

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



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou com diabetes mellitus na ESF 3 Expocel, Cerro Largo/RS

Julian Roger Pérez

Pelotas, 2015

Julian Roger Pérez

Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou com diabetes mellitus na ESF 3 Expocel, Cerro Largo/RS

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

Orientador: Aline Basso da Silva

Co-orientador: José Adailton da Silva

Pelotas, 2015

DADOS PARA ELABORAÇÃO DA FICHA CATALOGRÁFICA	
Instituição: Universidade Federal de Pelotas	
Faculdade/Instituto: Departamento de Medicina Social	
Tipo de Trabalho: () TESE () DISSERTAÇÃO (X) TRABALHO ACADÊMICO	
Programa ou Curso: Especialização em Saúde da Família	
Área do Conhecimento: Saúde da Família	
Aluno: Julian Roger Pérez	
Título: Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou com diabetes mellitus na ESF 3 Expocel, Cerro Largo/RS.	
Orientador: Aline Basso da Silva	
Co-orientador(es)	
Local: Cerro Largo/RS	Ano: 2015
	Total de Folhas: 86
Palavras-Chave: Saúde da família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica, Hipertensão; Diabetes mellitus.	
<p>Biblioteca Responsável (Assinatura e carimbo com CRB)</p>	

Dedico este trabalho primeiramente a Deus e a minha família que me apoiou em todos os momentos, à minha orientadora que ajudou na construção do mesmo e aos amigos que não mediram esforços para me ajudar direta ou indiretamente nessa conquista.

Agradecimentos

Ao nosso bom Deus e todos os Santos, por ter me dado o dom da vida e a sabedoria e humildade para exercer a profissão de ser médico.

A minha avó, minha mãe, ao meu filho Julian Ernesto e meus amigos, especialmente, ao meu amigo incondicional Nilson Donizete Modulo.

Ao Governo Brasileiro pela criação do Programa Mais Médicos para o Brasil.

A Universidade Federal de Pelotas, pela oportunidade de fazer o curso.

A minha atual orientadora, Aline Basso da Silva e o Co-orientador José Adailton Silva, por me ajudar com seus ensinamentos, paciência e por sempre me mostrar que conseguiria vencer esta etapa da vida.

À equipe da saúde da Unidade Básica de Saúde Expocel de Cerro Largo/RS.

Aos usuários da UBS que com dedicação e carinho, contribuíram para o sucesso desse estudo.

Resumo

PÉREZ, Julian Roger. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou com diabetes mellitus na ESF 3 Expocel, Cerro Largo/RS**. 2015. 86f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Não há uma causa única para essas doenças, mas vários fatores de risco que aumentam a probabilidade de sua ocorrência. A Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário, em nível nacional. O presente estudo teve como objetivo melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus na UBS Expocel, Cerro Largo/RS. Para a realização da intervenção em saúde foram planejadas ações quanto à cobertura, qualidade, adesão, registros e promoção da saúde dentro dos quatro eixos temáticos (monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica). Uma planilha eletrônica elaborada no Excel foi utilizada para coleta de dados e a descrição dos resultados foi realizada avaliando os gráficos gerados pelas informações inseridas na mesma. O projeto foi executado ao longo de 12 semanas. Os principais resultados obtidos foram o aumento no indicador de cobertura do programa de atenção às pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus para 74,3% e para 86,4% respectivamente, 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos que foram avaliados no período tiveram o exame clínico apropriado realizado e os exames complementares mantidos em dia de acordo com o protocolo, foi priorizada a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, o atendimento odontológico foi priorizado para avaliação das necessidades, a ficha de acompanhamento foi mantida com registro adequado, a estratificação do risco cardiovascular e orientações sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e sobre higiene bucal. Após a realização da intervenção, concluiu-se que houve uma melhoria significativa no programa de atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou com diabetes mellitus pelo aumento de ações quanto à promoção e prevenção à saúde, diagnóstico precoce das complicações advindas com as patologias bem como a prescrição do tratamento adequado a todos.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na ESF 3 Expocel, Cerro Largo/RS, 2015.	61
Figura 2	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao diabético na ESF 3 Expocel, Cerro Largo/RS, 2015.	61
Figura 3	Folder Explicativo sobre HAS e DM.	79

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DM	Diabetes Mellitus
EaD	Ensino a Distancia
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL	High Density Lipoprotein
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
LDL	Low Density Lipoprotein
MMII	Membros Inferiores
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PMMB	Programa Mais Médicos para o Brasil
RS	Rio Grande do Sul
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

Apresentação.....	8
1 Análise Situacional.....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	19
2 Análise Estratégica.....	21
2.1 Justificativa.....	21
2.2 Objetivos e metas.....	23
2.2.1 Objetivo geral.....	23
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	23
2.3 Metodologia.....	25
2.3.1 Detalhamento das ações.....	25
2.3.2 Indicadores.....	42
2.3.3 Logística.....	48
2.3.4 Cronograma.....	51
3 Relatório da Intervenção.....	53
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	53
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	54
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	54
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	55
4 Avaliação da intervenção.....	56
4.1 Resultados.....	56
4.2 Discussão.....	65
5 Relatório da intervenção para gestores.....	67
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	70
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	73
Referências.....	74
Apêndices.....	75
Anexos.....	77

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

O trabalho foi constituído por uma intervenção em campo com o objetivo de melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus, na ESF 3 Expocel, Cerro Largo/RS.

O volume está organizado em sete unidades de trabalho, construídas de maneira independente entre si, mas sequenciais e interligadas. Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso.

Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4.

Na quinta, na sexta e na sétima parte refere-se aos relatórios da intervenção para os gestores, para a comunidade e a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção, respectivamente.

Finalizando o volume, estão as referências, os apêndices e os anexos utilizados durante a realização deste trabalho. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de julho de 2014, quando começaram a ser postadas as primeiras tarefas e a sua finalização ocorreu no mês de julho de

2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Na UBS em que trabalho conta com uma equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) composta por médico, enfermeira, técnica de enfermagem, uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal, uma assistente de serviços gerais e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que prestam atendimento a toda a população da área de abrangência.

Realizamos trabalho com grupos de usuários diabéticos, hipertensos orientando sobre higiene, fatores de risco, alimentação saudável, importância da prática de exercícios físicos e também sobre a importância do seguimento adequado do tratamento. Complementando o trabalho com os grupos temos um grupo da saúde mental que realiza atividades manuais, recebem palestras sobre temas relacionados com as patologias que os acometem, entre outros temas de interesse. Também realizamos a projeção de vídeos instrutivos sobre temas solicitados pelos integrantes dos grupos.

A equipe também realiza visitas domiciliares às pessoas que necessitam de atendimento e não podem comparecer à unidade de saúde. Durante as visitas realizamos avaliação das condições de higiene e sanitárias de cada família, estilo de vida da população e sempre realizamos uma conversa com conotação educativa com toda a família, orientando sobre saúde e como fazer para modificar fatores de risco detectados.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O Município de Cerro Largo está situado na Região das Missões, Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Inicialmente, fundada como Colônia de

Serro Azul em 1902, Cerro Largo emancipou-se em 1955. Hoje, o município ostenta uma economia vibrante com agricultura, indústria e comércio em pleno desenvolvimento, além de grandes investimentos na saúde, educação, esporte, turismo impulsionado pelo trabalho, dedicação e empreendedorismo de seu povo.

O município possui uma população de aproximadamente 13.872 habitantes (IBGE 2013) e na organização dos serviços de saúde conta com 3 UBS e 4 ESF com uma cobertura de 100% da população do município. Todas as equipes possuem médicos clínicos gerais, enfermeiras, técnicas de enfermagem, odontólogos, auxiliares de saúde bucal e médicos do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB); além de ter um hospital privado e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) não possui Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) nem Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Porém, temos disponibilidade de exames complementares e atenção especializada por meio de van-terapia (refere-se ao fato de transportar os pacientes em Vans até o local aonde vão receber a consulta especializada), visto que os especialistas preferem centros maiores e não ficam em regiões distantes.

A Unidade número 3, Expecel fica localizada na zona urbana, mas um grande número da população mora no interior. É vinculada 100% ao Sistema Único de Saúde (SUS), mas a vinculação com instituições de ensino iniciou após a chegada do médico especializando Cubano. O modelo de atenção é o modelo tradicional e conta somente com uma equipe composta por um médico clínico geral brasileiro, um médico do PMMB, uma odontóloga, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de saúde bucal e uma assistente de serviços gerais.

Na Unidade não tem uma sala de reuniões e nem para educação continuada, o que afeta de maneira direta a capacitação da equipe nos diferentes temas de aperfeiçoamento profissional. Mas, por enquanto podemos usar a sala de espera após o horário de atendimento ao público com a periodicidade determinada pela equipe de trabalho.

Outra limitação é a ausência de escovário, o que limita as atividades de promoção e prevenção de saúde bucal em nossa unidade. Porém, estas atividades podem ser efetuadas através da escovação supervisionada nas

escolas pertencentes a nossa área e quando realizamos as visitas domiciliares em conjunto, o médico e o dentista.

Também influi negativamente em nosso serviço, o fato da Unidade não ter sanitários para deficientes. Isto afeta a qualidade do atendimento das pessoas como cidadão com seus direitos expressados na Carta de Direitos dos usuários do SUS. Mas isto pode ser solucionado adaptando um dos sanitários da Unidade para os usuários com deficiência.

Outro problema detectado na Unidade é a falta de abrigo para resíduos sólidos e lixo não contaminado, o que pode ser perigoso para a saúde dos usuários e dos profissionais da unidade. A solução é que os resíduos sejam recolhidos todos os dias para evitar acúmulos.

Quanto às barreiras arquitetônicas da Unidade, as calçadas do prédio não permitem o deslocamento seguro de deficientes visuais, cadeirantes e idosos, o que pode causar um aumento de acidentes para este grupo. Por enquanto, a melhor solução é orientarmos quanto aos cuidados aos usuários deficientes físicos e/ou mentais e quanto a importância de serem acompanhados na consulta por um familiar que seja apto física e mentalmente. Outra alternativa é efetuar a assistência médica destes usuários à domicílio.

Outro problema identificado é a falta de corrimões nas rampas para auxiliar o acesso de usuários com mobilidade reduzida, o que se torna um risco iminente de acidente para este grupo, especificamente. A melhor solução para esta situação é a mesma apresentada anteriormente, além do auxílio por parte do pessoal de enfermagem quanto ao deslocamento com cadeira de rodas dentro da unidade.

Na Unidade não podem ser feitas pequenas cirurgias e/ou procedimentos, porque não temos ambiente físico com as condições mínimas indispensáveis, o que aumenta o número de encaminhamentos para outros serviços, quando estes procedimentos poderiam ser feitos na atenção primária. O problema pode ser resolvido centralizando as pequenas cirurgias e procedimentos em uma das 3 unidades de saúde do município, em um dia específico da semana. Desta forma, a dificuldade poderia ser minimizada e a população satisfeita com atendimento realizado, sem necessidade de tamanha burocracia.

Ainda não temos todos os grupos formados dos respectivos programas oferecidos abordados no questionário de engajamento público disponibilizado pelo curso de especialização em saúde da família para um trabalho adequado quanto à promoção da saúde e prevenção de doenças, As ACS nomeadas há menos de um ano estão comprometidas com a organização dos grupos faltantes e isto está previsto para 60 a 90 dias.

A área de abrangência da unidade possui uma população de 3.100 usuários, residentes na área urbana e rural, e em concordância com as estatísticas nacionais há leve predominância do sexo feminino com 1.556 (50,2%) mulheres e 1.544 (49,8%) homens. A faixa etária com maior número de pessoa é a compreendida entre 15 e 59 anos totalizando 1.553 (50,1%) usuários.

Desde o início das minhas atividades na Unidade, o acolhimento é realizado por todos os membros da equipe e não somente a recepção. O mesmo é realizado a partir do momento que o usuário chega à unidade até o final da consulta e entrega da medicação pelo responsável desta atividade. Os usuários têm um atendimento cordial, respeitoso, todas as suas queixas são ouvidas e recebem orientações de como podem ser resolvidas. Na unidade não existe excesso de demanda espontânea, porque todo o usuário que busca atendimento é contemplado.

O nascimento de um bebê é um momento de transição do ciclo de vida da família. Por tal razão é comum o surgimento de dúvidas, inseguranças e questionamentos. Por isso o trabalho da equipe deve garantir que a família reconheça na mesma um ponto de apoio para superação das dificuldades desta etapa (Brasil, 2012).

Antes da implantação do Programa Mais Médicos na ESF 3 Expocel do município de Cerro Largo, a atenção a saúde da criança não existia. Somente a enfermeira conhecia o total de crianças pertencentes à unidade e fazia o teste do pezinho. Mas não existia documento que avaliasse o correto acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. Após a chegada do médico pelo PMMB tudo mudou. Agora existe um adequado controle e acompanhamento da saúde das crianças na área de cobertura da unidade.

Com o recolhimento de dados e o novo trabalho da equipe foi possível o preenchimento desta parte do caderno de ações programáticas. Os indicadores

de qualidade na saúde da criança avaliados estão organizados após a nova forma de trabalho desenvolvido pela equipe.

A estimativa do Caderno de Ações Programáticas (CAP) é de 37 crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade. No momento temos uma cobertura de 64,9% (24) quanto à realização das consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, da primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, realização da triagem auditiva e do teste do pezinho, monitoramento do crescimento e do desenvolvimento na última consulta, vacinas em dia, avaliação da saúde bucal, orientações para o aleitamento materno exclusivo e para prevenção de acidentes e nenhuma das crianças está com atraso da consulta agendada em mais de sete dias.

Avaliando os aspectos estimados, o trabalho poderia ser organizado iniciando por uma pesquisa aprofundada nas diferentes microáreas para localizar todas as gestantes e assim obter um melhor controle dos novos nascimentos para um adequado acompanhamento pós-natal.

A Atenção Pré-natal tem como objetivo assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna e neonatal, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. (Brasil, 2012). Além do trabalho efetivo do programa pré-natal ainda no Brasil a mortalidade infantil e materna são um problema de saúde pública.

A atenção pré-natal não é realizada na Atenção Primária em nosso município, pois o único médico obstetra do município, não aceita fazer os partos (cesáreos e vaginais) das gestantes com controle pré-natal realizado pelos médicos do PMMB e/ou pelos outros profissionais médicos contratados pela prefeitura local. O problema decorre em função de que o único hospital da cidade é particular, e não providencia outro médico obstetra para prestar atendimento às usuárias do SUS, exigindo da prefeitura pagamento particular pelo atendimento prestado, tanto para as consultas de pré-natal quanto para o parto e atenção ao período puerperal.

Além desta situação que afeta diretamente a população, cada médico do PMMB tem conhecimento quanto ao número de gestantes e puérperas residentes na área, mas não pode intervir neste sentido.

Assim, acompanhamos apenas um total de 8 (17%) gestantes da estimativa de 46 gestantes apresentando um baixo índice de cobertura. Das 8 gestantes acompanhadas 100% (8) iniciaram o pré-natal no 1º trimestre, estão com as consultas em dia de acordo com o calendário do Ministério da Saúde, foi solicitado na 1ª consulta os exames laboratoriais preconizados, receberam as vacinas antitetânica e Hepatite B conforme protocolo, receberam prescrição de sulfato ferroso bem como orientações para aleitamento materno exclusivo, avaliação da saúde bucal e realizaram o exame ginecológico por trimestre recomendado.

Já o indicador de cobertura da atenção ao puerpério é de 65% (24) de uma estimativa de 37 puérperas. Os indicadores de qualidade apresentam 100% (24) quanto à realização da consulta puerperal antes dos 42 dias pós-parto, registro da consulta puerperal, orientações quanto aos cuidados básicos do recém-nascido, orientações sobre aleitamento materno exclusivo, sobre planejamento familiar, exames de mamas e abdome, exame ginecológico, avaliação do estado psíquico e avaliação de intercorrências.

O comportamento do câncer de mama e colo uterino no Brasil em comparação com as estatísticas mundiais evidencia que o câncer de mama é a segunda causa de câncer na mulher seguido do câncer do colo uterino apresentando elevadas taxas de morbimortalidade na população feminina por estas doenças. (Brasil, 2012). O que comprova a importância do programa de prevenção ao câncer de colo uterino e de mama na atenção primária hoje.

Na UBS temos um adequado seguimento das mulheres as quais correspondem às ações para prevenção do câncer do colo uterino e de mama, com a realização do exame preventivo, o exame clínico de mamas, autoexame das mamas e solicitação de exames mamográficos conforme a idade e os fatores de risco de cada mulher.

Em nossa Unidade as ACS foram capacitadas para acompanhar as mulheres pertencentes às suas áreas para não perder o seguimento delas. Organizamos uma relação com os nomes das mulheres que deveriam realizar o exame preventivo na unidade com atenção especial para aquelas que apresentam fatores de risco para o câncer de mama realizando o exame clínico,

solicitando a mamografia e ecografia de mamas. Desta forma, a equipe consegue monitorar todas as mulheres em idade para realização dos exames preventivos

Temos um total de 854 mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área da cobertura da Unidade de Saúde. Destas, acompanhamos 715 (84%) mulheres residentes e cadastradas. Das acompanhadas, um total de 715 (100%) estão com o exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia e tiveram exames coletados com amostras satisfatórias; nenhuma das mulheres está com o exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso; 1 (0,1%) das mulheres está com o exame citopatológico para câncer de colo de útero alterado e para apenas 1 (0,1%) no exame coletado estiveram presentes as células representativas da junção escamocolunar. As 715 (100%) mulheres possuem avaliação de risco para câncer de colo de útero, orientação sobre prevenção de câncer de colo de útero e sobre doenças sexualmente transmissíveis.

Do total de 320 mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área de abrangência da unidade, são acompanhadas 100% das mulheres residentes e cadastradas na unidade. Todas possuem controle e registro adequado no programa, estão com mamografia em dia, nenhuma possui mamografia com mais de 3 meses em atraso; e 100% (320) também receberam avaliação de risco para câncer de mama e orientação sobre prevenção do câncer de mama.

A hipertensão arterial e o diabetes mellitus representam dois dos principais fatores de riscos para as doenças cardiovasculares e uma das principais causas de morbimortalidade na população brasileira. A hipertensão afeta do 22% ao 44% da população adulta com mais de 20 anos (Brasil, 2013), e o diabetes mellitus, se estima que afeta aproximadamente 6,2 % da população, no Brasil (Brasil, 2014).

Temos um total estimado de 693 hipertensos com 20 anos ou mais. Destes, acompanhamos na UBS um total de 558 (81%) hipertensos residentes e cadastrados. A realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico foi realizado aos 558 (100%) usuários hipertensos acompanhados. Um total de 482 (86%) hipertensos estão com os exames complementares periódicos em dia, receberam orientações nutricionais para uma alimentação saudável e

sobre prática de atividade física regular e avaliação de saúde bucal está em dia. Entretanto, 76 (14%) apresentam atraso das consultas em mais de sete dias.

Em relação ao Diabetes Mellitus acompanhamos a 45% (90) das pessoas com diabetes mellitus do total de 198 estimados pelo CAP. A realização de estratificação de risco cardiovascular é realizada a todos (90), perfazendo 100%. Dentre os acompanhados 90% (81) estão com os exames complementares periódicos em dia, com exame físico dos pés nos últimos 3 meses, registro de realização de palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses, medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses, avaliação de saúde bucal em dia, orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável. Um total de 10% (9) estão com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias.

Avaliando os aspectos do processo de trabalho em relação à HAS e DM considero que poderiam ser melhoradas as ações de pesquisa ativa na população com 20 anos ou mais para chegarmos especificamente mais próximos dos que apresentam fatores de riscos.

Para um controle adequado dos usuários com estas doenças crônicas organizamos após a chegada do médico pelo PMMB e a inclusão das ACS, o acompanhamento dos mesmos com uma frequência mínima anual de quatro controles (um deles podendo ser realizado por ocasião da visita domiciliar), e a realização de exames laboratoriais indispensáveis para cada doença com suas especificidades. Além dessas medidas foram criados grupos de hipertensos e diabéticos por micro área de nossa ESF para alcançarmos melhores indicadores de saúde para a população.

O censo populacional de 2012 informou que o Brasil pode ser considerado um país envelhecido, pois 10% da população já possuem 60 anos ou mais. Considerando esta estimativa nacional, nossa comunidade está acima da média do país, pois dentre os 3.100 usuários temos 477 idosos, o que corresponde a 15,4% da população pertencente à área adstrita de nossa UBS. Diante desta realidade verificamos a importância de ter um programa voltado para a terceira idade.

Acompanhamos 424 pessoas com 60 anos ou mais perfazendo 100% da estimativa gerada pelo CAP. Dentre os acompanhados, 326 (77%) são

hipertensos e 71 (17%) são diabéticos. Em nossa Unidade nenhum dos idosos possui caderneta de saúde da pessoa idosa, tampouco é realizada a Avaliação Multidimensional rápida, a investigação de indicadores de fragilização na velhice, avaliação de saúde bucal e nenhum está com o acompanhamento em dia. Um total de 326 (77%) possui avaliação de risco para morbimortalidade e 100% (424) receberam orientações sobre hábitos alimentares saudáveis e sobre a importância da realização de atividade física regular.

Em nossa UBS é realizado o atendimento ao idoso todos os dias da semana em todos os turnos, porém a oferta de atendimento é para problemas de saúde agudos, porque não existe um protocolo de atendimento para idosos estabelecido o que se constitui em uma debilidade nas ações de promoção e prevenção da saúde deste grupo tão numeroso e vulnerável em nossa área. Temos planejado algumas ações para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade de atenção aos idosos, após ter completado o cadastramento deste grupo etário organizamos por micro áreas e com a ajuda das ACS o início das consultas agendadas para o acompanhamento dos idosos priorizando aqueles que apresentam doenças crônicas não transmissíveis.

Os maiores desafios encontrados em nossa Unidade após onze semanas de estudo consagrado da elaboração de uma análise situacional, é fazer um plano de ação em que se identifique os principais problemas da saúde da população, as ações para serem desenvolvidas a curto, médio ou a longo prazo. Para isso, temos os melhores recursos que é uma equipe com profissionais que adquiriram um novo conhecimento sobre a organização e gestão na saúde pública e disposto a trabalhar em grupo.

Ao final deste relatório em comparação com o texto da segunda semana de ambientação toda a equipe reconheceu que agora temos um conhecimento mais aprimorado da população, dos grupos mais vulneráveis e, de certa forma, um trabalho mais organizado e uma maior satisfação por parte da população com o atendimento ofertado.

A situação da Unidade após a chegada do médico pelo PMMB apresentou uma mudança de 180 graus, pois acabaram as filas da madrugada e a comercialização das fichas. Além de que, hoje, na unidade tem a presença do

médico em turno integral, o que não acontecia antes da minha chegada na cidade.

Nossa Unidade tem farmácia, sala de vacinas e nebulização, sala de curativos, 2 consultórios médicos, 1 consultório de odontologia, almoxarifado, sala de esterilização com expurgo, cozinha e lavanderia. Tudo organizado após a chegada do médico cubano, com o apoio incondicional da coordenadora do PMMB, do secretário Municipal de Saúde e do vice-prefeito.

O trabalho em nossa unidade agora está bem organizado e planejado para o atendimento de toda a população. Prestando os serviços de assistência médica para doenças agudas e crônicas (acompanhamento das doenças crônicas não transmissíveis com uma periodicidade mínima de 3 vezes ao ano), visitas domiciliares e palestras públicas com ênfase em prevenção.

Nas visitas domiciliares, principalmente na zona rural, a população fica muito agradecida com a nossa presença, porque este tipo de atendimento nunca havia sido efetuado. São momentos importantes para trocar ideias, promover mudanças nos estilos e modos de vida. Agora os mesmos têm uma melhor percepção dos fatores de risco das doenças mais comuns que os acometem.

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

Fico surpreso após ter realizado o Relatório da Análise Situacional, pois foi possível verificar que necessitamos rever no nosso processo de trabalho para ampliarmos e qualificarmos o nosso trabalho prestado à comunidade. No texto inicial expomos de forma sintética o trabalho que é desenvolvido na Unidade já no Relatório da Análise Situacional foi realizado um detalhamento de nossas ações nas mais diversas dimensões que podemos descrever da seguinte maneira: há necessidade de implantar os protocolos de atendimento estabelecidos pelo Ministério da Saúde para as políticas de saúde da criança, para os usuários hipertensos e/ou diabéticos e idosos. Para finalizar, verificamos que oportunamente, é necessário priorizar a saúde da mulher, principalmente no período gestacional, porque o acompanhamento pré-natal não é realizado na UBS. Como já citado no Relatório da Análise Situacional temos uma boa estrutura física, mas que por si só não garante qualidade no atendimento, o que depende

de organização, trabalho e controle dos trabalhadores em saúde e adesão da população às ações programáticas.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Não há uma causa única para essas doenças, mas vários fatores de risco que aumentam a probabilidade de sua ocorrência. A Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário, em nível nacional. Com frequência, essas doenças levam à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o paciente, sua família e a sociedade (Brasil, 2013). Neste sentido, as ações programáticas são medidas de promoção de saúde e de prevenção destas doenças, proteção específica contra os fatores de riscos que as caracterizam, o diagnóstico precoce e tratamento imediato delas e das respectivas complicações e reabilitação de indivíduos com incapacidades.

A nossa UBS encontra-se na seguinte forma física: sala de espera, farmácia, sala de vacinas e nebulização, sala de curativo, 2 consultórios médicos, 1 consultório de odontologia, almoxarifado, sala de esterilização com expurgo, cozinha e lavanderia. Os recursos humanos são os seguintes: 1 médico do Programa Mais Médicos Para o Brasil, 1 médica brasileira, 1 cirurgiã-dentista, 1 auxiliar de saúde bucal, 1 enfermeira, 1 técnica em enfermagem, 1 auxiliar de serviços gerais, 6 Agentes Comunitárias de Saúde e uma coordenadora do Programa Mais Médicos Para o Brasil. Em nossa UBS temos uma população de 3.100 usuários.

A realidade do número de hipertensos com 20 anos ou mais, residentes na área, corresponde a 558 pacientes, o que totaliza 81% da estimativa feita a

partir da distribuição da população por idade e sexo. O número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área corresponde a 90 pessoas, o que significa 45% da estimativa. A cobertura de atendimento chega a cada um dos usuários anteriormente representados. Para eles foi planejado uma frequência mínima de acompanhamento de quatro consultas (cada 3 meses), podendo uma delas ser realizada através de visita domiciliar. Para a promoção da saúde desta parcela da população foram criados grupos de hipertensos e diabéticos em cada uma das microáreas e foram realizadas palestras motivacionais as quais foram muito bem recebidas pelos usuários.

Esta intervenção é importante no contexto de nossa Unidade porque a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus representam dois dos principais fatores de riscos para as doenças cardiovasculares e uma das principais causas de morbimortalidade na população brasileira. A hipertensão afeta do 22% ao 44% da população brasileira adulta com mais de 20 anos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos de 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (Brasil, 2013); e o diabetes mellitus, estima-se que afeta aproximadamente 6,2 % da população nacional, segundo pesquisa feita pelo Ministério da Saúde e IBGE no ano 2013 (Brasil, 2014). E os dados compilados de nossa população vem ao encontro das estatísticas nacionais antes mencionadas.

Dada esta importância a equipe cadastrou a totalidade dos usuários com estas duas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), também são realizados trabalhos dirigidos de promoção e prevenção para melhorar a qualidade de vida dos afetados pelas doenças pesquisadas. São 608 usuários atendidos, divididos em seis grupos. Temos seis ACS que atuam em regiões diferentes da área de atendimento da Unidade. Cada agente possui um grupo, que é atendido em uma quinta-feira do mês. A cada mês, um profissional da saúde trabalha assuntos diferentes com o grupo. Além da troca de experiências, orientações, os usuários tiram as dúvidas que muitas vezes não surgem durante as consultas médicas e ainda passa por uma série de testes que servem de apoio para a equipe, como aferição da pressão e medição da glicemia. Em cada encontro um profissional da saúde da equipe realiza uma atividade com esses grupos.

Avaliando os aspectos do processo de trabalho em relação à HAS e DM considero que poderiam ser melhoradas as ações de pesquisa ativa na população maior de 20 anos especificamente dos que apresentam fatores de riscos.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus, na ESF 3 Expocel, Cerro Largo/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Metas:

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

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

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

Metas:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Metas:

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Metas:

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

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

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

Metas:

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas:

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de **16** semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) **Expocel**, no Município de **Cerro Largo**. Participarão da intervenção 410 pacientes hipertensos e/ou diabéticos maiores de 20 anos de idade.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Metas:

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

Detalhamento da ação:

Em relação ao objetivo de ampliar a cobertura da assistência aos hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência da ESF 3 Expocel, tendo como meta alcançarmos 100% de cobertura destes pacientes e buscando os que não fazem acompanhamento nem na UBS nem em outro lugar, no Eixo de Monitoramento e Avaliação, será aberto livro para registro e cadastramento destes pacientes e ficha/cartão espelho disponibilizado pelo curso, que deverão ser preenchidos pelos profissionais e serão monitorados mensalmente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.

Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS.

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

Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.

Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de diabetes.

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

Detalhamento das ações:

Para o Eixo Organização e Gestão do Serviço, com o apoio das agentes comunitárias de saúde, faremos um levantamento da real quantidade destes usuários, para, assim, realizar o acolhimento e registro dos mesmos.

Na sala de espera terá um profissional de saúde que acolha o usuário antes da recepção, forneça as primeiras orientações e o encaminhe para o local adequado.

A recepção também pode mudar, utilizando-se a classificação de risco e também uma pós-consulta, ou seja, uma orientação ao usuário depois da consulta, a partir do encaminhamento que tiver sido feito na consulta.

Faremos o levantamento dos materiais necessários para a tomada da medida da pressão arterial e do hemoglicoteste (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica, glicômetros e fitas de glicemia) para atender a demanda da unidade, e caso haja necessidade de mais, solicitaremos junto à Secretaria Municipal de Saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

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

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

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

Detalhamento das ações:

No que diz respeito ao Eixo Engajamento Público, por meio de palestras, informaremos a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção aos Hipertensos e Diabéticos na UBS.

As palestras serão agendadas junto à Associação de Moradores, a partir da terceira semana da implantação do projeto. Tais palestras visam o esclarecimento sobre a importância deste programa para a comunidade e serão distribuídos os folders sobre tais doenças para os participantes.

Ainda, esclareceremos a população sobre: a necessidade da realização do acompanhamento periódico destes pacientes na UBS; os fatores de risco para o desenvolvimento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e da Diabetes Mellitus e a importância de um rastreamento precoce para um melhor prognóstico; a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligados a alimentação e a prática de atividade física rotineira.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

Detalhamento das ações:

Todas estas ações serão possíveis a partir da capacitação dos ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos da área de abrangência, bem como

da capacitação da equipe da UBS para realizar a verificação adequada da pressão arterial e do hemoglicoteste, ou seja, a partir da segunda semana da implantação do projeto. O teste de glicose será feito em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg.

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

Metas:

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Detalhamento da ação:

Para melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos na Unidade de Saúde será preciso realizar exame clínico apropriado em todos os pacientes hipertensos e diabéticos, de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, monitorando, semanalmente, estas ações a partir da análise dos prontuários e as fichas-espelho.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos.

Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde e diabéticos.

Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento da ação:

Iremos realizar reunião com a equipe para o estudo e conhecimento dos cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde nº 36 e 37, Hipertensão e Diabetes Mellitus, respectivamente, bem como definiremos as funções de cada membro da equipe no desenvolvimento das atividades propostas. Definiremos o calendário e a periodicidade das reuniões da equipe para as capacitações e

realizaremos impressão dos protocolos atualizados para que os mesmos fiquem à disposição para consulta de todos os profissionais da unidade.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

Detalhamento da ação:

Orientaremos os pacientes e a comunidade, mediante as palestras e as consultas quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento da ação:

Capacitaremos os profissionais da equipe para a realização de exame clínico apropriado, seguindo o protocolo adotado na unidade de saúde para o atendimento dos pacientes. Assim, cada profissional realizará uma atualização no exame físico, no acompanhamento e no tratamento da hipertensão e diabetes.

Metas:

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento da ação:

O monitoramento será feito semanalmente, através da revisão dos prontuários e as fichas-espelho dos usuários, para ter conhecimento de quais

estão com os exames laboratoriais em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Garantir a solicitação dos exames complementares.

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

Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento da ação:

Definiremos o calendário e a periodicidade para a realização dos exames laboratoriais, solicitando à Secretaria Municipal de Saúde priorizar os usuários hipertensos e diabéticos na disponibilização de senhas para a realização dos exames de rotina preconizados.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Orientar os pacientes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento da ação:

Mediante palestras e consultas, orientaremos os usuários hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade quanto à necessidade de realização, à periodicidade e a importância dos exames complementares para a evolução do comportamento da doença.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Detalhamento da ação:

Capacitaremos os profissionais da equipe segundo o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares, tendo em vista, o número de exames preconizados para cada uma das doenças e a sua periodicidade.

Metas:

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento da ação:

O monitoramento será feito semanalmente, através da análise dos prontuários e das fichas-espelho dos usuários, para ter conhecimento de quais são os medicamentos que eles fazem uso, verificando-se se tais medicamentos integram a lista dos medicamentos da Farmácia Popular.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento da ação:

Semanalmente será feito pela enfermeira e pela técnica de enfermagem um rígido controle do estoque de medicamentos, para ter conhecimento do risco de faltar alguns dos medicamentos da listagem. Os medicamentos em risco de acabar serão informados e solicitados à farmácia central, mantendo um registro de controle, incluindo a validade dos mesmos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento da ação:

Durante a realização das palestras e das consultas, os usuários hipertensos e/ou diabético bem como a comunidade serão orientados quanto ao direito de se ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

Detalhamento da ação:

Cada profissional receberá uma atualização no tratamento da hipertensão e do diabetes, e as possíveis situações de urgência e emergência, de acordo com o protocolo adotado pela unidade, aprovado pelo Ministério da Saúde. Bem como capacitaremos a equipe para orientar aos usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

Metas:

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

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento da ação:

O monitoramento será feito semanalmente, através da revisão dos prontuários, das fichas-espelho e do exame físico junto aos usuários para ter conhecimento da necessidade de atendimento odontológico de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização da consulta odontológica dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento da ação:

Os profissionais que prestam assistência direta a estes usuários, ou seja, médico e enfermeiro, durante as consultas e visitas domiciliares farão a avaliação odontológica destes pacientes e, aqueles que tiverem necessidade de tratamento ou de uma avaliação mais criteriosa, serão encaminhados para o odontólogo,

quem organizará uma agenda de saúde bucal para a realização da consulta odontológica aos hipertensos e/ou diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento da ação:

Durante a realização das palestras e das consultas, os usuários hipertensos e/ou diabéticos bem como a comunidade serão orientados quanto à importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos, ressaltando a importância da realização desta avaliação com uma rigorosa periodicidade.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento da ação:

O odontólogo da equipe fará treinamentos com a equipe, na segunda semana da capacitação, com o objetivo de fornecer informações sobre a avaliação bucal adequada dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos.

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

Metas:

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

Detalhamento da ação:

Para melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa temos que buscar os faltosos às consultas na unidade de saúde, conforme a periodicidade recomendada e, para isso, monitoraremos o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento da ação:

Organizaremos as visitas domiciliares, uma vez por semana, todas as terças-feiras, para busca dos faltosos e elaboraremos uma agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).

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

Detalhamento da ação:

Informaremos a comunidade sobre a importância de realização das consultas; buscaremos, junto à população, estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes mellitus, além disso, esclareceremos aos portadores de hipertensão/diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento da ação:

As ACS serão treinadas para a orientação da comunidade sobre a importância das consultas periódicas e sobre a periodicidade das consultas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Metas:

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento da ação:

Serão mantidas atualizadas a ficha de acompanhamento e a ficha-espelho dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, assim, definiremos quem será responsável pelo monitoramento da qualidade dos registros feitos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Manter as informações do SIAB atualizadas.

Implantar a ficha de acompanhamento.

Pactuar com a equipe o registro das informações.

Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Organizaremos um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento da ação:

A equipe se comprometerá a manter as informações do SIAB atualizadas. Implantaremos e aplicaremos uma planilha/registro específico, semanal, de acompanhamento, para que o registro das informações seja feito de acordo com o planejado. Será definido um responsável pelo monitoramento de registros, na primeira semana de capacitação.

Organizaremos um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a

não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

Detalhamento da ação:

Informaremos a comunidade e os hipertensos e diabéticos sobre a importância da manutenção de seus registros de saúde, bem como dos seus direitos ao acesso a segunda via, quando necessário.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético.

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

Detalhamento da ação:

Na capacitação da equipe, iremos informar sobre o preenchimento correto de todos os registros de acompanhamento, tanto de hipertensos quanto de diabéticos, bem como dos procedimentos clínicos das consultas.

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

Metas:

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar o número de pacientes hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento da ação:

Para mapear pacientes hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular será necessário realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Vamos

analisar os prontuários clínicos dos usuários hipertensos e/ou diabéticos para monitorarmos o número de pacientes hipertensos e diabéticos com realização de, pelo menos, uma verificação da estratificação de risco por ano.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.

Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento da ação:

Iremos estabelecer junto com a equipe os critérios de usuários com baixo, médio e alto risco cardiológico, segundo os protocolos do Ministério da Saúde. Também, estabeleceremos um cronograma de atendimento que priorize os pacientes de alto risco.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

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

Detalhamento da ação:

Orientaremos os usuários quanto ao nível de risco e a importância do acompanhamento regular e informaremos a comunidade sobre os fatores de risco modificáveis e não-modificáveis, mediante as palestras e as próprias consultas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

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

Detalhamento da ação:

Nas duas semanas de capacitação a equipe será preparada para realizar estratificação de risco, segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. A equipe deverá entender a importância do registro desta avaliação e as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis nesta população.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas:

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento da ação:

Para promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos, realizaremos palestras, salas de espera, consultas individuais, incluindo temas como alimentação saudável.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

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

Detalhamento da ação:

A cada três semanas faremos palestras em uma das microáreas com os grupos de hipertensos e/ou diabéticos, seus familiares e membros da comunidade, e entre outras práticas serão discutidos assuntos relacionado às práticas de alimentação saudável.

Com ajuda da nutricionista da UBS orientaremos os usuários hipertensos e/ou diabéticos, além de seus familiares sobre a importância da alimentação saudável. Durante as consultas, identificaremos os usuários que apresentam maior propensão às complicações futuras relacionadas à hipertensão e/ou diabetes e estes serão encaminhados para acompanhamento com a nutricionista, semanalmente.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento da ação:

Nas consultas e nas palestras será enfatizada a importância da alimentação saudável aos hipertensos, diabéticos e seus familiares.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

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

Detalhamento da ação:

Nas duas semanas de capacitação a equipe receberá treinamento sobre as práticas de alimentação saudável, assim como, em metodologias de educação em saúde.

Metas:

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e aos diabéticos.

Detalhamento da ação:

Para promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos, realizaremos palestras, salas de espera, consultas individuais, incluindo temas de atividade física regular.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento da ação:

A cada três semanas faremos palestras em uma das microáreas com os grupos de hipertensos e/ou diabéticos, seus familiares e membros da comunidade, e entre outras práticas serão feitas práticas de atividade física, com o envolvimento de educadores físicos, disponibilizados em parceria com a Secretaria de Educação.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Orientar os hipertensos, os diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento da ação:

Nas consultas e nas palestras será enfatizada a importância da prática de atividade física regular aos hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

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

Detalhamento da ação:

Nas duas semanas de capacitação a equipe receberá treinamento sobre a prática de atividade física regular, assim como, sobre metodologias de educação em saúde.

Metas:

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e aos diabéticos.

Detalhamento da ação:

Para promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos, realizaremos palestras, salas de espera, consultas individuais, incluindo temas sobre riscos do tabagismo.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento da ação:

Buscaremos durante toda a intervenção, junto ao gestor de saúde, o fornecimento dos medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Orientar os hipertensos e os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento da ação:

Nas consultas e nas palestras serão enfatizados os riscos do tabagismo para a saúde e existência de tratamento para abandoná-lo.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.

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

Detalhamento da ação:

Nas duas semanas de capacitação a equipe receberá treinamento sobre o tratamento de tabagistas, assim como sobre metodologias de educação em saúde.

Metas:

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e aos hipertensos.

Detalhamento da ação:

Para promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos, realizaremos palestras, salas de espera, consultas individuais, incluindo temas sobre higiene bucal.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento da ação:

Cada uma das consultas agendadas terá um tempo médio de 30 minutos com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Orientar os hipertensos, os diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento da ação:

Nas consultas e nas palestras serão orientados os hipertensos e/ou os diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento da ação:

Nas duas semanas de capacitação a equipe receberá treinamento sobre orientações de higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão e Diabetes Mellitus, vamos adotar os Cadernos de Atenção Básica de Hipertensão Arterial e o Caderno de Atenção Básica de Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, ambos do ano 2013. Utilizaremos o prontuário individual do paciente, o prontuário não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal e dados relativos a classificação do risco de cada um dos pacientes com estas patologias; mas será elaborado um novo prontuário individual que complemente o anterior

para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, também será utilizada a ficha-espelho disponibilizada pelo curso. Estimamos alcançar com a intervenção 100% das pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus pertencentes à área de abrangência da unidade.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira com ajuda da técnica de enfermagem e das agentes comunitárias de saúde, fará um livro de registro identificando todos os usuários que vieram ao serviço para consulta de acompanhamento nos últimos 4 meses. Localizará os prontuários destes usuários e, ao mesmo tempo, realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas e exames clínicos e laboratoriais em atraso.

Começaremos a intervenção com a capacitação da equipe sobre os cadernos de atenção básica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, para que cada um dos integrantes da equipe utilize esta referência na atenção aos pacientes hipertensos e diabéticos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada uma hora nas sextas-feiras, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte dos cadernos e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

O acolhimento aos usuários hipertensos e/ou diabéticos que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem. Pacientes com manifestações clínicas das patologias serão atendidos no mesmo turno para ampliar a captação; já os pacientes com problemas agudos devido às patologias serão atendidos no mesmo turno com caráter prioritário para agilizar o tratamento de intercorrências, nas consultas disponíveis para pronto atendimento; pacientes que buscarem consulta de acompanhamento de rotina terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que três dias, e os que vierem à consulta programada sairão da UBS com a próxima consulta agendada.

Faremos contato com associação de moradores e com os representantes das diferentes microáreas de nossa comunidade e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância de: ampliar a cobertura de atendimento a hipertensos e/ou diabéticos, melhorar a qualidade da atenção dos mesmos bem como a sua adesão ao programa, identificar aos que tem risco para doenças cardiovasculares e promover a saúde deste grupo tão vulnerável. Solicitaremos apoio da

comunidade no sentido de ampliar a captação de hipertensos e/ou diabéticos e sobre a necessidade de priorização do atendimento a este grupo populacional.

Semanalmente a enfermeira examinará os prontuários dos usuários hipertensos e/ou diabéticos identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos ou laboratoriais em atraso. As agentes comunitárias de saúde farão busca ativa de todos os usuários em atraso, estima-se avaliar a 10 hipertensos e/ou diabéticos por semana totalizando 40 hipertensos e/ou diabéticos por mês. Ao fazer a busca já agendar-se-á o usuário para um horário de sua conveniência.

O odontólogo da equipe fará treinamentos com a equipe, uma vez por semana, com o objetivo de fornecer informações sobre a avaliação bucal adequada dos hipertensos e/ou diabéticos. Assim, os profissionais que prestam assistência direta a estes usuários, ou seja, médico e enfermeiro, durante as consultas farão a avaliação odontológica aos mesmos e, aqueles que tiverem necessidade de tratamento ou de uma avaliação mais criteriosa, serão encaminhados para o odontólogo. A equipe buscará parcerias na comunidade para demandar, junto aos gestores municipais a garantia de mais recursos tanto material quanto humano na disponibilização do atendimento odontológico.

Com ajuda da nutricionista da Unidade orientaremos os usuários hipertensos e/ou diabéticos bem como aos seus familiares sobre a importância da alimentação saudável. Durante as consultas, identificaremos os usuários que têm maior propensão às complicações futuras relacionadas à hipertensão e/ou diabetes e estes serão encaminhados para acompanhamento com a nutricionista, a qual disponibilizará, semanalmente, 08 vagas para os usuários hipertensos e 03 para diabéticos. Em relação às orientações sobre a importância da atividade física regular, a equipe realizará estas orientações durante palestras, salas de espera e consulta individual.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A intervenção em saúde realizada entre os meses de fevereiro e junho de 2015 na ESF 3 Expocel, no município de Cerro Largo/RS objetivou a melhoria na atenção às pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus.

Para que essa ação pudesse ser implementada foi necessário a capacitação dos profissionais de saúde pertencentes à equipe sobre os protocolos de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde. Também estabelecemos o papel de cada profissional na ação programática.

Os ACS foram os responsáveis pelo cadastramento e busca ativa de todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde. Desenvolvemos um questionário para que as ACS aplicassem às famílias de sua microárea para a pesquisa ativa de novos casos de hipertensos e diabéticos diagnosticados fora da UBS, treinando as mesmas para a aplicação.

Foi mantido contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática quanto à atenção à saúde de pessoas com Hipertensão Arterial e/ou com diabetes Mellitus, solicitando apoio para as estratégias que seriam implementadas.

Desenvolvemos folders explicativos para que serem entregues nos domicílios, treinando as ACS para o uso desse material. Realizamos atendimento clínico aos hipertensos e diabéticos com realização de grupos de hipertensos e diabéticos.

Realizamos um levantamento dos usuários hipertensos e diabéticos que já haviam realizado uma consulta ao longo deste último. Criamos uma planilha

para registro de dados realizando o monitoramento da intervenção. Analisamos os questionários aplicados pelos ACS e respondidos pela população e discutimos com a equipe os resultados alcançados no sentido de avaliar se houve melhorias solicitando opiniões/críticas/sugestões para seguir na qualificação do atendimento prestado à população.

É importante ressaltar que o cronograma seguiu seu fluxo com naturalidade, além do período de férias do especializando durante o mês de abril ter influenciado na intervenção porque nesse tempo, não foram realizados atendimentos clínicos. Após o meu retorno, retomamos os atendimentos de forma organizada e fluida. Concluímos a intervenção com 410 usuários avaliados, sendo 402 pessoas com hipertensão e 70 com diabetes mellitus.

Destaca-se também como um ponto positivo a aceitação da população local, pois a população participou das atividades apresentadas e passou a buscar o atendimento pelo médico do PMMB junto a Unidade de Saúde.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações propostas para a intervenção foram desenvolvidas integralmente. No entanto, a grande limitação encontrada está relacionada ao fato de que a intervenção foi planejada para ser executada em 16 semanas, mas devido ao período de férias no mês de abril do especializando a intervenção foi reduzida para 12 semanas presenciais do especializando na unidade para que o calendário das defesas pudesse ser adequado ao da Universidade Federal de Pelotas/RS, mas destacamos que a equipe deu continuidade à intervenção durante o período de férias, apenas algumas ações tiveram que ser reprogramadas, sem prejuízo das ações para a comunidade.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

A dificuldade que encontrei durante o preenchimento da planilha de dados foi entender que os dados digitados durante o mês vigente, com exceção dos nomes dos usuários, deveriam ser levados para o mês seguinte de maneira manual. Também verifiquei durante o preenchimento que os indicadores não poderiam ultrapassar o percentual de 100%, o que constantemente era corrigido. Como estratégia para os registros criou-se o livro de registros para poder

acompanhar os usuários hipertensos e diabéticos de maneira mais precisa, pois quando cheguei à unidade verifiquei que os registros eram deficientes e muitas vezes inexistentes, não sendo possível fazer um acompanhamento a longo prazo.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Os responsáveis pela Secretaria da Saúde estavam e continuam dando total apoio para o desenvolvimento do projeto. Estamos muito felizes com os resultados alcançados com a intervenção. A mesma já é parte da rotina de trabalho da unidade além de ter ocorrido como esperávamos. Estamos trabalhando para melhorar a qualidade da saúde de nossa população por meio de medidas preventivas e educativas em saúde. Com a continuidade das ações iniciadas com a intervenção poderemos melhorar a cobertura das ações além de qualificar os registros.

Faz-se necessário agradecer o Secretário Municipal de Saúde do município de Cerro Largo/RS por ter aceito e contribuído muito para a implantação e desenvolvimento do projeto, pois este forneceu os prontuários individuais e as fichas-espelhos utilizado no atendimento individual dos usuários, bem como os questionários aplicados nas comunidades e os folders distribuídos para a população em geral.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Nesta etapa do trabalho serão apresentados os resultados obtidos na intervenção. Importante lembrar antes de apresentar os resultados que a intervenção inicialmente estava prevista para ocorrer durante 16 semanas presenciais, no entanto, por motivo das minhas férias no mês de abril a intervenção foi reduzida para 12 semanas presenciais, mas a equipe deu continuidade à intervenção durante o período de férias.

Para uma melhor compreensão, os resultados serão organizados apresentando os objetivos, as metas com os seus respectivos indicadores, ilustrados por figuras em forma de gráficos.

A intervenção teve como objetivo melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus, na ESF 3 Expocel em Cerro Largo/RS. Temos um total estimado pelo CAP de 693 hipertensos com 20 anos ou mais. Destes, acompanhamos na ESF um total de 558 (81%) hipertensos residentes e cadastrados.

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

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

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

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

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

Estimamos aumentar a cobertura do programa de atenção à saúde do hipertenso para 100%, mas não atingimos a meta prevista, pois a cobertura de atenção à saúde do hipertenso na unidade de saúde foi de 25,3% (137) no primeiro mês, 49,2% (266) no segundo mês, 68,6% (371) no terceiro mês e 74,3% (402) no quarto mês de intervenção (Figura 1).

Em relação ao Diabetes Mellitus acompanhamos a 45% (90) das pessoas com diabetes mellitus do total de 198 estimados pelo CAP . Estimamos aumentar a cobertura do programa de atenção à saúde do diabético para 100%, mas não atingimos a meta prevista, pois a cobertura de atenção ao diabético na unidade de saúde foi de 28,4% (23) no primeiro mês, 37,0% (30) no segundo mês, 58,0% (47) no terceiro mês, e 86,4% (70) no quarto mês (Figura 2).

Dentre os 410 usuários avaliados e acompanhados durante a intervenção um total de 61 (14,9%) apresentam comorbilidades associadas, ou seja, são hipertensos e diabéticos.

Entre as ações realizadas para alcançar estes resultados destacamos a abertura de um livro para registro e cadastramento dos usuários além do uso da ficha-espelho disponibilizada pelo curso para registros adequados e monitoramento. Com o apoio das ACS foi realizado um levantamento do número real dos usuários hipertensos e/ou diabéticos pertencentes à área de cobertura da unidade. Também por meio de palestras informamos à comunidade sobre a existência do Programa de Atenção aos Hipertensos e/ou Diabéticos na Unidade. Todas estas ações foram possíveis a partir da capacitação das ACS para o cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência, bem como da capacitação da equipe para realizar a verificação adequada da pressão arterial e do hemoglicoteste em todos os usuários avaliados durante a intervenção.

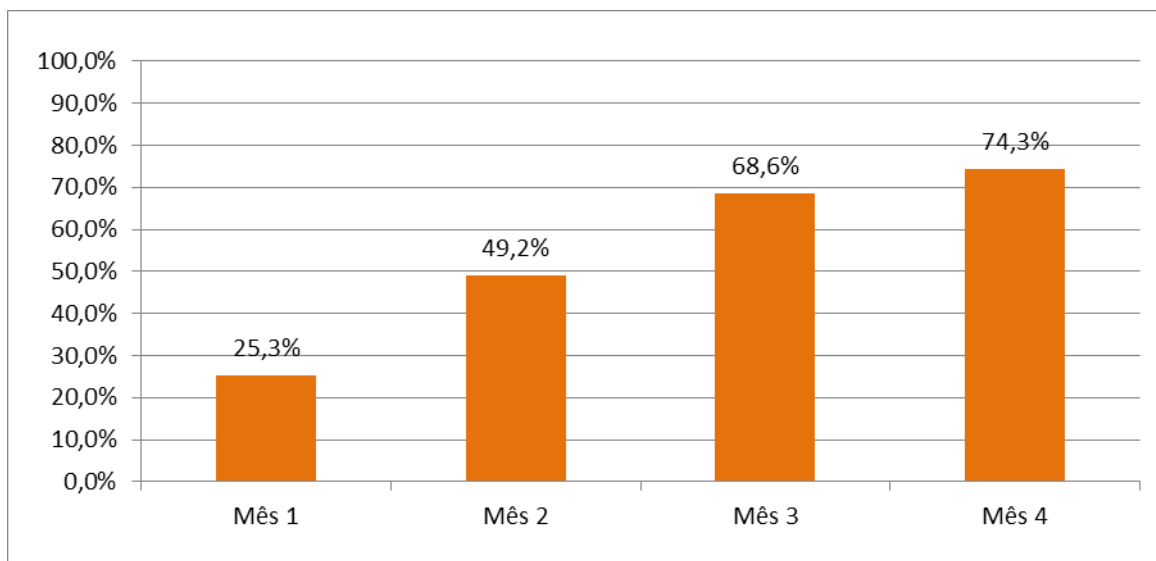


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na ESF 3 Expocel, Cerro Largo/RS, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

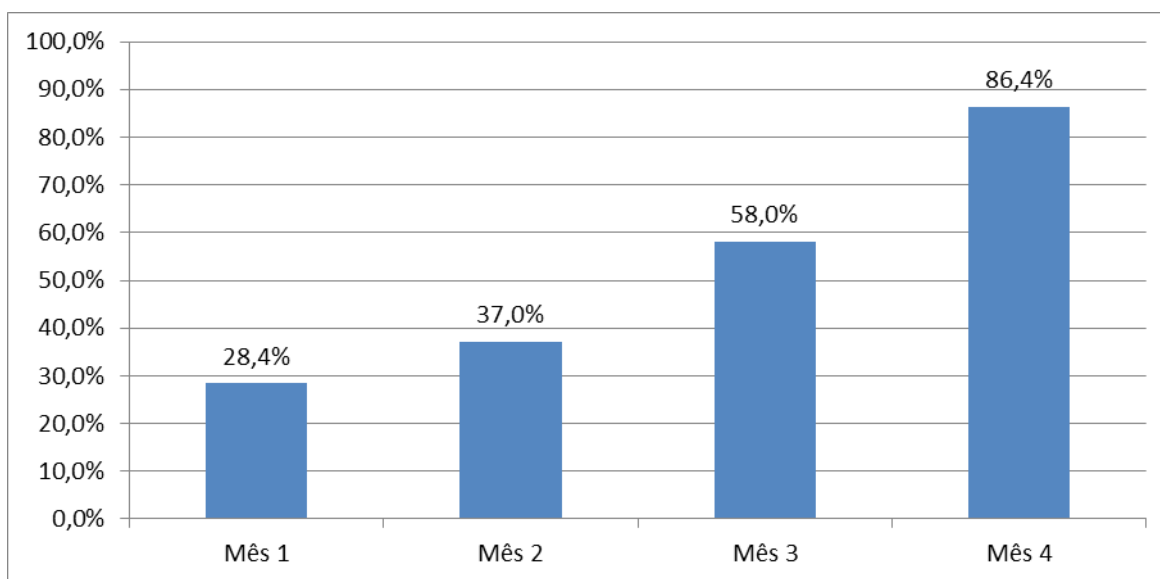


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na ESF 3 Expocel, Cerro Largo/RS, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

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

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

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

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

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

Para 100% das pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus avaliados no período da intervenção realizamos o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo recomendado pelo Ministério da Saúde. Assim, 137 pessoas com hipertensão e 23 pessoas com diabetes no primeiro mês da intervenção foram avaliados pelo exame clínico, no segundo mês 266 usuários hipertensos e 30 usuários diabéticos foram avaliados, no terceiro mês 371 hipertensos e 47 diabéticos realizaram o exame clínico e no último e quarto mês da intervenção um total de 402 hipertensos e 70 diabéticos foram avaliados por meio do exame clínico apropriado.

Destacamos que a posição recomendada para a medida da pressão arterial (PA) é a sentada. Entretanto, a medida da PA na posição ortostática deve ser feita pelo menos na primeira avaliação, especialmente em idosos, diabéticos, pacientes sem autonomia, alcoólicos e pacientes em uso de medicação anti-hipertensiva. Para se obter um valor diagnóstico necessário, a PA deve ser medida com técnica adequada, utilizando-se aparelhos confiáveis e devidamente calibrados, respeitando-se as recomendações para este procedimento. Também tem que ser realizada a avaliação dos pulsos arteriais periféricos e edema de MMII (membros inferiores); exame dos pés: lesões cutâneas (infecções bacterianas ou fúngicas), estado das unhas, calos e deformidades; exame neurológico sumário: reflexos tendinosos profundos, sensibilidade térmica, táctil e vibratória (Brasil,2013).

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

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

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

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

Dentre o total de acompanhados 100% das pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus avaliados no período da intervenção realizaram os

exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Assim, 137 pessoas com hipertensão e 23 pessoas com diabetes no primeiro mês da intervenção todos os exames complementares recomendados, no segundo mês 266 usuários hipertensos e 30 usuários diabéticos os realizaram, no terceiro mês 371 hipertensos e 47 diabéticos realizaram os exames e no último e quarto mês da intervenção um total de 402 hipertensos e 70 diabéticos realizaram os exames complementares.

O protocolo prevê os exames de urina, dosagem de creatinina, glicemia de jejum, hemograma completo, colesterol total, avaliação de lipoproteínas de baixa densidade (LDL) e as lipoproteínas de alta densidade (HDL) e triglicerídeos, eletrocardiograma convencional e de fundo de olho (Brasil, 2013).

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

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

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

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

A 100% das pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus avaliados no período da intervenção foi priorizada a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular. Assim, 137 pessoas com hipertensão e 23 pessoas com diabetes no primeiro mês da intervenção receberam prescrição de medicamentos da farmácia popular, no segundo mês 266 usuários hipertensos e 30 usuários diabéticos também passaram a usar os medicamentos priorizados pela farmácia popular para tratamento de suas patologias, no terceiro mês 371 hipertensos e 47 diabéticos estavam com prescrição e no último e quarto mês da intervenção um total de 402 hipertensos e 70 diabéticos passaram a fazer uso de prescrição dos medicamentos disponibilizados da farmácia popular.

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

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

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

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

Um total de 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos no período foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico, pois o cuidado com a higiene bucal é essencialmente importante diante dos riscos que a hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus apresentam para esses usuários. Assim, 137 pessoas com hipertensão e 23 pessoas com diabetes no primeiro mês da intervenção foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico, no segundo mês 266 usuários hipertensos e 30 usuários diabéticos foram avaliados, no terceiro mês um total de 371 hipertensos e 47 diabéticos passaram pela avaliação quanto à necessidade de atendimento odontológico e no último e quarto mês da intervenção 402 hipertensos e 70 diabéticos também foram avaliados.

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

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

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

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

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

Ao longo da intervenção não tivemos pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus faltosos às consultas programadas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

Para 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus acompanhados durante a intervenção foi mantido a ficha de acompanhamento com registro adequado. Dessa forma, 137 pessoas com hipertensão e 23 pessoas com diabetes no primeiro mês da intervenção estavam com os registros adequados na ficha de acompanhamento, no segundo mês 266 usuários hipertensos e 30 usuários diabéticos também passaram a ter a sua ficha de acompanhamento preenchida de forma adequada, no terceiro mês 371 hipertensos e 47 diabéticos estavam com os dados preenchidos adequadamente na ficha de acompanhamento e no último e quarto mês da intervenção um total de 402 hipertensos e 70 diabéticos também passaram a ter a ficha de acompanhamento preenchida conforme recomendado.

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

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

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

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

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Para 100% das pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus foi realizada a estratificação do risco cardiovascular conforme recomendado pelo protocolo. Deste modo, para 137 pessoas com hipertensão e 23 pessoas com diabetes no primeiro mês foi realizada a estratificação do risco cardiovascular, no segundo mês 266 usuários hipertensos e 30 usuários diabéticos estavam com a estratificação do risco cardiovascular realizada, no terceiro mês para 371 hipertensos e 47 diabéticos foi mantida a realização da estratificação do risco cardiovascular e no último e quarto mês da intervenção um total de 402

hipertensos e 70 diabéticos também realizaram a estratificação do risco cardiovascular conforme recomendado.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

Um total de 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados no período da intervenção receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável. Esta orientação foi fornecida pelo médico especializando, pela enfermeira, pela nutricionista e pelas ACS durante as consultas, em visitas domiciliares e em palestras que foram realizadas nos encontros com os grupos de hipertensos e/ou diabéticos.

De tal modo, no primeiro mês 137 pessoas com hipertensão e 23 pessoas com diabetes foram orientados quanto a importância da manutenção de uma alimentação saudável, no segundo mês 266 usuários hipertensos e 30 usuários diabéticos receberam as mesmas orientações, no terceiro mês para 371 hipertensos e 47 diabéticos foram ofertadas orientações nutricionais do mesmo modo e no último e quarto mês da intervenção um total de 402 hipertensos e 70 diabéticos também foram orientados quanto a alimentação saudável.

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

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Durante a intervenção 100% das pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus que foram acompanhados receberam orientação sobre prática regular de atividade física pelo médico, pela enfermeira e pelas ACS em momentos de consulta individual, em visitas domiciliares e em palestras ofertadas em encontros com os grupos de pessoas com hipertensão e/ou diabetes realizados na própria unidade de saúde.

Igualmente quanto ao fornecimento de orientações nutricionais, no primeiro mês 137 pessoas com hipertensão e 23 pessoas com diabetes foram orientados quanto à importância da realização de prática de atividade física de forma regular para auxiliar no cuidado à sua saúde, no segundo mês 266 usuários hipertensos e 30 usuários diabéticos receberam as mesmas orientações, no terceiro mês para 371 hipertensos e 47 diabéticos foram orientados adequadamente quanto à prática de atividades físicas e no último e quarto mês da intervenção um total de 402 hipertensos e 70 diabéticos também foram estimulados e orientados quanto a importância da realização de atividades físicas regulares.

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

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

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

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

A 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus acompanhados no período da intervenção orientamos sobre os riscos do tabagismo. No primeiro mês 137 pessoas com hipertensão e 23 pessoas com diabetes foram orientados quanto aos riscos impostos pelo hábito do tabagismo, no segundo mês esta orientação foi repassada para 266 usuários hipertensos e 30 usuários diabéticos, no terceiro mês 371 hipertensos e 47 diabéticos também foram orientados adequadamente quanto aos riscos do tabagismo e no último e quarto mês da intervenção 402 hipertensos e 70 diabéticos estavam orientados quanto aos riscos que estão submetidos diante do tabagismo.

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

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

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

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

A intervenção também possibilitou orientar a 100% das pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus quanto à importância dos cuidados com a higiene bucal para a saúde. Estas orientações foram disponibilizadas pelo médico especializando, pela enfermeira e pelas ACS em parceria com a odontóloga da unidade de saúde em momentos de consulta individual e em grupos. Deste modo, ao longo do primeiro mês 137 pessoas com hipertensão e 23 pessoas com diabetes receberam orientações quanto à higiene bucal, no segundo mês esta orientação foi ofertada para 266 usuários hipertensos e 30 usuários diabéticos, no terceiro mês um total de 371 hipertensos e 47 diabéticos também foram orientados adequadamente quanto à importância da manutenção de uma higiene bucal adequada e no último e quarto mês da intervenção 402 hipertensos e 70 diabéticos estavam orientados quanto à higiene bucal.

4.2 Discussão

A intervenção na Unidade de Estratégia em Saúde da Família 3 Expocel no município de Cerro Largo/RS propiciou a ampliação da cobertura da atenção às pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame dos pés em pessoas com diabetes bem como para a classificação de risco em ambos os grupos.

A intervenção exigiu que a equipe de saúde se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Esta atividade promoveu

o trabalho integrado do médico, da enfermeira, da técnica de enfermagem, da odontóloga, dos ACS e da recepção. Agora cada um conhece quais são as suas atribuições na hora do trabalho junto à população alvo para garantir um serviço de excelência na nossa unidade de saúde.

Antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e/ou Diabetes mellitus eram concentradas no médico. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção à um maior número de pessoas. A melhoria do registro e o agendamento dos Hipertensos e/ou Diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido cruciais para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, porém gera insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade que desconhecem o motivo desta priorização. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos hipertensos e diabéticos sem cobertura.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe. Também faltou uma articulação com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de implementar isto. Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está integrada, porém, como vamos incorporar a intervenção a rotina do serviço, teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco.

Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implementar o programa de pré-natal na UBS, mesmo que em nosso município este programa seja realizado na modalidade de consulta particular pelo obstetra da cidade.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado gestor,

É com grande satisfação que estamos neste momento relatando como aconteceu a intervenção em nossa unidade de saúde. Nosso trabalho foi direcionado para a melhoria da atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus, na ESF 3 Expocel, Cerro Largo/RS. Além de explicitar como foi a intervenção este relatório é parte integrante do trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família vinculado a Universidade Federal de Pelotas e a Universidade Aberta do SUS ao qual faço parte na condição de especializando.

Para iniciar os trabalhos realizamos um levantamento para conhecer a realidade do serviço em nossa unidade, ou seja, como estavam organizados os atendimentos na UBS/ESF, como estavam distribuídas as ações e como estavam organizados os registros de todas as ações realizadas. Buscamos informações de quantitativos populacionais como, por exemplo, número de usuários vinculados a unidade, levantamos os quantitativos relativos ao número de mulheres, número de homens, o número de crianças entre zero e 72 meses, gestantes, puérperas e idosos que vinculados ao serviço da unidade e a totalidade de usuários de cada grupo específico distribuídos na área de abrangência.

Durante este levantamento inicial verificamos também como estavam ocorrendo os atendimentos à população, onde encontramos necessidade de melhorar a qualidade de atendimento às pessoas com hipertensão (HAS) e/ou com diabetes mellitus (DM), direcionando os trabalhos ao controle e sistematização dos dados referentes a HAS e DM. Assim, iniciamos a intervenção sempre procurando deixar os gestores cientes do que estava acontecendo.

Lembrando mais uma vez que as atividades da intervenção fazem parte do curso de especialização já mencionado, para o qual também havia liberação de 8 horas semanais para atender as demandas do curso, que na verdade estavam interligadas (as atividades do curso) com a organização das ações realizadas na unidade de saúde em que estou lotado.

Para realizar o trabalho elaboramos um projeto que continha o diagnóstico situacional e um projeto constando os objetivos e as metas a serem alcançadas. Para cada objetivo e meta foram descritas ações com os respectivos detalhamentos. Para tanto, é perceptível que demandas seriam criadas e que também envolveriam a gestão. Uma delas foi a minha liberação de 8 horas semanais para a realização do curso, depois foi a necessidade de apoio do gestor no que tange a realização das cópias das fichas-espelho, as fichas individuais, os questionários e os folders que seriam utilizadas na intervenção. Estas solicitações foram perfeitamente acatadas pelos senhores, sendo que ficamos gratos pela compreensão e entendimento de sua parte.

Antes de entrarmos nos resultados obtidos da intervenção precisamos lembrar que o trabalho foi programado para ocorrer em 16 semanas, no entanto, por determinação pedagógica do curso realizamos a intervenção em 12 semanas. Este será um fator importante que justificará muitos resultados onde não atingimos as metas propostas.

Estimávamos alcançar com a intervenção a ampliação da cobertura a hipertensos e/ou diabéticos para 100% na área de abrangência da nossa UBS/ESF uma vez que os percentuais para cobertura de cadastro e controle para os usuários hipertensos e/ou diabéticos no início da intervenção eram muito baixos e não concordavam com a média estadual nem com a média nacional.

Como cobertura para a população alvo atingimos 74,3% (402), das pessoas com hipertensão e 86,4% (70) das pessoas com diabetes mellitus, não conseguimos alcançar a meta proposta de 100% de acompanhamento da população alvo, porém o programa vai continuar com a mesma dinâmica após a intervenção.

Alcançamos 100% dos registros das ações realizadas. Este tipo de ação é de governabilidade da equipe e precisamos continuar com este ritmo de trabalho e que cada membro da equipe mantenha a responsabilidade pela ação.

Estas ações precisam ser mantidas para que possamos realizar um controle a longo prazo dos usuários.

Para finalizar preciso evidenciar que em nossa área de abrangência existiam várias pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus que nunca haviam realizado exames complementares para controle nem a estratificação do risco cardiovascular protocolada pelo Ministério da Saúde, sendo que a intervenção proporcionou acesso e orientação a estas pessoas bem como precisamos muitas vezes explicar, reorientar e insistir para que fossem a unidade de saúde para serem avaliados em consulta.

Assim, prezado gestor, evidenciamos que esta ação programática foi incorporada a rotina da UBS/ESF e ainda temos muito trabalho para fazer e continuamos contando com o apoio inestimável desta gestão para o desenvolvimento dos mesmos.

Agradecemos pelo o apoio e ficamos à disposição para maiores esclarecimentos na certeza de que a população está sendo muito beneficiada com o trabalho e qualidade de vida, pois este é o resultado de um trabalho coletivo realizado pelos gestores, trabalhadores da saúde com adesão e engajamento do público alvo.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da ESF 3 Expocel, Cerro Largo/RS

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Senhores e senhoras!

Estamos aqui hoje para conversarmos um pouco sobre o trabalho que realizamos em nossa comunidade direcionada para saúde das pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus. O trabalho teve como objetivo melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus, na ESF 3 Expocel, Cerro Largo/RS.

As principais ações realizadas foram a capacitação dos profissionais da equipe de saúde da Unidade sobre os protocolos de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática, cadastramento de todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos pertencentes à área de abrangência, foi desenvolvido um questionário para que as ACS aplicassem às famílias de sua microáreas para a pesquisa ativa de novos casos de hipertensos e diabéticos diagnosticados fora da UBS, treinando as mesmas na sua aplicação, mantivemos contato com os líderes das comunidades para falar sobre a importância da ação programática de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, solicitamos apoio para as estratégias que foram implementadas e aumentamos a adesão dos usuários ao programa de intervenção, foram entregues folders explicativos nos domicílios, treinando as ACS para o uso desse material, semana após semana realizamos atendimento clínico aos hipertensos e diabéticos, criamos grupos de hipertensos e diabéticos, e realizamos a busca ativa dos faltosos às consultas, realizamos um momento de avaliação com a equipe para saber se houve melhoras e, ao mesmo tempo, solicitamos opiniões/críticas/sugestões para seguir melhorando.

Realizamos contato com o gestor municipal para dispor das fichas-espelho e para imprimir as fichas complementares que foram anexadas aos prontuários, além dos folders e dos questionários utilizados na busca ativa de novos casos.

Para organizar os registros específicos do programa, a enfermeira criou um livro de registro de acompanhamento para os usuários hipertensos e/ou diabéticos. Todos os registros realizados no livro foram transcritos para o prontuário de cada usuário cadastrado no programa. O acolhimento dos usuários que buscavam o serviço era realizado pela técnica de enfermagem. Durante as consultas foram realizadas as avaliações correspondentes ao exame clínico apropriado, solicitação de exames complementares de acordo com o protocolo, priorizada a prescrição de medicamentos da farmácia popular, avaliação da necessidade de atendimento odontológico e estratificação do risco cardiovascular em cada um; também foi garantido a todos orientações quanto à alimentação saudável, à prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal.

Com este projeto a comunidade ganhou atendimento qualificado ganhou quanto à promoção à saúde e prevenção de doenças, conhecimento sobre sinais, sintomas e fatores de risco.

Algumas ações sofreram restrições durante o andamento da intervenção. Podemos elencar o atendimento aos idosos e crianças. Vocês podem ter percebido que para organizar ações de forma sistematizada houve a necessidade de preenchimento de documentos o que leva tempo e precisa ser realizado com atenção. Logo, em alguns momentos precisamos priorizar as visitas domiciliares para que os usuários acamados que sofrem destas doenças e que não podem ser deslocar até a nossa unidade pudessem também ser avaliados.

Gostaríamos de agradecer o apoio recebido da comunidade, em que a divulgação da intervenção ocorreu de forma intensa por meio do “boca a boca”, ou seja, quem conhecia a existência da intervenção acabava divulgando para a vizinha ou amiga do bairro. Contamos com este apoio para dar continuidade à intervenção, pois nossa intenção é incorporar as ações na rotina da UBS/ESF e ainda pretendemos ser mais ousados implementando outra ação programática de forma sistematizada para as gestantes e puérperas.

Não poderíamos deixar de registrar que o apoio da comunidade foi fundamental para que seguíssemos no caminho certo e agora é necessário dar continuidade de forma incansável e persistente. Muito obrigado e ficamos à disposição para esclarecer alguma dúvida.

Grande abraço a todos!

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da ESF 3 Expocel, Cerro Largo/RS

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

No início do curso eu tinha medo porque esta modalidade de ensino era uma experiência nova para mim, minha experiência na informática não era muito boa e as primeiras semanas de ambientação foram uma escola, logo a participação nos fóruns e a realização das tarefas foi sendo a via de adestramento e prática neste aspecto. Também fiquei com medo de fazer o curso em outro idioma, mas com ajuda dos colegas de trabalho, com a compreensão e na expressão de ideias foi possível o desenvolvimento do curso, muito bem estruturado, com ferramentas disponíveis para consulta de dúvidas e foi possível interagir com outros colegas e professores para trocar ideias e esclarecer dúvidas.

O tema escolhido sobre HAS e DM foi muito estimulante porque são doenças que se constituem em um problema de saúde pública no Brasil e no mundo devido ao incremento do número de casos novos que estão aparecendo anualmente. Os casos interativos do curso foram todos muito interessantes que me deram a possibilidade de relembrar conhecimentos e aprender condutas estabelecidas pelo Ministério de Saúde do Brasil. Também as leituras orientadas e a leitura dos cadernos de Atenção Básica, foram instrumentos importantes na preparação profissional, além da preparação pessoal foi estimulante conhecer hábitos e costumes da população desta área.

O curso me deu a possibilidade de trabalhar na prevenção destas doenças e atuar sobre fatores de risco modificáveis com a intenção de melhorar a saúde desta população, dando também as ferramentas necessárias para desenvolver num futuro próximo trabalhos similares em outros temas de interesse para a unidade como a saúde do idoso, das crianças e atenção ao pré-natal e puérperas. Magnífico este trabalho, muito obrigado pela oportunidade.

Referências

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2012/>

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33)

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, 32)

BRASIL. Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, 13).

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35)

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, IBGE, Ministério da Saúde. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, Grandes Regiões e Unidades de Federação. Rio de Janeiro, 2014.

Apêndices

**Apêndice A – QUESTIONÁRIO PARA IDENTIFICAR CASOS NOVOS DE HAS
e/ou DM, NA UBS EXPOCEL, CERRO LARGO /RS.**

Nome completo do paciente:

Família Nº:

Microárea:

ACS:

- 1) **Você conhece as doenças HAS (pressão alta) e DM?**
 - a. sim não em partes.
- 2) **Você foi diagnosticado alguma vez como hipertenso ou diabético?**
 - a. sim não

Seja positiva a sua resposta, responda as perguntas 3 até a 12:

- 3) **Foi nos últimos 3 meses?**
 - a. sim não
- 4) **Qual foi seu diagnóstico?**
 - a. HAS DM As duas
- 5) **O diagnóstico foi feito pelo médico da UBS ou por outro médico?**
 - a. UBS Outro
- 6) **Você tem tratamento para a sua(s) doença(s)?**
 - a. sim não
- 7) **Seu acompanhamento médico é realizado na UBS ou em outra unidade de saúde?**
 - a. UBS Outro
- 8) **Você conhece os sintomas de alarma da sua(s) doença(s)?**
 - a. sim não em partes.
- 9) **Você sabe como prevenir as complicações da(s) doença(s)?**
 - a. sim não em partes.
- 10) **Você sabe quais são os riscos que essa(s) doença(s) provocam para a saúde?**
 - a. sim não em partes.
- 11) **Você tem dúvidas sobre o tratamento dela(s)?**
 - a. sim não em partes.

12) Você vai à UBS com qual frequência para controle da pressão arterial e para fazer o hemoglicoteste?

- a. uma vez na semana uma vez ao mês outros.

Em quanto a sua família, responda:

13) Na sua família tem alguma pessoa com sinais ou sintomas de HAS e/ou DM?

- a. sim não

No caso sua resposta seja (sim):

14) Essa pessoa já consultou com algum médico?

- a. sim não.

15) Especifique se foi o médico da área de abrangência da UBS ou foi outro médico? _____

16) Foi diagnosticado com alguma das doenças mencionadas, nos últimos 3 meses?

- a. sim não.

Qual ou quais? _____

17) Foi prescrito tratamento com comprimidos?

- a. sim não

18) Seu parente tem acompanhamento médico, na UBS ou em outra unidade de saúde?

- a. UBS Outra.

Apêndice B – FOLDER EXPLICATIVO SOBRE HAS e DM.

Hipertensão

A hipertensão ocorre quando a pressão que o sangue exerce sobre os vasos sanguíneos permanece acima do normal.

Por que ela ocorre?

Na maioria das vezes a hipertensão não tem uma causa específica, sendo resultado de vários fatores. O excesso de sal na dieta parece contribuir para o desenvolvimento da hipertensão.

O que pode acontecer com quem é hipertenso?

A pressão alta é uma doença traiçoeira, pois geralmente não apresenta sintomas. A pressão descontrolada pode resultar em problemas como derrame, infarto e insuficiência renal, os quais podem prejudicar muito a qualidade de vida e até levar à morte.

Como é o tratamento da hipertensão?

Em casos leves, apenas alterações dos hábitos de vida já são suficientes para controlar a pressão. Entretanto, muitos pacientes necessitam utilizar medicamentos por tempo indefinido.





EVITE OS INIMIGOS DA BOA SAÚDE

Diabetes Tipo 2

O diabetes melito ocorre quando os níveis de açúcar no sangue (glicemia) permanecem elevados.

Por que o diabetes ocorre?

O diabetes melito tipo 2 é mais comum em adultos. Sua causa ainda não é conhecida, porém é frequente em obesos e sofre influência de fatores genéticos.

O que pode acontecer se o diabetes não for controlado?

A falta de controle do açúcar no sangue é extremamente prejudicial, podendo causar cegueira, doenças nos rins, amputação de membros, infecções, formigamento e perda de sensibilidade nos pés e mãos.

Como é o tratamento?

O tratamento visa regularizar os níveis de açúcar no sangue e geralmente é feito com comprimidos ou injeções de insulina. Boa alimentação e prática de exercícios físicos também fazem parte do tratamento.



Figura 3: Folder Explicativo sobre HAS e DM.

Anexos

Anexo A – Documento do comitê de ética

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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B – Planilha de coleta de dados

The screenshot shows a Microsoft Excel spreadsheet titled "2014_11_06 Coleta de dados HAS e DM - Microsoft Excel". The ribbon is set to "Exibição". The spreadsheet contains the following data:

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1																		
Índice para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente precisa tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista da Hipertensão ou da Família Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
Orientações de preenchimento	de até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim
1																		
2																		
3																		
4	1																	
5	2																	
6	3																	
7	4																	
8	5																	
9	6																	
10	7																	
11	8																	
12	9																	
13	10																	
14	11																	
15	12																	
16	13																	
17	14																	
18	15																	
19	16																	
20	17																	
21	18																	
22	19																	
23	20																	
24	21																	
25	22																	
26	23																	
27	24																	

The bottom of the screenshot shows the Excel status bar with "Pronto" and a taskbar with various application icons and system tray information including the date "25/05/2015" and time "21:32".

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante