



Ministério da Educação
Universidade Federal de Pelotas- UFPEL
Departamento de Medicina Social



Especialização em Saúde da Família- Modalidade à Distância

Melhoria da Atenção à Saúde dos usuários Hipertensos e Diabéticos da
Unidade Móvel Terrestre de São José do Norte- RS

MELINA DUARTE COSTA

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários Hipertensos e Diabéticos da
Unidade Móvel Terrestre de São José do Norte- RS**

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

Orientadora: Luíla Bittencourt Marques

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

C837m Costa, Melina Duarte

Melhoria da atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos da Unidade Móvel Terrestre de São José do Norte-RS / Melina Duarte Costa ; Luíla Bittencourt Marques, orientadora. — Pelotas, 2014.

75 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Doença crônica. 4. Diabetes Mellitus. 5. Hipertensão. I. Marques, Luíla Bittencourt, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Carmen Lucia Lobo Giusti CRB: 10/813

Dedicatória

Para todos os profissionais que enfrentam as adversidades para promover saúde de qualidade em nosso país.

Agradecimentos

À minha família, às companheiras de PROVAB Kenselyn e Daniela, à equipe maravilhosa que me acompanhou na Unidade Móvel e à minha orientadora Luíla, pelo empenho e paciência.

Figuras

Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.....	54
Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.....	54
Figura 3: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	55
Figura 4: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.....	56
Figura 5: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.....	57
Figura 6: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.....	59
Figura 7: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.....	60

Lista de abreviatura e Siglas

APS- Atenção Primária à Saúde

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

DM- Diabetes Melitus

ESF- Estratégia em Saúde da Família

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PA- Pressão Arterial

PROVAB- Programa de Valorização à Atenção Básica

UBS- Unidade Básica de Saúde

UMT- Unidade Móvel Terrestre

Resumo

COSTA, Melina Duarte. **Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários Hipertensos e Diabéticos da Unidade Móvel Terrestre de São José do Norte- RS.** 2015. 76f.; il. Trabalho de Conclusão – Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul.

A hipertensão arterial e o diabetes são importantes causas de morbimortalidade, sendo o seu manejo crucial na atenção básica, já que representam importantes fatores de risco para doenças cardiovasculares e possuem tratamento para seu controle. Estima-se que a prevalência da hipertensão no Brasil seja de até 44% nos adultos, podendo ultrapassar 50% nos indivíduos com mais de 60 anos, já a prevalência do diabetes é estimada em 11% da população acima dos 40 anos. O presente projeto tem como objetivo melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da Unidade Móvel Terrestre. Utiliza-se um ônibus adaptado que atende 18 comunidades rurais no interior do município de São José do Norte- RS. Mesmo com algumas dificuldades, tais como tempo escasso e espaço físico reduzido, foi possível realizar a primeira intervenção nessa unidade, que teve duração de três meses, na qual foi possível cadastrar 2,4% dos hipertensos no primeiro mês, 3,9% no segundo mês e 5,5% no terceiro mês. Em relação aos diabéticos, foram cadastrados respectivamente 1%, 2% e 3% respectivamente em cada mês. Quanto aos indicadores a proporção de hipertensos e diabéticos com exame clínico e complementar em dia, com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, com registro adequado na ficha de acompanhamento e prontuário, com estratificação do risco cardiovascular, com orientação nutricional e sobre atividade física e com orientação sobre os riscos do tabagismo foi de 100% nos três meses de intervenção. Apenas em relação à proporção de pacientes com prioridade na prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia (hipertensos 89,5%, 93,5%, 95,5% e diabéticos 0%, 50%, 66% em cada mês, respectivamente) e em relação à proporção orientados quanto à higiene bucal (hipertensos 0%, 9,7%, 36,4% e diabéticos 0%, 0%, 33,3%) que não foi alcançado 100% dos cadastrados. Utilizando-se os protocolos do Ministério da Saúde, procurou-se manter os exames complementares em dia, priorizar-se a prescrição de medicamentos encontrados na Farmácia Popular, além de haver orientação em relação aos riscos do tabagismo, importância de uma alimentação saudável e prática de exercícios físicos, bem como orientação odontológica. Por falta de material, como fundoscópio e monofilamento, os diabéticos não tiveram seu exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Mesmo com resultados modestos, a intervenção foi importante por ser a pioneira e por mostrar que por maiores que sejam as dificuldades, com boa vontade e trabalho em equipe é possível realizar um bom trabalho. Portanto, o projeto será incorporado à rotina do serviço.

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

Sumário

Apresentação	10
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF.....	11
1.2 Relatório da análise situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	14
2 Análise Estratégica	15
2.1 Justificativa.....	15
2.2 Objetivos e Metas.....	16
2.2.1 Objetivo Geral.....	16
2.2.2 Objetivos Específicos.....	16
2.2.3 Metas.....	17
2.3 Metodologia.....	19
2.3.1 Ações.....	19
2.3.2 Indicadores.....	41
2.3.3 Logística.....	47
2.3.4 Cronograma.....	48
3 Relatório da Intervenção	50
3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	50
3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	51
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coleta de dados e cálculo dos indicadores.....	51
3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço, descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.....	52

4 Avaliação da Intervenção.....	52
4.1 Resultados.....	52
4.2 Discussão.....	60
4.3 Relatório da Intervenção para a Gestão.....	62
4.4 Relatório da Intervenção para a Comunidade.....	64
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	65
6 Bibliografia.....	67
Anexos.....	68
Anexo A - Ficha espelho.....	69
Anexo B – Planilha de Coleta de Dados	70
Anexo C-. Aprovação do Comitê de Ética Pesquisa.....	71
Anexo D- Mapa do Município.....	72
Apêndice.....	73
Apêndice A- Foto da intervenção.....	74
Apêndice B- Foto da intervenção.....	75

Apresentação

Este trabalho refere-se à conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família, promovido pela UNASUS-UFPEL. O trabalho foi baseado em uma intervenção realizada na Unidade Móvel Terrestre do município de São José do Norte-RS, que visava a melhoria da atenção aos hipertensos e diabéticos usuários dessa unidade de Saúde.

O mesmo é composto por cinco unidades de trabalho, que possuem conexão entre si, sendo a primeira a análise situacional, realizada no início do curso, na qual pode-se conhecer a situação da Unidade em questão. Na segunda parte, descreve-se a análise estratégica, na qual os objetivos, metas, ações e indicadores são elaborados, chegando-se ao projeto de intervenção. Na terceira parte, analisa-se os resultados da intervenção, abordando-se as dificuldades encontradas e a viabilidade de incorporar-se a intervenção à rotina do serviço. Na quarta parte, são descritos os resultados da intervenção, havendo uma breve discussão sobre os mesmos, além de se realizar relatório para os gestores e para a comunidade. Na quinta e última parte, o processo de aprendizagem é abordado de forma crítica pelo autor.

1. Análise Situacional

1.1 Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?

A Unidade Móvel Terrestre (UMT) é um veículo motorizado (micro-ônibus adaptado) que leva a equipe de saúde a várias pequenas comunidades do interior do município de São José do Norte.

A equipe é composta de uma médica, uma técnica em enfermagem, uma dentista, uma higienizadora e um motorista. Não há enfermeiro compondo a equipe. As fichas de atendimento são distribuídas assim que a unidade chega nas localidades, sendo um número limitado de atendimentos em cada local (dez fichas médicas, cinco odontológicas), para que a unidade consiga chegar em tempo hábil às próximas comunidades.

São atendidas três comunidades por dia. Não há atendimento de especialista e, quando esse se faz necessário, é feito um encaminhamento pelo sistema de referência.

Ainda, quando há qualquer urgência que não possa ser resolvida na unidade, o paciente é encaminhado ao Hospital Municipal de São José do Norte para manejo adequado, vindo uma ambulância buscar o paciente.

Na maioria dos locais há disponibilidade de um ambiente para realização do acolhimento, como salão de Igreja ou de time de futebol, não sendo o ideal, porém, permitindo um bom atendimento. As consultas são realizadas no consultório médico na própria Unidade Móvel, assim como o atendimento odontológico, que possui consultório próprio dentro da Unidade.

Devido ao pouco tempo de permanência nas comunidades e ao intervalo entre uma visita e outra da unidade (intervalos de 10 a 12 dias), não são feitos grupos de prevenção, palestras ou outras atividades que visem melhor esclarecimento das patologias e prevenção de doenças. Tenta-se, na medida do possível, trabalhar tais temas nas próprias consultas, questionando-se as dúvidas do paciente e prestando esclarecimentos.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de São José do Norte, localizado no sul do Rio Grande do Sul, possui 25.523 habitantes (IBGE, 2010). Conforme o mesmo senso, esta população

reside em área urbana e rural, sendo 17403 e 8120 pessoas respectivamente. O município é banhado pelo oceano Atlântico e pela Laguna dos Patos. Da população total, cerca de 60% tem cobertura de unidade de saúde com Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo quatro unidades nos principais bairros da cidade e uma no interior (Bujuru) e 40% dos habitantes do município são atendidos pelo Posto Central e pela Unidade Móvel Terrestre juntamente com uma parcela da população de outros municípios, os quais não tem ESF. Não há Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) estabelecido ainda, mas as unidades básicas de saúde (UBS) podem contar com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e com o Hospital Municipal, para o qual as urgências e emergências são encaminhadas, por meio de ambulância terrestre. Caso seja necessário, os pacientes são transferidos do hospital para o município vizinho, Rio Grande, por meio de Unidade Móvel Aquática, que fará a travessia na Laguna dos Patos.

Os pacientes podem consultar em várias especialidades por sistema de referência, sendo a maioria das consultas realizadas nos municípios de Rio Grande ou Pelotas e podem ser solicitados vários exames complementares, com tempos de espera variáveis. Dentre esses exames estão tomografia, ultrassonografia, raio X, endoscopia, mamografia e densitometria óssea. Atualmente, um Eletrocardiograma (ECG) tem demorado cerca de dois anos para ser realizado e a colonoscopia nem sequer está sendo marcada, devido ao excessivo tempo de espera.

A UMT, tema desse texto, visa atender os pacientes residentes nas comunidades Varzense, Várzea, Parobé, Capivaras, Passinho, Inhame, São Caetano, Saraiva, Fortaleza, Barranco, Oriente, Capela, Gravatá, Divisa, Estreito, Capão da Areia, Curral Velho e Turpim, sendo que as comunidades de Bujuru e Capão do Meio são atendidas pela ESF de Bujuru, na qual há médico do programa Mais Médicos, não sendo, portanto, visitadas pela Unidade Móvel. Tais comunidades possuem acesso por meio de estradas de chão, que se originam bilateralmente das margens da RS-101, ao longo de sua extensão. A localidade mais distante visitada pela unidade, Capão da Areia, fica a 90km do centro de São José do Norte, demandando um tempo razoável de deslocamento, cerca de uma hora e meia. A grande maioria dos moradores vive da pesca e/ou agricultura.

Por falta de espaço físico, não há balança ou mesa ginecológica, apenas uma maca comum para exame físico. O acesso aos consultórios é feito por escada, não havendo rampas. Sempre que solicitado ou quando o paciente tem dificuldade de

locomoção, o atendimento é realizado no domicílio ou fora da unidade, pois o veículo não é adaptado, por exemplo, para receber paciente cadeirante.

Apenas alguns medicamentos são transportados na unidade, tais como anti-hipertensivos, hipoglicemiantes e analgésicos, devido a não haver local adequado para armazenamento e transporte dos mesmos. Não há como realizar vacinas e nem há sala específica para procedimentos como curativos ou aplicação de medicação.

Os atendimentos são registrados em prontuários individuais, de papel, nos quais são anotadas as consultas e os resultados de exames complementares, obtendo-se assim, um histórico dos pacientes. Não há utilização de qualquer protocolo.

Em relação à população atendida, não há mapeamento da área e, portanto, não há como saber exatamente quantas pessoas são atendidas pela unidade. Estima-se que a população total do interior não coberta por ESF seja em torno de 5220 pessoas, porém, não há informação detalhada de quantas pessoas residem em cada localidade, nem como é a distribuição em relação a sexo e idade. Apenas as comunidades do Estreito, Gravatá e Divisa possuem agente de saúde, mas não há mapeamento.

Como já relatado, todo o atendimento realizado pode ser considerado demanda espontânea, já que não há agendamento de consultas. Como a unidade está sujeita a avarias e nem sempre as estradas de chão estão transitáveis, fica inviável agendar as consultas, pois nem sempre o itinerário pré-estabelecido será cumprido. No início de cada mês, é feito um cronograma dos dias em que a unidade irá em cada local, além de ser divulgado por rádio. Caso o cronograma não possa ser cumprido, utiliza-se a imprensa, no caso o rádio, para comunicar.

Não há realização de pré-natal, puericultura e nem coleta de citopatológico de colo uterino. Tais atendimentos são realizados no Posto Central da cidade, considerado a referência para os pacientes do interior. No entanto, o rastreamento para câncer de mama é realizado, já que o exame físico é possível e a solicitação de mamografia quando indicada também.

Sempre que a UMT está impossibilitada de circular, o médico é alocado no Posto Central, onde realiza o atendimento dos pacientes do interior, que nesse caso, precisam se deslocar até o município.

Dessa forma, é um desafio interessante trabalhar em uma unidade de saúde itinerante. Ao mesmo tempo em que criar um vínculo torna-se mais difícil, o fato de os

pacientes perceberem a dificuldade de acesso e a relativa facilidade que lhes é proporcionada com a ida do atendimento até o interior, torna-os agradecidos e acolhedores. Lidar com as dificuldades do pouco tempo disponível e do espaço físico limitado traz um grande aprendizado e muita reflexão. Nosso sistema de saúde já apresenta, por si só, muitas falhas. Portanto, tornar os pacientes dependentes de uma unidade distante de sua residência, até mesmo para renovação de receitas e realização de exames de rotina, talvez acabasse por diminuir a adesão aos tratamentos. Obviamente, a necessidade desses pacientes não é suprida por completo, pois muitos não conseguem consulta sempre que necessitam e muitas vezes torna-se necessário que os mesmos recorram ao posto central ou ao hospital municipal.

Tendo o município de São José do Norte tantas comunidades no interior e sendo o município tão extenso, talvez a saída fosse a construção de unidades de saúde no meio do caminho, pois, a única do interior fica em Bujuru, a 74Km do centro do município. Ao que parece, tal ação já é pensada pelos gestores, que pretendem em breve construir um posto de saúde no Estreito, que se localiza a 35km de São José do Norte e nas Capivaras, que fica a 18km. Com certeza, tal ação facilitaria o acompanhamento desses pacientes.

Desde o início das atividades, não houve mudança em relação ao atendimento e à situação da atenção primária a saúde (APS).

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

Quando analisou-se a situação da Unidade, a mesma estava voltando as atividades e, portanto, o serviço ainda estava um pouco desorganizado e havia uma demanda reprimida muito grande. Atendia-se 15 pacientes por comunidade (45 por dia), o que sobrecarregava a médica e não permitia que as consultas se estendessem.

Já quando o relatório foi feito, o número de fichas já havia sido reduzido de 15 para 10 em cada comunidade, melhorando-se a qualidade das consultas, pois com mais tempo para cada atendimento, foi possível revisar com mais calma os prontuários e avaliar a necessidade de mudança no tratamento e solicitação de exames complementares. Porém, percebe-se que a UMT não é suficiente para cobrir os estimados 5220 habitantes do interior sem cobertura de ESF. Há sempre reclamação

por parte dos pacientes de que o número de fichas é insuficiente, ainda mais que cada comunidade recebe em torno de três visitas ao mês.

A análise situacional permitiu que houvesse um melhor conhecimento das condições de trabalho e forçou uma reflexão a respeito do que poderia ser feito para uma melhora no atendimento. Sem dúvida, a melhor saída seria a criação de Unidades de Estratégia em Saúde da Família no interior, diminuindo a necessidade dos pacientes recorrerem ao atendimento na Unidade Móvel e no município de São José do Norte, o que já está sendo pensado pelos gestores. Em breve, haverá um ESF na localidade do Estreito.

2. Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Sabe-se que a principal causa de morbidade e mortalidade no Brasil são as doenças crônico-degenerativas. Dessa forma, devido à alta prevalência, a hipertensão e o diabetes são um importante problema de saúde pública, merecendo especial atenção. Estima-se que 23% da população brasileira acima dos 18 anos seja hipertensa e 5,6% diabética (BRASIL, 2013), segundo dados do Ministério da Saúde.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças cardiovasculares, é uma doença multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (BRASIL, 2013). O Diabetes Mellitus (DM) é um transtorno metabólico de incidência crescente, e normalmente está associado à dislipidemia, à HAS e à disfunção endotelial (BRASIL, 2013). Sendo assim, essas patologias podem ser acompanhadas pelos profissionais da atenção primária à saúde no intuito de minimizar as complicações em decorrência da não assistência aos portadores dessas doenças.

Serão utilizados os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde de Hipertensão Arterial Sistêmica (2013) e Diabetes Mellitus (2013) para nortear o tratamento e acompanhamento dos pacientes cadastrados.

Não há agentes de saúde na maioria das comunidades e, por serem locais pequenos, não há associação de moradores. Portanto, o esclarecimento a respeito da importância do programa e os benefícios de estabelecê-lo será feito pessoalmente,

pela médica e pela técnica de enfermagem, durante as consultas de rotina e durante o acolhimento.

Devido às dificuldades já relatadas relacionadas à UMT, pensou-se em implementar o Programa de atenção aos hipertensos e diabéticos, visto que é viável esta intervenção pois demandaria apenas o transporte de uma balança antropômetro e formulários, materiais que não ocupariam em demasia o já tão escasso espaço físico da unidade. Ainda, seria de grande valia conhecer mais os diabéticos e hipertensos que frequentam a unidade, avaliando-se a quantidade de pacientes, a adesão ao tratamento e a presença de complicações, possibilitando a realização de ações que melhorem o atendimento e controle dessa população, visto que há dificuldade de acesso por parte da população rural aos serviços de saúde, tendo poucas opções na rede pública do município para suprir tal demanda, que não se adéqua aos protocolos do Ministério da Saúde, apresentando um modelo predominantemente curativista, com pouco foco na prevenção.

Desta forma, considerando a morbimortalidade da HAS e DM e os benefícios do tratamento eficaz, a realização desta intervenção torna-se fundamental para a melhoria da atenção em saúde desta população.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivos gerais

Melhorar a Atenção à Saúde dos usuários Hipertensos e Diabéticos da Unidade Móvel Terrestre de São José do Norte- RS

2.2.2 Objetivos específicos

1. Ampliar a cobertura de atenção a hipertensos e/ou diabéticos;
2. Melhorar a adesão do hipertenso e/ou do diabético ao programa;
3. Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde;
4. Melhorar o registro das informações;
5. Mapear hipertensos e diabéticos quanto ao risco cardiovascular;
6. Promover a saúde entre hipertensos e diabéticos.

2.2.3 Metas

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

Meta 1: Cadastrar 25% dos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 2: Cadastrar 25% dos usuários diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 4: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 5: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 6: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 8: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

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

Meta 11: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 12: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 13: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Meta 15: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 16: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 19: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 20: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 23: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 24: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

2.3 Metodologia

2.3.1 Ações

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

Meta 1: Cadastrar 25% do hipertensos de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação 1: Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento 1: Cadastrar os usuários do programa em um arquivo próprio, formado pelo conjunto de fichas espelho elaboradas para o programa.

Organização e gestão do serviço

Ação 2: Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.

Detalhamento 2: Registrar todos os usuários nas fichas espelho elaboradas para o programa.

Ação 3: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS.

Detalhamento 3: Através de um atendimento padronizado, seguindo as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Ação 4: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento 4: Através do contato com a gestão, solicitando esses materiais.

Engajamento público

Ação 5: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento 5: Através da equipe de saúde, que divulgará os programa durante as consultas e o acolhimento.

Ação 6: Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos , pelo menos, anualmente.

Detalhamento 6: Nas consultas médicas, com a médica informando individualmente os pacientes e solicitando que os mesmos divulguem a informação.

Ação 7: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento 7: Nas consultas médicas, por informação direta da médica.

Ação 8: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento 8: Nas consultas, com orientação feita pela médica e solicitando que os pacientes divulguem as informações recebidas.

Qualificação da prática clínica

Ação 9: Capacitar a equipe para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Detalhamento 9: Através de uma reunião com orientações sobre hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, e do preenchimento de uma ficha própria para cadastro de todos os usuários.

Ação 10: Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento 10: Através de treinamento teórico e prático em reunião no início do programa.

Meta 2: Cadastrar 25% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação 1: Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento 1: Cadastrar os usuários do programa em um arquivo próprio, formado pelo conjunto de fichas espelho elaboradas para o programa.

Organização e gestão do serviço

Ação 2: Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento 2: Registrar todos os usuários nas fichas espelho elaboradas para o programa.

Ação 3: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes.

Detalhamento 3: Através de um atendimento padronizado seguindo o protocolo.

Ação 4: Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento 4: Através do contato com a gestão, solicitando o material necessário na UMT.

Engajamento público

Ação 5: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento 5: Nas consultas, realizado diretamente pela médica e solicitando que os pacientes divulguem na comunidade.

Ação 6: Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos , pelo menos, anualmente.

Detalhamento 6: Nas consultas, realizado pela médica e solicitando que os pacientes divulguem na comunidade.

Ação 7: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento 7: Nas consultas, realizado pela médica e solicitando que os pacientes divulguem na comunidade.

Ação 8: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento 8: Nas consultas, realizado pela médica e solicitando que os pacientes divulguem na comunidade.

Qualificação da prática clínica

Ação 9: Capacitar a equipe para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Detalhamento 9: Através de uma reunião com orientações sobre hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, e do preenchimento de uma ficha própria para cadastro de todos os usuários.

Ação 10: Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento 10: Através de treinamento teórico em reunião no início do programa.

Objetivo 2: Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa.

Meta 3: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e avaliação

Ação 1: Criar um protocolo de atendimento adequando o priorizado pelo ministério da saúde com a realidade local.

Detalhamento 1: Tentar adequar as diretrizes preconizadas pelo ministério da saúde para a realidade local.

Ação 2: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento 2: Através do monitoramento das fichas espelho.

Engajamento público

Ação 3: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento 3: nas consultas médicas, salientando a importância da periodicidade das consultas.

Ação 4: Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento 4: Nas consultas, realizado pela médica e solicitando que os pacientes divulguem na comunidade.

Qualificação da prática clínica

Ação 5: Treinar a equipe para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento 5: Através de reuniões mensais.

Ação 6: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão.

Detalhamento 6: através de um caixa de sugestões aberta para críticas e comentários da população na recepção.

Meta 4: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e avaliação

Ação 1: Criar um protocolo de atendimento adequando o priorizado pelo Ministério da Saúde com a realidade local.

Detalhamento 1: Adequar o Caderno de Ações Programáticas de Diabetes Mellitus para a realidade local;

Ação 2: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento 2: Através do monitoramento das fichas espelho e enfatizando aos pacientes quando os mesmos devem retornar à UMT.

Organização e gestão do serviço

Ação 3: Organizar a agenda para acolher os diabéticos.

Detalhamento 3: Atender aos usuários que procurarem o serviço;

Engajamento público

Ação 4: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento 4: Nas consultas médicas, salientando a importância de um acompanhamento médico regular.

Ação 5: Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento 5: Nas consultas médicas, orientando sobre a periodicidade de retorno.

Ação 6: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes.

Detalhamento 6: através de um caixa de sugestões aberta para críticas e comentários da população na recepção.

Qualificação da prática clínica

Ação 7: Treinar a equipe para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento 7: Através de reuniões mensais.

Ação 8: Organizar visitas domiciliares para buscar os diabéticos faltosos.

Detalhamento 8: Não será possível, por se tratar de unidade móvel..

Objetivo3: Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde.

Meta 5: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Monitoramento e avaliação

Ação 1: Criar um protocolo para o exame clínico dos usuários hipertensos.

Detalhamento 1: Adequar o Caderno de Ações Programáticas de Hipertensão para a realidade local;

Ação 2: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos.

Detalhamento 2: Através do monitoramento das fichas-espelho.

Organização e gestão do serviço

Ação 3: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos.

Detalhamento 3: Através da capacitação dos profissionais de saúde em reuniões mensais.

Ação 4: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Detalhamento 4: Através de reuniões mensais.

Ação 5: Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento 5: Através de impressão gráfica autorizada pela gestão.

Engajamento público

Ação 6: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento 6: Nas consultas, por orientação feita pela médica.

Qualificação da prática clínica

Ação 7: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento 7: Através de reuniões mensais.

Meta 6: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação 1: Criar um protocolo para o exame clínico dos usuários diabéticos.

Detalhamento 1: Adequar as diretrizes preconizadas pelo ministério da saúde para a realidade local.

Ação 2: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos.

Detalhamento 2: Através do monitoramento das fichas espelho.

Organização e gestão do serviço

Ação 3: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos.

Detalhamento 3: Através da capacitação dos profissionais de saúde em reuniões mensais.

Ação 4: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Detalhamento 4: Através de reuniões mensais.

Ação 5: Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento 5: Através de impressão gráfica autorizada pela gestão.

Engajamento público

Ação 6: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento 6: Nas consultas, por orientação feita pela médica.

Qualificação da prática clínica

Ação 7: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento 7: Através de reuniões mensais.

Meta 7: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Monitoramento e avaliação

Ação 1: Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento 1: Através do monitoramento das fichas espelho, que deve conter hemograma completo, parcial de urina, colesterol total, colesterol HDL, triglicérides, creatinina e glicemia de jejum.

Ação 2: Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento 2: Através do monitoramento das fichas espelho.

Organização e gestão do serviço

Ação 3: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento 3: Através de contato com a gestão para autorização dos exames necessários segundo o protocolo.

Ação 4: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento 4: Através de contato com o gestor.

Engajamento público

Ação 5: Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento 5: nas consultas médicas.

Ação 6: Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento 6: Nas consultas, por esclarecimento feito pela médica.

Qualificação da prática clínica

Ação 7: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento 7: Através de reuniões mensais.

Meta 8: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo; para melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação 1: Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento 1: Através do monitoramento das fichas espelho. Que deve conter hemograma completo, parcial de urina, colesterol total, colesterol HDL, triglicerídeos, creatinina, glicemia de jejum e hemoglobina glicada.

Ação 2: Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento 2: Através do monitoramento das fichas espelho.

Organização e gestão do serviço

Ação 3: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento 3: Através de contato com a gestão para autorização dos exames necessários segundo o protocolo.

Ação 4: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento 4: Através de contato com o gestor.

Engajamento público

Ação 5: Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento 5: Nas consultas médicas.

Ação 6: Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento 6: Nas consultas médicas.

Qualificação da prática clínica

Ação 7: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento 7: Através de reuniões mensais.

Meta 9: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular ou da farmácia do município para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação 1: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Detalhamento 1: Através das fichas espelho.

Organização e gestão do serviço

Ação 2: Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento 2: Através das fichas espelho.

Engajamento público

Ação 3: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento 3: Nas consultas, por orientação da médica quanto às medicações disponíveis e os locais onde as mesmas podem ser adquiridas.

Qualificação da prática clínica

Ação 4: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Detalhamento 4: Através de reuniões mensais de capacitação.

Ação 5: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Detalhamento 5: Através de reuniões mensais de capacitação.

Meta 10: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular ou da farmácia do município para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação 1: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Detalhamento 1: Através das fichas espelho.

Organização e gestão do serviço

Ação 2: Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento 2: Através das fichas espelho.

Engajamento público

Ação 3: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento 3: Nas consultas, por orientação da médica quanto às medicações disponíveis e os locais onde as mesmas podem ser adquiridas.

Ação 4: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Detalhamento 4: Através de reuniões mensais de capacitação.

Qualificação da prática clínica

Ação 5: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Detalhamento 5: Através de reuniões mensais de capacitação.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 11: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação 1: Criar uma ficha de acompanhamento de usuários hipertensos;

Detalhamento 1: Será utilizada a ficha espelho.

Ação 2: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento 2: Através do monitoramento das fichas espelho.

Organização e gestão do serviço

Ação 3: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento 3: Através do monitoramento das fichas espelho e solicitando à gestação que faça o registro dos dados.

Ação 4: Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.

Detalhamento 4: Serão utilizadas as fichas espelho.

Ação 5: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento 5: A médica da unidade será responsável pelo preenchimento das fichas espelho e do prontuário médico.

Engajamento público

Ação 6: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento 6: Nas consultas, por meio de orientação da médica.

Qualificação da prática clínica

Ação 7: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso.

Detalhamento 7: Através de reuniões mensais de capacitação.

Ação 8: Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento 8: Através de reuniões mensais de capacitação.

Meta 12: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação 1: Criar uma ficha de acompanhamento de usuários diabéticos.

Detalhamento 1: Será utilizada a ficha espelho.

Ação 2: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento 2: Através do monitoramento das fichas espelho.

Organização e gestão do serviço

Ação 3: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento 3: Através do monitoramento das fichas espelho.

Ação 4: Implantar planilha/registro específico de acompanhamento, solicitando à gestão que atualize os dados no sistema.

Detalhamento 4: Serão utilizadas as fichas espelho.

Ação 5: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento 5: A médica da unidade será responsável pelo preenchimento das fichas espelho e do prontuário médico.

Engajamento público

Ação 6: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento 6: Nas consultas médicas, por meio de orientação da médica.

Qualificação da prática clínica

Ação 7: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso

Detalhamento 7: Através de reuniões mensais de capacitação.

Ação 8: Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento 8: Através de reuniões mensais de capacitação.

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

Meta 13: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação 1: Implantar um protocolo de monitorização de risco para usuários hipertensos.

Detalhamento 1: Adequar as diretrizes preconizadas pelo ministério da saúde para a realidade local, calcular o score de Framingham para todos os usuários.

Ação 2: Monitorar o número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento 2: Através do monitoramento das fichas espelho.

Organização e gestão do serviço

Ação 3: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Detalhamento 3: Orientar a retornar à consulta com menor intervalo de tempo.

Ação 4: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento 4: Atender aos usuários conforme a procura, visto que não há agendamento de consultas.

Engajamento público

Ação 5: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Detalhamento 5: Nas consultas médicas, por meio de orientação da médica.

Ação 6: Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento 6: Nas consultas médicas, por meio de orientação individual.

Qualificação da prática clínica

Ação 7: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Detalhamento 7: Através de reuniões mensais de capacitação.

Ação 8: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento 8: Através de reuniões mensais de capacitação.

Ação 9: Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento 9: Através de reuniões mensais de capacitação.

Meta 14: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação 1: Implantar um protocolo de monitorização de risco para usuários hipertensos.

Detalhamento 1: Adequar as diretrizes preconizadas pelo ministério da saúde para a realidade local, calcular o score de Framingham para todos os usuários.

Ação 2: Monitorar o número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento 2: Através do monitoramento das fichas espelho.

Organização e gestão do serviço

Ação 3: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Detalhamento 3: Orientar a retornar à consulta com menor intervalo de tempo.

Ação 4: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento 4: Atender aos usuários conforme a procura, visto que não há agendamento de consultas.

Engajamento público

Ação 5: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Detalhamento 5: Nas consultas médicas, por meio de orientação da médica.

Ação 6: Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento 6: Nas consultas, por meio de orientação da médica, individualmente.

Qualificação da prática clínica

Ação 7: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Detalhamento 7: Através de reuniões mensais de capacitação.

Ação 8: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento 8: Através de reuniões mensais de capacitação.

Ação 9: Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento 9: Através de reuniões mensais de capacitação.

Objetivo 6: Promoção da Saúde.

Meta 15: Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários hipertensos.

Monitoramento e avaliação

Ação 1: Monitorar a realização de consultas dos hipertensos com o dentista.

Detalhamento 1: Através das consultas médicas e do registro na ficha espelho do usuário.

Organização e gestão do serviço

Ação 2: Consultas com dentista da Unidade para esses usuários.

Detalhamento 2: Realização da avaliação odontológica pelo dentista da unidade.

Engajamento público

Ação 3: Mobilizar a comunidade para buscar o atendimento com dentista.

Detalhamento 3: Nas consultas, por meio de orientação médica.

Qualificação da prática clínica

Ação 4: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento 4: Através de reuniões mensais de capacitação.

Meta 16: Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação 1: Monitorar a realização de consultas dos hipertensos com o dentista.

Detalhamento 1: Através das consultas médicas e do registro na ficha-espelho do usuário.

Organização e gestão do serviço

Ação 2: Consultas com dentista da Unidade para esses usuários.

Detalhamento 2: Realização da avaliação odontológica pelo dentista da unidade.

Engajamento público

Ação 3: Mobilizar a comunidade para buscar o atendimento com dentista.

Detalhamento 3: Nas consultas, por meio de orientação médica.

Qualificação da prática clínica

Ação 4: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento 4: Através de reuniões mensais de capacitação.

Meta 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Monitoramento e avaliação

Ação 1: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

Detalhamento 1: Através das consultas médicas e do registro na ficha-espelho do usuário.

Organização e gestão do serviço

Ação 2: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento 2: Através de reunião com a gestão para apresentação do projeto e das prioridades destacadas nele.

Engajamento público

Ação 3: Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento 3: nas consultas médicas, encaminhando para consulta com nutricionista os pacientes com excesso de peso ou mau controle de sua patologia.

Qualificação da prática clínica

Ação 4: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento 4: Através de reuniões mensais de capacitação.

Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação 1: Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.

Detalhamento 1: Através das consultas médicas e do registro na ficha espelho do usuário.

Organização e gestão do serviço

Ação 2: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento 2: Através de reunião com a gestão para apresentação do projeto e das prioridades destacadas nele.

Engajamento público

Ação 3: Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento 3: Nas consultas médicas, encaminhando para consulta com nutricionista os pacientes com excesso de peso ou mau controle de sua patologia. .

Qualificação da prática clínica

Ação 4: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento 4: Através de reuniões mensais de capacitação.

Meta 19: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários hipertensos.

Monitoramento e avaliação

Ação 1: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.

Detalhamento 1: Através das consultas médicas e do registro na ficha espelho do usuário.

Organização e gestão do serviço

Ação 2: Demandar junto ao gestor a possibilidade de imprimir panfletos com orientações de hábitos de vida saudáveis.

Detalhamento 2: Através de reunião com a gestão para apresentação do projeto e das prioridades destacadas nele.

Engajamento público

Ação 3: Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento 3: Nas consultas médicas, por orientação da médica, que possui também formação em Educação Física.

Qualificação da prática clínica

Ação 4: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento 4: Através de reuniões mensais de capacitação.

Meta 20: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação 1: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.

Detalhamento 1: Através das consultas médicas e do registro na ficha espelho do usuário.

Organização e gestão do serviço

Ação 2: Demandar junto ao gestor a possibilidade de imprimir panfletos com orientações de hábitos de vida saudáveis;

Detalhamento 2: Através de reunião com a gestão para apresentação do projeto e das prioridades destacadas nele.

Engajamento público

Ação 3: Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento 3: Nas consultas, por orientação direta da médica, que possui também formação em Educação Física.

Qualificação da prática clínica

Ação 4: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento 4: Através de reuniões mensais de capacitação.

Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Monitoramento e avaliação

Ação 1: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

Detalhamento 1: Através das consultas médicas e do registro na ficha-espelho do usuário.

Organização e gestão do serviço

Ação 2: Demandar junto ao gestor a possibilidade de imprimir panfletos com orientações de hábitos de vida saudáveis;

Detalhamento 2: Através de reunião com a gestão para apresentação do projeto e das prioridades destacadas nele.

Engajamento público

Ação 3: Orientar os hipertensos tabagistas sobre os malefícios do cigarro.

Detalhamento 3: nas consultas médicas, por orientação individual e solicitando que os pacientes divulguem as informações na comunidade.

Qualificação da prática clínica

Ação 4: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento 4: Através de reuniões mensais de capacitação.

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação 1: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.

Detalhamento 1: Através das consultas médicas e do registro na ficha espelho do usuário.

Organização e gestão do serviço

Ação 2: Demandar junto ao gestor a possibilidade de imprimir panfletos com orientações de hábitos de vida saudáveis.

Detalhamento 2: Através de reunião com a gestão para apresentação do projeto e das prioridades destacadas nele.

Engajamento público

Ação 3: Orientar os diabéticos tabagistas sobre os malefícios do cigarro.

Detalhamento 3: Nas consultas médicas, por orientação individual e solicitando que os pacientes divulguem as informações na comunidade.

Qualificação da prática clínica

Ação 4: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento 4: Através de reuniões mensais de capacitação.

Meta 23: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Monitoramento e avaliação:

Ação 1: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos

Detalhamento 2: Nas consultas médicas.

Organização e gestão do serviço

Ação 2: Demandar junto ao gestor a possibilidade de imprimir panfletos com orientações sobre higiene bucal e solicitar à dentista da UMT que também realize tais orientações.

Detalhamento 2: Através de reunião com a gestão para apresentação do projeto e das prioridades destacadas nele.

Engajamento público

Ação 3: Orientar os hipertensos sobre higiene bucal.

Detalhamento 3: Nas consultas médicas.

Qualificação da prática clínica

Ação 4: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde direcionadas para higiene bucal.

Detalhamento 4: Através de reuniões mensais de capacitação.

Meta 24: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Monitoramento e avaliação:

Ação 1: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos usuários diabéticos.

Detalhamento 2: Através das consultas médicas;

Organização e gestão do serviço:

Ação 2: Demandar junto ao gestor a possibilidade de imprimir panfletos com orientações sobre higiene bucal e solicitar à dentista da UMT que também realize tais orientações.

Detalhamento 2: Através de reunião com a gestão para apresentação do projeto e das prioridades destacadas nele.

Engajamento público

Ação 3: Orientar os diabeticos sobre higiene bucal.

Detalhamento 3: Nas consultas médicas.

Qualificação da prática clínica

Ação 4: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde direcionadas para higiene bucal.

Detalhamento 4: Através de reuniões mensais de capacitação.

2.3.2 Indicadores

Meta1: Cadastrar 25% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus.

Indicador: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na área de cobertura:

Numerador: número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na Unidade.

Denominador: número total de hipertensos com 20 anos ou mais residente na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta2: Cadastrar 25% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus.

Indicador: Cobertura do programa de atenção ao diabético na área de cobertura

Numerador: número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na Unidade.

Denominador: número total de diabéticos com 20 anos ou mais residente na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta3: Realizar exame físico adequado em 100% dos hipertensos.

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

Numerador: número de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: número de hipertensos residentes na área de cobertura da unidade de saúde.

Meta4: Realizar exame físico adequado em 100% dos diabéticos.

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

Numerador: número de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: número de diabéticos residentes na área de cobertura da unidade de saúde.

Meta5: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Numerador: número de hipertensos com os exames complementares em dia.

Denominador: número de hipertensos residentes na área e acompanhados pela unidade de saúde.

Meta6: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Numerador: número de diabéticos com os exames complementares em dia.

Denominador: número de diabéticos residentes na área e acompanhados pela unidade de saúde.

Meta7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Meta 8: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

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

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

Denominador: número de hipertensos residentes na área e acompanhados na unidade.

Meta10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

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

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

Denominador: número de diabéticos residentes na área e acompanhados na unidade.

Meta 11: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa

Numerador: número de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

Denominador: número de hipertensos residentes na área e acompanhados na unidade que faltaram às consultas.

Meta12: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

Numerador: número de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

Denominador: número de diabéticos residentes na área e acompanhados na unidade que faltaram às consultas.

Meta13: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Numerador: número de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: número de hipertensos residentes na área e acompanhados na unidade.

Meta 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Numerador: número de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: número de diabéticos residentes na área e acompanhados na unidade.

Meta15: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Numerador: número de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Denominador: número de hipertensos residentes na área e acompanhados na unidade.

Meta16: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Numerador: número de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Denominador: número de diabéticos residentes na área e acompanhados na unidade.

Meta17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

Numerador: número de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Denominador: número de hipertensos na área acompanhados na unidade.

Meta18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

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

Numerador: número de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Denominador: número de diabéticos na área acompanhados na unidade.

Meta19: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

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

Numerador: número de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Denominador: número de hipertensos na área acompanhados na unidade.

Meta20: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física 100% dos pacientes diabéticos.

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

Numerador: número de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Denominador: número de diabéticos na área acompanhados na unidade.

Meta21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

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

Denominador: número de hipertensos na área acompanhados na unidade.

Mata22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

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

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

Denominador: número de diabéticos na área acompanhados na unidade.

Meta23: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Numerador: número de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: número de hipertensos na área acompanhados na unidade.

Meta24: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Numerador: número de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: número de diabéticos na área acompanhados na unidade

2.3.3 Logística

Devido a dificuldade de se transportar recursos materiais na Unidade Móvel, decidiu-se implementar o programa de atenção à hipertensão arterial e diabetes, pois demanda menos espaço físico e atende a população que mais utiliza os serviços médicos da Unidade Móvel Terrestre. Pôde-se perceber com a análise situacional realizada no início das atividades, que a população da área de cobertura carece de uma melhor assistência e maiores recursos, pois além de o atendimento dar-se em um local limitado em termos de espaço físico, não há nas proximidades uma unidade de saúde disponível para eventuais intercorrências. Além disso, faltam materiais básicos para um adequado acompanhamento dos pacientes.

Para tanto, serão transportados no consultório médico balança, antropômetro e os formulários necessários, tais como a ficha espelho, visando cadastrar 100% dos hipertensos e diabéticos que consultam na unidade.

Embora não haja agendamento de consultas, será solicitado aos pacientes que retornem para nova consulta a cada 3 meses quando já apresentarem bom controle (ou em menor período de tempo, se necessário), visto que na farmácia da prefeitura municipal, esse é o período de validade das receitas médicas. Os medicamentos prescritos, dentro do possível, serão os constantes na farmácia popular e na farmácia municipal, sempre visando abranger 100% da população alvo.

Dar-se-á especial atenção ao exame físico desses pacientes, procurando sinais de complicações e avaliando-se a necessidade de encaminhamento à especialista.

Todos os prontuários serão revisados verificando-se se os exames complementares necessários em dia, sendo os mesmos solicitados quando não constarem no prontuário. Os exames serão solicitados conforme indicação nos manuais do Ministério da Saúde, que serão os protocolos adotado na intervenção.

De acordo com os Protocolos do Ministério da Saúde, em relação ao exame físico dos diabéticos, por não haver fundoscópio ou monofilamento, não pode-se manter o exame físico desses pacientes em dia. Porém, os protocolos utilizados continuarão sendo os mesmos, não havendo necessidade de adequação, somente a solicitação dos materiais faltantes junto à Secretaria de Saúde.

Devido à quantidade de comunidades visitadas pela Unidade Móvel e por não haver um espaço físico permanentemente à disposição, visto que o atendimento é itinerante, não há agendamento de consultas e torna-se impossível a realização de grupos.

3. Relatório da Intervenção

3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.

A intervenção foi realizada na Unidade Móvel Terrestre, na cidade de São José do Norte, na qual dezoito pequenas comunidades rurais são visitadas, três por dia, atendendo-se dez fichas em cada comunidade.

Das ações previstas na intervenção, programa de atenção aos hipertensos e diabéticos, a maioria delas pôde ser efetuada. Os exames de rotina que constam dos protocolos utilizados (manuais do Ministério da Saúde) foram solicitados para 100% dos cadastrados, assim como 100% recebeu orientações sobre riscos do tabagismo, importância da realização de exercícios físicos e de uma dieta saudável e teve estratificação do risco cardiovascular realizada. Nem todos os pacientes receberam orientação sobre higiene bucal, pois eles estavam sendo encaminhados para a dentista da unidade. No entanto, como a grande maioria não conseguia ficha para consulta odontológica, tal orientação passou a ser realizada pela médica.

Ainda, apenas os pacientes que utilizavam medicações prescritas por especialistas que os acompanhavam fora da Unidade não tinham todas as medicações encontradas no programa farmácia popular, mas a grande maioria tinha.

E todos os pacientes que iniciaram tratamento na unidade tiveram apenas medicações do programa prescritas.

Em relação ao exame físico, considerou-se que apenas os hipertensos estavam com o exame em dia, pois não havia fundoscópio e monofilamento para realização de exame completo dos diabéticos, portanto, não pode-se considerar que esses pacientes estão com o exame em dia.

As orientações acerca da adesão ao tratamento e importância do programa foram feitas durante as consultas, visto que a equipe é reduzida (temos apenas técnica em enfermagem e não há enfermeiro). Portanto, a técnica já é sobrecarregada, pois faz o acolhimento, afere sinais e distribui as medicações que são transportadas na Unidade, tornando-se inviável sobrecarregá-la ainda mais.

3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas.

Foi difícil a intervenção em uma unidade itinerante, que visita três comunidades rurais por dia (totalizando dezoito). A cada dia, são atendidas 30 fichas e ainda há um tempo de deslocamento entre as três comunidades, o que tornou a intervenção complicada devido a falta de tempo, sendo essa a maior dificuldade. Dessa forma, foi cadastrado apenas um paciente por dia, visto que demandava mais tempo de consulta para que a intervenção fosse realizada de forma plena. Outra dificuldade encontrada foi o pequeno espaço físico, pois o consultório médico é dentro de um micro-ônibus adaptado, complicando o transporte de balança e antropômetro. Diante disso, não foi possível realizar agendamento das consultas, busca ativa dos usuários e atividades educativas em grupo.

Ainda, o fato de a UMT não possuir enfermeiro compondo a equipe, que normalmente é quem coordena a unidade de saúde, e apenas três comunidades possuem ACS, também dificultou a intervenção, tornando-a ainda mais complicada.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.

O preenchimento da planilha foi um pouco confuso, mas com a ajuda da orientadora tornou-se mais fácil.

3.4 Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, mesmo com a finalização do curso. Descreva aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.

Mesmo estando longe do ideal, iniciar uma intervenção em uma unidade diferenciada e que nunca tinha realizado nenhum tipo de intervenção, foi um desafio gratificante. Pode-se perceber a satisfação dos pacientes, o maior empenho em realizar a mudança de estilo de vida e a melhor adesão ao tratamento nos que foram cadastrados. Ainda, serviu para que todos da equipe percebessem que mesmo com as adversidades, é possível que se implemente uma intervenção e, portanto, a continuidade da mesma pelas equipes que virão é viável, basta que haja boa vontade.

O primeiro passo foi dado e, embora pequeno, já estamos mais a frente do que estávamos. Agora é só seguir caminhando.

4. Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

O objetivo do projeto de intervenção era cadastrar 25% dos hipertensos e diabéticos no programa de atenção a essas patologias, realizando exame físico e exames complementares de acordo com os protocolos dos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde, estratificação de risco cardiovascular, orientação sobre alimentação saudável, prática de exercícios físicos, higiene bucal e riscos do tabagismo, além de preconizar a prescrição de medicamentos encontrados na Farmácia Popular.

Estima-se que a área atendida pela Unidade Móvel Terrestre tenha em torno de 794 hipertensos e 196 diabéticos, sendo a população total de 5520 pessoas.

A Unidade Móvel percorre a área rural do município de São José do Norte, visitando três comunidades ao dia, atendendo 10 fichas médicas e 5 odontológicas em cada comunidade, além de demandar um tempo de deslocamento entre cada

comunidade. A equipe é composta por médica, dentista, técnica de enfermagem, motorista e cozinheira. Não há enfermeiro.

Nunca houve uma intervenção antes nessa UBS, sendo essa a pioneira. As maiores dificuldades foram a falta de espaço físico adequado, visto que o consultório médico é pequeno e o acolhimento é realizado, na maioria das vezes, ao ar livre, o tempo escasso, pois além de serem atendidas 30 fichas ao dia, perde-se tempo no deslocamento entre as comunidades e a equipe reduzida. Esses fatores fizeram com que se cadastrasse, em média, apenas um paciente ao dia, pois a consulta da intervenção era bem mais demorada.

Não foi possível realizar grupos ou palestras, pois cada comunidade é visitada a cada 10-12 dias e não há agendamento de consulta, as fichas são liberadas quando a unidade chega na localidade. Os esclarecimentos e as informações a respeito da intervenção e sua importância foram feitos durante as consultas.

O indicador referente à cobertura do programa mostrou que em relação aos hipertensos, foram cadastrados 2,4% (19 usuários) no primeiro mês e 3,9% (31 usuários) no segundo mês e 5,5% (44 usuários) (figura 1). Embora tenha ficado bem abaixo da meta de 25%, a intervenção foi extremamente produtiva, pois se pôde ver que é possível vencer as dificuldades e, mesmo com poucos pacientes cadastrados, pôde-se perceber o quanto a intervenção afetou positivamente os pacientes, que se mostraram mais interessados em mudar seu estilo de vida e em ter uma boa adesão ao tratamento. Esse foi apenas o primeiro passo, pois é viável que se continue a intervenção.

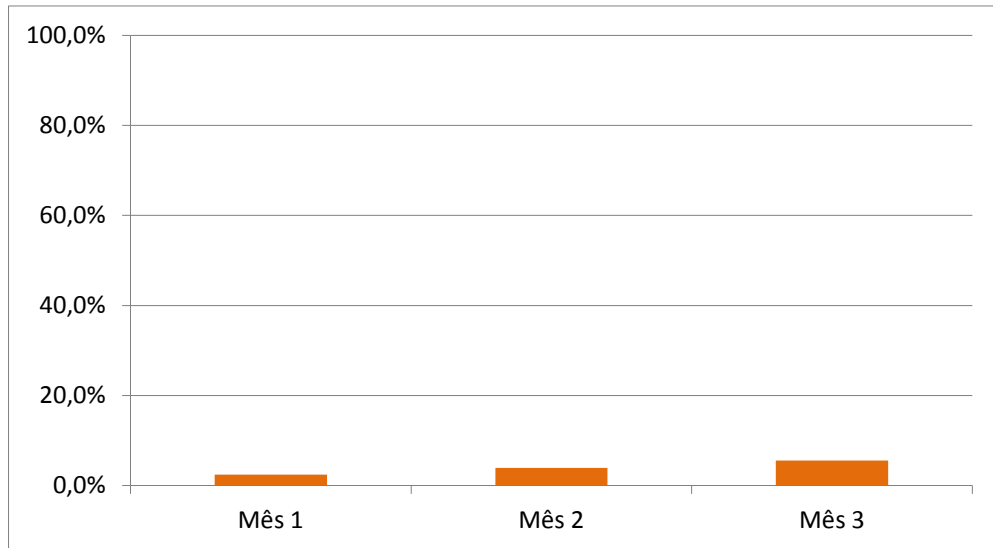


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde (2,4%, 3,9% e 5,5%, respectivamente).

Já em relação aos diabéticos, em cada um dos três meses de intervenção, foi cadastrado 1% (2 usuários), 2% (4 usuários) e 3% (6 usuários) nos respectivos três meses (figura 2), número também modesto, mas produtivo conforme já mencionado.

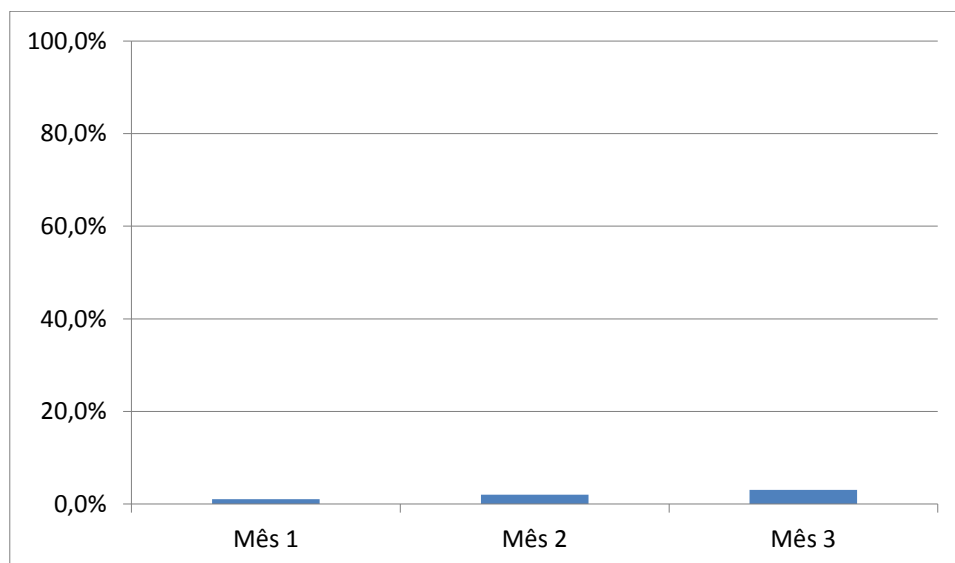


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde (1%, 2% e 3%, respectivamente).

O indicador da proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, mostrou 89,5% no primeiro mês e 90,3% no mês dois e 88,6% no mês três (figura 3). Tal indicador não foi 100% pois alguns hipertensos são também diabéticos e esses não foram considerados com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, conforme será explicado adiante. Mas de acordo com o

Caderno de Atenção Básica em relação à hipertensão, o exame foi realizado em 100% dos hipertensos.

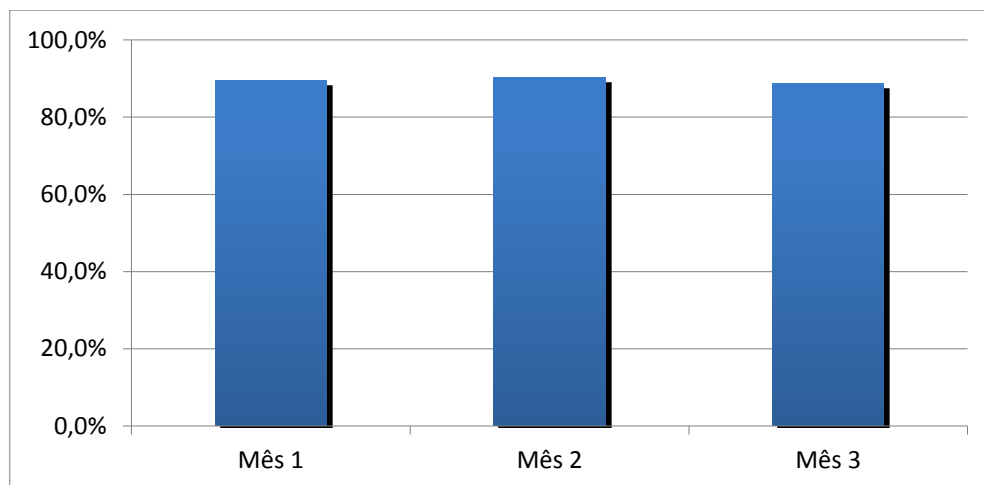


Figura 3: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo (89,5%, 90,3% e 88,6%, respectivamente).

Já a proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo foi de 0% nos três meses de intervenção, pois de acordo com o protocolo utilizado, é necessário que se realize o teste do monofilamento e exame de fundo de olho nos diabéticos, mas esses equipamentos não encontravam-se disponíveis na Unidade Móvel. No entanto, o restante do exame físico foi realizado em todos os usuários.

O indicador relacionado à proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, foi de 100% nos três meses de intervenção, de acordo com o protocolo adotado, pois todos os exames são disponibilizados pela prefeitura.

Em relação à proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo, alcançou-se 100% nos três meses de intervenção, pelos mesmos motivos já citados em relação aos hipertensos.

A proporção de hipertensos com medicamentos da Farmácia Popular priorizada foi de 89,5% (17 usuários) no primeiro mês, 93,5% (29 usuários) no segundo mês e 95,5% (42 usuários) no terceiro (figura 4). Não foi alcançado 100%

pois alguns pacientes possuem prescrições feitas por especialistas, principalmente cardiologistas, cujas medicações são indispensáveis e não disponibilizadas pela Farmácia Popular.

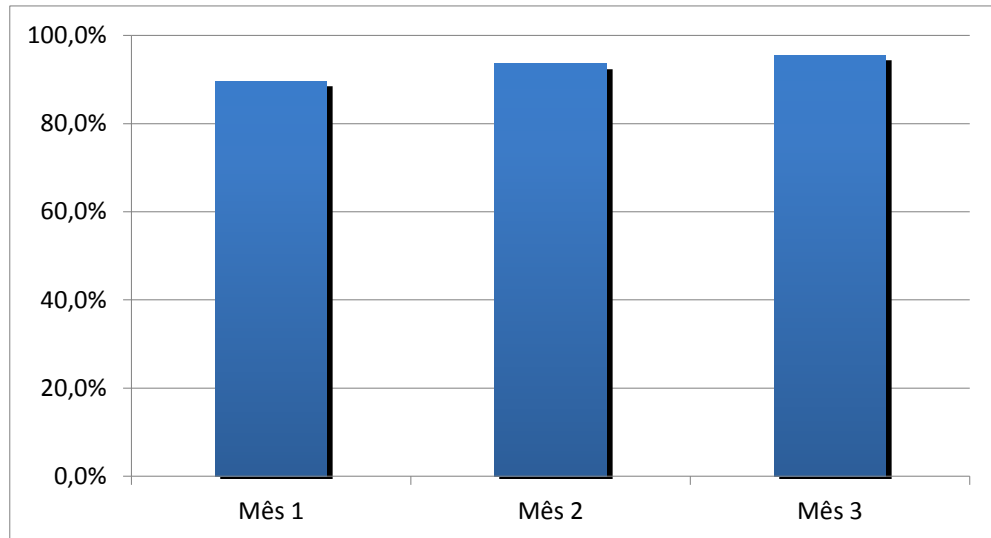


Figura 4: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hierdia priorizada (89,5%, 93,5% e 95,5%).

A proporção de diabéticos com medicamentos da Farmácia Popular priorizada foi de 0% no primeiro mês e de 50% no segundo e 66% no terceiro (figura 5). Tal situação deveu-se ao fato de que os diabéticos adastrados no primeiro mês faziam uso de glibepirida (não disponível na Farmácia Popular), prescrita por seu endocrinologista em substituição à glibenclamida.

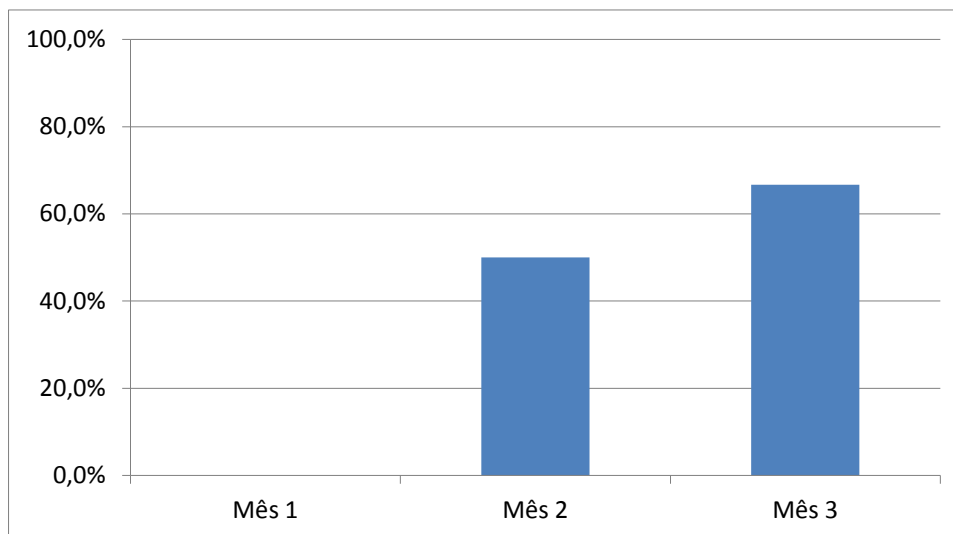


Figura 5: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada (0%, 50% e 66%).

Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi de 100% nos três meses de intervenção. Tal avaliação foi feita durante a consulta médica, sendo que os pacientes com tal necessidade foram orientados a realizar uma consulta odontológica na unidade.

Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico também foi de 100% nos três meses da intervenção e, da mesma forma, os pacientes foram encaminhados à dentista quando necessário.

Proporção de hipertensos e diabéticos faltosos às consultas com busca ativa foi de 0% nos três meses. Como não há agendamento de consulta e apenas três comunidades têm agente de saúde, os pacientes são orientados a procurar a unidade em determinado intervalo de tempo e, dessa forma, não há como ter um controle daqueles não buscam atendimento quando solicitado e não há busca ativa.

A proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento foi de 100% nos três meses de intervenção. Todos os pacientes cadastrados tiveram registro na ficha espelho do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos, que foi realizado durante a consulta. As fichas foram arquivadas separadas do prontuário, dentro do consultório médico.

Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento foi de 100% nos três meses e o registro na ficha espelho foi realizado da mesma forma que foi realizado com os hipertensos.

A proporção de hipertensos com estratificação do risco cardiovascular foi de 100% durante toda a intervenção, sendo que foi utilizado o escore de Framingham.

A proporção de diabéticos com estratificação do risco cardiovascular também foi de 100% nos três meses.

A proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável foi de 100% nos três meses da intervenção. A orientação foi feita pela médica, durante a consulta. Os pacientes obesos e aqueles com dificuldades para manter uma alimentação saudável foram encaminhados para consulta com nutricionista.

Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável foi de 100% nos três meses da intervenção e aqueles com mau controle glicêmico e/ou obesidade foram encaminhados ao nutricionista.

Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular foi de 100% dos cadastrados. Devido a médica da unidade ter formação em Educação Física, os pacientes receberam orientações sobre a importância da atividade física e a melhor maneira de realizá-la, evitando o abandono e lesões.

Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular também alcançou 100% dos cadastrados, conforme ocorreu com os hipertensos.

Em relação a orientação sobre os riscos do tabagismo, 100% dos hipertensos foram orientados durante as consultas.

Conforme ocorreu com os hipertensos, 100% dos diabéticos foram orientados sobre os risco do tabagismo.

Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal foi de 0% no primeiro mês, atingindo 9,7% no segundo mês e 36,4% no terceiro mês (figura 6). No início da intervenção, os pacientes encaminhados à dentista para receberem orientação. No entanto, a maioria dos pacientes não conseguia ficha odontológica e, dessa forma, percebeu-se a necessidade de tal orientação ser feita pela médica, durante a consulta, o que passou a ser feito a partir do segundo mês de intervenção.

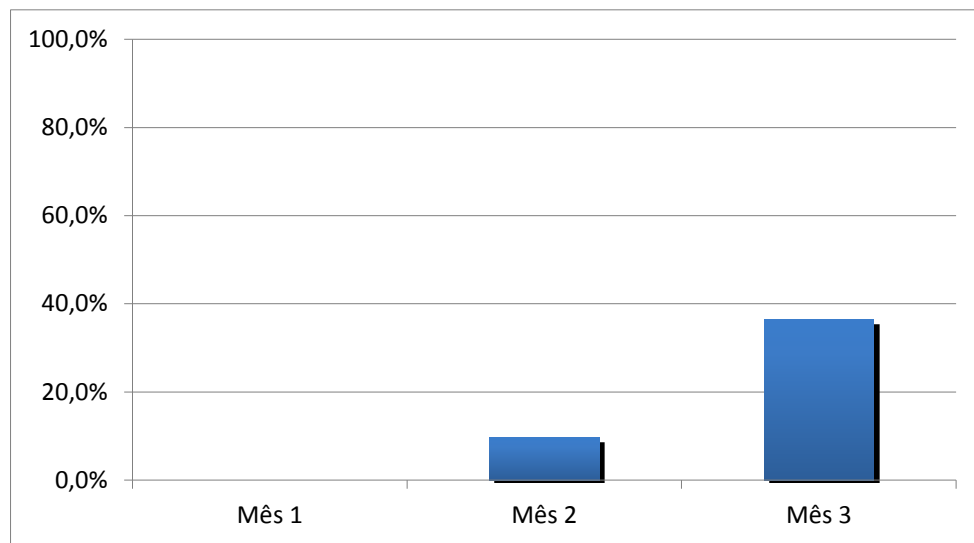


Figura 6: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene buca (0%, 9,7% e 36,4%)l.

A proporção de diabéticos que recebeu orientação sobre higiene bucal foi de 0% nos dois primeiros meses e de 33,3% no último mês, após a orientação passar a ser feita pela médica (figura 7).

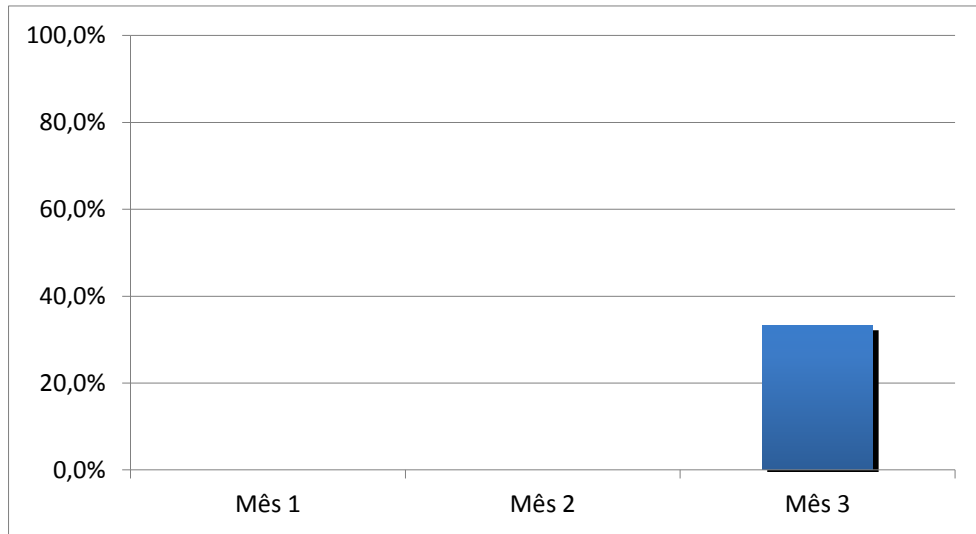


Figura 7: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

4.2 Discussão

Os resultados da intervenção foram baixos por vários fatores, dentre eles: trabalhamos em uma unidade itinerante, onde não havia Agentes Comunitários de Saúde e enfermeiro, tendo que atender a demanda espontânea das localidades onde atuamos. Além disso, tínhamos um número de ficha estipuladas pela gestão para ser atendidas em cada localidade, o que deixava a equipe presa à unidade, não podendo mobilizar a comunidade, somente os usuários que procuravam por serviço. Isso justifica o número baixo de usuários cadastrados; Apesar de solicitar os exames complementares, alguns usuários não conseguiram marcar pelo município o que levou a baixa dos indicadores. Pelo fato de a gestão não ter disponibilizado otoscópio e oftalmoscópio, não pude considerar a avaliação clínica completa para os usuários. Em relação às orientações de higiene bucal, no primeiro momento havia deixado sob a responsabilidade da dentista, no entanto, ao perceber que os usuários estavam saindo sem essa orientação, passei a realizar nas consultas.

Com a intervenção, a UMT pôde ter sua primeira intervenção executada, proporcionando aos hipertensos e diabéticos uma melhor atenção e um exame físico mais completo, incluindo dados antropométricos, que antes não eram mensurados. Além disso, todos os pacientes cadastrados tiveram seu risco cardiovascular estratificado, o que anteriormente era realizado apenas em alguns pacientes.

Infelizmente, por falta de material adequado, o exame físico dos diabéticos não foi completo, por não haver fundoscópio e monofilamento disponível.

A equipe se mobilizou para enfrentar as dificuldades, visto que a falta de espaço na Unidade Móvel foi um dos problemas enfrentados, havendo necessidade de adaptação, sendo que todos participaram. Ainda, a equipe percebeu a importância da intervenção e se empenhou na disseminação de informações importantes, tais como a importância da adesão, o que acabou unindo ainda mais a equipe.

A intervenção foi importante para provar que mesmo em uma unidade móvel, na qual não há sede fixa e dispõe-se de espaço físico e equipe limitados, é possível melhorar a atenção aos públicos específicos, desde que haja força de vontade e colaboração. Dessa forma, pode-se conhecer melhor os hipertensos e diabéticos atendidos no serviço, auxiliando na escolha dos encaminhamentos necessários e exames complementares para investigação de complicações.

Para a equipe, foi importante para se perceber que todos são imprescindíveis para o bom funcionamento da unidade de saúde e que cada um tem um papel fundamental. Todos se comprometeram e ajudaram da forma que puderam para que a intervenção se concretizasse. Infelizmente, a equipe é reduzida e a maioria das ações ainda permaneceu com a médica, mas se houvesse a adição de um enfermeiro, a distribuição de tarefas ficaria mais fácil. A técnica de enfermagem realizava o acolhimento, aferição de sinais vitais e HGT, distribuição das medicações e enfatizava a importância da intervenção e da adesão ao tratamento. Sempre que necessário, o motorista auxiliava no transporte de mesas, cadeiras, antropômetro e balança. A dentista realizou avaliação e tratamento odontológico naqueles pacientes que necessitavam. Já a médica, realizava o cadastro, preenchimento da ficha espelho, coleta de dados antropométricos, reforço da importância da adesão, orientação nutricional, da prática de exercícios físicos e risco do tabagismo.

A intervenção foi interessante para o serviço, pois melhorou a atenção aos diabéticos e hipertensos e, com a estratificação do risco cardiovascular e verificação dos dados antropométricos, pode-se dar uma maior atenção àqueles que mais precisavam, incluindo havendo melhor direcionamento dos encaminhamentos para especialistas e nutricionista.

O impacto na comunidade ainda é pouco percebido, pois além de a intervenção ter ficado longe da meta, muitos pacientes cadastrados ainda não retornaram ao serviço, pois não há agendamento de consultas. Porém, nos pacientes

que retornaram pode-se perceber um maior empenho em tomar corretamente as medicações e em reduzir peso. Além disso, alguns pacientes iniciaram atividade física em virtude das orientações recebidas. Não constatamos nenhum paciente que tenha cessado o tabagismo, pois talvez demande um maior empenho e a participação de outros profissionais não encontrados na equipe. A Unidade Móvel não permite que se monte grupos de apoio, o que também teria sido importante.

Em relação a mudar algo que foi feito, acredito que poderia ter havido maior cobertura se o número de fichas atendidas diariamente fosse menor. Além disso, poderia ter havido maior empenho na aquisição de materiais para exame físico, como o fundoscópio. No entanto, diante das dificuldades enfrentadas, a equipe foi bem, cooperou bastante e se empenhou para que a intervenção ocorresse da melhor maneira possível.

Acredito que seja possível manter a intervenção, no entanto, tudo indica que a equipe mudará em breve (uma UBSF está em vias de concretização na comunidade do Estreito e a médica será realocada) e talvez isso implique em não continuidade.

4.3 Relatório da Intervenção para Gestores

Em março de 2014, ao iniciar o PROVAB, aceitei o desafio de compor a equipe da Unidade Móvel Terrestre e percorrer o interior do município, visitando 3 comunidades rurais ao dia, totalizando 18 comunidades, em distâncias que chegavam até a 90 km do centro da cidade.

No início, comecei atendendo 45 fichas diárias, o que foi reduzido para 30 (10 em cada comunidade) após acordo com a gestão.

É sabido que a participação no PROVAB torna necessário que se faça uma especialização em Saúde da Família e, para que se conclua o curso, sugere-se que se realize uma intervenção na unidade de trabalho, cujos resultados farão parte do trabalho de conclusão de curso.

Como o público majoritário atendido na Unidade Móvel é de hipertensos e diabéticos (visto que não há realização de puericultura e pré-natal até o momento na nossa unidade), foi escolhido o Programa de Atenção à Hipertensão e Diabetes.

Durante três meses, tais pacientes foram cadastrados no programa, com registro em ficha especial (além do registro em prontuário que já era feito), tendo exame físico e exames laboratoriais realizados de acordo com os Protocolos do Ministério da Saúde, tiveram risco cardiovascular estabelecido e foi dada prioridade à prescrição de medicações fornecidas pelo programa Farmácia Popular. Além disso, os pacientes receberam orientação sobre dieta saudável, prática de exercícios físicos, riscos do tabagismo e importância da saúde bucal.

Estabeleceu-se uma meta de cadastrar 100% dos pacientes com tais patologias, no entanto, o tempo escasso, devido ao grande número de fichas diárias e tempo de deslocamento entre as comunidades, além de a equipe ser reduzida, sem enfermeiro e com apenas três comunidades tendo ACS, não permitiu que a meta fosse alcançada, visto que a consulta torna-se bem mais demorada, incluindo aferição de dados antropométricos.

O exame físico dos diabéticos também não pôde ser realizado de forma completa (de acordo com o protocolo), pois seria necessário que houvesse fundoscópio e monofilamento, para realização de exame de fundo de olho e teste de sensibilidade, respectivamente.

Obviamente, as metas estabelecidas de 100%, não foram alcançadas. No entanto, mesmo com resultados discretos, ter participado de uma intervenção que foi pioneira, em uma Unidade que propõe tantos desafios, foi gratificante. Do total de hipertensos, foi possível cadastrar 2,4% no primeiro, 3,9% no segundo e 5,5% no terceiro mês de intervenção, números que podem ser considerados grandiosos frente às adversidades enfrentadas, em uma Unidade de Saúde tão diferenciada. Já em relação aos diabéticos, o percentual de cadastrados foi de 1,0%, 2,0% e 3,1% em cada um dos três meses.

Pode-se perceber que é possível realizar uma intervenção, com boa vontade, improvisação e apoio da equipe. Quanto aos pacientes, aqueles cadastrados mostraram uma boa adesão às medicações, um bom controle de suas patologias e um estímulo a mais para a adoção de um estilo de vida mais saudável.

Dessa forma, esperamos continuar tendo a colaboração da Secretaria da Saúde de São José do Norte para que possamos fazer cada vez mais e melhor por

nossos pacientes, obtendo melhor apoio em relação aos equipamentos necessários à realização do exame físico, por exemplo, além de maior parceria na realização de grupos de apoio nas comunidades do Interior e incremento da equipe com a participação de um enfermeiro, além de ampliação das comunidades com ACS.

4.4 Relatório da Intervenção para a Comunidade

Em março de 2014, comecei meu trabalho pelo PROVAB, programa do governo federal que visa valorizar e ampliar atenção básica em saúde no Brasil. Escolhi o município no qual nasci, São José do Norte e, mais especificamente, aceitei o desafio de integrar a equipe de uma unidade móvel, visitando 18 comunidades rurais do interior desse município.

Dentre as dificuldades encontradas, os longos deslocamentos, estradas de chão, o número grande de fichas a tender e o pouco espaço físico. Porém, fomos muito bem recebidos por um povo simples, acolhedor e que se mostrou solidário às dificuldades enfrentadas pela equipe.

Como parte do programa, é obrigatória a realização de uma especialização em Saúde da Família e, para que se conclua tal curso, sugere-se a realização de uma intervenção na comunidade na qual trabalhamos. Por ser o público mais atendido na nossa unidade, escolhi implementar o Programa de Atenção à Hipertensão e Diabetes.

Durante três meses, pacientes hipertensos e diabéticos foram cadastrados no programa, tendo registro em ficha especial da intervenção, tendo exame físico e exames laboratoriais realizados de acordo com os Protocolos do Ministério da Saúde. Além disso, os pacientes receberam orientação sobre dieta saudável, prática de exercícios físicos, riscos do tabagismo e importância da saúde bucal.

Pôde-se perceber que, mesmo com números discretos de cadastros, a intervenção surtiu bons efeitos. Primeiro, por ter sido a pioneira, pois nunca houve uma intervenção antes. Dessa forma, viu-se que é possível, mesmo com tantas dificuldades, aprimorar o atendimento e o acesso à informação. Em segundo lugar, por melhorar a atenção aos portadores dessas doenças tão comuns, o que favorece

a melhor adesão ao tratamento e acaba por disseminar nas comunidades informações importantes sobre estilo de vida.

Uma intervenção sempre acaba por levar mais informação aos pacientes, que por sua vez, podem repassar tais informações a seus familiares e amigos. Além disso, torna a comunidade mais participativa nas ações promovidas pela Unidade, pois é primordial que todos estejam engajados para que qualquer ação seja completa.

Obviamente, o número de cadastrados não foi o ideal, pois sempre objetivava-se que 100% dos usuários sejam contemplados com uma ação em saúde, o que infelizmente não foi conseguido. No entanto, dar o primeiro passo foi extremamente importante e mostrou que é possível e vale a pena dar continuidade a essa intervenção daqui para frente e, ainda mais, mostrou o quanto a participação de todos os moradores é importante.

5. Reflexão crítica sobre a aprendizagem

Trabalhar na atenção básica em um município com tantas carências e, mais ainda, em uma unidade de saúde atípica, adaptada em um micro-ônibus e percorrendo tantas localidades rurais foi um grande desafio. Enfrentar as dificuldades diárias, trabalhar em equipe para superá-las foi o que tornou possível prestar o melhor atendimento possível, mesmo com tantas adversidades. Tal fato me acrescentou muito como médica, pois foi possível perceber que não se pode trabalhar sozinho, que uma equipe que se ajuda e se mantém unida em todos os momentos faz toda diferença. E eu pude contar com a melhor equipe.

Além disso, a especialização proporcionada pela UNASUS- UFPel, mesmo à distância, foi extremamente produtiva. As tarefas e estudos de prática clínica ajudaram a melhorar a qualidade do atendimento e a tornar-nos mais esclarecidos em relação à saúde na atenção primária. Tivemos oportunidade de dividir dúvidas clínicas e trocar informações com os colegas de PROVAB, algo que considero primordial. Ainda, a ajuda dada pela orientadora frente às dificuldades com algumas tarefas foi maravilhosa. Mostrou-se sempre solícita, interessada e empenhada em me fazer acreditar que seria possível realizar a intervenção, algo que inicialmente julguei impossível.

Nesse momento, após o término da intervenção e quase finalizando as atividades da especialização, vejo o quanto aprendi e cresci, como médica e ser humano. Foi uma experiência que valeu, em todos os seus aspectos.

6. Bibliografia

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília, 2013.

DEPARTAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **I posicionamento Brasileiro sobre Combinação de Fármacos Anti-hipertensivos**. ArqBrasCardiol, 2014;

DEPARTAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **I Posicionamento Brasileiro sobre Pré-hipertensão, Hipertensão do Avental branco e Hipertensão Mascarada: Diagnóstico e Conduta**. ArqBrasCardiol, 2014;

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Brasília, 2010.

JARAMILLO, P. L. et al. **Consensolatino-americano de hipertensão em pacientes com diabetes tipo 2 e síndrome metabólica**. ArqBrasEndocrinolMetab. 2014.MBM81A;

MEDEIROS, A. R. C et al. **Modelo de suporte à decisão aplicado à identificação de indivíduos não aderentes ao tratamento anti-hipertensivo**. Saúde debate. Rio de Janeiro, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de atenção básica: diabetes mellitus**. Brasília, 2013;

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de atenção básica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília, 2013;

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção a saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, 2013;

SCHMIDT, M. I. et al. **Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida**. Revista Saúde Pública, 2009.

ANEXOS

ANEXO A

Ficha espelho



PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
FICHA ESPELHO

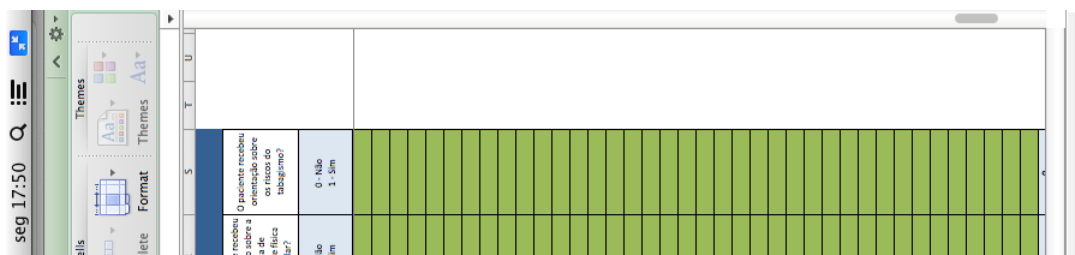
Data do ingresso no programa ___/___/___ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ___/___/___
 Endereço: _____ Necessita de cuidador? () Sim () Não
 Nome do cuidador _____ Telefones de contato: _____/_____/_____
 Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Está cadastrado no HIPERDIA? () Sim () Não
 Há quanto tempo tem: HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____ Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm

Medicações de uso contínuo				
Data	Apresentação			
	Hydroclorotiazida 25mg			
	Captopril 25mg			
	Propranolol 40 mg			
	Enalapril 10 mg			
	Atenolol 25 mg			
	Metformina 500 mg			
	Metformina 850 mg			
	Glibenclâmida 5mg			
	Insulina NPH			

FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS				
	Data			
	Glicemia de Jejum			
	HGT			
	Hemoglobina glicosilada			
	Colesterol total			
	HDL			
	LDL			
	Triglicerídeos			
	Creatinina Sérica			
	Potássio sérico			
	Triglicerídeos			
	EQU			
	Infecção urinária			
	Proteinúria			
	Corpos cetônicos			
	Sedimento			
	Microalbuminúria			
	Proteinúria de 24h			
	TSH			
	ECG			
	Hemograma			
	Hematócrito			
	Hemoglobina			
	VCM			
	CHCM			
	Plaquetas			

ANEXO B

Planilha de Coleta de Dados



ANEXO C

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^fa 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
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

ANEXO D

Mapa de São José do Norte- RS



Anexo 4: Mapa de São José do Norte
Fonte: <https://maps.google.com>

APÉNDICE

APÉNDICE A



Apêndice 1: equipe de saúde em frente a UMT. A esquerda fica o consultório médico e a direita o consultório odontológico. Da esquerda para a direita: médica (Melina), motorista (Alexandre), técnica em enfermagem (Iara), cozinheira (Vanderleia) e odontóloga (Tatiane).

APÊNDICE B



Apêndice 2: Atendimento médico no consultório