

Universidade Aberta do SUS – UNASUS
Universidade Federal de Pelotas – UFPel
Departamento de Medicina Social
Curso de Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos
na UBS Deus me Deu, José de Freitas / PI**

Pablo Alvarez Suarez

Pelotas/RS, 2015

Pablo Alvarez Suarez

Melhoria da atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos na
UBS Deus me Deu, José de Freitas / PI

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

Orientadora: Pâmela Ferreira Todendi

Pelotas, RS

2015

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

S939m Suárez, Pablo Alvarez

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS Deus Me Deu, José de Freitas/PI / Pablo Alvarez Suárez; Pâmela Ferreira Todendi, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

70 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. Todendi, Pâmela Ferreira, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Ao meu filho, esposa e amigos, pelas alegrias, tristezas e dores compartilhadas. Com vocês, as pausas entre um parágrafo e outro de produção melhora tudo o que tenho produzido na vida.

Agradecimentos

A todos meus colegas de trabalho que contribuíram com a realização do projeto de intervenção e o trabalho em geral nesse período.

E meu agradecimento a UFPEL pela oportunidade oferecida para o meu desenvolvimento profissional e sua contribuição ajuda na realização de tão importante projeto de ajuda para as comunidades.

Meu agradecimento a minha esposa e filho que deram todo seu apoio para a realização das minhas tarefas no curso e na superação profissional.

A todos vocês, obrigado

Resumo

SUAREZ, Alvarez, Pablo. **Melhoria da atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS Deus me Deu, José de Freitas / PI.** Ano. 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, Ano 2015.

A hipertensão arterial sistêmica representa grave problema de saúde no país e apresenta elevada prevalência. As complicações crônicas do diabetes são as principais responsáveis pela morbidade e mortalidade dos pacientes diabéticos. Devido ao crescimento destas doenças crônicas não transmissíveis e à baixa cobertura encontrada na UBS Deus me Deu a equipe acordou em realizar a intervenção como foco hipertensão arterial e diabetes mellitus. O projeto de intervenção teve como objetivo melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes na UBS Deus Me Deu no município de José de Freitas, Piauí. A intervenção exigiu capacitação de toda a equipe de acordo com o protocolo de atenção a pessoa com doença crônica não transmissível HAS/DM do Ministério da Saúde. Como metodologia empregada foram seguidos quatro eixos pedagógicos: organização e gestão dos serviços, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e avaliação. Utilizamos as fichas espelho fornecidas pelo curso e planilha de coleta de dados. A intervenção teve duração de 12 semanas de março a junho de 2015. Os indicadores mostraram que houve melhoria na atenção a saúde dos usuários e a maioria das metas foram alcançadas. Antes da intervenção tinha-se como meta atingir 75% de cobertura para os hipertensos e 80% para os diabéticos. Ao final da intervenção 237 (86,5%) usuários com hipertensão e 67 (98,5%) com diabetes foram cadastrados. Em relação aos indicadores de qualidade todos os usuários cadastrados estavam com os exames clínicos e complementares em dia, todos possuem prescrição de medicamentos da farmácia popular e estão com a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em dia. As ações relativas à promoção da saúde como orientações sobre atividade física, risco do tabagismo e sobre higiene bucal foram repassadas para todos os usuários cadastrados. A intervenção permitiu organizar o trabalho de forma sistemática, fazendo com que cada membro da equipe saiba sua função. O sucesso da melhoria da cobertura desta intervenção foi fruto de trabalho de toda a equipe, comunidade e gestão. Com experiência já obtida pretende-se incrementar futuramente a ação programática relativa à prevenção do câncer de mama e colo do útero, contribuindo assim para a saúde geral da população.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao usuário hipertenso na UBS Deus me Deu, José de Freitas/PI.	41
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao usuário diabético na UBS Deus me Deu, José de Freitas/PI.	42
Figura 3	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada na UBS Deus me Deu, José de Freitas/PI.	44
Figura 4	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada na UBS Deus me Deu, José de Freitas/PI.	45
Figura 5	Busca ativa dos usuários faltosos	58
Figura 6	Busca ativa dos usuários faltosos	58
Figura 7	Palestra para a comunidade	59
Figura 8	Visita domiciliar	59

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAP	Cadernos de Ações Programáticas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DCNT	Doenças crônicas não trasmisíveis
DM	Diabetes
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade básica de saúde

Sumário

Apresentação	10
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	18
2 Análise Estratégica	20
2.1 Justificativa	20
2.2 Objetivos e metas	22
2.2.1 Objetivo geral	22
2.2.2 Objetivos específicos e metas	23
2.3 Metodologia	25
2.3.1 Detalhamento das ações	25
2.3.2 Indicadores	29
2.3.3 Logística	34
2.3.4 Cronograma.....	36
3 Relatório da Intervenção.....	37
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	37
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	37
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	38
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	39
4 Avaliação da intervenção.....	40
4.1 Resultados.....	40
4.2 Discussão	48
5 Relatório da intervenção para gestores	51
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	54
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	57
Referências	58
Apêndices.....	59
Anexos	62

Apresentação

Este trabalho de conclusão do curso de Especialização em Saúde da Família trata da melhoria da qualidade da atenção aos usuários com HAS e DM na atenção primária à saúde na UBS Deus me Deu, no município de Jose de Freitas/Piauí, e está organizado em sete capítulos.

O primeiro capítulo traz a análise situacional da UBS, cujo relatório aponta a forma de funcionamento e a estrutura da unidade, e o processo de trabalho na implementação das ações programáticas nos diferentes grupos de atenção.

O segundo capítulo traz a análise estratégica, justificando a escolha do foco da intervenção e estabelecendo objetivos, metas, ações, logística e cronograma, cujo conjunto forma o Projeto de Intervenção.

O terceiro capítulo traz o relatório da intervenção, discorrendo sobre as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as dificuldades e facilidades encontradas, além daquelas que não foram desenvolvidas ou foram parcialmente desenvolvidas. Também analisa a viabilidade de incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço, descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.

O quarto capítulo trata da avaliação da intervenção. São descritos os indicadores alcançados, discutidos os resultados e os fatores que contribuíram para o desfecho observado.

O quinto e sexto capítulo trazem respectivamente os documentos redigidos como relatórios da intervenção para os gestores e para a comunidade.

Por fim, o sétimo capítulo apresenta uma reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem ao longo do curso, partindo das expectativas iniciais e culminando com o significado do curso para a prática profissional e os aprendizados mais relevantes e sua importância.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A UBS Deus me DEU foi onde comecei a fazer meu trabalho no programa mais médicos para o Brasil, está localizada no bairro Deus me Deu na cidade de José de Freitas no estado do Piauí. Estruturalmente a UBS não tem as melhores condições para nosso desempenho profissional, pois tem uma parede quebrada que já foi informado para a secretária e a prefeitura para arrumar a parede. A UBS é pequena e tem uma recepção, um consultório médico, secretária, um consultório de enfermagem, cozinha, sala de vacina e um banheiro multiuso para pacientes e trabalhadores. Essa é a configuração de nossa pequena e adaptada UBS.

A equipe de trabalho é formidável e com uma preparação ótima, é formada por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, moça da limpeza e 3 agentes comunitárias de saúde (ACS). Todos possuem grande compromisso com o trabalho e a saúde da população. Eu agradeço as autoridades de José de Freitas pela equipe tão maravilhosa de trabalho que tenho na unidade.

Duas vezes ao mês temos na UBS reuniões para planejar todo o trabalho a ser feito durante o mês e realizamos uma avaliação do trabalho dos 15 dias anteriores, avaliamos criticamente o desempenho de cada um dos profissionais, os problemas da comunidade e o que podemos melhorar. Durante as reuniões solicitamos assistência para o pessoal da secretaria de saúde e da prefeitura para nos ajudar a resolver os problemas. Também são avaliados os acompanhamentos das doenças que afetam a população da área de abrangência, e as ações de saúde que são feitas por cada um dos profissionais da equipe nesse momento.

Preparamos os temas que serão abordados nas atividades de promoção e prevenção de saúde, como: vacinação, doenças sexualmente transmissíveis, dietas, exercício físico, entre outros temas. Procura-se garantir atenção integral de saúde para a comunidade, bem como, qualidade de vida.

Em nosso trabalho foi confirmado que as doenças que mais afetam a população são hipertensão arterial e diabetes mellitus, estas doenças possuem um acompanhamento eficaz de toda equipe. Um problema que também está presente na comunidade é a gravidez na adolescência. Com as ações de saúde realizadas para a população estamos logrando reduzir as complicações destas doenças e situações de saúde. No momento estamos logrando o máximo de controle delas.

O maior problema da unidade é que muitos usuários chegam solicitando exames complementares e não esperam que o médico faça as recomendações e conheça o que está acontecendo com eles, para assim ter uma melhor ideia do diagnóstico e a conduta a ser seguida. Nós fizemos a proposta de trabalhar todos em equipe, para assim reduzir os níveis tão altos de usuários que chegam solicitando apenas uma receita ou um encaminhamento para outras especialidades ou para fazerem exames complementares sem conversar com o médico. Acredito que vamos resolver esse problema, com ações de saúde e profilaxia, estamos encaminhados para isso.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município José de Freitas, estado do Piauí tem uma densidade populacional de 37.095 habitantes (IBGE, 2010), com um total de 21 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) funcionando em 21 UBS, as quais encontram-se em casas alugadas e outras em locais criados para este fim. O município tem um pequeno hospital de emergência com salas para internação. O município possui 3 equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) funcionando, uma delas na secretaria municipal de saúde. Esta equipe é formada por uma nutricionista, um fonoaudiólogo, uma psicóloga, educador físico, fisioterapeuta e farmacêutico. Cada equipe do NASF atende um grupo de UBS, e quando um usuário precisa deste

atendimento é encaminhado pelo médico da família.

Estas equipes (NASF) participam das atividades de promoção e prevenção de saúde desenvolvida nas unidades. Muitas UBS possuem serviço de odontologia pelo SUS, além disso, perto da secretaria municipal de saúde existe um centro de especialidades odontológicas (CEO) que atende os casos de: endodontia, periodontia, prótese dentária, raios-X entre outros mais. No município existe um laboratório para a realização de exames de menor complexidade, o laboratório de raio X e ultrassom fica no hospital municipal sendo o único da cidade, que apresenta dificuldade e demora na entrega dos exames, muitas vezes a marcação é demorada.

A UBS Deus me Deu é uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) e está localizada na Rua Raimundo Vicente da Rocha no bairro Deus me Deu no município José de Freitas (zona urbana), esta possui vínculo estreito com o SUS. A ESF apresenta uma equipe de saúde composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar geral, secretária, três ACS e um motorista que fica meio turno, pois trabalha no outro turno na UBS matadouro.

A estrutura da ESF está em boas condições, mas apresenta algumas dificuldades, onde tem uma rampa de madeira para o acesso de cadeirantes e um banheiro com pequena adaptação para cadeirantes, as paredes e teto estão adequados, mas com alguns erros de engenharia (como salas pequenas e estrutura mal organizada). Os consultórios possuem um espaço pequeno que dificulta o atendimento, temos problemas com a sala de espera, mas recebemos visita da prefeitura e secretaria de saúde que se comprometeram em equipar a sala de espera e os consultórios adequadamente.

A equipe de trabalho de Deus me Deu é uma equipe com um compromisso social de primeira linha, apesar das dificuldades existentes. Temos apenas um aparelho para verificar a pressão arterial que fica na sala da técnica de enfermagem, nem o médico e a enfermeira possui este equipamento em seus consultórios o que representa um problema. Para agilizar este problema, no momento outros equipamentos estão sendo entregues pela prefeitura e alguns que são propriedade

da técnica de enfermagem e enfermeira, são utilizados na UBS, possibilitando assim desenvolver nosso trabalho da melhor maneira possível, ajudando a melhorar a saúde da comunidade. Uma vez por mês é realizado na UBS reunião com todos os membros da equipe para avaliar o desempenho de cada um, também estamos fazendo capacitações para melhor desempenho da equipe e estamos realizando o acompanhamento das internações domiciliares.

A área adstrita da ESF tem um total de 1.800 habitantes, referente a 910 mulheres e 890 homens, dos quais 25 são crianças menores de um ano de idade. A distribuição total da população é a seguinte: 0-14 anos de idade são 23,7%, de 15 a 24 anos 16,5%, de 25 a 54 anos 43,6%, de 55 a 64 anos 8,5% e mais de 65 anos 7,5%. Considera-se adequado o tamanho do serviço (estrutura e equipe) para o tamanho da área adstrita. O que ajuda a ter um atendimento de maior eficácia e mais enfatizado nos grupos de população necessitados.

De acordo com o CAP para a quantidade de 1800 pessoas a unidade deve ter Mulheres em idade fértil (10-49 anos) 587, Mulheres entre 25 e 64 anos 435, Mulheres entre 50 e 69 anos 134, Gestantes na área - 1% da população total 27, Menores de 1 ano 27, Menores de 5 anos 54, Pessoas de 5 a 14 anos 336, Pessoas de 15 a 59 anos 1130, Pessoas entre 20 e 59 anos 956, Pessoas com 60 anos ou mais 192, pessoas com 20 anos ou mais 1148, Pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão 362 Pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes 103 mas na realidade na unidade existem 22 mulheres grávidas par um 81% de cobertura, 25 mulheres que fizeram consulta de puerperio nos últimos 12 meses par um 93% de cobertura, 25 crianças menores de um ano acompanhadas para um 93% de cobertura, 435 mulheres entre 25 e 64 anos para um 100% de cobertura no programa de prevenção do câncer de útero, 134 mulheres entre 50 e 69 anos par um 100% de cobertura do programa de câncer de mama, 147 hipertensos de mas de 20 anos de idade para um 41% de cobertura, 57 diabeticos para um 55% de cobertura e 136 idosos pa um 71% de cobertura.

O acolhimento à demanda espontânea é realizado por todos os profissionais da equipe com maior responsabilidade pela técnica de enfermagem, nossa equipe atende toda a demanda espontânea, pois como a população adstrita é pequena fica mais fácil o atendimento e não existe assim excesso de demanda. Nosso compromisso é oferecer um atendimento com qualidade para nossos usuários e um princípio de caráter humanitário e social, por isso nosso horário de trabalho é todos os dias da semana das 8 horas da manhã até às 6 horas da tarde, de segunda à sexta feira.

No caso do acompanhamento ao puerpério nos últimos 12 meses foram 25 mulheres neste caso a cobertura foi major com um 93% de cobertura para o total mas tem se que melhorar e trabalhar em base a lograr um acompanhamento de mais qualidade , neste caso uma quantia grande do total teve o acompanhamento na outra unidade antes de começar a nossa a funcionar, os indicadores avaliados no caderno estão nos parâmetros bom pois que mais dificuldade tivemos foi avaliar eles já que o acompanhamento foi feito em outra unidade no que contatamos nos prontuários o que mais dificuldade trouxe foi a avaliação ginecológica e o exame das mama

A atenção à saúde das crianças é algo muito importante e por isso que em nossa UBS todos os profissionais da equipe participam do atendimento à puericultura. Estes são registrados no prontuário clínico e no registro de puericulturas da UBS que é revisado periodicamente pelo médico, enfermeira e a técnica de enfermagem. As puericulturas são realizadas uma vez por semana nos dois turnos, proporcionando atendimento prioritário a crianças de 0 a 6 anos de idade e realizando o primeiro atendimento até os primeiros 7 dias de nascidos. A frequência não é a melhor, pois muitas mães possuem desconhecimento destes serviços, ficando com seus filhos faltosos as consultas de avaliação e conseqüentemente ficam sem receber avaliação nutricional adequada. Depois de terminadas as consultas de puericultura as crianças saem com a próxima consulta

agendada, ainda estamos apresentando algumas dificuldades, pois na UBS não existem os protocolos de atendimento para puericultura, que é um instrumento do Ministério da Saúde com objetivo de organizar nosso processo de trabalho que já foi pedido para a secretaria de saúde. Espera-se que seja o mais rápido possível já que a nossa cobertura é de 93% (25), sendo ótima para nossa UBS, onde nosso compromisso é chegar em 100% de cobertura. O Caderno de Ações Programáticas (CAP) estima que possuam 27 mulheres que fizeram consulta de puerpério nos últimos 12 meses.

No meu serviço existe uma dificuldade, pois além da importância das consultas de pré-natal não temos os protocolos de atendimento, nem por isso deixa de ser importante a realização das consulta na UBS. A enfermeira é a pessoa encarregada de realizar o cadastro no SISPRÉ-NATAL. Nosso posto tem uma pequena quantidade de pessoas e pequeno número de grávidas, as consultas acontecem uma vez por semana nos dois turnos de atendimento e são registradas no prontuário clínico e no registro de atendimento de grávidas do posto, além disso, a cobertura está dentro dos parâmetros, que é de 81% (22), onde o CAP estima que existam 27 gestantes residentes na área.

Durante a gravidez as mulheres grávidas recebem no mínimo 8 consultas, das quais a primeira é feita pela enfermeira, após é realizado uma avaliação pelo médico e consulta para realização de exames complementares. Há uma dificuldade na realização dos exames, pois o laboratório da cidade demora muito para fazer e entregar os resultados o que dificultam oferecer um rápido e bom atendimento as pacientes grávidas. As gestantes saem das consultas com um conhecimento básico da gravidez, parto, puerpério e com a próxima consulta agendada. É muito difícil reunir todas as mulheres grávidas um dia pra fazer atividades de grupo, pelo fato da longa distância de suas casas até a unidade de saúde . Temos grupos de grávidas onde os encontros são realizados duas vezes ao mês.

A saúde reprodutiva da mulher é uma questão essencial de nosso trabalho, por isso temos que promover a prevenção da saúde nestes temas (câncer de mama e de colo do útero). Neste sentido, os profissionais de nossa UBS encontram-se

envolvidos por completo nos programas de prevenção e promoção da saúde dos cânceres de colo do útero e mamas. Nos dias escolhidos pela UBS para a realização dos programas, são oferecidas atividades de luta contra os fatores de risco destas duas doenças, além de atendermos em qualquer dia a usuária que necessite. Além de não existirem os protocolos de atendimento dos programas de controle, os exames são indicados pelas ACS, enfermeira e o médico do posto.

A coleta do exame citopatológico é feita no início e no final do mês em um só turno, pelo motivo da falta de material que está sendo providenciado pela secretaria de saúde, para assim começar a realizar estes exames com frequência diária. É muito difícil a realização do exame para as usuárias que não podem vir até o posto, pois, tem que ser feito em condições requeridas. Quando necessário liga-se para a secretária de saúde disponibilizar um meio de transporte equipado para poder fazer o exame, além de ser poucas usuárias já logramos 100% (435) de cobertura para as mulheres entre 25 e 64 anos de idade. O rastreamento do câncer de mama tem dificuldade para se realizar, pois é muito demorado e o exame clínico das mamas é realizado pela enfermeira com uma repetição baixa.

Não temos protocolos de acordo com o Ministério da Saúde para estas ações, o que afeta o desempenho do programa, além disso, temos 100% (134) de cobertura do programa na faixa etária preconizada para o controle do câncer de mama. Mulheres que possuem fatores de risco e as mais jovens são orientadas para a realização em casa do autoexame das mamas uma vez por mês e se notar alguma coisa estranha recomendamos visitar o médico da família o mais rápido possível para uma correta avaliação. Até o momento a população gostou das propostas feitas pela equipe da unidade, onde está sendo ótimo planejar as ações a serem realizadas pela saúde das mulheres.

O atendimento aos usuários com hipertensão e diabetes possuem aspectos bons e outros nem tanto, o programa de atendimento tem um dia por semana que funciona nos dois turnos de atendimento chamado de HIPERDIA. São realizadas consultas registradas no prontuário clínico e é realizado registro de hipertensos e diabéticos da área de abrangência.

Os usuários que não podem vir até a unidade de saúde recebem nossa visita e são avaliados em suas casas no dia seguinte na visita domiciliar e aqueles que não podem vir até a UBS no dia marcado são atendidos conforme sua disponibilidade. Não temos os protocolos de acordo com o Ministério da Saúde para estes atendimentos, no entanto, cada consulta é feita uma avaliação integral do usuário com avaliação da pressão arterial sistêmica, peso e avaliação da glicose. A cobertura do programa de atendimento de hipertensão e diabetes está longe da realidade, pois ela é muito baixa, visto no CAP 41% (147) de cobertura para hipertensão arterial e 55% (57) para diabetes mellitus. O CAP estima que residam na área da unidade 103 usuários diabéticos e 362 com hipertensão.

As deficiências encontradas no programa inclui que muitos usuários hipertensos ou diabéticos fazem negação da doença e não estão cadastrados, pois resistem em acreditar que possuem uma doença crônica não transmissível (DCNT). Também dificulta o programa de atendimento a inexistência dos protocolos de atendimento. Além de ser baixa a cobertura os usuários com estas duas DCNT recebem um atendimento adequado. A maioria dos usuários tem feito exames de avaliação nos últimos meses e receberam ações de promoção, prevenção de saúde, corretos hábitos de alimentação, exercício físico, cuidado dos olhos e pés do diabético, assim como, são ensinados a conhecer as possíveis complicações de sua doença. Foi criado um grupo de usuários com hipertensão e diabetes para oferecer orientações em geral. Participam do grupo a enfermeira, médico, técnica de enfermagem e as ACS. No momento já foram providenciados os protocolos de atendimento aos usuários com as DCNT só estamos esperando a chegada deles.

A saúde da pessoa idosa é um tema de prioridade, pois temos que oferecer bom atendimento de forma integral e global desde as funções psíquicas, musculares e dos órgãos. Já logramos ter uma cobertura de 71% (136) aos usuários da terceira idade, além de não ter os protocolos de atendimento na UBS que estão sendo providenciados pela secretaria de saúde. O CAP estima que residam na área de abrangência 192 usuários idosos.

Ao começar o dia de consulta os usuários são recebidos pela técnica de

enfermagem para verificar a pressão arterial, temperatura e a necessidade de cada usuário. São realizadas consultas com o médico ou a enfermeira onde tentamos conhecer como está evoluindo o usuário, se já se adaptou a nova etapa da vida e fazemos uma avaliação completa e integral. Aqueles que apresentam alguma doença aguda são tratados corretamente e são oferecidas orientações dietéticas, atividade física e saúde bucal. Infelizmente no posto não existe o serviço de odontologia para fazer uma avaliação da saúde bucal da pessoa idosa, temos um pequeno grupo de pessoas idosas onde, nas reuniões participam a enfermeira, médico, técnica de enfermagem e participação também do pessoal do NASF. Os usuários visitam a UBS com regularidade e gostam do atendimento e cuidado realizado para eles.

Em relação a saúde bucal infelizmente não dispomos do serviço de odontologia, serviço este muito importante para todos as ações prioritárias mas os usuários são encaminhados para o CEO do município quando necessário e são atendidos nas unidades do bairro de Fátima e santa Luzia .

O maior desafio que temos no posto é oferecer um atendimento de qualidade e o melhor recurso que temos é oferecer atendimento humanizado, pois temos uma equipe de primeira categoria e muito bem preparada. Já estamos trabalhando nas mudanças para oferecer um atendimento mais organizado, com aumento dos dias para realizar exame cito patológico e visitas domiciliares a idosos hipertensos e diabéticos.

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

Ainda falta muito para conseguir um bom atendimento a todas as pessoas da nossa área e conseguir uma qualidade de vida ideal para todos os usuários. Considera-se baixo o nível cultural das pessoas que acham que todas as doenças são resolvidas com uso de remédios ou de estudos de alta tecnologia, sem pensar que uma dieta saudável e exercícios físicos, podem resolver muitos problemas.

Houve uma significativa melhoria após a análise situacional, pois a unidade foi dotada com mobiliário novo para o conforto dos usuários e cadeiras para os consultórios e para a sala de espera. Também recebemos mobiliários para a organização de prontuários médicos e os registros dos usuários, foram arrumados os detalhes da estrutura da unidade com a melhoria da estrutura do banheiro para trabalhadores e o banheiro para usuários. Foi construída uma nova rampa para cadeirantes e usuários com dificuldades físico motoras, tudo em coordenação com a secretaria municipal de saúde e a prefeitura.

Quando escrevi o texto inicial sobre a situação da unidade meu conhecimento da unidade era pouco ou quase nenhum. Além de ser uma unidade de saúde nova não tinha o conhecimento suficiente da organização do trabalho na UBS. Todos os colegas da equipe eram de outras unidades e com condições de trabalho diferentes. Nossa unidade foi aderida ao programa federal Mais Médicos, era nova e tínhamos pouco conhecimento da área. Com o relatório da análise situacional ficou mais claro sobre a situação da unidade. Aos poucos tomamos conhecimento da área de abrangência da UBS e das atribuições de cada membro da equipe.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) representa grave problema de saúde no país, apresenta elevada prevalência, cerca de 20% da população adulta e acentuada parcela de hipertensos não diagnosticados, são tratados de forma inadequada, ou ainda pelo alto índice de abandono ao tratamento. Quase sempre acompanham lesões nos vasos sanguíneos com conseqüentes alterações de órgãos alvos como cérebro, coração, rins e retina. Geralmente, é uma doença silenciosa que não dói, as vezes não provoca sintomas, entretanto, pode matar. Quando ocorrem sintomas, já decorrem de complicações. Uma doença crônica para a maioria das pessoas pode modificar de forma profunda sua vida (NAKASATO, 2004).

O diabetes mellitus (DM) acomete cerca de 7,6% da população brasileira entre 30 e 69 anos de idade. Cerca de 50% dos pacientes desconhecem o diagnóstico e 24% dos pacientes reconhecidamente portadores de DM não fazem qualquer tipo de tratamento (Neves MF, Oigman W 2009).

As complicações crônicas do DM são as principais responsáveis pela morbidade e mortalidade dos pacientes diabéticos. As doenças cardiovasculares representam a principal causa de morte (52%) em pacientes diabéticos do tipo 2 (Neves MF, Oigman W 2009). Diversos fatores de risco passíveis de intervenção estão associados ao maior comprometimento cardiovascular observado nos pacientes diabéticos. Entre eles estão à presença da Nefropatia Diabética (ND) e HAS. O impacto desfavorável da HAS e das dislipidemias sobre a morbimortalidade cardiovascular é amplamente reconhecida, bem como, a frequente associação destas condições ao DM. Dados da Organização Mundial da Saúde mostram

significativa elevação da mortalidade de indivíduos com DM tipo 1 e 2 na presença de HAS. Por outro lado, são numerosas as evidências de que o tratamento anti-hipertensivo é capaz de reduzir a incidência de eventos cardiovasculares em indivíduos com ou sem DM (SBC, 2013,2014).

A UBS Deus me Deu possui uma equipe composta por médico, enfermeira, técnica em enfermagem, auxiliar geral, secretária e três ACS que fazem atendimento a uma população de 372 famílias, ou seja, 1.800 pessoas. A UBS tem uma estrutura pequena e possui: um consultório médico, um consultório de enfermagem, uma sala de vacina, recepção, cozinha e um banheiro. As paredes internas são de superfície lisa que permitem uma boa lavagem das mesmas. Em relação às atribuições da equipe, todos participam do mapeamento e territorialização da área. Atividades de saúde fora da UBS como, palestras de aleitamento materno, atenção às grávidas e promoção e prevenção da saúde são realizadas por toda a equipe. Temos disponível uma equipe do NASF com fonoaudiólogo, fisioterapeuta, psicólogo e nutricionista, também temos serviço hospitalar no pequeno hospital do município Nossa Senhora do Livramento que possui um laboratório clínico para a realização de exames aos pacientes do município.

Na UBS existe um total de 204 usuários com doenças crônicas não transmissíveis dos quais 147 são hipertensos e 57 são diabéticos, com uma cobertura de 41% para hipertensão arterial e 55% para DM. Portanto, a população alvo desta intervenção será os hipertensos e diabéticos. A qualidade da atenção à população é muito boa, onde já fomos elogiados pelos moradores da comunidade na rádio do município. A única dificuldade encontrada é em relação ao laboratório do município que entrega os exames dos usuários sempre com atraso. São desenvolvidas ações de promoção e prevenção da saúde em toda a comunidade, escolas e em cada consulta de forma individual, estas ações são desenvolvidas pela técnica de enfermagem, enfermeira e médico da unidade. A população da área adstrita está aderida as atividades planejadas pelo pessoal do posto, a população tem conhecimento dos horários de trabalho, dos dias de vacinas para pré-natal e puericultura e também sobre prevenção e promoção da saúde.

A realização desta intervenção será importante para estabelecer um sistema de atenção muito mais organizado em nossa unidade. O grau de implementação das ações programáticas será estabelecido para todos os membros de nossa equipe, onde eles participarão de todas as atividades propostas para a intervenção. A equipe de trabalho de minha unidade está envolvida no projeto de intervenção desde o momento em que começou a ser planejado. Uma das limitações existentes é a não existência na UBS de um educador físico para nos ajudar nas atividades de promoção da saúde e realizar exercício físico nas atividades com hipertensos e diabéticos. Os aspectos que viabilizam a realização de minha intervenção são o trabalho em conjunto com minha equipe de saúde juntamente com os agentes comunitários de saúde trabalhando na pesquisa da comunidade dos usuários portadores destas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e com fatores de risco. Os aspectos que podem melhorar a atenção em saúde é aumentar a quantidade de consultas e as atividades de promoção de saúde.

2.2 Objetivos

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes na UBS Deus Me Deu no município de José de Freitas, Piauí.

2.2.2 Objetivos específicos

1. Ampliar a cobertura de 41% para 75% dos usuários hipertensos e de 55% para 80% dos diabéticos da área adstrita;
2. Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa;
3. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos da unidade de saúde;
4. Melhorar o registro das informações;

5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular;
6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

2.2.3. Metas

Relativa ao objetivo 1: ampliar a cobertura da população diabética e hipertensa na área.

1.1- Cadastrar 75% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

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

Relativa ao objetivo 2: melhorar a qualidade de atenção a diabético e hipertenso em nossa UBS.

2.1- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

2.2- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

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

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

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

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

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

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

Relativa ao objetivo 3: melhorar a adesão dos diabéticos e hipertensos ao programa.

3.1- Buscar 100% dos diabéticos e hipertensos faltosos às consultas na

unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Relativa ao objetivo 4: melhorar o registro das informações dos diabéticos e hipertensos em nossa UBS.

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

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

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

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

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

Relativa ao objetivo 6: promover a saúde dos hipertensos e diabéticos.

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

6.2- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

6.3- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

6.4- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos e hipertensos.

2.3 Metodologia

2.3.1 Detalhamento das ações

Para o desenvolvimento do projeto de intervenção a equipe de saúde da UBS Deus me deu começará a trabalhar no programa de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos sendo estruturado para o desenvolvimento em um período de 12 semanas na unidade de saúde Deus me Deu município Jose de Freitas PI com uma população de 1800 usuários para o que se intervirá nos usuários maiores de 20 anos homens e mulheres com hipertensão arterial e homens e mulheres com diabetes mellitus . Está previsto um incremento na melhoria do acolhimento e dos atendimentos dos usuários que chegarem ao posto como, livre demanda ou os que cheguem agendados pelos ACS na comunidade. Serão encaminhados para atendimento tanto os usuários portadores de hipertensão e diabetes como os suspeitos de estarem desenvolvendo estas doenças e na busca de possíveis complicações que estão desenvolvendo. Estas ações serão desenvolvidas desde o início do projeto e continuarão de modo permanente na unidade. Todas as ações serão desenvolvidas por todos os membros da equipe e supervisionadas pelo médico do posto.

Organização dos serviços de saúde

No eixo de organização dos serviços de saúde o projeto foi estruturado para ser realizado num período de 16 semanas na UBS Deus me Deu no município José de Freitas no estado do Piauí, a partir do mês de abril de 2015. De acordo com o período estabelecido para a realização do projeto, a equipe vai fazer um cadastro nas áreas de abrangência onde estão presentes os usuários de cada uma das famílias correspondentes aos 1.800 residentes na comunidade. A revisão e renovação das fichas individuais e coletivas de cada uma das famílias serão realizadas pelas ACS e a técnica em enfermagem e supervisionada pela enfermeira do posto.

Os ACS trabalharão na comunidade registrando os novos usuários, fazendo busca ativa e convites pra a população assistir as consultas programadas de acordo com os protocolos de atendimento. Para a realização destas atividades a equipe vai

ser capacitada com uma frequência de duas vezes por mês com início na primeira semana da intervenção no horário das reuniões da equipe, planejadas a cada mês e também será utilizado esse espaço para a atualização dos profissionais onde vamos colocar a disposição à versão atualizada do protocolo do Ministério da Saúde.

O posto não possui serviço de odontologia e para organizar a ação avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários, vamos colocar a disposição um dia de atendimento no posto Santa Lucia que fica próximo ao nosso, onde será realizado atendimento todas as quartas-feiras para os usuários de nossa UBS. As ACS vão avaliar na comunidade a necessidade de atendimento odontológico e o médico durante os atendimentos clínicos.

Os usuários faltosos as consultas receberão uma visita domiciliar que será realizada pelas ACS duas vezes por semana e uma vez pela enfermeira do posto e pelo médico. Na terça-feira o dia do programa de atenção à saúde dos usuários com HAS/DM será utilizado para acolher os usuários provenientes das buscas domiciliares realizadas pelas ACS, no entanto, o atendimento clínico será realizado a qualquer dia da semana de acordo com a urgência e demanda espontânea. A ficha de acompanhamento dos usuários estará sempre atualizada e assim teremos controle das atividades e poderemos manter as informações do SIAB atualizadas. Será pactuada a responsabilidade da equipe no registro das informações coletadas, a enfermeira do posto vai ser a responsável por monitorar esses registros. Será organizado um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização da 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 práticas coletivas sobre alimentação saudável e prática de atividade física serão realizadas pela equipe com a assistência de profissionais demandados junto ao gestor, parcerias institucionais para envolver nutricionistas e educadores físicos.

Qualificação da prática clínica

No eixo qualificação da prática clínica, a equipe será capacitada pelo médico sobre os cuidados na verificação da pressão arterial, na verificação da

glicose, sobre os atendimentos clínicos e solicitação de exames conforme protocolo e sobre a necessidade de atendimento odontológico. Os ACS serão capacitados pela enfermeira e pelo médico quanto ao preenchimento das fichas espelho e da revisão das mesmas. A responsabilidade será em conjunto entre a enfermeira e o médico de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde.

Também durante a capacitação será preciso orientar o pessoal da equipe no referente à realização do exame clínico adequado, além, da capacitação sobre o seguimento dos protocolos de atendimento. Os ACS serão capacitados a orientar usuários HAS e/ou DM quanto à realização das consultas com periodicidade através dos protocolos de atendimento e com um profundo treinamento no preenchimento de todos os registros utilizados durante a intervenção. Serão realizadas palestras e aulas educativas nas comunidades para orientar os usuários e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, prática regular de atividade física, tabagismo e higiene bucal. Estas ações serão realizadas pela enfermeira e médico, sendo supervisionadas pelo médico do posto.

Engajamento público

No eixo engajamento público em vistas a uma boa realização do projeto os ACS, assim como, os líderes da comunidade serão capacitados inicialmente para oferecer informação à população sobre o programa e a importância de realizar verificação da pressão arterial, assim como, os fatores de risco destas doenças. Também serão desenvolvidos cartazes informativos sobre as patologias, assim como, atividades educativas de promoção e prevenção da saúde com todos os grupos de usuários existentes, para dar conhecimento do risco cardiovascular e neurológico destas doenças. Será orientando também nas palestras a necessidade e a importância da realização de exames complementares, também sobre as alternativas para obter o acesso aos medicamentos da farmácia popular, a importância da realização da avaliação da saúde bucal, esclarecer aos portadores de HAS e DM e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas através do protocolo de atendimento.

Vamos também orientar os usuários da comunidade sobre seus direitos em

relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso se for necessário em algum momento, orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, para um adequado controle de fatores de risco modificáveis, sobre a importância da alimentação saudável, prática regular de atividade física e higiene bucal que são de vital importância para o correto desempenho de sua saúde. Assim, pretendem-se conseguir a sensibilização dos usuários e suas famílias em vistas da importância do acompanhamento dos portadores destas DCNT, ações que serão desenvolvidas pela técnica em enfermagem, enfermeira e médico.

Para lograr atingir os objetivos propostos no projeto de intervenção os usuários e as famílias serão convidados para as atividades de promoção e prevenção da saúde que serão realizadas nos diferentes locais escolhidos pela comunidade duas vezes por mês. Os grupos formados pela comunidade terão como objetivo esclarecer as dúvidas presentes, assim como, explicar como funciona o serviço e a importância das consultas de acordo com os protocolos de atendimento do MS. Para atingir os objetivos foi disponibilizado pela secretaria de saúde um carro para a realização das atividades planejadas no projeto, assim como, os materiais de trabalho básicos para a comunidade, como: esfigmomanômetro, glicosímetro e materiais para o atendimento dos usuários acamados.

Organização e gestão do serviço,

Em relação ao eixo de organização e gestão do serviço, a cada atendimento realizado pelo profissional a um usuário será realizado o preenchimento das fichas espelho e dos prontuários de atendimento. O processo de recepção e agendamento dos usuários e a sua chegada ao local de atendimento será organizado pela equipe. Vamos articular com o gestor do município as prioridades na realização dos exames laboratoriais e manter uma revisão ampla do estoque de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA, a realização do exame clínico em cada consulta, assim como, o monitoramento e realização das capacitações dos profissionais no horário adequado. Serão realizadas visitas domiciliares com os profissionais da equipe para buscar usuários faltosos, manter as informações atualizadas com a realização da

ficha de acompanhamento com os dados necessários, levar controles periódicos e completos aos usuários avaliados, como de alto risco de morbimortalidade cardiovascular. Vamos também programar as datas das atividades educativas e sua divulgação na comunidade, estabelecendo parcerias institucionais para envolver educadores físicos nestas atividades de orientação que serão realizadas por todos os integrantes da equipe e será supervisionado pelo médico.

Monitoramento e avaliação dos serviços

Para o eixo de monitoramento e avaliação dos serviços, cujo qual será realizado semanalmente com a revisão das fichas de cadastro das ACS e das fichas espelho, assim como, as fichas de atendimento diário do médico e enfermeira e dos novos cadastros realizados na UBS. O monitoramento da realização dos exames clínicos e laboratoriais dos usuários será coletado numa planilha de coleta de dados que será realizada a cada consulta com o profissional de saúde. O que vai ser utilizado também para monitorar se os exames são feitos com a devida periodicidade. Serão realizadas visitas domiciliares com os profissionais da equipe para buscar usuários faltosos, durante as consultas será realizada a estratificação de risco cardiovascular em todos HAS e DM cadastrados e consultados na UBS. Estas atividades serão registradas na ficha espelho e passadas para a planilha de coleta de dados, a qual possibilitará fazer o monitoramento das informações, avaliação, seguimento dos dados e comportamento dos usuários, estas ações serão monitoradas pelo médico.

2.3.2 Indicadores

Levando-se em consideração as metas estabelecidas no presente trabalho, foram traçados os seguintes indicadores para monitoramento:

objetivo 1: ampliar a cobertura da população diabética e hipertensa na área.

1.1- Cadastrar 75% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

1.2- Cadastrar 80 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de

Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

1.1.1 Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde:

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

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

1.2.1 Cobertura do programa de atenção aos diabéticos na unidade de saúde:

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

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

ao objetivo 2: melhorar a qualidade de atenção a diabético e hipertenso em nossa UBS.

2.1- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

2.2- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

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

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

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

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

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

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

2.1.1 Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo: Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

2.2.1 Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo: Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

2.3.1 Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo: Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

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

2.4.1 Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo:

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

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

2.5.1 Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico:

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

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

2.6.1 Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico:

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

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

2.7.1 Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada:

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

objetivo 3: melhorar a adesão dos diabéticos e hipertensos ao programa.

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

3.1.1 Proporção dos diabéticos faltosos às consultas médicas com buscas ativas:

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

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

3.2.1 Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa:

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

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

ao objetivo 4: melhorar o registro das informações dos diabéticos e hipertensos em nossa UBS.

4.1- Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados

na unidade de saúde.

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

4.1.1 Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento:

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

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

4.2.1 Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento:

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

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

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

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

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

5.1.1 Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular:

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

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

5.2.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular:

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

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

objetivo 6: promover a saúde dos hipertensos e diabéticos.

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

6.2- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a

100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

6.3- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

6.4- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos e hipertensos.

6.1.1 Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável:

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

6.1.2 Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável:

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

6.2.1 Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física:

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

6.2.2 Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física: Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

6.3.1 Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo:

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os

riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

6.3.2 Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo:

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

6.4.1 Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal: Numerador:

Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

6.4.2 Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal:

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

O projeto de intervenção terá como foco usuários portadores de HAS e/ou DM e serão utilizados os protocolos do Ministério da Saúde (Cadernos da atenção básica em saúde Doença Crônica Hipertensão Arterial Sistêmica e de Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, 2013). O mesmo já foi disponibilizado na UBS para o esclarecimento dos padrões de diagnóstico, tratamento e monitoramento. Para começar com o trabalho vamos revisar o cadastro de usuários portadores de HAS e/ou DM da área de abrangência, os dados coletados durante a intervenção serão armazenados na planilha eletrônica de coleta de dados e utilizaremos também as fichas espelho de acordo com o MS. Os ACS monitorarão os usuários de suas micro áreas que não comparecerem as consultas, assim como, vão ser responsáveis por captar novos usuários e esclarecer a importância do monitoramento regular.

Para a organização da intervenção vamos fazer uma mesa de trabalho para

revisar a situação de cada uma das micro áreas que compõem nossa área de abrangência, revisando a incidência e prevalência de usuários com HAS e/ou DM que ainda não estão cadastrados na UBS, e junto com as ACS fazer um rastreamento em busca dos usuários que ainda não estão diagnosticados. Todos os atendimentos realizados serão registrados nos prontuário clínicos individuais, registro individual, coletivos e fichas gerais. Existem arquivos específicos para os registros dos atendimentos, o enfermeiro e os ACS possuem um livro para seu controle, a técnica em enfermagem será encarregada de passar os dados dos usuários dos prontuários para as fichas espelho. Semanalmente a enfermeira examinará as planilhas identificando aquelas que estão com consultas, exames clínicos ou exames laboratoriais em atraso.

Os ACS farão busca ativa de todos os usuários em atraso, estima-se uns 4 por semana sendo um total de 16 por mês. A partir da identificação dos usuários com consultas em atraso, estes terão sua próxima consulta agendada pelos ACS. Todas as informações coletadas nas fichas espelho e prontuários serão repassados para a planilha eletrônica de coleta de dados.

A capacitação sobre o cuidado de usuários com HAS e DM será realizada a toda a equipe de saúde, que acontecerá no horário utilizado para a reunião da equipe. Ao final da reunião entregaremos a cada membro o protocolo impresso para que possam estudar seu conteúdo, o responsável por esta atividade será o médico e este terá colaboração da enfermeira. A entrega dos protocolos impressos é responsabilidade da enfermeira, onde esta é a coordenadora da UBS.

O acolhimento dos usuários que buscarem o serviço será realizado pela técnica em enfermagem todos os dias de atendimento da UBS. Aqueles que apresentarem problemas agudos serão atendidos no mesmo turno, para agilizar o tratamento de complicações decorrentes destas doenças. Os usuários de maior risco e com complicações graves terão prioridade no atendimento e agendamento das consultas. Todos os usuários com HAS e DM que vierem até a UBS sairão com a próxima consulta agendada.

Faremos contato com a associação de moradores e com os representantes

da comunidade na área de abrangência e apresentaremos o projeto de intervenção esclarecendo sobre a importância da realização deste. Com o intuito de captar novos usuários, solicitaremos apoio à comunidade e gestão do município. Será oferecida uma capacitação nas escolas e na igreja para que todos possam receber as informações com relação à importância de modificar os hábitos de vida para diminuir a quantidade de usuários com fatores de risco modificáveis.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A realização do projeto da intervenção na UBS Deus me Deu do município José de Freitas/PI, sobre HAS e DM resultou uma satisfação enorme para mim, pois com o apoio dos colegas de trabalho, ACS, gestores de saúde e com a participação direta da comunidade conseguimos resultados satisfatórios. A comunidade esteve participativa em cada atividade e ações realizadas, isso foi muito gratificante. O planejamento inicial do projeto foi de 16 semanas, no entanto a intervenção teve duração de 12 semanas, pelo fato de atrasos durante a finalização das tarefas, férias e planejamento do calendário acadêmico do curso. Mas isso não prejudicou o alcance das metas, pois foram alcançados bons resultados na execução do projeto.

De acordo com o cronograma do projeto de intervenção que foi seguido desde o começo da intervenção nossa equipe fez várias atividades para melhorar a qualidade da atenção dos usuários incluídos no projeto, HAS e/ou DM, ao mesmo tempo em que continuou a atenção em saúde nas outras ações programática.

Durante a realização da intervenção as fichas-espelho foram preenchidas corretamente. Após a ficha era encaminhada para o médico para que desse continuidade ao atendimento clínico. Também foram realizadas visitas domiciliares para usuários moradores de áreas de difícil acesso e usuários acamados.

Neste período da intervenção foi atendido pela nossa equipe um total de 252 usuários cadastrados, deles 237 com HAS o que significou 86,5% de cobertura e 67 usuários com DM cadastrados, totalizando 98,5% de cobertura. Estes resultados satisfatórios foram adquiridos através do trabalho das maravilhosas ACS.

Realizou-se prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, exame clínico em dia,

orientação nutricional, prática de atividades físicas, orientação sobre os riscos do tabagismo e higiene bucal. Em todas as consultas foi realizado o exame clínico dos usuários atendidos com estratificação de risco cardiovascular. Quando necessário, os usuários foram encaminhados ao cardiologista.

Para o correto desenvolvimento da intervenção foi muito útil a ajuda das lideranças comunitárias a permanência do motorista e o carro na unidade a presença incondicional das ACS o que ofereceu muitas facilidades para o desempenho e os logros na intervenção ,a maior dificuldade com a realização da intervenção foi o pouco apoio da gestão municipal .

As ações desenvolvidas pela equipe incluíram capacitações dos profissionais para o cadastramento dos usuários HAS e DM, conhecimento dos protocolos de atenção e foi estabelecido o papel de cada profissional envolvido no projeto. As ACS ficaram responsáveis pela busca ativa dos usuários que estiveram faltosos as consultas. A maior parte das ações propostas foram realizadas.

As lideranças comunitárias foram informadas sobre o projeto e a importância de seu apoio. Além disso, foi exposta a necessidade de contribuição mostrando para eles quais são nossos objetivos e metas e a importância de seu apoio para nossas propostas.

Tudo aconteceu de forma interativa entre profissionais da UBS e a comunidade, com entusiasmo de todas as pessoas participantes, onde expuseram suas preocupações, dúvidas e definimos pautas a seguir para cumprir com êxito os objetivos, metas e ações de nosso projeto. Cumprimos com as diversas atividades programadas, sem deixar de fazer as outras atividades correspondentes ao nosso trabalho e conseguir assim a satisfação da comunidade.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Houve uma pequena dificuldade com a avaliação odontológica, pois nossa UBS não tem serviço permanente, equipamento e nem pessoal qualificado para a realização dos atendimentos clínicos. Dessa maneira tivemos que encaminhar os usuários para outras duas unidades de saúde que tem este serviço o que dificultou a avaliação, pois as unidades são muito longe da UBS no bairro de Fátima e santa Luzia. Para o desenvolvimento de esta ação foi conveniado com a gestão municipal enviar os usuários para as unidades com serviço odontológico e o CEO já que não

ha possibilidade de levar um profissional para a nossa unidade .

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Na coleta de dados não houve dificuldades significativas, mas sim no fechamento das planilhas e cálculos dos indicadores, sobretudo no total de cada mês, pois houve dificuldades pela pouca experiência de trabalho com sistemas informáticos novos e sistemas de coleta de dados diferentes aos utilizados por nós. Mas com a constante ajuda da orientadora Pâmela finalmente foi realizada corretamente, sinceramente graças à ela eu sai das dificuldades.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A partir da conclusão do projeto de intervenção vamos adotar as ações previstas no projeto e fazer delas nosso dia a dia. O plano inclui ter pelo menos uma vez por mês contatos com as lideranças comunitárias, além disso, as consultas de atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou DM vão ser duas vezes por semana, para manter a organização dos serviços, mas se algum usuário vir até a unidade em outro dia da semana também será atendido. Nas terças e quintas-feiras será incrementada a busca ativa dos usuários que ainda estão faltosos as consultas. As atividades de promoção e prevenção da saúde serão desenvolvidas na segunda, quarta e sexta-feira com o apoio de pelo menos duas vezes por mês do pessoal que atende no NASF. Dessa maneira pretendemos incorporar os serviços como rotina da UBS e futuramente implantar outras ações programáticas, como saúde do idoso, pré-natal e puerpério e câncer de mama e colo do útero.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção ocorreu no período de março a junho de 2015, a população alvo do programa foram os usuários com hipertensão e/ou diabetes residentes na área da unidade. A intervenção foi desenvolvida na UBS Deus me Deu, a população da área é de 1.800 pessoas. O planejamento do projeto foi de 16 semanas e a turma 8 teve tempo reduzido para sua execução, assim a intervenção teve 12 semanas de duração, o que não prejudicou o alcance da meta de cobertura.

Utilizou-se como estimativa os dados do VIGITEL (2011), de acordo com a população total da área (1.800) a UBS possui 274 usuários com HAS e 68 com DM residentes no território. De acordo com a estimativa do Caderno de Ações Programáticas estima-se que há 103 usuários diabéticos e 362 hipertensos. De acordo com a população total da área é bem provável que a estimativa do VIGITEL seja mais a próxima de nossa realidade.

As evoluções dos indicadores de qualidade foram bastante positivas, onde melhoramos consideravelmente a qualidade dos serviços prestados a esta população. Todos os indicadores foram coletados adequadamente.

1. **Objetivo:** Ampliar a cobertura aos hipertensos.

Meta 1.1 Cadastrar 75% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde.

Este objetivo tinha como meta cadastrar 75% dos usuários com HAS que pertenciam à área de abrangência. Ao final da intervenção foram cadastrados 237 usuários com HAS para uma cobertura de 86,5%. No 01º mês 18 usuários (6,6%) foram cadastrados, no 02º mês 108 usuários (39,4%) e no 03º mês 237 (86,5%) HAS foram cadastrados (Figura 1). Os usuários foram aumentando à medida que as

semanas aumentavam, os resultados obtidos durante o período da intervenção foram valiosos e benéficos para unidade de saúde. Conseguimos alcançar nosso objetivo de alcançar 75% de cobertura.

A participação das ACS foi fundamental para o cadastro dos usuários, já que garantiram a participação das pessoas com HAS em cada uma das atividades realizadas na equipe, nas visitas domiciliares de todos os usuários faltosos e graças a eles todos citados assistiam a consulta. Para melhorar o acolhimento das pessoas com HAS, primeiramente a equipe recebeu a capacitação sobre o protocolo de atendimento adotado e foram definidos os profissionais responsáveis pelo primeiro atendimento. Foi organizada a agenda de consultas médicas e de enfermagem, a fim de organizar as consultas de retorno e as primeiras consultas encaminhadas pelos ACS e também da demanda espontânea. Para os usuários que vierem a UBS com queixa aguda relacionada a esta patologia foi garantida consulta no mesmo dia.

EIXO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

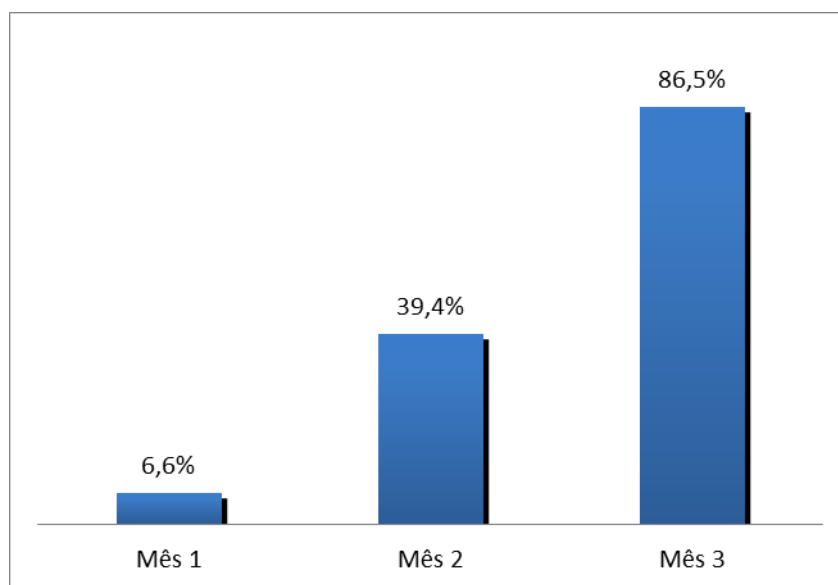


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao usuário HAS no PS Deus me Deus

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL, 2015

Objetivo 1: Ampliar a cobertura aos Diabéticos.

Meta 1.2 Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Para os usuários com DM a meta era cadastrar 80% dos usuários que pertenciam à área de abrangência de nossa UBS. Ao final da intervenção foram cadastrados 67 usuários com DM, chegando a uma cobertura de 98,5%. No 01º mês 8 (11,8%) usuários foram cadastrados, no 02º mês 44 (64,7%) e no 03º mês 67

(98,5%) usuários foram cadastrados (Figura 2). O objetivo de alcançar 80% foi atingido com muito esforço e dedicação.

A participação dos ACS foi fundamental para o levantamento dos DM, na busca e organização dos locais onde se desenvolviam as palestras, também foram de grande apoio nas visitas domiciliares de todos os faltosos e graças a eles todos assistiam a consulta. Foi capacitada à equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste, preenchimento das fichas de cadastro e da revisão das mesmas. O monitoramento da cobertura dos DM cadastrados no programa ocorreu semanalmente, através da revisão das fichas de cadastro dos ACS, das fichas-espelho, dos prontuários de atendimento e da alimentação do banco de dados em planilhas próprias para este fim e disponibilizada pelo curso de especialização.

EIXO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

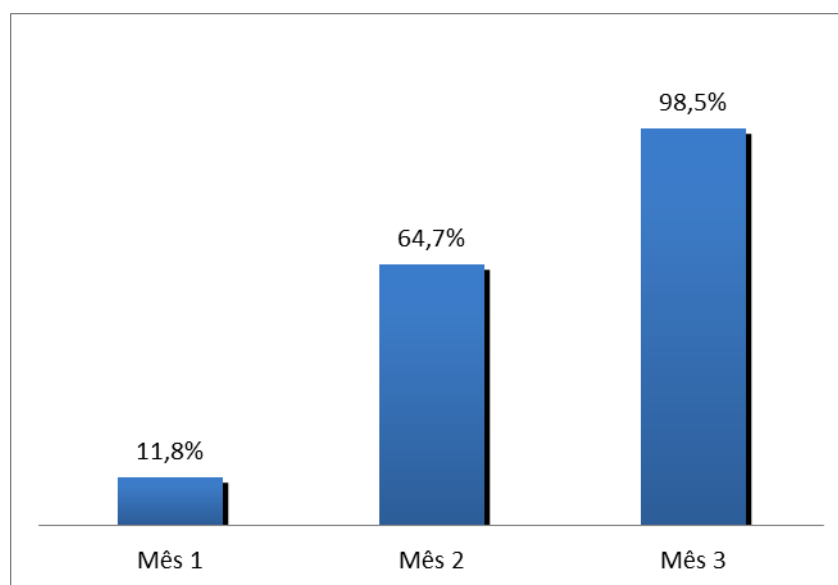


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao usuário DM no PS Deus me Deu
Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL, 2015.

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

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos de acordo com o protocolo.

Em relação a esta meta cadastramos 18 (100%) usuários, no segundo mês foram 108 HAS (100%) e no terceiro mês completamos com 237 usuários (100%). Atingimos 100% de cobertura os três meses de intervenção. Para atingir esta meta foram desenvolvidas várias ações, como: monitorar o número de HAS com exames clínicos solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde, realizou-se exame clínico aos usuários com HAS, registro foi feito em todas as

consultas pelo médico e enfermeira utilizando a ficha específica do programa. Além disso, foram capacitados os profissionais de acordo com os protocolos de atendimento do Ministério da Saúde.

2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos Diabéticos de acordo com o protocolo.

No primeiro mês quando iniciamos a intervenção cadastramos 8 usuários (100%), no segundo mês foram 44 usuários (100%) e no terceiro mês completamos 67 usuários (100%). Para atingir a meta foram desenvolvidas várias ações, como: monitorar o número de usuários DM com exames clínicos solicitados de acordo com protocolo, exame clínico para os usuários com DM, registro foi feito em todas as consultas pelo médico e enfermeira utilizando a ficha específica do programa. Além disso, foram capacitados os profissionais de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde.

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

Em relação ao objetivo de melhorar a qualidade da atenção aos HAS no primeiro mês cadastramos 18 usuários (100%), no segundo mês foram 108 usuários (100%) e no terceiro mês completamos com 237 (100%) usuários. Alcançamos nosso objetivo de alcançar 100% de cobertura os três meses de intervenção. Foram realizados os exames complementares como estabelece o protocolo de atendimento do Ministério da Saúde, o trabalho desenvolvido pelas ACS que exigia dos usuários assistir a consulta com todos os exames em dia, foi muito importante para atingir esta meta.

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

Observa-se que a proporção de usuários DM que apresentam exames periódicos em dia no primeiro mês foi de 8 usuários (100%), no segundo mês foram 44 (100%) usuários e no terceiro mês completamos 67 (100%) usuários com exames em dia. Organizamos os serviços de coleta de exames para obter eficiência para os usuários com DM e assim atingir a cobertura proposta. As ACS foram grandes aliadas neste processo.

2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos.

A meta foi priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos HAS cadastrados na unidade. Podemos verificar que no primeiro mês 16 (88,9%) usuários tinham prescrição destes medicamentos, no segundo mês 97 (89,8%) e no terceiro mês 237 (100%) usuários HAS tinham prescrição de medicamentos da farmácia popular (Figura 3). Felizmente a farmácia da UBS apresentava os medicamentos necessários para o controle da HAS. Foi elaborado um registro das necessidades de medicamentos dos usuários cadastrados na unidade de saúde, onde a técnica de enfermagem tinha uma cuidadosa revisão do estoque de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

EIXO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

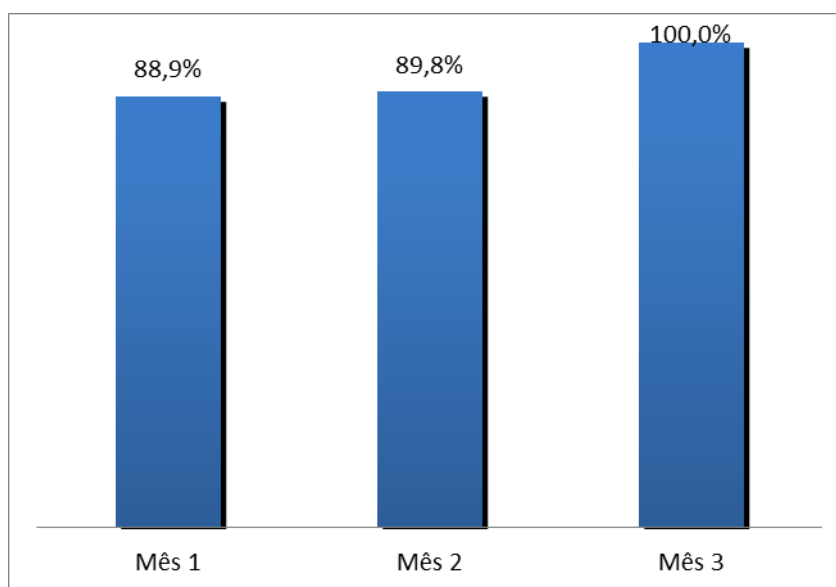


Figura 3: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada.
Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL, 2015

2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos Diabéticos.

Podemos verificar através da coleta dos dados que no primeiro mês da intervenção 8 (100%) usuários tinham prescrição, no segundo mês foram 44 (95,5%) usuários e no terceiro mês 67 (100%) possuíam prescrição destes medicamentos (Figura 4). Aqui acontece o mesmo que com os usuários que apresentam HAS, neste aspecto podemos falar que a farmácia da UBS apresenta os medicamentos necessários para o controle destas doenças.

EIXO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

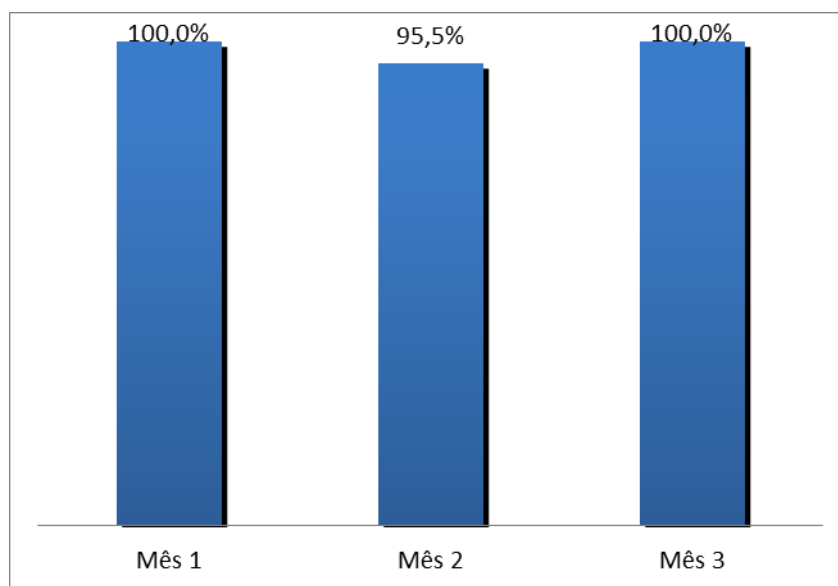


Figura 4: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada. Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL

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

No primeiro mês 18 (100%) usuários realizaram esta avaliação, no segundo mês foram 108 (100%) usuários e no terceiro mês 237 (100%) usuários estavam com a avaliação odontológica em dia. Alcançamos 100% de cobertura e todos os usuários receberam avaliação do atendimento odontológico segundo o protocolo. Foram garantidas as consultas para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos HAS, assim como, a enfermeira capacitou a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico aos usuários na comunidade e nas visitas domiciliares.

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

Para os usuários DM a avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi realizada desde o início da intervenção, onde cadastramos no primeiro mês 8 (100%) usuários, no segundo mês foram 44 (100%) DM avaliados e no terceiro mês 67 (100%) usuários estavam com a avaliação em dia. Existiu dificuldade de não existir pessoal qualificado na UBS para desenvolver esta ação, mas mesmo assim foi garantida esta avaliação, que foi realizada pelas ACS (estas capacitadas pela enfermeira).

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

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

Em relação ao objetivo melhorar a adesão de HAS e/ou DM ao programa a primeira meta foi buscar 100% dos usuários faltosos às consultas na unidade de saúde, conforme a periodicidade recomendada. No primeiro mês 8 usuários estavam faltosos e no segundo mês 64 estavam faltosos as consultas, todos receberam busca ativa (100%).

Foi realizado um trabalho muito intenso pelas ACS, pois as mesmas procuraram uma grande quantidade de usuários para que assistissem a consulta como estabelece os protocolos de atendimento do Ministério da Saúde. Após insistir a importância das consultas, os mesmos procuravam a unidade sem ter que ir procurá-los em suas casas, acho que entenderam a necessidade do atendimento para melhorar sua saúde. Foram garantidas as visitas domiciliares para buscar os faltosos e se realizou palestras nas comunidades com o apoio do NASF para informar a comunidade sobre a importância da realização das consultas e monitoramento.

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

O objetivo foi buscar 100% dos DM faltosos às consultas, no primeiro mês foi feita a busca ativa de 4 (100%) usuários e no segundo mês foram 25 (100%) usuários buscados e terminamos o terceiro mês sem usuários faltosos. Com os usuários DM aconteceu o mesmo que com os HAS, resalto de novo o importante trabalho das ACS.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

Em relação ao objetivo de melhorar o registro das informações a primeira meta foi manter ficha de acompanhamento em dia dos 100% dos HAS cadastrados na unidade de saúde. No primeiro mês 18 (100%) usuários estavam em dia, no segundo mês foram 108 (100%) e no terceiro mês 237 (100%) usuários estavam

com a ficha em dia. Como se observa todos os usuários tem registro adequado na ficha de acompanhamento, trabalho este realizado pelas ACS de nossa equipe. Foi organizado um sistema de registro que viabilizou situações de alerta em relação ao atraso na realização de consulta de acompanhamento. Além disso, foram coletados em todas as consultas numa planilha de coleta de dados para acompanhar os indicadores do programa, planilha do curso de especialização da UFPEL.

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

O objetivo foi manter a ficha de acompanhamento dos 100% dos DM cadastrados na unidade de saúde em dia. Alcançamos 100% de cobertura durante os três meses de intervenção, onde 8 usuários foram cadastrados no primeiro mês, 44 no segundo e 67 no terceiro. Os registros foram realizados para todos os usuários em cada consulta clínica, a técnica de enfermagem ficou encarregada de fazer os registros.

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.

A meta proposta foi realizar estratificação de risco cardiovascular para 100% dos HAS cadastrados na unidade de saúde, no primeiro mês 18 (100%) usuários foram avaliados, no segundo mês 108 (100%) usuários e no terceiro mês 237 (100%) HAS foram avaliados.

Solicitamos todos os exames prévios à consulta e tivemos a oportunidade de realizar consultas para a população de um especialista de cardiologia, que presta serviços para o município. Todos os usuários que necessitaram de avaliação do cardiologista receberam esta avaliação, a parte clínica foi realizada por nossa equipe de saúde. Foram realizadas palestras nas comunidades para orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular, e esclarecer aos usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

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

Realizamos estratificação do risco cardiovascular no primeiro mês em 8 (100%) usuários, no segundo em 44 (100%) e no terceiro em 67 (100%) usuários. Felizmente atingimos 100% de cobertura para os três meses de intervenção. Estes usuários também receberam avaliações do cardiologista quando necessário e as consultas clínicas foram realizadas pelo médico da unidade de saúde.

Objetivo 6 Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% aos hipertensos e Diabéticos.

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

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

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

Em relação aos usuários HAS e DM felizmente conseguiu-se promover a saúde de todos (100%) os usuários cadastrados durante os três meses de intervenção.

Estes temas foram trabalhados em conjunto com a equipe da UBS e o NASF participando a nutricionista, educadora física, psicóloga e o fonoaudiólogo, onde promovíamos palestras sobre o estilo de vida saudável nas comunidades. Também disponibilizamos folders de forma individual a cada usuário em cada consulta. Foi garantida orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal a todos os usuários com HAS e DM de nossa área cadastrada e para a população em geral.

4.2 Discussão

A intervenção na minha unidade propiciou uma melhora e qualificação da atenção à saúde dos usuários com HAS e DM de forma integral, detectando e prevenindo assim algumas complicações temidas como as neuropatias periféricas, insuficiência arterial periférica, úlceras do pé do diabético, insuficiência coronária, infartos, entre outras patologias.

A intervenção exigiu uma capacitação de toda a equipe para seguir os

protocolos recomendados pelo Ministério da Saúde para o rastreamento, diagnóstico e segmento destes usuários. Através das visitas domiciliares das ACS explicaram-se aos moradores as características das doenças e a importância do acompanhamento na UBS. A partir da realização do projeto de intervenção a equipe ficou mais unida ainda, as relações entre colegas agora são como se fossem em família, algo que é muito importante para as próximas intervenções a serem realizadas na unidade. A realização da intervenção foi importante para nossa equipe porque envolveu todos os profissionais da unidade para que participassem das atividades em geral, tanto na organização como na implementação do projeto, o que permitiu uma superação pessoal e laboral para todos. Conseguiu-se maior conhecimento e determinação na realização das atividades planejadas o que significa um melhor atendimento aos usuários da área de abrangência, levando a uma rotina de serviços mais especializados aos usuários HAS e DM de nossa área de abrangência.

A intervenção permitiu organizar o trabalho, fazendo com que cada profissional saiba qual é a sua função dentro e fora da UBS, possibilitando aos usuários a priorização do atendimento, inclusive daqueles de alto risco. Os registros de atendimento, consumo de medicamentos e avaliação, ficaram mais organizados. Foi criado pela equipe um espaço para guardar as pastas dos registros para uma melhor busca na hora da assistência ao usuário na unidade, foi criado também um registro único para DM e HAS para maior controle. Todos os profissionais da equipe trabalharam na intervenção, somente um profissional ficou ausente por estar de férias, este voltou e contribuiu de maneira satisfatória na intervenção. Os grupos de HAS e DM da unidade ficaram mais organizados com a realização das atividades, a participação do NASF, preparador físico e pessoal da equipe para o registro de sinais vitais foram muito importantes para o desenvolvimento do serviço.

O impacto ainda é pouco reconhecido pela comunidade, pois ainda não é dada a importância que se necessita para o controle das doenças, como por exemplo, mudança no estilo de vida, algo considerado bem simples. Também há usuários que se recusam a serem atendidos, pois estão contra o programa mais médicos e não aceitam o atendimento na unidade de saúde nem as visitas dos ACS. Apesar destas recusas estamos trabalhando de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde e desenvolvendo métodos para a promoção da saúde e das atividades, utilizando a rádio local e divulgação de boletins informativos sobre informações básicas de atendimento e promoção da saúde, para serem lidas pelos usuários com doenças, assim como, os familiares, estes boletins são entregues

pelas ACS.

Ao começar a intervenção neste momento minha prioridade seria trabalhar com a possibilidade de um tempo maior na minha carga horária, promovendo assim uma mudança no estilo de vida da população, através de palestras de conscientização com temas destinados a prevenção e promoção da saúde, sobre os principais riscos para estas duas doenças.

A intervenção está incorporada na rotina de serviço da unidade. No entanto, ainda precisamos conscientização da comunidade, ou seja, uma mudança no estilo de vida, como: hábitos alimentares saudáveis e a importância de atividade física com o intuito de diminuir a morbidade e mortalidade provocada por estas doenças. Pretendemos continuar com as palestras educativas para os grupos e comunidade em geral, promovendo assim a educação em saúde.

A partir da próxima reunião de equipe pretendemos ampliar a cobertura dos usuários com HAS e DM para 100% e continuar com o trabalho de promoção e prevenção da saúde. Também pretendemos implementar o programa de prevenção de câncer, dando prioridade as neoplasias que se podem detectar de forma precoce como é o câncer do colo do útero, próstata e mama. Tendo já como experiência o projeto anterior e assim pouco a pouco implementaremos outras atividades a nossa rotina de trabalho.

Se tivesse a oportunidade de realizar o projeto novamente faria além do já feito, daria uma maior importância a participação da gestão municipal que teve a oportunidade de trabalhar junto com a gente, já que foi pouca a participação da gestão intervenção na unidade de saúde.

Como foi planejado no cronograma da intervenção foram realizadas atividades educativas e atividades em grupo tanto na comunidade como na unidade de saúde por um total de 5 atividades, assim foi aproveitado o forro do idoso realizado na comunidade para dar palestras e fazer checagem da tensão arterial e glicose nos dias de atividade, também foram oferecidas palestras para os usuários e seus familiares sobre estas DCNT, como fazer prevenção, os fatores de risco, alimentação saudável, e outros. Na intervenção participaram o médico a enfermeira as ACS a técnica de enfermagem e a comunidade de DEUS ME DEU durante as 12 semanas que durou a intervenção, no início a população não estava muito afim do projeto mas ao ver as facilidades e a importância eles mesmos começaram a procurar a unidade para atendimento e avaliação.

5 Relatório da intervenção para gestores

À Secretaria Municipal de Saúde,

Nossa equipe realizou uma intervenção na UBS Deus me Deu em Jose de Freitas/PI, a população alvo foram todos os usuários com hipertensão e/ou diabetes residentes na área de abrangência da unidade. Para seguir os objetivos e metas propostos utilizamos os protocolos de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde (2013). As atividades fizeram parte dos requisitos formativos do curso de especialização em saúde da família da UFPEL, e só foram possíveis devido ao apoio da equipe e da gestão.

Para registrar todos os dados necessários à qualificação da atenção à saúde do usuário com HAS e DM, utilizaram-se os prontuários dos usuários, as fichas de acompanhamento por parte dos ACS e as fichas espelho fornecidas pelo curso. Entre os instrumentos necessários, foram reproduzidos, cópias das fichas de cadastro e acompanhamento dos usuários, cópias da ficha espelho a serem implantados com as informações adicionais, todos disponibilizados pela gestão.

Para a coleta de dados e obtenção dos indicadores durante a intervenção, as informações foram processadas utilizando-se as planilhas disponibilizadas pelo curso. Após o preenchimento desses dados, os mesmos eram anotados e mais tarde passados para a planilha de coleta de dados. Procuramos colocar em prática os objetivos, metas e ações planejadas para modificar a realidade de nossos usuários. Objetivamos ampliar a cobertura dos usuários com HAS e/ou DM, melhorar a adesão dos usuários, melhorar a qualidade do atendimento ao usuário, mapear os usuários de risco, melhorar o registro das informações dos usuários e promover a saúde com o objetivo principal de melhorar a atenção à saúde dos usuários com HAS e DM.

Para ampliar a cobertura da população HAS e DM da área, tínhamos como

objetivo cadastrar 75% dos usuários com HAS e 80% dos usuários DM que pertenciam à área de abrangência. Ao final da intervenção foram cadastrados: 237 usuários com HAS para uma cobertura de 86,5% e 67 usuários com DM para uma cobertura de 98,5% (Figura 1 e 2). O planejamento foi de 16 semanas e a turma 8 teve tempo reduzido para sua execução, assim a intervenção foi realizada em 12 semanas, mas o trabalho foi reforçado e conseguimos cumprir com nossos objetivos.

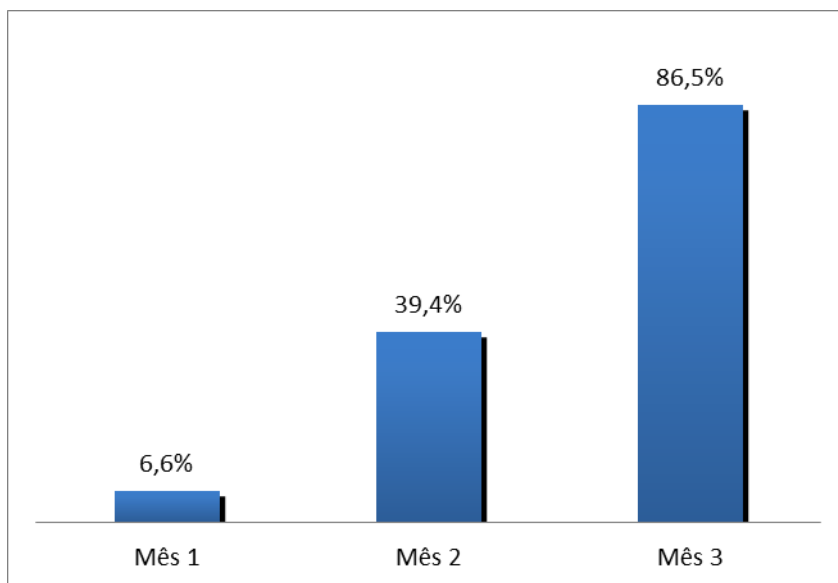


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao usuário HAS no PS Deus me Deus
Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL

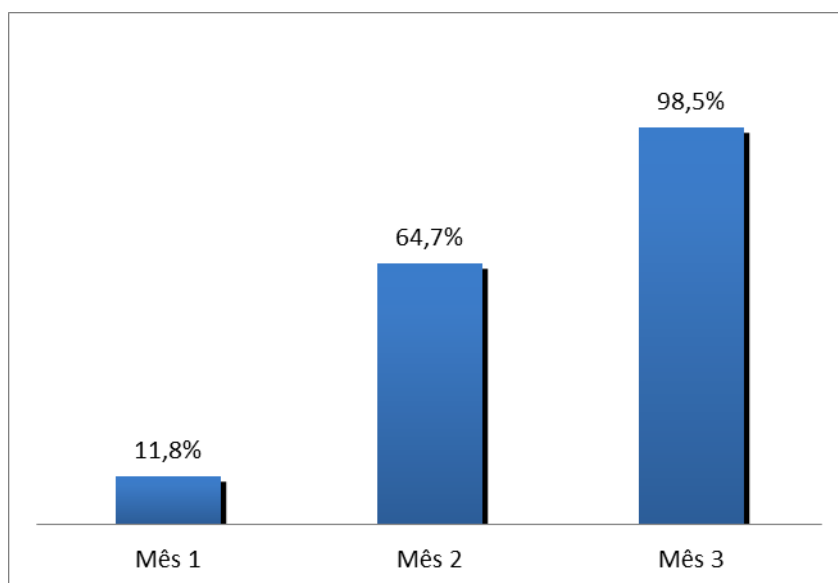


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao usuário DM no PS Deus me Deus
Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Em relação ao objetivo, melhorar a adesão dos usuários com HAS e DM a meta era buscar 100% dos usuários faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada. Tivemos usuários faltosos às consultas, mas foram feitas as buscas ativas pelas ACS e a cobertura ficou em 100%. Estes faltosos foram buscados e retornaram até a unidade de saúde, meta alcançada sem dificuldades graças ao esforço contínuo dos ACS e da equipe.

Em relação ao objetivo, melhorar a qualidade de atenção ao usuário com HAS e DM a meta era realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários. Ao final da intervenção atingiu-se 100% da meta, pois para todos os usuários cadastrados o exame físico foi realizado em todas as consultas. Com relação ao objetivo, melhorar o registro das informações, a meta era manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários cadastrados na unidade de saúde. Ao final da intervenção atingiu-se 100% da meta, pois para todos os usuários cadastrados, tiveram os registros atualizados em todas as consultas. Nesta meta contou-se muito com a ajuda das ACS.

Em relação ao objetivo promover à saúde dos usuários com HAS e/ou DM a meta era garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal para 100% dos usuários, felizmente atingiu-se 100% de cobertura em relação à estas metas. Para alcançar as metas propostas criamos o grupo de usuários com HAS e DM os quais aconteceram mensalmente. As orientações foram de forma coletiva para o grupo de usuários e realizamos palestra em todos os turnos pela equipe e com auxílio dos profissionais do NASF, nutricionista, psicóloga e educador físico.

Frente à realidade apresentada, reforço o objetivo geral da intervenção de melhorar a atenção à saúde dos usuários com HAS e DM da UBS. Esta ação foi de muita relevância para a comunidade, minimizando riscos e melhorando a saúde e qualidade de vida dos usuários e aumentando a resolutividade das ações da equipe de saúde.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Comunidade,

A UBS Deus me Deu no município de Jose de Freitas/PI recebeu um projeto de intervenção com o intuito de melhorar e qualificar a saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes residentes na área de abrangência da unidade. A intervenção ocorreu de março a junho do ano de 2015.

Elaboramos um conjunto de objetivos, metas e ações para intervir na realidade de nossos usuários com HAS ou DM. A intervenção teve duração de 12 semanas, nesse período, cadastramos 237 usuários com HAS (86,5%) e 67 usuários com DM (98,5%). A partir da intervenção conseguimos melhorar, ampliar a cobertura destas doenças, qualificar os serviços prestados pela equipe, garantir melhores registros, acolhimento, material e capacitação da equipe sobre o protocolo do Ministério da Saúde (Figura 1 e 2).

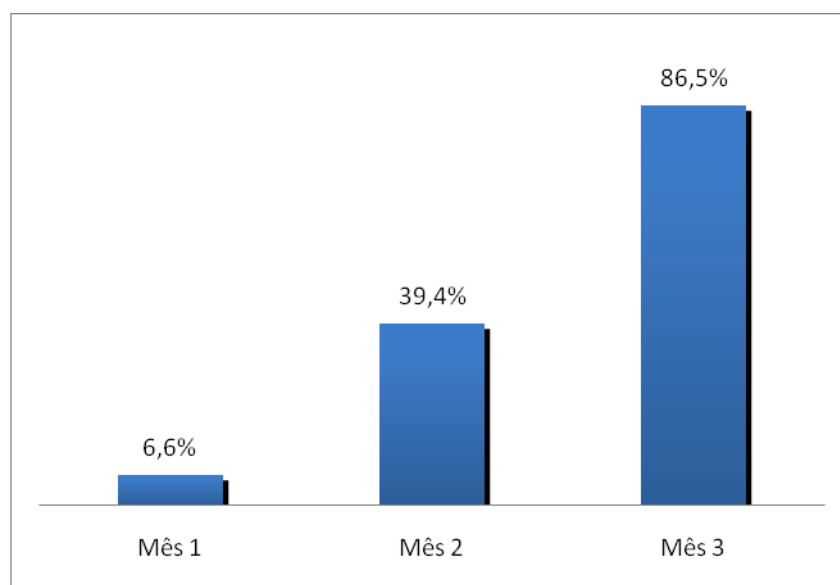


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao usuário HAS no PS Deus me Deu

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL

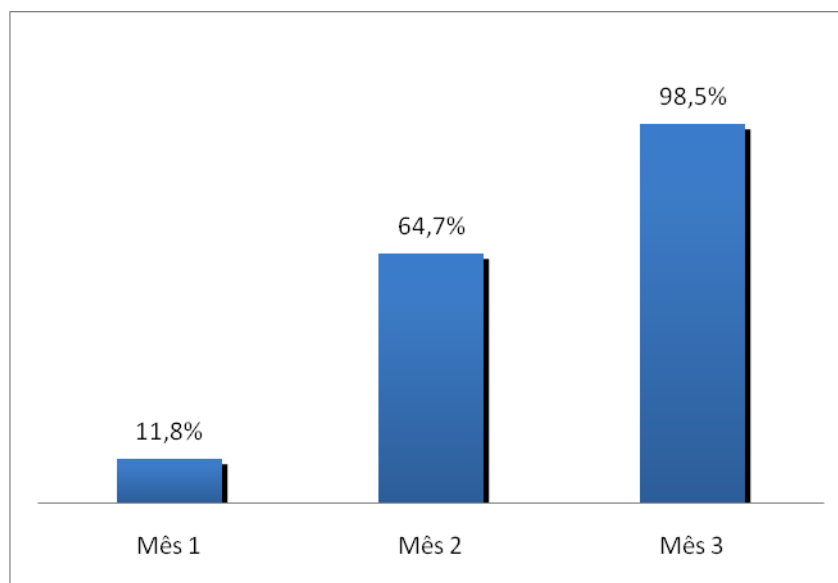


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao usuário DM no PS Deus me Deu

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Todos os usuários cadastrados estavam com os exames clínicos em dia e prescrição de medicamentos da Farmácia Popular. A avaliação da necessidade de atendimento odontológico aumentou progressivamente chegando em 100% dos usuários cadastrados. Os ACS e a equipe odontológica foram responsáveis pelo sucesso desta meta.

Realizamos busca ativa para todos os usuários faltosos que não assistiam a consulta, tanto para HAS quanto para DM e 100% receberam a mesma. Como se pode observar foi um trabalho muito intenso realizado pelas ACS. As visitas domiciliares foram também garantidas para buscar os faltosos e realizaram-se palestras na comunidade para informar sobre a importância da assistência às consultas.

Também se realizou estratificação de risco de doenças do coração para todos os cadastrados e orientação sobre alimentação saudável. Os usuários cadastrados no programa receberam orientações da equipe e tiveram auxílio da nutricionista, psicólogo, educador físico e fonoaudiólogo do NASF. Igualmente ofereceu-se orientação sobre atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal para 100% dos usuários cadastrados.

Todas as ações realizadas todas foram muito importantes e de impacto para o serviço. A introdução do uso dos protocolos atualizados de atendimento também foi fundamental para a melhoria do atendimento em nossa unidade de saúde.

Quanto ao trabalho com a comunidade sobre prevenção e conscientização sobre doenças crônicas será continuado, pois devemos sempre estar em contato com a população e realizando trabalhos educativos, principalmente por ser uma comunidade com vulnerabilidades socioeconômicas e educativas, o que ocasiona maior dificuldade de entendimento e percepção dos riscos do não controle da doença.

A formação dos grupos de HAS e DM foram muito proveitosas, pois nos locais que conseguimos formar os grupos notamos a adesão dos usuários, bem como a participação dos mesmos mensalmente como, uma alternativa de tratamento e melhora. Os participantes do estudo e seus familiares demonstraram satisfação em fazer parte da intervenção e notaram as diferenças em suas vidas com as mudanças de hábitos de vida a partir do trabalho desenvolvido nos grupos, fato que quiseram continuar com os encontros. As pessoas aparentaram satisfação pela priorização no atendimento, reduzindo o tempo de espera e pela garantia dos serviços cada vez mais próximos de suas casas.

Enfrentamos poucas dificuldades, dentre elas foi em relação ao atendimento odontológico e dificuldade para fazer glicemia capilar por falta de fitas para o controle, cujo os quais foram resolvidos pela secretaria de saúde. Outras dificuldades foram às situações climatológicas, pois muitos dias chuvosos afetaram o trabalho da equipe.

A intervenção já foi incorporada na rotina do serviço, os encontros continuam acontecendo, mas devemos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade e principalmente dos familiares dos usuários, alertando quanto à necessidade das mudanças de hábitos para alcançar uma melhor qualidade de vida e saúde. Percebo que a equipe está integrada e interessada em dar continuidade à intervenção enquanto rotina do serviço, porém continuamente temos que realizar avaliação da qualidade e da atenção prestada aos HAS e DM da unidade.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

A Hipertensão Arterial e a Diabetes respondem por um alto índice de incidência e morte na população brasileira, além de ter alto custo social e financeiro para a sociedade e os sistemas de saúde.

Desde o início do curso tive inúmeras expectativas que foram se superando pouco a pouco, o conhecimento que adquiri não apenas em conteúdo, mas também conhecendo a minha realidade diária de trabalho através da intervenção e das atividades propostas pelo curso. E ao final os resultados do esforço superaram minhas expectativas e de toda equipe. Dentre os aprendizados mais relevantes o que mais achei importante foram os encontros com a comunidade, onde eles tiravam todas as dúvidas, e nós conseguíamos passar informações a eles, criando assim um vínculo entre profissional e usuário. Durante a intervenção houve a implantação do protocolo do Ministério da Saúde para o cuidado ao usuário com hipertensão e diabetes, onde toda a equipe aderiu.

Os casos clínicos foram bem elaborados e estimularam o raciocínio clínico e a leitura com qualificação da prática clínica e desenvolvimento profissional da equipe. As mudanças no processo de trabalho auxiliaram a equipe na tomada de decisão correta e oportuna com eficácia e agilidade das ações em saúde. O curso forneceu uma gama de aprendizado por ser interativo e instigar aos alunos aprender com a prática cotidiana de trabalho, pôde interagir tanto com os colegas de trabalho que compõem a minha equipe, aumentando a união e o trabalho.

É fundamental que se tenha uma visão sobre o usuário com diabetes e hipertensão como um ser biopsicossocial, dotado de experiência para seu próprio desenvolvimento. Somente uma intervenção levada de forma adequada, é capaz de favorecer o desenvolvimento crítico pleno ou a construção da autonomia do usuário com HAS e DM. O curso foi de fundamental importância para prática profissional, com ampla aprendizagem e interação de profissionais com outros serviços.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf.5.

Nakasato M. Sal e Hipertensão. Rev Bras Hipertens 2004; 11: 95–97.

Neves MF, Oigman W. Pré-hipertensão: uma visão contra o tratamento medicamentoso. Rev Bras Hipertens 2009; 16(2): 112-115.

SBC. Sociedade brasileira de hipertensão, sociedade brasileira de cardiologia. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Campos de Jordão (SP):2013 ,2014.

Apêndices

Apêndice A –



Figura 5- Busca ativa dos usuários faltosos



Figura 6 - Busca ativa dos usuários faltosos

Apêndice B –



Figura 7 – Palestra para comunidade

Apêndice C



Figura 8 – Visita Domiciliar

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
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 B- Planilha de coleta de dados

anexo-3 planilha de coleta de dados(4) [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

Início Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição

Calibri 11 Quebrar Texto Automaticamente

Fonte Alinhamento Número Estilo Células Edição

AutoSoma Preencher Limpar Classificar e Filtrar Localizar e Selecionar

A4

Indicadores de Saúde da Criança - Mês 1														
Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	Idade da criança	Sexo	A criança fez a primeira consulta na primeira semana de vida?	A criança está com o monitoramento de crescimento em dia?	A criança está com déficit de peso?	A criança com déficit de peso está com monitoramento em dia?	A criança está com excesso de peso?	A criança com excesso de peso está com monitoramento em dia?	A criança está com o monitoramento de desenvolvimento em dia?	A criança está com o esquema vacinal em dia?	A criança que tem entre 6 e 24 meses está recebendo suplementação de ferro?	Fotografia
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de crianças cadastradas	Nome	Em meses	0 - Masculino 1 - Feminino	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	
1														
2														
3														
4	1													
5	2													
6	3													
7	4													
8	5													
9	6													
10	7													
11	8													
12	9													
13	10													
14	11													
15	12													
16	13													
17	14													
18	15													
19	16													
20	17													

Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

Pronto 71%

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Universidade Federal de Pelotas / DMS

Catálogo na Publicação

Sundefinedm Suárez, Pablo Alvarez

CDD : 362.14

Elaborada por Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários Hipertensos E/Ou Diabéticos na UBS Deus Me Deu, José de Freitas / PI / Pablo Alvarez Suárez; Pâmela Ferreira Todendi, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

66 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. Todendi, Pâmela Ferreira orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327