertensão e diabetes que independentemente de quem esteja a frente dos trabalhos desenvolvidos na unidade, todos os profissionais poderão executar o mínimo possível com relação aos cuidados, orientações e abordagem a esses usuários. Realizamos com toda nossa equipe de saúde capacitações para conseguirmos melhores resultados em nossa comunidade. As igrejas e as associações cederam seus espaços físicos para realizarmos as atividades interagindo com toda a comunidade.

Sabemos que necessitamos nos integrar mais em torno de nossos objetivos, sensibilizar cada vez mais a comunidade sobre hipertensão e diabetes, solicitar maior participação e engajamento por parte de nossos gestores, dar mais ênfase para as dificuldades que os usuários apresentam para realizarem os exames laboratoriais e chegarem até nossa unidade de saúde, buscar soluções junto a secretaria municipal de saúde para garantir que todos realizem os exames laboratoriais e não falem às consultas por problemas de acesso, pedimos que fosse disponibilizado um carro para transporte dos que possuem dificuldade de acesso o que nos foi concedido.

Orientamos os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de

ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, através de palestras educativas na unidade e na comunidade semanalmente.

Monitoramos o número de hipertensos e Diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada, através dos prontuários e outros registros diariamente na unidade, assim como, os que necessitavam de atendimento odontológico, através dos registros e prontuários individuais.

Definimos as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico, realizando uma reunião com todos os membros da equipe na unidade, também organizamos a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, através de uma educação continuada em serviço.

Estamos mudando nossa realidade com relação ao engajamento de nossos usuários e profissionais na nossa área de atuação, já não existe mais tanta resistência para executarem as tarefas inerentes ao autocuidado, os familiares também estão participando mais, tendo mais responsabilidade, os profissionais com toda a dificuldade encontrada estão mais motivados, superando as adversidades. Nossos gestores estão mais familiarizados e engajados conjuntamente com nossa comunidade. Conseguimos alcançar mais de 90% das ações previstas, ganhamos a contratação de um dentista para a unidade, uma técnica de enfermagem, enfermeira e a promessa de ampliação de nossa unidade e a compra de novos equipamentos, como computadores, material de apoio. E o mais importante é que nossa comunidade se sentiu mais acolhida e prestigiada com nossas ações em serviço e adquiriu um elo de confiança e colaboração mútua.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Minha visão sobre saúde pública mudou bastante após realizar esta especialização em saúde da família, aprendi que como médico sou mais uma ferramenta juntamente com todos da equipe para trabalharmos com a comunidade, porque sem esse elo de ligação existente, não tem como fazermos saúde pública.

No início de minhas atividades no curso tinha grandes expectativas com relação como iria conciliar o trabalho diário na unidade com o ensino- aprendizado pedagógico e ao mesmo tempo ter que interagir com comunidade respectivamente, mais com o passar dos dias e a tarefas que eram realizadas semanalmente, aprendi a otimizar melhor meu tempo juntamente com a minha equipe, no qual tínhamos a oportunidade nos readequarmos aos desafios constantemente, tais desafios iam surgindo a cada dia, mostrou para nós a capacidade de superação que somente através de um trabalho multidisciplinar e em conjunto com a comunidade era possível chegarmos aos objetivos propostos semanalmente e em nossa prática profissional diária.

Em nosso país diante de tantos desafios, o maior que percebi que é o mais difícil é o de educar porque implica na mudança de comportamentos e atitudes, espero que todos tenham essa inquietude que essa especialização me proporcionou que é principalmente educar em saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n.36).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n.37).

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Atenção Primária e promoção da saúde**. Brasília, 2007. 232 p. CD-ROM. (Coleção Pro gestores – Para entender a gestão do SUS, v. 8).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de informação sobre mortalidade**. Brasília: MS 2004.

Anexos

Anexo 2 – Planilha de coleta de dados

Especialização em Saúde da Família - EaD

DMS

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

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

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

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

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

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

L14

Indicadores HAS e DM - Mês 1															
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está cadastrado no Programa HIPERPELA?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hipertida ou da Farmácia	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em	O paciente realizou avaliação odontológica?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
25															
26															
27															
28															
29															
30															
31															
32															
33															
34															
35															
36															

PRONTO

09/01/2015 18:52

Anexo 3 – Parecer do comitê de ética



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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
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.

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

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

Eu, Luiz Carlos Souza do Nascimento, (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.

LUIZ CARLOS SOUZA DO NASCIMENTO

Nome

Contato: MARIA ANDRADE DO NASCIMENTO

Telefone: (068) 3221 6693

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS: Rodovia Ac 40, Km 09, Bairro Santa Maria/Rio Branco-Acre.

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, LUIZ CARLOS SOUZA DO NASCIMENTO, Documento de Identidade 0210634 SSP/AC, 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.

LUIZ CARLOS SOUZA DO NASCIMENTO

Assinatura do declarante