

**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 dos usuários com hipertensão e/ou diabetes na
Unidade de Saúde da Família Vista Gaúcha, Vista Gaúcha, RS**

Fatia Hechavarria Dufat

Pelotas, 2015

Fatia Hechavarria Dufat

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes na
Unidade de Saúde da Família Vista Gaúcha, Vista Gaúcha, 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.

Orientadora: Karla Pantaleão.

Pelotas, RS

2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

D854m Dufat, Fatia Hechavarria

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes na Unidade de Saúde da Família Vista Gaúcha, Vista Gaúcha, RS / Fatia Hechavarria Dufat; Karla Soliana De Oliveira Pantaleão, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

93 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Pantaleão, Karla Soliana De Oliveira, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a meu príncipe Favel Santiago por ser a inspiração de toda a minha vida.

A todas as pessoas que nunca deixaram de acreditar em mim.

A todos os meus pacientes que tornaram possível a realização deste trabalho.

Agradecimentos

Agradeço a Deus por tudo que proporcionou em minha vida e por permitir desenvolver meu trabalho com qualidade e esforço.

À minha família por permitir minha presença e trabalho neste país e por sua confiança.

À minha orientadora Karla Pantaleão por ser exemplo de dedicação e entrega e por sempre acreditar em mim.

Resumo

DUFAT Hechavarria Fatia. **Melhoria da atenção à saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes na Unidade de Saúde da Família Vista Gaúcha, Vista Gaúcha,RS.** 2015 93f. Trabalho de Conclusão da Especialização em Saúde da Família. Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) são doenças crônicas não transmissíveis que constituem as primeiras causas de morte no Brasil e no mundo. São responsáveis por um grande número de internações hospitalares e está entre as principais causas de amputações e perdas de mobilidade e de outras funções neurológicas com perda significativa da qualidade de vida. O presente trabalho tem como objetivo melhorar a qualidade da atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos na Unidade de Saúde da Família do Município Vista Gaúcha através do desenvolvimento de uma intervenção que aconteceu em 12 semanas. Foi utilizado o protocolo de atendimento e conduta clínica referente ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da HAS e DM, recomendado pelo Ministério da Saúde. Foram desenvolvidas várias ações em quatro eixos de atuação: organização e gestão dos serviços, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento das ações. Utilizamos alguns instrumentos disponibilizados pelo curso, como a ficha espelho e a planilha de coleta de dados, as quais serviram para o registro, monitoramento e acompanhamento das ações da intervenção. Foram cadastrados 290 hipertensos existentes em nossa área de abrangência, que corresponde a 63%, e 38 diabéticos que corresponde a 84,4%. Ao desenvolver a intervenção alcançamos alguns resultados importantes, como ampliação da cobertura da atenção para hipertensos e diabéticos, ampliamos a realização de exame clínico e de exames complementares, melhoramos a saúde bucal e ampliamos a realização da estratificação de risco para os hipertensos e diabéticos, além de outros resultados importantes. As capacitações tiveram um impacto positivo em diversas atividades no serviço, como no acolhimento e no atendimento geral. A intervenção também permitiu estabelecer as atribuições de cada membro da equipe, possibilitando maior organização do trabalho para manter a ação programática como parte rotineira das atividades da unidade.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do Programa de Atenção ao hipertenso na unidade de saúde.	61
Figura 2	Cobertura do Programa de Atenção ao diabético na unidade de saúde.	61
Figura 3	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	63
Figura 4	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	63
Figura 5	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	65
Figura 6	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	65
Figura 7	Proporção de hipertensos faltosos a consultas com busca ativa.	66
Figura 8	Proporção de diabéticos faltosos ás consultas com busca ativa.	66
Figura 9	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	67
Figura 10	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	67

Lista de abreviaturas e siglas

ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IMC	Índice de Massa Corporal
PIM	Programa Infância Melhor
PA	Pressão Arterial
PCD	Planilha de Coleta de Dados
TCC	Trabalho de Conclusão do Curso.
RS	Rio Grande do Sul.
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde.
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	16
2 Análise Estratégica	17
2.1 Justificativa	17
2.2.1 Objetivo geral	19
2.2.2 Objetivos específicos e metas	20
2.3.1 Detalhamento das ações	22
2.3.3 Logística	50
3. Relatório da intervenção.....	55
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	56
3.2 Ações previstas e não realizadas.....	58
3.3 Aspectos relativos à sistematização de dados	58
3.4 Viabilidade de incorporação das ações à rotina do serviço.....	58
4. Avaliação da intervenção	60
4.1 Resultados	60
5 Relatório da intervenção para gestores.....	73
6 Relatório da intervenção para a comunidade.....	75
Referências	79
Apêndices.....	80
ANEXOS	89
Anexo A - Documento do comitê de ética	90
Anexo B - Planilha de coleta de dados.....	91
Anexo C - Ficha Espelho.....	92
Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias ...	93

Apresentação

Este trabalho de conclusão de curso (TCC) apresentado ao curso de especialização em saúde da família modalidade a distância da Universidade Aberta do SUS (UNASUS) em parceria com a Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), para obtenção do título de especialista em saúde da família. O trabalho tem como objetivo geral a melhoria da qualidade da atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos na unidade de saúde da família Vista Gaúcha, no município Vista Gaúcha, Rio Grande do Sul.

Este volume engloba a análise situacional da Unidade de Saúde da Família Vista Gaúcha, em Vista Gaúcha, Rio Grande do Sul, a descrição da situação da atenção primária e da estratégia de saúde da família no município, dos principais problemas detectados no serviço e a relação entre eles; a análise estratégica, que é o projeto de intervenção; o relatório da intervenção que descreve os principais aspectos da implementação das ações propostas; o relatório dos resultados da intervenção que aborda a análise qualitativa e quantitativa dos resultados obtidos; os relatórios da intervenção para os gestores e para a comunidade e a reflexão crítica sobre o meu processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso, ressaltando a importância para a qualificação do trabalho da equipe e a melhoria para a comunidade além das referências e dos anexos.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

As unidades básicas de saúde formam uma estrutura de grande impacto nas comunidades onde estas foram implementadas, com uma vital repercussão social. As mesmas garantem a atenção à saúde das populações onde elas se localizam. O sistema único de saúde tem mantido mudanças no sistema de construção das unidades, para assim melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados, e permitir vínculos de compromisso e co-responsabilidade entre os profissionais de saúde, os usuários e familiares.

Apesar dos esforços feitos, podemos verificar que ainda existem muitas unidades que não cumprem com os requisitos básicos de uma unidade básica de saúde (UBS), sendo assim é necessário fazer uma análise das mesmas para assim verificar as necessidades ainda existentes.

Nossa unidade básica foi construída desde o início como uma unidade, situada em um espaço pequeno ao lado do hospital do município, e no centro da cidade.

Em relação à estrutura conta com uma recepção, uma sala de espera, com condições adequadas para que o paciente com seus familiares mantenham aguardem pelos profissionais.

Existe um consultório médico para dois profissionais de saúde, que tem que intercalar o horário de trabalho, pois não temos mais espaço para fazer consultas médicas, no consultório não tem mesa ginecológica, só existe uma na sala que é possível realizar o citopatológico, mas que não tem banheiro, lá também está um aparelho de ultrassom, bem como outros instrumentais (maca, negatoscópio, mesa escritório, lixo com tampa, cadeiras que não tem condições boas para uso dos profissionais, usuários e familiares).

Também possui um consultório de odontologia que conta com um espaço muito pequeno, não tem uma sala de espera independente, tem os instrumentais de odontologia, mas não tem banheiros e nem cadeiras para os familiares.

Temos uma sala que funciona como local para curativos e outros procedimentos, avaliação por parte das técnicas de enfermagem, verificação de pressão arterial e temperatura, teste de glicose, entre outras medidas, além de administração das medicações, área para observação, nebulizações e curativos. Esta sala é muito pequena com pouco espaço, que apenas permite a permanência do usuário e um familiar.

A sala de vacinação tem todos os recursos adequados, exceto as cadeiras indicadas para fazer esta função que permitam a participação e apoio do familiar, também conta com pouco espaço sendo muito estreito. Não possuímos sala de espera independente da UBS.

Existe uma sala de esterilização, para lavagem, descontaminação dos instrumentais e esterilização. Esta sala também não possui espaço adequado.

Não possuímos sala específica para farmácia, esta se localiza no hospital da cidade, uma vez que o paciente é atendido na UBS, adquire os medicamentos no Hospital. Não existe área para armazenamento e depósito de lixo na unidade, estas salas também são compartilhadas com o hospital.

Possuímos na UBS cozinha, banheiros para usuários os quais não possuem condições adequadas para os pacientes com alguma deficiência física, e para funcionários, assim como um almoxarifado, sala de reuniões com espaço físico reduzido e esta é usada pelos agentes comunitários de saúde (ACS).

As portas internas são de madeira e a da frente e fundos da unidade são de ferro e vidro, todas as paredes são lisas, porém não têm revestimento, que não permitem a lavagem adequada, o piso é liso exceto o da recepção e sala de espera.

Apesar de a unidade ter sido construída há pouco tempo, ainda é necessário que sejam feitas algumas adequações com ajuda da gestão do município, através de planos que respondam às necessidades reais da comunidade.

É importante e imprescindível que seja disponibilizado outro consultório médico para melhoria do acesso adequado e para que possamos ampliar o número de consultas ofertadas; uma sala de nebulização específica; uma sala de recepção, lavagem e descontaminação; as sinalizações para pessoal deficiente e outros usuários, áreas de biossegurança bem estabelecidas que garantam o cumprimento

de suas normas; área para lixo, além da melhora dos ambientes para possibilitar melhor ventilação e iluminação da instituição, sempre com o objetivo de oferecer melhores serviços aos nossos usuários.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Nossa unidade básica de saúde pertence ao município Vista Gaúcha, localizada na rua principal Nove de Maio, com uma localização urbana, fica ao lado do Hospital Municipal e em frente à prefeitura do município. Vista Gaúcha, faz limite ao norte com o município Barra de Guarita, ao sul com Tenente Portela, ao leste com Derrubada e a oeste com Pinheirinho do Vale.

Está formada por uma só equipe de trabalho com o modelo de atenção Estratégia Saúde da Família (ESF). Consta de uma estrutura bem confortável que permite fazer todas as ações com a população da área de abrangência; caracterizada por uma recepção, um consultório médico, um consultório odontológico, uma sala de curativo, uma sala de vacinas, uma sala para coleta de exame citopatológico, uma cozinha, uma sala de esterilização e desinfecção do material, dois banheiros para funcionários, dois banheiros para os usuários e familiares, um salão de reuniões, um espaço para os materiais de limpeza, com um bom sistema de iluminação e ventilação, que facilita a boa estadia dos usuários em nossa instituição. Além de contar com diversos equipamentos e insumos para os atendimentos como aparelho de ultrassom, cadeiras suficientes, televisão, ar condicionado, macas, boa higiene, bom abastecimento do material de consumo, sala de vacina que cumpre com todas as condições estabelecidas fornecendo as vacinas oferecidas pelo sistema de saúde.

Além do que já foi exposto anteriormente é preciso fazer ampliação e modernizar os espaços da estrutura da unidade de forma geral, todas as salas incluindo o consultório necessitam de ampliação, em muitas ocasiões não podem permanecer no mesmo local os usuários e seus familiares. Também é necessária a construção de outro consultório médico com os parâmetros adequados porque em diversas ocasiões os médicos precisam se revezar no espaço; além de uma sala para a esterilização do instrumental, pois no momento compartilhamos a área de esterilização com área contaminada; uma sala de observação e tratamento dos usuários; uma farmácia para estabelecer um espaço para o armazenamento correto

dos medicamentos; um espaço para acondicionamento do lixo da unidade. Garantir o fornecimento de insumos para sutura; e um sistema que permita fazer exames complementares na unidade; implementar um sistema de sinalização, elementos importantes para oferecer o nível máximo de atendimentos de qualidade para usuários e familiares.

A equipe de trabalho é composta por dois médicos clínicos gerais, uma dentista, uma enfermeira e duas técnicas de enfermagem, uma técnica em higiene dental, sete agentes de saúde, um recepcionista e uma funcionária de serviços gerais.

Os encaminhamentos são realizados de acordo com os protocolos estabelecidos para os diferentes agravos às instituições de saúde existentes nos municípios próximos como Tenente Portela, Frederico Westphalen, Ijuí, Três Passos; entre outros.

Temos uma população de 2759 habitantes, distribuída assim:

- Total de gestantes residentes na área acompanhadas: 13
- Total de puérperas: Não temos registro
- Total de crianças menores de um ano: 30
- Mulheres entre 25 e 64 anos: 750
- Mulheres entre 50 e 69 anos: Não temos o registro
- Total de hipertensos com 20 anos ou mais na UBS: 460
- Total de diabéticos com 20 anos ou mais na UBS: 45
- Total de idosos: 377

A unidade sempre fica preparada para atenção á demanda espontânea, não temos problemas com excesso de demanda.

É necessário destacar a importância que tem a realização de reuniões com a equipe, de forma planejada e com um responsável a cada reunião, através das mesmas são realizadas avaliações dos resultados do nosso trabalho; assim como as discussões sobre plano de cuidados e casos específicos dos usuários, além do planejamento de diversas ações para a melhoria dos atendimentos, capacitação dos profissionais e atividades do grupo.

Em relação atenção á saúde da criança em nossa unidade se fazem diferentes ações com este grupo e seus familiares como a aplicação de vacinas, aferição de medidas antropométricas, incentivo ao aleitamento materno e sua importância, orientação para os cuidados com as crianças em todos os ambientes,

prevenção dos acidentes no lar, higiene da criança e do lar, realização do teste do pezinho e orientação para o teste da orelhinha, se fazem as visitas domiciliares oferecendo orientação para os pais e toda a família da criança.

Em nossa unidade não é feita a puericultura, consulta de grande importância que permite avaliar o desenvolvimento de forma integral da criança, se realizam as ações anteriormente expostas, mas não existe um sistema estabelecido, planejado para a atenção á saúde da criança. Acho uma deficiência muito importante e um desafio para a equipe de trabalho e os gestores de saúde o início da implementação desta consulta com o apoio de toda a equipe de saúde incluindo as integrantes do Programa Infância Melhor (PIM) e, os agentes de comunitários de saúde, garantam o nível de qualidade dos atendimentos deste grupo populacional; além da criação do registro onde fiquem todas as ações desenvolvidas com estes usuários, além de um protocolo que oriente o nível dos atendimentos; assim profissionais responsáveis no monitoramento, planejamento, e avaliação deste programa, através da realização das reuniões de equipe, em diferentes momentos e ambientes; e com ótima preparação dos profissionais em relação ao tema.

Em relação á atenção ao pré-natal a equipe de saúde realiza ações para melhorar o estado de saúde das gestantes, como as orientações relacionadas com a alimentação, o controle de peso, a vacinação, a prevenção dos acidentes e das infecções de transmissão sexual, importância do aleitamento materno, da realização dos exames complementares, da atenção odontológica; incentivo do parto fisiológico higiene pessoal, o apoio emocional e psicológico da gestante e sua família; além de fazer as visitas domiciliares de toda equipe de trabalho a estas usuárias, facilitando assim a detecção de elementos que podem alterar o desenvolvimento normal da gravidez através das ações de promoção, prevenção e educação em saúde.

Fazemos atendimentos a gestantes que ficam dentro e fora da área de abrangência, não temos problemas para oferecer serviços para demandas espontâneas, nem para os casos de problemas agudos, oferecemos atendimentos em todos os horários e turnos de trabalho, além de uma vez por semana realizarmos reuniões dos grupos de gestantes onde se faz o controle dos fatores que podem se configurar como agravos destas pacientes além de oferecer temas de interesse para as gestantes.

Também acho importante implementar um sistema de registro que fique sempre atualizado com todas as ações de saúde feitas com estas usuárias, que

permita o uso mais adiante destas informações e a criação do protocolo para este programa; além de um responsável pela avaliação, monitoramento, planejamento do mesmo e desenvolver as reuniões de equipe e conseguindo o nível de conhecimento dos profissionais em relação a este programa. Acredito que desta forma melhoramos a qualidade dos atendimentos oferecidos a estas usuárias e sua família.

Em relação á prevenção do câncer de colo de útero e controle do câncer de mama em nossa unidade realizamos ações muito importantes voltadas para a detecção precoce destes agravos como a realização do citopatológico para mulheres com idade a partir dos 25 anos e com fatores de risco relevantes. Em nossa unidade de saúde também realizamos tratamento das afecções primárias que podem desenvolver estes agravos, as consultas são realizadas de forma que a usuária conheça como fazer em sua casa o autoexame das mamas e assim detectar de forma precoce as lesões primárias. A indicação da mamografia é feita nas consultas, assim como a avaliação dos resultados, de forma contínua. A secretaria de saúde garante o traslado oportuno e rápido destas mulheres para instituições onde realizam estes exames. Funcionam grupos de participação comunitária desenvolvidos em diversos ambientes, se oferecem temas relacionados com os fatores de risco destas enfermidades e ações de promoção, prevenção e educação em saúde, além das visitas domiciliares, onde participa toda a equipe de saúde.

Também consideramos de grande impacto a implementação de um sistema de registro que possibilite o registro de todas as ações feitas pela equipe.

A atenção aos hipertensos e diabéticos em nossa unidade se faz com muito comprometimento por parte da equipe, os profissionais de saúde consideram boa a adesão da comunidade às ações que realizamos. Oferecemos acolhimento e atendimento a estes usuários sem distinção de questões culturais, religião, etnia ou raça, com ações que garantem um bom diagnóstico, tratamento e seguimento, se faz aferição da pressão arterial e das mensurações, vacinação, teste de glicose capilar, assim como as atividades de prevenção, promoção, e educação em saúde para estes agravos, como os grupos de Hiperdia, e outras atividades que estimulam autonomia, interesse, conhecimento destes usuários e suas famílias.

Também acredito que é igualmente importante a implementação do registro estabelecido para as informações, que permita o uso destas mais adiante, com diversos fins; um sistema de pesquisa ativa para detectar os casos novos, seu

diagnóstico precoce, tratamento, seguimento, e o controle dos agravos, assim como fomentar o planejamento, monitoramento, avaliação e discussão dos resultados do trabalho; e contar sempre com um nível de conhecimento dos profissionais em relação a estas doenças, e com um espaço adequado, com equipamentos e medicamentos, que garantam a qualidade dos atendimentos aos usuários e seus familiares.

A atenção à saúde do idoso em todas as unidades de saúde constitui uma prioridade. Nossa instituição oferece acolhimento de qualidade desde a chegada destes usuários, com boa escuta, carinho e harmonia que permitam adesão destes com a equipe de saúde. Procuramos usar uma linguagem clara, tranquila, devagar, com palavras certas de acordo com a idade e nível cultural. Fazemos atendimentos em relação ao problema de saúde da pessoa com diagnóstico precoce, tratamento e seguimento para prevenir suas complicações sempre incluindo a família em seu cuidado; fator que determina a boa resposta às ações feitas pela equipe de trabalho. Assim como sua participação nas atividades de nível comunitário em função da prevenção, promoção, e educação das diferentes doenças crônicas e transmissíveis. Realizamos visitas domiciliares a estes usuários permitindo fazer a detecção precoce das afecções mais comuns e o controle dos diferentes fatores de risco, facilitando a diminuição da morbidade e mortalidade destes pacientes e favorecendo um envelhecimento saudável. Apesar de tudo, necessitamos que as instalações físicas sejam mais adequadas para acolhimento dos idosos em nossa unidade de saúde.

Acredito que ainda são insuficientes as ações realizadas para o idoso, é necessário implementar o protocolo, ou programa que oriente os atendimentos para estes usuários assim como a caderneta do idoso, documento de grande importância que permite registrar informações essenciais para o acompanhamento e coordenação de cuidados de forma integral, a capacidade funcional, fragilidade, etc.

É necessário que um profissional seja responsável pelo monitoramento, planejamento, avaliação dos resultados dos atendimentos, as ações, além de fomentar um registro onde fiquem atualizadas todas as ações desenvolvidas com este público.

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

Desde o início de minha chegada ao município Vista Gaúcha foi muito impactante perceber os costumes, a língua, comportamento social, processos de trabalho em saúde, o relacionamento e a dinâmica de trabalho com a equipe de saúde. Em geral havia muitas dúvidas. Com o decorrer do tempo iniciamos o trabalho sempre compartilhando ideias e experiências entre os profissionais e os diferentes integrantes do sistema de saúde do município.

Através do trabalho desenvolvido com a especialização foram feitas caracterizações da dinâmica do trabalho e da realidade estrutural de unidade.

Com a os subsídios do curso, adquirimos conhecimentos para compreender como deve ser uma estrutura adequada de um serviço de saúde.

Compreendemos as necessidades reais de adequações tanto estruturais quanto de materiais, insumos, recursos humanos, assim como as adequações necessárias para os processos de trabalho.

Fazendo uma comparação do início da especialização sobre a situação de ESF/APS em meu serviço, pude perceber com mais detalhamento agora em nossa UBS que muita coisa precisava realmente ser mudada. O curso proporcionou uma análise melhor do funcionamento de nossa UBS, pois achava que a saúde em Vista Gaúcha funcionava muito bem e que os serviços estavam bem articulados.

Pude verificar através da análise do cotidiano, através do preenchimento dos diversos questionários disponibilizados pelo curso, e através dos estudos sobre o sistema de saúde brasileiro, como precisávamos qualificar as ações no nosso dia a dia, melhorar os aspectos quantitativos e qualitativos da atenção à saúde de nossa população.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

As doenças cardiovasculares são uma das primeiras causas de morte no Brasil e no mundo, onde a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) constituem fatores de risco para estas doenças. Na HAS a prevalência varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. Sendo a HAS e diabetes mellitus doenças frequentes em nossa população, responsáveis por processos patológicos, que atentam e comprometem a vida do usuário, como a cardiopatia isquêmica e as enfermidades cardiovasculares. Dessa forma, ações programáticas voltadas para a atenção à saúde das pessoas portadoras de HAS e DM constituem-se em um grande avanço, capaz de melhorar a qualidade de vida dos usuários, além de ser uma área programática primordial na atenção primária à saúde (BRASIL, 2013).

Nossa Unidade Básica é a única no município que funciona na modalidade Estratégia Saúde da Família (ESF), e está constituída por uma estrutura confortável com razoável iluminação e ventilação, conta com vários espaços, entre eles uma recepção, local de primeiro contato dos usuários com o serviço de saúde. Há uma sala de espera, formada por cadeiras confortáveis, televisão, filtro para água com copos, lixos, e banheiros para os usuários e seus familiares, com janelas que garantem boa ventilação, além de contar com boa iluminação. Também tem dois consultórios médicos com equipamentos que facilitam oferecer atendimentos de qualidade, um consultório odontológico com condições adequadas para os atendimentos, uma sala de curativos, uma sala de vacinas, uma sala onde se faz o exame cito- patológico, os testes para HIV, Hepatite B e C, entre outros, uma cozinha, uma sala para a esterilização e

descontaminação do material, uma sala para os produtos de limpeza, e banheiros para os profissionais.

Conta com uma equipe de saúde composta por três médicos, uma dentista, uma enfermeira, duas técnicas em enfermagem, um recepcionista, sete agentes comunitários de saúde e uma trabalhadora de serviços gerais. Neste serviço de saúde se oferta atendimentos para todos os hipertensos e diabéticos, independente de sexo, raça, etnia, idade, orientação sexual, religião, entre outros.

A equipe de trabalho se acha preparada para oferecer atendimentos aos usuários com problemas agudos e com agravos relacionados com estas doenças crônicas. A hospitalização e os encaminhamentos para especialistas se faz sempre de acordo com o grau e estado de saúde dos usuários, sempre garantindo seu traslado; assim como a realização dos exames complementares e a prescrição dos medicamentos, além de desenvolver atividades educativas com temas relacionados a prevenção de doenças e agravos para hipertensão e diabetes, nos diversos espaços da comunidade. Também são feitas as visitas domiciliares aos pacientes hipertensos e diabéticos, o que facilita detectar de forma precoce as complicações e agravos que podem apresentar estes usuários.

Nossa população total da área de abrangência é de 2759 pessoas, a estimativa de pessoas residentes na área com mais de 20 anos com hipertensão, segundo o CAP é de 617 pessoas, no entanto temos 460 pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência e acompanhadas na UBS, o que representa 75%. Com relação ao número de diabéticos, temos uma estimativa, segundo o CAP, de 176 pessoas residentes na área maiores de 20 anos com diabetes. Atualmente, apenas 45 diabéticos são acompanhados na UBS, o que representa 26%. A grande parte destas pessoas tem idade avançada, com predomínio de idosos, e moram a maioria no interior, em lugares de difícil acesso. Existe boa adesão destes usuários e suas famílias com a equipe de trabalho da unidade, acreditamos que é devido ao bom acolhimento e a boa escuta que lhes oferecemos.

São traçadas atividades de muito interesse nos diferentes espaços da comunidade como nas escolas, indústrias, na unidade de saúde, entre outros, permitindo assim a construção do vínculo e a troca de conhecimento entre os

profissionais da saúde e usuários, diminuindo o grau de ansiedade deles com relação a estas patologias, e prevenindo desta forma suas complicações, sequelas, além de estimular a autonomia, o controle e o conhecimento dos fatores de risco, na medida em que os portadores aprendem a conviver com estas doenças.

O grande desafio para os profissionais da saúde de nossa unidade de saúde é ampliar a cobertura no período estipulado, pois a unidade não tem registros que permitam o uso dos dados para fins de estudo da prevalência. Havia na unidade um computador e um sistema de informação que era alimentado pelos profissionais da UBS, mas os dados foram perdidos.

Atualmente na unidade de saúde existe um sistema de informatização já implementado, onde cada consultório médico, ou sala de atendimentos consta de um computador, mas que não facilita fazer este tipo de gestão, as informações não estão atualizadas, nem registradas, isto nos mostra que precisamos encontrar uma maneira que nos permita ter um registro real e confiável destes usuários e os casos novos, com as ações desenvolvidas nos diferentes momentos, e seu estado atual da doença.

Também é bom expressar a importância que tem a busca ativa dos hipertensos e diabéticos, além de desenvolver e aprofundar as diversas avaliações que devem ser feitas nestes pacientes.

Acreditamos que é possível ampliar a cobertura para estas doenças e mudar a qualidade da saúde e dos atendimentos aos portadores de hipertensão e diabetes, melhorar a qualidade de vida e elevar o grau de satisfação da população com os serviços de saúde médicos ofertados, além de contar com a implementação de estratégias de saúde com o objetivo de conseguir o controle da morbidade e mortalidade por estas doenças crônicas preveníveis e controláveis.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos da USF Vista Gaúcha, em Vista Gaúcha/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 30% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

Meta 3.1: Buscar 100% do hipertenso faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% do diabético faltoso às consultas 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.

Meta 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.

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

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários 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.

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

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

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

Meta 6.5: Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.6: Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.7: Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8: Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

2.3 Metodologia

Esta intervenção está estruturada para ser desenvolvido no período de 12 semanas, na USF Vista Gaúcha, Vista Gaúcha/RS. Participarão da intervenção todos os usuários adultos portadores HAS e/ou DM com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura da Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus

Meta: Cadastrar 80% dos hipertensos e 30% dos diabéticos da área de abrangência da unidade.

Ações que serão desenvolvidas nos 4 eixos:

Eixo Monitoramento e avaliação.

Ações:

-Monitorar o número de hipertensos e de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à HAS e DM da unidade de saúde.

Detalhamento:

-Será feita a revisão das fichas de cadastros de hipertensos e diabéticos semanalmente para fazer o levantamento do número de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Esta ação será feita pelas enfermeiras, na unidade.

-Durante as visitas domiciliares os ACS vão realizar o levantamento em sua micro área identificando os hipertensos e diabéticos que ainda não ficam registrados, também serão identificados os faltosos, com agravos, com atrasos nas consultas, facilitando assim sua adesão a unidade. A responsável por esta ação será a enfermeira que coordenará a ação de forma permanente.

-Durante a vinda dos usuários hipertensos e diabéticos à unidade de saúde, a médica e as enfermeiras farão o cadastro dos usuários com HAS e DM que ainda não estão cadastrados, sendo responsáveis pela ação a médica e a enfermeira, de forma permanente.

No eixo Organização e gestão do serviço.**Ações:**

a) Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento:

-Confecção de um cadastro real das pessoas e famílias portadoras de HAS e DM; sendo toda a equipe de saúde responsável, será feito de forma permanente na unidade básica, usando formulário de cadastro.

-Fomentar acolhimento de qualidade que facilite a adesão com a equipe de saúde e a unidade; sendo os responsáveis toda a equipe de saúde, de forma permanente, desenvolvidos em todos os espaços; através de orientações nas consultas, conversas, visitas domiciliares, participação dos grupos de idosos do município, grupos de *Hiperdia*, indústrias, igrejas, etc.

-Estabelecer o uso de uma agenda onde ficarão registrados todos os atendimentos e consultas com a equipe multidisciplinar dos hipertensos e diabéticos, incluindo as visitas domiciliares, com a participação de toda a equipe de saúde, esse controle será de responsabilidade da enfermeira na unidade.

-Garantir o material e aparelhos adequados e em bom estado de conservação e manutenção para aferição da pressão arterial e para a realização do hemoglicoteste na unidade de saúde, (esfigmomanômetro, fitas métricas, estetoscópio, glicosímetro), garantindo assim a qualidade do acompanhamento e monitoramento da pressão arterial e da glicose sanguínea. Serão responsáveis por esta ação os gestores de saúde, o médico e a enfermeira, desenvolvidas de forma permanente.

Eixo Engajamento público**Ações:**

-Informar a comunidade sobre o Programa de atenção a HAS e DM da saúde.

Detalhamento:

-Conseguir a participação ativa dos usuários portadores de HAS e DM, suas famílias e comunidades em todas as ações desenvolvidas pela equipe de saúde em diferentes espaços como igrejas, escolas, indústrias; através da realização das palestras associadas a estas doenças HAS e DM; através das orientações oferecidas pela equipe de saúde nos diversos momentos e cenários de contato com os usuários, consultas, visitas domiciliares, durante a vacinação, e através dos diversos mecanismos de propaganda e divulgação do município e da unidade de saúde.

-Oferecer educação permanente para a qualificação da prática clínica da equipe de saúde, realizando treinamento para a realização das consultas, periodicidade das consultas, preenchimento de todos os formulários e fichas, cadastramento e todos os registros necessários dos diversos atendimentos de hipertensos e diabéticos nos prontuários clínicos e fichas familiares. Nestas ações serão responsáveis o médico e a enfermeira. Serão realizadas na sala de reuniões, uma vez por semana, aproveitando as reuniões de equipe.

-Orientar as comunidades sobre a importância do conhecimento da hipertensão e diabetes mellitus, assim como o controle dos fatores de risco cardiovascular, os sinais de agravo, as possíveis complicações, formas de prevenção, promoção e educação, a prática de atividade física, alimentação saudável. Estas orientações serão oferecidas através da realização de palestras e atividades vinculadas ao grupo de hipertensos e diabéticos, desenvolvido em diversos espaços da comunidade uma vez por semana, sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade.

Eixo Qualificação da prática clínica.

Ações:

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

Detalhamento:

-Oferecer um plano de capacitações para todos os profissionais que compõem a equipe de saúde, usando o protocolo do Ministério de Saúde. Serão responsáveis a médica e a enfermeira, e as capacitações serão realizadas semanalmente, na sala de reuniões da unidade.

-Capacitar os ACS para o cadastramento, uso dos registros, preenchimento dos registros, nas fichas gerais e individuais, cadernos, cadernetas, entre outros; assim como todos os elementos relacionados a hipertensão e a diabetes. Como responsáveis destas atividades serão a médica e a enfermeira, e elas serão realizadas no salão de reuniões.

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

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

Eixo o Monitoramento e avaliação.

Ações:

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

Detalhamento:

- Garantir todos os instrumentos, aparelhos e, espaços adequados para conseguir realizar exame clínico apropriado aos usuários hipertensos e diabéticos. Sendo responsável o gestor de saúde, de forma permanente, em todos os lugares onde são ofertados os atendimentos, através das informações realizadas e contatos permanentes destas necessidades com o gestor de saúde, oferecendo ideias dos possíveis espaços para garantir esta atividade.

Eixo a Organização e Gestão do Serviço.

Ações:

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

Detalhamento:

-Definir o papel de cada um dos profissionais da equipe de saúde em relação a responsabilidade com os atendimentos ofertados a estes pacientes. Serão responsáveis a médico e a enfermeira, e será feito nas primeiras semanas de início da intervenção, desenvolvidas no salão de reuniões da unidade de saúde, em reunião de equipe.

-Disponer de versão atualizada impressa do protocolo.

Detalhamento:

Solicitar ao gestor de saúde do município a versão impressa do protocolo em quantidade suficiente para consulta e capacitações na UBS.

-Organizar capacitações dirigidas aos profissionais

Detalhamento:

Debater e pactuar com os profissionais da equipe de saúde o protocolo de atendimento aos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus do Ministério da Saúde, adotados na UBS, seguindo o cronograma de capacitações.

Eixo o Engajamento Público

Ações:

-Orientar aos pacientes e a comunidade quanto aos riscos das doenças cardiovasculares decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância do exame dos pulsos, pés e sensibilidade de extremidades.

Detalhamento:

-Será organizado um cronograma de palestras e atividades educativas para todos nossos usuários, familiares e para a comunidade. Utilizaremos diversos espaços da comunidade, como igrejas, indústrias, e outros. Os responsáveis serão o médico e a enfermeira, e as palestras serão realizadas uma vez a semana, com duração de uma hora.

-Planejar um sistema de divulgação que permita difundir a informação em todos os lugares de difícil acesso, com o uso de carro de sons, cartazes, propagandas; uma vez por semana, e gerenciado pelo gestor de saúde, assessorado pelo médico e a enfermeira da UBS.

-Elaborar e confeccionar informações impressas para serem entregues a cada usuário que compareça à nossa unidade. Nesses informativos deverão conter informações sobre HAS e DM. Serão responsáveis todos os membros da equipe de saúde, e desenvolvidas durante o projeto.

Eixo a Prática Clínica.

Ações:

-Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento:

-Capacitar a equipe da UBS sobre HAS e DM; utilizando o protocolo adotado na unidade de saúde, na primeira semana da intervenção. Essa capacitação será realizada pela médica e enfermeira.

-Planejar um cronograma de capacitações diferenciadas em relação às necessidades básicas de aprendizagem de cada grupo de profissionais, no exame clínico dos pacientes portadores de HAS e DM. Serão feitas no início da intervenção, e serão responsáveis o médico e a enfermeira, utilizando a sala de reuniões e os protocolos do Ministério de Saúde.

Meta 2.2 Garantir a 100% dos hipertensos e dos diabéticos a realização dos exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Eixo Monitoramento e avaliação

Ações:

-Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames complementares de acordo com o protocolo adotado pela Unidade de saúde.

Detalhamento:

-Implantar um sistema de controle para revisão e acompanhamento da realização dos exames complementares. Serão responsáveis a enfermeira, que realizará o monitoramento através das fichas individuais dos usuários, fichas espelhos e prontuário eletrônico. Esse controle será feito na unidade, de forma contínua.

Eixo organização e gestão de serviço:

Ações:

-Garantir a solicitação dos exames complementares para os usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento:

-A solicitação dos exames será realizada nos diversos atendimentos e avaliações clínicas feitas pelos profissionais que oferecem atendimentos aos usuários hipertensos e diabéticos. A solicitação será feita sempre de acordo com os critérios clínicos adequados. Como responsáveis, serão o médico e a enfermeira.

Ações:

-Garantir a realização e a disponibilidade de forma contínua dos exames a serem realizados pelos usuários hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS.

Detalhamento:

-Garantir boas condições no laboratório que garantam a realização oportuna dos exames complementares, sendo responsáveis o gestor de saúde e a enfermeira, de forma permanente.

Ações:

-Acompanhar e monitorar os resultados dos exames complementares.

Detalhamento:

-Implementar o sistema de registro na unidade que garanta o controle e acompanhamento dos resultados dos exames assim como um sistema de alerta para os exames preconizados, estas ações se cumprirão de forma permanente e terão como responsáveis o médico e a enfermeira; na unidade de saúde.

Eixo Engajamento Público.

Ações:

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

Detalhamento:

-Oferecer orientações de forma permanente aos usuários e seus familiares durante os atendimentos em relação à importância de realizar os exames complementares, sendo responsável toda a equipe de saúde.

-Implantar sistema de informação que facilite chegar aos pacientes com dificuldade para visitar a unidade como acamados, prostrados, amputados, que moram em lugares de difícil acesso, entre outros, as informações sobre a realização dos exames complementares e sua importância, sendo responsáveis o gestor de saúde e toda a equipe de saúde, de forma permanente, nos diferentes espaços de atuação da equipe.

Eixo Qualificação da Prática Clínica.

Ações:

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

Detalhamento:

-Programar sessões de capacitações para todos os integrantes da equipe de saúde, com diversos temas, incluindo solicitação de exames complementares, sendo responsáveis a médica e a enfermeira, na primeira semana da intervenção, na sala de reuniões.

-Oferecer capacitações aos ACS com temas relacionados às orientações em relação aos exames complementares e sua realização, coleta, resultados, entre outros; sendo responsável a enfermeira.

Meta 2.3 Priorizar a prescrição dos medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Eixo Monitoramento e Avaliação

Ações:

-Monitorar o acesso aos medicamentos da farmácia popular e hospitalar.

Detalhamento:

-Realizar visitas nos diversos horários às farmácias do município que permita a avaliação do acesso e disponibilidade dos medicamentos pelos usuários, uma vez por semana. Serão responsáveis por esta ação toda a equipe de saúde e o gestor de saúde do município, assim como os trabalhadores da instituição.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ações:

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

Detalhamento:

-Realizar levantamento das necessidades de medicamentos dos usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na UBS, com o intuito de garantir o fornecimento das necessidades reais dos medicamentos para este grupo de usuários. Serão responsáveis o gestor de saúde do município e funcionário da farmácia, este levantamento será feito semanalmente.

No eixo Engajamento Público:**Ações:**

-Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da farmácia popular/hospitalar e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento:

-Através dos encontros dos diferentes espaços com os usuários portadores desta doença, oferecer informação sobre o direito de acesso aos medicamentos das diversas farmácias do município.

Eixo Qualificação da Prática Clínica:**Ações:**

-Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.

Detalhamento:

-Desenvolver capacitações e atualizações para a equipe de saúde no que se refere ao tratamento da hipertensão e da diabetes. Utilizaremos o protocolo do Ministério da Saúde de 2009 como literatura. As capacitações serão realizadas na sala de reuniões da UBS, nas primeiras três semanas da intervenção e terão como responsáveis a médica e a enfermeira.

Ações:

-Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da farmácia popular/hospitalar.

Detalhamento:

-Garantir capacitações dirigidas a nossa equipe de trabalho em relação a capacidade de orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos das farmácias do município. Serão responsáveis a médica e a enfermeira e o local onde realizaremos as capacitações será na sala de reuniões da UBS, nas primeiras três semanas da intervenção.

Meta 2.4. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e dos diabéticos.

Eixo Monitoramento e avaliação

Ações:

-Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam atendimentos odontológicos.

Detalhamento:

-Registrar nas fichas individuais os atendimentos odontológicos realizados aos usuários hipertensos e diabéticos. Serão responsáveis a dentista e a auxiliar de consultório dentário, de forma permanente, nas consultas.

-Confeccionar um formulário onde fiquem registrados os atendimentos odontológicos assim como os que ainda não foram realizados para identificação e busca ativa, sendo responsável a enfermagem que fará esse monitoramento de forma semanal.

-Orientar os pacientes sobre a importância da atenção odontológica, suas consequências, e acompanhamento. Responsáveis: dentista, auxiliar de consultório dentário, ACS; nos diferentes espaços de atuação, de forma permanente.

-Organizar uma agenda específica para os atendimentos dos usuários hipertensos e/ou diabéticos com necessidades odontológicas. A dentista e sua auxiliar serão responsáveis pela agenda.

Eixo Organização e gestão do serviço**Ações:**

-Organizar a agenda para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos e para a realização das consultas odontológicas.

Detalhamento:

-Fazer levantamento dos hipertensos e diabéticos com necessidades odontológicas, feitos pela equipe de saúde; de forma permanente.

-Garantir consultas odontológicas por demanda espontânea e por consultas agendadas para os usuários hipertensos e diabéticos da unidade, sendo os responsáveis a dentista e a auxiliar do consultório odontológico.

-Garantir uma agenda de atendimentos para os usuários hipertensos e diabéticos já sinalizados com necessidade de atendimentos odontológicos, sendo responsável de forma permanente a equipe de saúde bucal da UBS.

Eixo Engajamento Público.

Ações:

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

Detalhamento:

-Desenvolver palestras cujos temas sejam voltados para informações sobre a importância da atenção à saúde bucal para os usuários hipertensos e diabéticos. Serão responsáveis a dentista e consultório dentário. As palestras serão realizadas uma vez por semana, nos diversos espaços da comunidade e na UBS.

-Utilizar de forma adequada os espaços das consultas para incentivar a importância de desenvolver uma boa higiene bucal pessoal. Serão responsáveis a dentista e sua auxiliar, durante as consultas e de forma permanente.

-Divulgar a importância da saúde bucal desde os primeiros anos de vida, além de insistir com os usuários hipertensos e diabéticos, sendo responsáveis dentista e sua auxiliar de odontologia, nos diferentes espaços da comunidade, de forma permanente, através de cartazes, folders, e outros materiais educativos disponíveis.

Eixo Qualificação da Prática Clínica.

Ações:

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

Detalhamento:

-Realizar capacitações para a equipe de saúde em relação à avaliação da necessidade de atendimento odontológico, principalmente nos usuários hipertensos e diabéticos, na unidade, organizada pela equipe de saúde bucal, uma vez por semana no início da intervenção com duração de uma hora, nas primeiras três semanas da intervenção.

-Detalhar as responsabilidades de cada um dos integrantes da equipe de saúde na intervenção, assim como a utilização das fichas individuais, fichas espelhos, prontuário eletrônico.

Objetivo 3: Adesão

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

Eixo Monitoramento e avaliação.

Ações:

-Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo.

Detalhamento:

-Realizar o controle do cumprimento das consultas dos usuários hipertensos e diabéticos, através da verificação semanal por parte da enfermeira da equipe de saúde.

-Elaborar semanalmente planos de controle dirigidos aos pacientes faltosos, com ausência de avaliações, entre outros. Serão responsáveis o médico e a enfermagem, na unidade de saúde.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ações:

-Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos, para a detecção de problemas e agravos.

Detalhamento:

-Através do trabalho feito pelos agentes de saúde se fornecerá uma agenda para realizar as visitas aos pacientes hipertensos e diabéticos faltosos, com ausência de alguma avaliação, com sinais de agravos e os usuários detectados na busca ativa como caso novo. Serão responsáveis a enfermeira e os agentes comunitários de saúde.

No eixo Engajamento Público.

Ações:

-Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento:

-Estabelecer uma forma de comunicação com a comunidade para informá-la sobre a intervenção, assim como as avaliações desenvolvidas, a periodicidade das consultas, através de carro do som, cartazes e verbalmente durante as consultas.

-Realizar palestras para a comunidade nos diversos espaços da área de abrangência, que facilitem o conhecimento por parte dos usuários sobre a importância de comparecer às consultas e da intervenção desenvolvida para os hipertensos e diabéticos, com vistas a melhorar a adesão destes à nossa equipe de saúde. Serão responsáveis o médico e a enfermeira, nos diversos espaços da comunidade e durante os encontros do grupo de *Hiperdia*. Terá duração de três horas, nas terças feiras.

Eixo Qualificação da Prática Clínica.

Ações:

-Treinar os ACS para orientação dos hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento:

-Realizar capacitação dirigida aos ACS, em relação à HAS e DM, que amplie seu nível de conhecimento sobre o tema, especialmente sobre a importância da realização das consultas de acompanhamento e sua periodicidade, e assim dar mais segurança aos ACS para as orientações à população. Serão responsáveis o médico e a enfermeira, uma vez por semana, 1 hora de duração, serão feitas nas duas primeiras semanas da intervenção.

Objetivo 4: Registro

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

No eixo Monitoramento e avaliação.

Ações:

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

Detalhamento:

-Estabelecer um sistema de controle da qualidade para a atualização dos dados nos diferentes registros para pacientes hipertensos e diabéticos.

Serão responsáveis o médico e a enfermeira, de forma permanente, nos diferentes espaços, como igrejas, indústrias, grupos de idosos, unidade básica, hospital, farmácias populares, grupos de *Hiperdia*, etc.

-Fornecer um caderno, documento ou livro que permita registrar as diferentes avaliações feitas aos usuários hipertensos e diabéticos. Serão responsáveis o médico e a enfermeira; através de uma planilha eletrônica fornecida pela equipe de saúde em forma de registro e um livro, atualizado semanalmente.

Eixo Organização e Gestão do Serviço.

Ações:

-Implementar planilha\registro específico de acompanhamento.

Detalhamento:

-Fornecer e estabelecer o uso de cadernetas, prontuários, fichas espelhos, livros, que permitam registrar as avaliações e as diversas ações desenvolvidas com os hipertensos e diabéticos. Serão responsáveis o médico, a enfermeira e recepcionista, de forma permanente, em todos os espaços das comunidades.

No eixo Engajamento Público:

Ações:

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

Detalhamento:

-Nas palestras onde serão oferecidas orientações para os usuários hipertensos e diabéticos e para a comunidade em geral, deverá ser comunicado sobre os direitos da manutenção de seus registros de saúde e a importância do mesmo. Será responsável a enfermeira, nos diversos espaços, de forma permanente.

Eixo Qualificação da Prática Clínica.

Ações:

-Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e do diabético.

Detalhamento:

-Desenvolver e planejar capacitações relacionadas com o preenchimento dos dados nos diferentes registros para os usuários hipertensos e diabéticos. Estas capacitações serão realizadas nas duas primeiras semanas da intervenção, e serão conduzidas pelo médico e pela enfermeira.

Meta 4.2. Manter registro e controle do peso, pressão arterial (PA), índice de massa corpórea (IMC), resultados de controles metabólicos, e eletrocardiográficos na ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Eixo Monitoramento e avaliação.

Ações:

-Monitorar o cumprimento do registro e controle do peso, PA, IMC, resultados dos controles metabólicos e eletrocardiográficos, exame clínico de pulsos arteriais e exame dos pés na ficha de acompanhamento dos hipertensos e dos diabéticos.

Detalhamento:

-Estabelecer um controle semanal para verificar o cumprimento dos registros de peso, PA, IMC, resultados dos exames, ECG e exames clínicos dos pulsos e dos pés. Serão responsáveis o médico e a enfermeira, na UBS.

-Criação do sistema de registro que garanta o controle da realização de todas as ações desenvolvidas nos pacientes hipertensos e diabéticos, na unidade de saúde com acesso aos profissionais da equipe, se atualizará semanalmente, com uso de computadores da unidade e livro onde se registrarão todos os eventos relacionados com a intervenção. Sendo responsáveis o médico e a enfermeira, semanalmente, na unidade de saúde.

Eixo Qualificação da Prática Clínica.

Ações:

-Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado do Peso, PA, IMC, e os exames complementares em todas as consultas.

Detalhamento:

-Realizar capacitações dirigidas a toda a equipe de saúde permitindo assim desenvolver o preenchimento adequado dos dados nos diferentes registros dos usuários diabéticos e hipertensos. Serão responsáveis o médico e a enfermeira, nas primeiras semanas da investigação, duração de duas horas, nas três primeiras semanas da intervenção.

Objetivo 5: Avaliação de Risco

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

Eixo Monitoramento e avaliação.

Ações:

-Monitorar o número de pacientes hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma estratificação de risco por ano.

Detalhamento:

-Implementar um sistema de registro, documento na unidade de saúde que permita realizar revisões e controles mensais assim como avaliações feitas pelos profissionais, dos resultados das ações ou atividades desenvolvidas com os usuários, principalmente hipertensos e diabéticos. Terá como responsáveis o médico e a enfermeira.

Eixo Organização e Gestão do serviço.

Ações:

-Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.

Detalhamento:

-Disponibilizar horários na agenda para atendimento dos usuários avaliados com alto risco. Será responsável a enfermeira, os ACS e as técnicas em enfermagem. Os ACS farão busca ativa dos usuários com risco alto e lhes informará sobre a garantia de agenda para suas consultas.

Eixo o Engajamento Público.

Ações:

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

Detalhamento:

-Garantir orientação aos usuários com relação a adesão, ao nível de risco e sua importância do acompanhamento regular, através do desenvolvimento de palestras e outras atividades educativas. Serão responsáveis a médica e a enfermeira e terá periodicidade mensal.

Ações:

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

Detalhamento:

-Garantir a orientações dos usuários das diferentes comunidades o conhecimento do controle dos fatores de risco modificáveis, através das palestras, as visitas domiciliares, as consultas, meios de propagandas, dentre outros, responsáveis a equipe de saúde, nos diversos contatos com os usuários, de forma permanente.

Eixo Qualificação da Prática Clínica:

Ações:

-Capacitar a equipe sobre o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento:

-Realizar capacitações direcionadas para a equipe de saúde que aprofunde o conhecimento sobre os principais fatores de risco para HAS e DM e sobre as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. As capacitações serão desenvolvidas na UBS, na sala de reuniões, e terão duração de uma hora. Serão responsáveis o médico e as enfermeiras.

Ações:

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

Detalhamento:

-Realizar capacitações dirigidas a equipe de saúde em relação á estratificação de risco, ou de lesões de órgãos alvo. Utilizaremos o protocolo do Ministério a Saúde utilizando os espaços das reuniões de equipe. Serão

responsáveis a médica e a enfermeira, e serão feitas nas primeiras três semanas da intervenção.

Ações:

-Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento:

-Implementar capacitações para a equipe de saúde em relação a importância dos registros das avaliações. Serão responsáveis a médica e a enfermeira e serão realizadas nas primeiras três semanas da intervenção, na sala de reuniões da UBS.

Objetivo 6: Promoção da Saúde.

Meta 6.1 Oferecer orientações sobre a prática de hábitos alimentares saudáveis a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Eixo Monitoramento e avaliação.

Ações:

-Monitorar a realização de orientações nutricionais aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento:

-Observar semanalmente na ficha espelho se as orientações sobre a prática de hábitos alimentares saudáveis para os hipertensos e diabéticos foram fornecidas. Serão responsáveis a médica e a enfermeira.

Eixo Organização e Gestão do Serviço:

Ações:

-Envolver a nutricionista nas diversas atividades sobre alimentação saudável.

Detalhamento:

-Solicitar ao gestor de saúde a inclusão e participação da nutricionista nas diversas atividades sobre alimentação saudável, previstas na intervenção, qualificando as avaliações e ações nutricionais desenvolvidas com estes usuários hipertensos e diabéticos. Os responsáveis por esta articulação serão a enfermeira e o gestor de saúde.

Eixo Engajamento Público:

Ações:

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

Detalhamento:

-Através das palestras, encontro dos grupos de *Hiperdia*, consultas, visitas domiciliares, fornecer orientações sobre a importância da prática de uma alimentação saudável. Será responsável por esta ação toda a equipe de saúde, de forma permanente, em todos os espaços de atuação dos profissionais com os pacientes hipertensos e diabéticos.

Eixo Qualificação da Prática Clínica:

Ações:

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

Detalhamento:

-Realizar capacitações direcionadas a equipe de saúde que permita aprofundar os conhecimentos sobre alimentação saudável. Serão responsáveis a médica e as enfermeiras, e serão realizadas nas duas primeiras semanas da intervenção, com duração de uma hora, na sala de reuniões.

Meta. 6.2 Oferecer orientações sobre prática da atividade física a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Eixo Monitoramento e Avaliação:

Ações:

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

Detalhamento:

-Observar semanalmente na ficha espelho se as orientações sobre a prática regular de atividade física foi realizada para os hipertensos e diabéticos. Serão responsáveis a médica e a enfermeira.

Eixo Organização e Gestão do serviço:

Ações:

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

Detalhamento:

-Realizar visitas aos centros educacionais em companhia do gestor de saúde, com o objetivo de envolver os profissionais da educação física na intervenção. Serão responsáveis a enfermeira e o gestor de saúde, uma vez por semana, duração uma hora, nos diversos espaços da comunidade.

Eixo Engajamento Público;

Ações:

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

Detalhamento:

-Implementar meios de divulgação de promoção à saúde, e prevenção de agravos que estimulem a prática da atividade física regular, através de carro de sons, cartazes, palestras, durante as consultas, encontros do grupo de *Hiperdia*. Os responsáveis serão toda a equipe de saúde, nos diversos espaços de atuação dos profissionais com os pacientes hipertensos e diabéticos.

Eixo Qualificação da Prática Clínica:

Ações:

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

Detalhamento:

-Realizar capacitações direcionadas a equipe de saúde que permitam aprofundar os conhecimentos sobre a promoção da prática de atividade física regular. Serão responsáveis a médica e as enfermeiras, e serão realizadas nas duas primeiras semanas da intervenção, com duração de uma hora, na sala de reuniões.

Meta 6.3 Oferecer orientações sobre os riscos de tabagismo e suas complicações a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Eixo Monitoramento e Avaliação:

Ações:

-Monitorar a realização de orientações sobre o risco de tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento:

-Observar semanalmente na ficha espelho se as orientações sobre os riscos do tabagismo foram fornecidas para os usuários hipertensos e diabéticos. Serão responsáveis a médica e a enfermeira.

Eixo Organização e Gestão do Serviço:

Ações:

-Solicitar ao gestor a compra oportuna e em quantidade suficiente de medicamentos para o tratamento do tabagismo.

Detalhamento:

-Estabelecer um sistema de informação permanente e oportuna com o gestor de saúde em relação às necessidades de medicação que facilite o cumprimento do tratamento do tabagismo. A responsável será a enfermeira, a informação será levantada uma vez por semana, na unidade de saúde.

Eixo Engajamento Público:

Ações:

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

Detalhamento:

-Implementar meios de divulgação que alertem para os riscos do tabagismo e sobre a existência de tratamento para abandono do tabagismo na UBS. A enfermeira da equipe será a responsável por esta ação.

Eixo Qualificação da Prática Clínica:

Ações:

-Aprofundar a preparação da equipe de saúde sobre o tratamento para abandono do tabagismo.

Detalhamento:

-Realizar capacitações direcionadas a equipe de saúde com o intuito de capacitá-la para o tratamento de cessação do tabagismo. Serão realizadas uma vez por semana, nas duas primeiras semanas da intervenção, com uma hora de duração, e terão como responsáveis a médica e as enfermeiras, na sala de reuniões da unidade de saúde.

Meta. 6.4. Oferecer orientações sobre a importância da saúde bucal, e seus cuidados a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Eixo Monitoramento e Avaliação:

Ações:

-Planejar e monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista.

Detalhamento:

-Implementar um registro que facilite o controle das consultas odontológicas dos pacientes hipertensos e diabéticos, assim como os documentos individuais dos mesmos. Os responsáveis serão todos os membros da equipe de trabalho. e será feito através de uma tabela digitalizada no computador na unidade, e um livro específico para registro das consultas odontológicas.

Eixo Organização e Gestão do Serviço:

Ações:

-Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção individualizada aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento:

-Implementar um sistema de agendamento na unidade de saúde que facilite a atenção à saúde bucal dos usuários hipertensos e diabéticos. Serão responsáveis a odontóloga e sua auxiliar. A organização será semanal.

Eixo Engajamento Público:

Ações:

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

Detalhamento:

-Facilitar atividades que possibilitem fornecer orientações sobre a importância da saúde bucal dos diabéticos, hipertensos e seus familiares, através de conversas de grupos, de visitas domiciliares onde participe toda a equipe de saúde. Serão responsáveis o dentista e sua técnica de odontologia.

Ações:

- Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista, e fortalecer as ações comunitárias sobre saúde bucal.

Detalhamento:

-Organizar um sistema de demanda planejada e espontânea que permita o acesso destes usuários aos serviços odontológicos e assim melhorar seu estado de saúde bucal, através da coordenação com os profissionais da especialidade e o gestor de saúde, garantindo de forma permanente todos os materiais necessários para o cumprimento desta atividade.

Eixo Qualificação da Prática Clínica:

Ações:

-Capacitar a equipe para a avaliação, tratamento e acompanhamento da saúde bucal dos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento:

-Realizar capacitações direcionadas a equipe de saúde com o intuito de capacitá-la para realizar orientações de saúde bucal aos hipertensos e diabéticos. Serão realizadas uma vez por semana, nas duas primeiras semanas da intervenção, com uma hora de duração, e terão como responsáveis a médica e as enfermeiras, na sala de reuniões da unidade de saúde.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1 Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1 Cadastrar 80% 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 a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Meta 1.2. Cadastrar 30% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 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 á Hipertensão Arterial e á Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador :Número total 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% de hipertensos.

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

Numerador :Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

Meta 2.2.Realizar exame clínico apropriado em 100% de diabéticos.

Indicador 4: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador :Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Meta 2.5. Priorizar a prescrição e entrega de medicamentos da farmácia popular para 100% 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 total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição e entrega de medicamentos da farmácia popular para 100% 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 total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimentos odontológicos em 100% dos hipertensos.

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

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

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

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimentos odontológicos em 100% de diabéticos.

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

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimentos odontológicos.

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

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

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

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

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

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 total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

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

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 pacientes hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5: Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6: Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7: Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8: Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

No processo de desenvolvimento de nosso projeto de intervenção é de muito interesse prover as ações que vão fornecer as mesmas com diversos recursos tanto materiais, equipamentos, e informações; que permitam fomentar um grupo de ações para assegurar o cumprimento dos planos e estratégias da intervenção.

A Intervenção será realizada na unidade básica que corresponde ao município Vista Gaúcha, com usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

Utilizaremos o Protocolo de Tratamento da Hipertensão e Diabetes do Ministério de Saúde (2013), Caderno de Atenção Básica de Hipertensão e Diabetes (2013), Caderno de Atenção Básica Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, Secretaria de Atenção Básica a Saúde, Cadernos de Atenção

Básica nº15 e 19. Todos estes documentos serão impressos pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e ficarão na Unidade Básica de Saúde (UBS) para a utilização de toda a equipe de saúde.

Serão utilizadas diversas estratégias para a divulgação das atividades que serão realizadas para atender o programa de atenção ao hipertenso e ao diabético, cartazes, carro de som, a própria equipe durante as visitas domiciliares e durante as atividades de rotina da UBS, os cartazes e folders serão confeccionados pela equipe e solicitados a impressão para a SMS. Com isso pretendemos envolver a população nas nossas ações fazendo com que ela participe efetivamente das ações da UBS, especialmente daquelas voltadas para a atenção ao hipertenso e diabético.

Buscaremos o apoio do gestor de saúde local para garantir insumos e recursos para desenvolver o projeto de intervenção. Será necessário um número suficiente de aparelhos e materiais como esfigmomanômetros, estetoscópios, fitas métricas, glicosímetros, fichas espelho impressas.

Implementaremos o protocolo para estes agravos, além de fornecer um registro específico onde ficarão todas as ações, os atendimentos feitos aos usuários cadastrados no programa terão seus registros em prontuário eletrônico, planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso e fichas espelho também disponibilizada pelo curso e impressa pela SMS.

Para garantir o acolhimento as consultas continuarão sendo realizadas às quartas feiras, com uma duração de três horas, e com o total de quatro mensais, além das consultas não agendadas ou consultas de demanda espontânea (aos usuários que precisarem).

As visitas domiciliares continuarão sendo realizadas, de acordo com a micro área de cada ACS, com o intuito de realizar busca ativa de faltosos das consultas, consultas em domicílio de acordo com a necessidade e de acordo com os sinais de agravo e com fatores de risco cardiovascular. Usuários sem consulta com a equipe de saúde serão encaminhados à UBS para as consultas de acordo com a necessidade de cada um.

Serão realizadas avaliações de risco pelas enfermeiras. Os exames, a avaliação antropométrica (peso, altura, Índice de Massa Corporal, circunferência abdominal) a determinação dos fatores de risco serão realizadas pelo médico e enfermeiro, que devem registrar as avaliações nos prontuários

de casa usuário.

O controle das informações e registros dos procedimentos desenvolvidos na intervenção serão realizados pelo livro ou caderno, onde ficarão registradas todas as informações, permitindo assim fazer avaliações dos diferentes indicadores, de forma permanente e confiável. Serão responsáveis por esse controle o médico e as enfermeiras. Para este processo usaremos o notebook instalado na unidade específico para a intervenção, usando assim o editor de texto Microsoft Word e Planilhas Excel.

Para enriquecer, alinhar e fortalecer o conhecimento da equipe, faremos trocas de vivências e experiências entre todos os componentes da equipe, incluindo as enfermeiras, os agentes de saúde, dentista, médicos, técnicas em enfermagem, esses encontros serão coordenados pela médica e a enfermeira; cada integrante da equipe fará também um estudo individual, garantindo assim a consolidação dos conhecimentos. Começaremos com o tema a importância do acolhimento, a ética, o segredo profissional, segurança, confiança, entre outros.

O acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos descompensados com intercorrências ou situações agudas que procuram nosso serviço de emergência, serão atendidos com prioridade por nossa auxiliar de enfermagem na recepção na UBS e encaminhados para o pronto atendimento se necessário, em caso da impossibilidade de ser acolhido pela enfermeira, o usuário será encaminhado direto para o médico. Os usuários que procurem atendimentos de rotina serão agendados com um tempo não superior que três dias; e para agendar os provenientes das buscas ativas feitas pelos agentes de saúde, iremos dispor de 10 consultas na semana.

Uma vez já planejada a Intervenção, será feita uma reunião com os líderes comunitários, fazendo uma exposição dos objetivos principais do projeto de intervenção e sua importância, sensibilizando para a situação atual que têm estes pacientes na comunidade, os resultados esperados com a intervenção. Serão responsáveis por esta ação os médicos e enfermeira, e deve ser desenvolvida de forma planejada antes de iniciar a investigação.

Serão desenvolvidos um sistema de palestras nos diferentes espaços da comunidade, assim como o mecanismo de divulgação dessas atividades as quais serão realizadas nas igrejas, escolas, indústrias e outros locais

disponíveis na comunidade. Serão temas para esses encontros os fatores de risco para a doença e a importância de modificar os mesmos, as medidas de prevenção, entre outros temas.

3. Relatório da intervenção

A intervenção foi implementada na nossa unidade de saúde pertencente ao município Vista Gaúcha, localizada na região norte do Estado do Rio Grande do Sul, que consta com uma população de aproximadamente 2700 habitantes. A mesma é situada no centro da cidade e consta com um local habilitado de recursos e materiais próprios para desenvolver as ações de saúde de que necessita a população da área de abrangência, caracterizadas por consultórios médicos e odontológicos, salas de recepção, salas de curativo, sala de vacinas, salas para preventivos, salão de reuniões, banheiros, cozinha, sala de esterilização entre outros. Além de contar com profissionais da saúde que compõem nossa equipe de trabalho como médicos, dentistas, enfermeiras, técnica de enfermagem, agentes comunitários de saúde, recepcionista e serviços gerais.

Desde o início da intervenção, foram traçados todas as estratégias imprescindíveis que facilitaram e permitiram a implementação da intervenção, como por exemplo, o contato com os diversos líderes da comunidade, com os gestores de saúde, prefeito, trabalhadores da prefeitura e reuniões com os profissionais integrantes da equipe de saúde.

Solicitamos todos os recursos e matérias imprescindíveis para desenvolver a intervenção, como fitas de glicosimetria, glicosímetro, esfigmomanômetros, estetoscópios, folhas de papel, livros, computadores, canetas, impressos, entre outros.

Utilizamos para consulta e para estudos o Protocolo do Ministério de Saúde para o tratamento da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e os Cadernos de Atenção Básica de Hipertensão e Diabetes, além de outras bibliografias específicas para o controle e manejo da hipertensão e diabetes.

Realizamos encontros e reuniões para troca de experiências e ideias, para análise das alternativas para o desenvolvimento da intervenção. Realizamos capacitações para os profissionais de saúde, e logo no início da intervenção determinamos o papel de cada integrante da equipe.

A intervenção foi planejada inicialmente para ser desenvolvida em 16 semanas, mas devido às férias e a minha transferência de município foi encurtada para 12 semanas.

Desde o primeiro momento que iniciamos a intervenção, apesar de todas as ações realizadas e todo o esforço da equipe, tivemos pouco apoio por parte da gestão de saúde do município, a qual não facilitou a disseminação da informação, o fornecimento dos materiais necessários para o desenvolvimento das atividades.

Houve irregularidade no preenchimento dos dados na ficha espelho, as visitas domiciliares foram realizadas de forma insuficiente, assim como as buscas ativas.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Com o desenvolvimento da intervenção neste período de três meses conseguimos cadastrar no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes 290 hipertensos existentes em nossa área de abrangência, que corresponde a 63%, e 38 diabéticos que corresponde a 84,4%. Apesar do trabalho desenvolvido e do esforço da equipe não foi possível atingir as metas estabelecidas deste indicador de cobertura. A maioria dos usuários portadores destes agravos são idosos com dificuldade para comparecer à unidade e moram em lugares de difícil acesso.

O monitoramento aconteceu de forma satisfatória apesar das dificuldades iniciais ocorridas em decorrência das férias e da fragilidade inicial da equipe de trabalho que não se sentia segura para conduzir a intervenção sem a minha presença.

Desenvolvemos um registro digital onde são incluídos todos os usuários portadores de hipertensão e diabetes, com dados que caracterizam os mesmos como nome e sobrenome, endereço, patologia, data de nascimento, data de consulta, exames complementares, orientações, data de consulta odontológica.

Foram desenvolvidas as visitas domiciliares de acordo com o planejamento semanal, as visitas eram realizadas principalmente para os idosos portadores de HAS e DM. O clima dificultou um pouco a realização das consultas, pois foi um período de muitas chuvas na região.

Visitamos as farmácias hospitalar e popular, verificando o atendimento à demanda dos usuários por medicamentos, assim como o abastecimento dos mesmos, a dificuldade com as prescrições, quantidade e variedade. Desenvolvemos reuniões

com os representantes políticos do município, fazendo a exposição do Projeto da Intervenção, em busca de apoio.

Fizemos alguns encontros com a comunidade e profissionais da UBS e do hospital municipal como o objetivo de aprofundar e atualizar o conhecimento sobre a hipertensão e diabetes.

Os encontros do grupo de hipertensos e diabéticos foram desenvolvidos pelos profissionais da UBS, percebemos que apesar das ações e a participação da equipe da unidade, divulgação e planejamento, ainda é incipiente a participação dos usuários portadores de hipertensão e diabetes. A quantidade de pessoas que participam destas atividades ainda não é representativa para o total de usuários portadores destes agravos no município. As pessoas que mais necessitam, geralmente não compareciam às reuniões.

Os ACS foram capacitados para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde, a equipe da unidade de saúde foi capacitada para a verificação da pressão arterial de forma criteriosa e sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da farmácia popular para tratamento da HAS e da DM e sobre a avaliação e tratamento odontológico do hipertenso e/ou diabético. Os ACS foram treinados para a orientação de hipertensos e/ou diabéticos quanto à realização das consultas e sua periodicidade.

A equipe foi treinada para o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e/ou diabético, foi capacitada também para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, para realizar estratificação de risco segundo o escore de *Framingham* e de lesões em órgãos alvo, para a importância do registro desta avaliação, quanto às estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, sobre as práticas de alimentação saudável sobre as metodologias de educação em saúde, sempre respeitando o conhecimento anterior do usuário. Todos os membros da equipe foram orientados sobre a promoção da prática de atividade física regular, para o tratamento de tabagistas, sobre a importância da higiene bucal e dos cuidados sobre a saúde bucal do hipertenso e do diabético. Para essas atividades contamos com os profissionais especialistas da área como o dentista, a nutricionista, enfermeira, médicos, entre outros.

A equipe foi capacitada para o exame clínico apropriado e para a solicitação de exames complementares, de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde, foi atualizada no tratamento da HAS e da DM. Estas capacitações ocorreram na unidade de saúde, contudo não puderam ser realizadas como planejado devido minha

saída do município, fato pelo qual se tornou difícil o cumprimento destas ações programadas, principalmente porque muitas capacitações estavam sob minha responsabilidade.

3.2 Ações previstas e não realizadas

Durante o desenvolvimento da intervenção enfrentamos diversas dificuldades, as mesmas contribuíram para que não conseguíssemos atingir as metas propostas e estabelecidas pela intervenção. Dentro das dificuldades que foram enfrentadas no cumprimento das ações propostas no projeto e uma delas foi inicialmente a minha instabilidade desde que iniciei a intervenção, pois havia a real possibilidade de minha mudança para outro município. Esta notícia atrasou o início da intervenção. Também tivemos dias de muitas chuvas na região, o que dificultou a vinda dos usuários à unidade de saúde, além de dificultar também o acesso da equipe a alguns domicílios mais distantes da Unidade.

Apesar das consultas de odontologia realizadas, o número de odontólogo na UBS é insuficiente para atender a demanda da área de abrangência, mesmo assim as ações educativas para saúde bucal foram realizadas.

3.3 Aspectos relativos à sistematização de dados

Não apresentamos dificuldade em relação à coleta dos dados com o uso da ficha espelho de cada usuário atendido, de uma forma adequada e dinâmica responderam as diversas perguntas para a coleta de dados. Tivemos dificuldade para incorporar os registros e os dados na ficha espelho, já que nem toda a equipe realizava os registros de forma contínua, alguns se esqueciam de registrar as ações.

3.4 Viabilidade de incorporação das ações à rotina do serviço

Desde o momento que foi implementada a intervenção e incluída na rotina do serviço da unidade encontramos elementos positivos para a manutenção das ações e da intervenção.

Compartilhamos conhecimentos com os portadores de diabetes e/ou hipertensão e contribuímos para o conhecimento e adoção de hábitos de vida mais saudáveis. Com a prática das nossas ações, conseguimos também, mobilizar a comunidade e outros profissionais de saúde. Acredito que a própria comunidade buscará a manutenção das ações e da intervenção em nossa unidade, pois se mostrou satisfeita com a qualificação da assistência aos hipertensos e diabéticos. A intervenção mostrou que algumas das ações implantadas com o projeto poderão continuar acontecendo como rotina nos atendimentos para estes usuários, como a uma adequada verificação da pressão arterial, o teste de glicose, as mensurações de peso, estatura e IMC.

4. Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

No indicador de ampliação da cobertura para os usuários hipertensos apesar de não atingir os valores almejados foi apresentada com o decorrer dos meses uma evolução satisfatória e significativa, apesar das dificuldades encontradas com o desenvolvimento da intervenção.

A intervenção em nossa Unidade de Saúde pertencente ao município Vista Gaúcha/RS, teve como finalidade a melhora da qualidade da Atenção à Saúde dos hipertensos e diabéticos, e foi desenvolvida durante 12 semanas. Apresentamos os resultados obtidos com a intervenção:

Objetivo 1 Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1 Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

No primeiro mês alcançamos 124 usuários (27,0%), logo no segundo mês, 212 usuários (46,1%) e no terceiro mês alcançamos uma proporção de 290 hipertensos (63,0%).

Isto aconteceu devido ao intenso trabalho de visitas domiciliares e a divulgação do programa, estas foram as ações que mais influenciaram para o alcance desse percentual.

Meta 1.2. Cadastrar 30% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Na Diabetes Mellitus tivemos um comportamento diferente da HAS, no primeiro mês iniciamos com o indicador baixo, com apenas 15 usuários (33,3%) diabéticos cadastrados, no segundo mês aumentamos para 29 usuários (64,4%) e no terceiro

mês alcançamos 38 (84,4%) usuários. Apesar da prevalência de diabetes ser menor que da hipertensão, as nossas ações refletiram muito na busca e na detecção de usuários com diabetes em nossa área de abrangência.

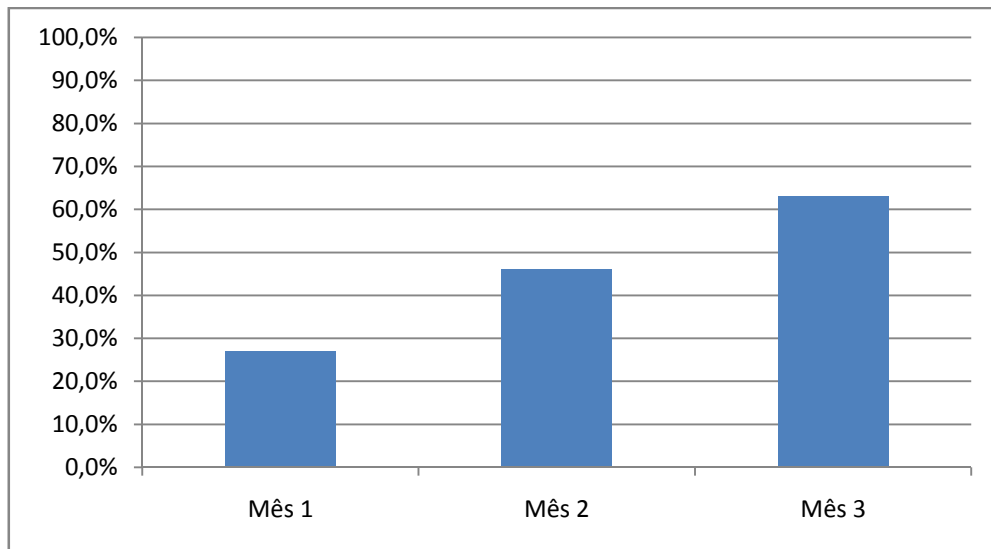


Figura 1. Cobertura do Programa de Atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

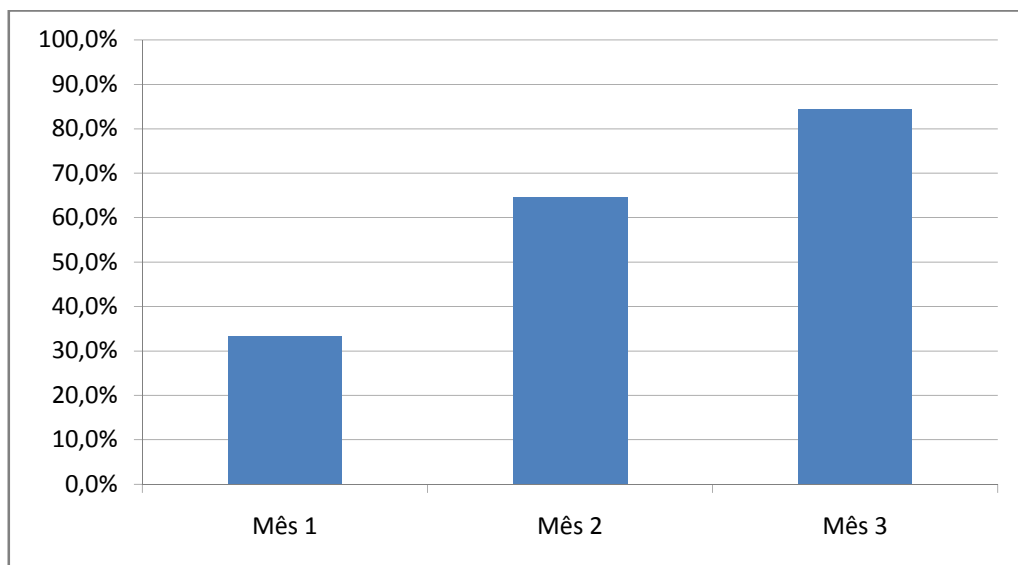


Figura 2. Cobertura do Programa de Atenção ao diabético na unidade de saúde.

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

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

Os resultados com relação à realização do exame clínico apropriado para os usuários portadores de hipertensão foram satisfatórios, mostrando a qualidade dos atendimentos realizados pelos profissionais da unidade e que baseamos as nossas ações nos protocolos validados para utilização durante a intervenção. A realização do exame clínico é muito importante para a detecção precoce de possíveis complicações

da diabetes. A equipe recebeu treinamento para a realização do exame clínico e a comunidade foi informada sobre a importância de realizá-lo. Conseguimos nos três meses da intervenção alcançar 100% deste indicador, ou seja, 124 usuários (100%) no primeiro mês, logo no segundo mês 212 usuários (100%) e no terceiro mês alcançamos uma proporção de 290 hipertensos (100%).

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% de diabéticos.

Na Diabetes Mellitus também obtivemos um resultado de 100% da meta, 15 usuários (100%) diabéticos cadastrados no primeiro mês, no segundo mês aumentamos para 29 usuários (100%) e no terceiro mês alcançamos 38 (100%) usuários.

Todos os diabéticos realizaram exame clínico apropriado, de acordo com o protocolo, nos três meses da intervenção. Como também na hipertensão, o exame clínico é importante para o usuário portador de diabetes, pois pode prevenir complicações e em especial as sequelas como amputações, insuficiência renal, neuropatias, cegueira e outras próprias da doença.

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

Com relação à realização dos exames complementares de acordo com o protocolo estabelecido para o programa, as metas foram atingidas com resultados satisfatórios para a hipertensão, nos três meses do estudo. No primeiro mês atingimos 114 usuários (91,9%), no segundo mês aumentamos para 202 usuários (95,3%) e no terceiro mês 280 usuários (96,9%). Estes exames facilitaram a avaliação do comportamento dos diversos parâmetros que permitem saber o estado de saúde de forma integral destes usuários, apesar de contarmos com apenas um laboratório no momento da intervenção, os exames foram realizados em tempo adequado. O que contribuiu muito para o êxito dessa ação foi a parceria com o laboratório e sensibilização dos usuários para a realização dos exames.

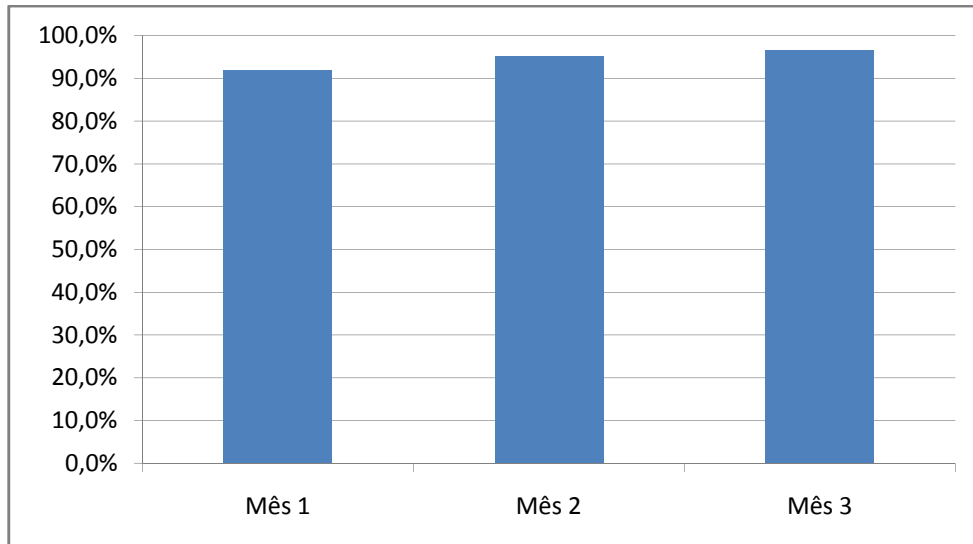


Figura 3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

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

No diabetes o indicador também no primeiro mês alcançou um bom resultado 12 (80,0%) diabéticos, no segundo mês alcançou 26 pessoas (89,7%) e no terceiro mês atingiu 35 (92,1%) pessoas, valores que mostram a boa integração com a rede de serviços de saúde e a articulação do sistema de saúde, o trabalho da equipe foi muito importante, e os pacientes entenderam a importância da realização dos exames complementares.

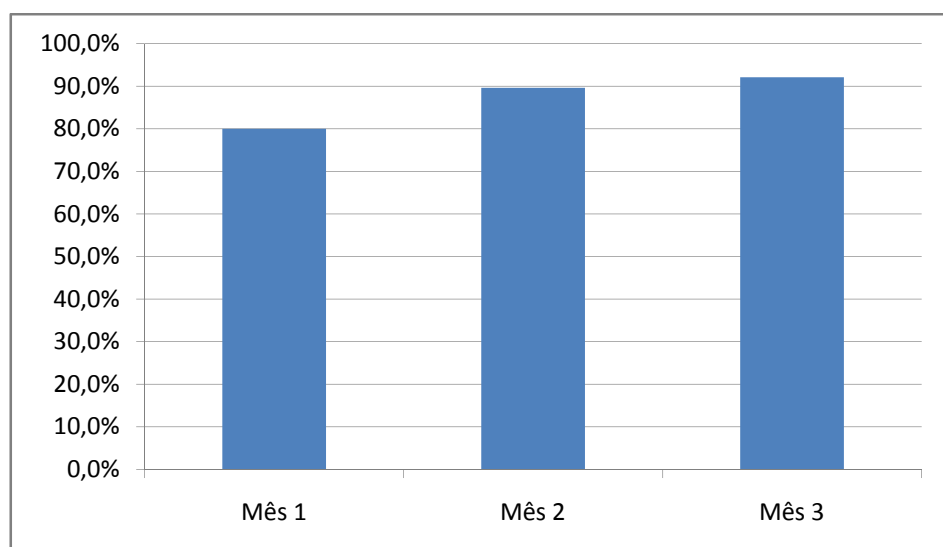


Figura 4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

A meta foi cumprida em 100% nos três meses da intervenção, 124 usuários (100%) no primeiro mês, logo no segundo mês 212 usuários (100%) e no terceiro mês alcançamos uma proporção de 290 hipertensos (100%).

Para todos os usuários foram prescritos e entregues os medicamentos da farmácia popular. Para tanto foi importante garantir o estoque dos medicamentos em quantidade suficientes para contemplar todas as pessoas inscritas no programa. Sistematizamos o pedido e o fornecimento dos medicamentos para que não houvesse descontinuidade e falta dos medicamentos para uso da população inscrita no programa.

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

Para os portadores de diabetes a meta também foi alcançada em 100%, 15 usuários (100%) diabéticos cadastrados no primeiro mês, no segundo mês aumentamos para 29 usuários (100%) e no terceiro mês alcançamos 38 (100%) usuários.

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

Este indicador não foi alcançado 100%. Temos uma dificuldade em nossa unidade: contamos com apenas uma cadeira odontológica e um dentista que com problemas de saúde ficou de licença saúde por alguns dias, impactando nas ações de saúde bucal. No primeiro mês alcançamos 79,8% (99 pessoas), no segundo mês ficamos com 81,1% (172 pessoas) e no terceiro mês alcançamos 85,9% (248 pessoas).

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimentos odontológicos em 100% de diabéticos.

Também não alcançamos 100% do indicador. No mês um atingimos 80,0% (12 usuários), no segundo mês alcançamos 86,2% (25 usuários) e no terceiro mês alcançamos 89,5% (34 usuários).

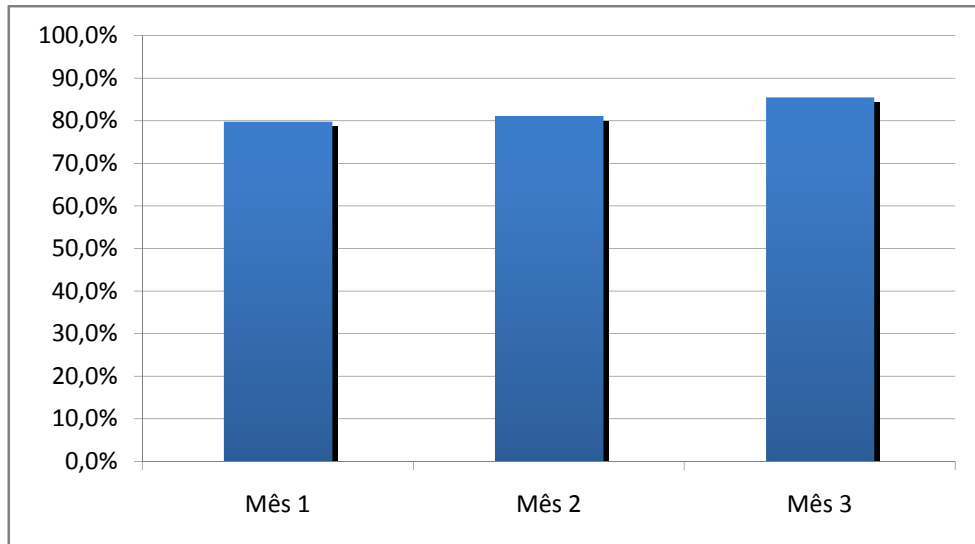


Figura 5. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

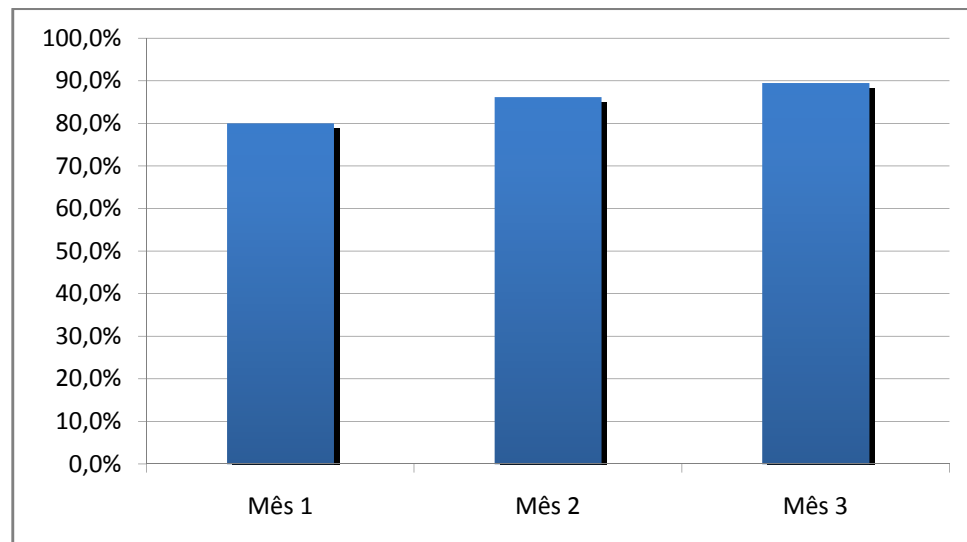


Figura 6. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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.

No primeiro mês alcançamos 76,0% (19 usuários faltosos), no segundo mês atingimos 78,9% (30 usuários) e no terceiro mês mantivemos os 78,9% (30 usuários).

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

Inicialmente no primeiro mês atingimos os 100% (dois faltosos buscados), mas o indicador caiu no segundo e terceiro mês para 60% (3 faltosos buscados do total de 5). A equipe não teve êxito na busca de todos os faltosos à consulta.

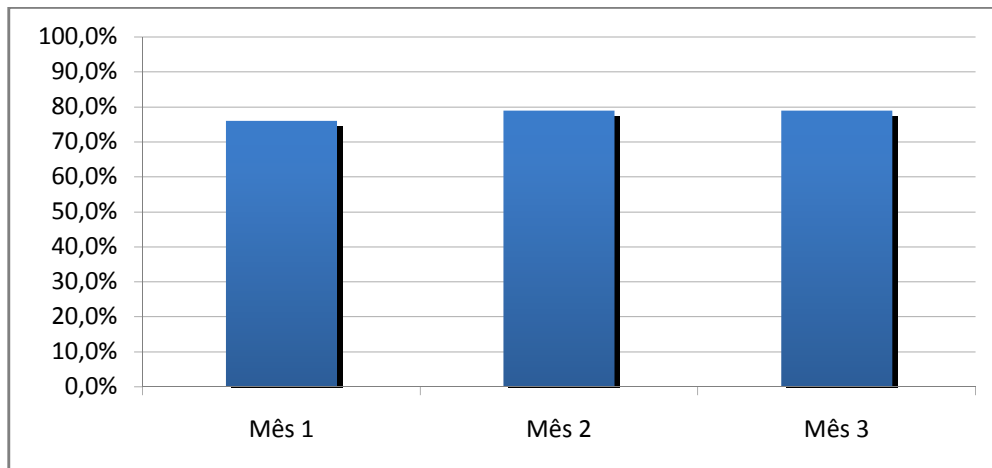


Figura 7. Proporção de hipertensos faltosos a consultas com busca ativa.

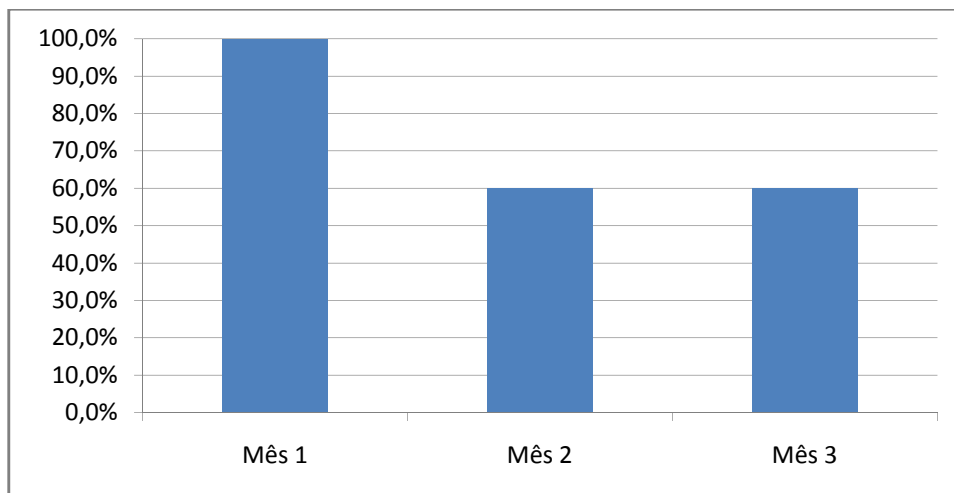


Figura 8. Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

Em relação ao cumprimento desta meta, não foi atingida em 100%. No primeiro mês de coleta de dados, o indicador ficou em 90,3% (112), no segundo mês alcançamos 93,9% (199), e no terceiro mês, 95,9% (277). A grande parte dos hipertensos que foram cadastrados pela equipe de trabalho teve seu registro em ficha espelho, que foi disponibilizada em quantidade suficiente. Alguns registros ficaram sem alguns dados pela falta de informação completa.

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

Entre os diabéticos essa meta ficou perto do que planejamos, no primeiro mês tivemos 93,3% (14), no segundo mês permaneceu em 93,1% (27) e no terceiro mês da intervenção alcançamos 94,7% (36) diabéticos. Destacamos que esta meta não foi atingida por fatores relacionados com a coordenação e o apoio para as ações planejadas durante a intervenção que algumas não foram cumpridas. Houve falta de apoio e responsabilidade de alguns profissionais que não faziam uso da ficha espelho para registro dos dados, a dificuldade com a divulgação da intervenção, as irregularidades das visitas domiciliares planejadas e o período de tempo curto em que se desenvolveu a intervenção.

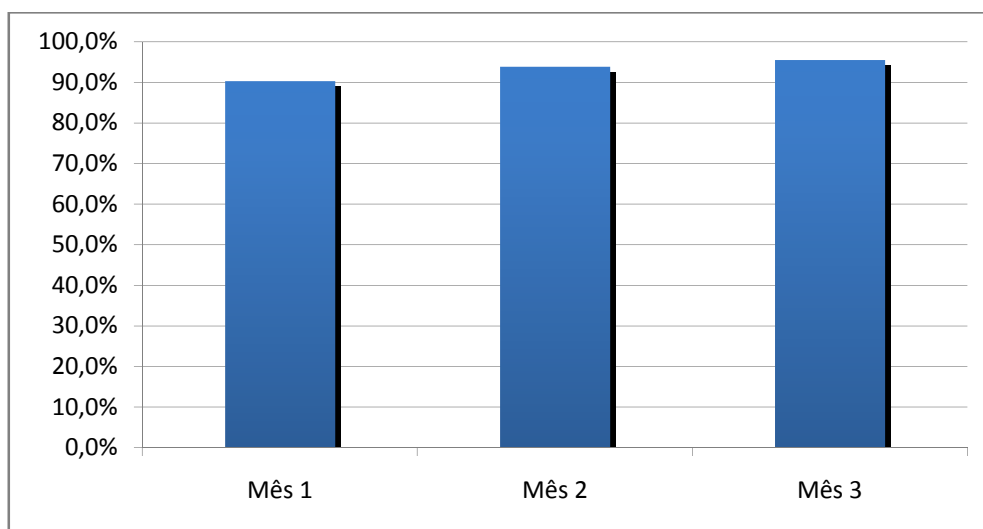


Figura 9. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

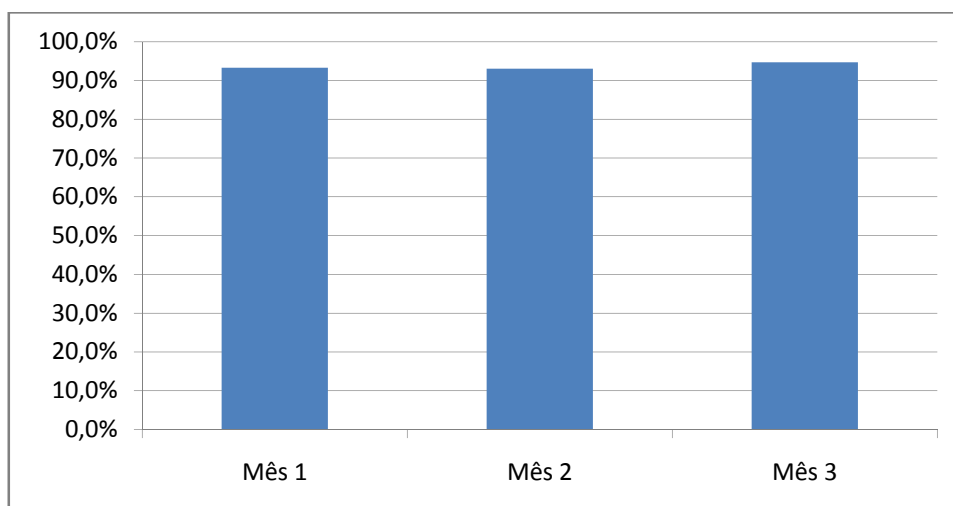


Figura 10. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

A estratificação do risco cardiovascular de usuários hipertensos foi atingida em 100% nos três meses, 124 usuários (100%) no primeiro mês, logo no segundo mês 212 usuários (100%) e no terceiro mês alcançamos uma proporção de 290 hipertensos (100%).

Essa foi uma ferramenta muito importante para o trabalho preventivo da equipe. Para essa ação tivemos os recursos necessários e a equipe foi capacitada para a realização da estratificação do risco cardiovascular.

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

A estratificação de risco cardiovascular para os usuários diabéticos cadastrados também foi 100% nos três meses da intervenção, 15 usuários (100%) diabéticos cadastrados no primeiro mês, no segundo mês 29 usuários (100%) e no terceiro mês alcançamos 38 (100%) usuários. É importante destacar a qualidade e o empenho do trabalho desenvolvido pelos profissionais que contribuíram no alcance dos resultados.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

Para os usuários hipertensos foi cumprida esta meta nos três meses da intervenção. Sendo que, 100% dos usuários portadores de hipertensão receberam orientações nutricionais relacionadas com a alimentação saudável, por todos os profissionais que compõem a equipe de trabalho tanto na unidade de saúde como no hospital municipal, nas consultas com a nutricionista, consultas médicas, nos encontros dos grupos de hipertensos e diabéticos, grupos de idosos e nas visitas domiciliares. Dessa forma 124 usuários (100%) receberam as orientações no primeiro mês, logo no segundo mês 212 usuários (100%) e no terceiro mês alcançamos uma proporção de 290 hipertensos (100%).

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

Para os usuários diabéticos esta meta foi alcançada em 100% nos três meses da intervenção. 100% dos usuários diabéticos receberam as orientações nutricionais sobre alimentação saudável, nos diversos espaços que facilitaram adesão destes usuários com a equipe de trabalho, nos grupos de hipertensos e diabéticos, grupos de idosos, consultas médicas, consultas com a nutricionista e nas visitas domiciliares. Assim, 15 usuários (100%) diabéticos receberam as orientações no primeiro mês, no segundo mês 29 usuários (100%) e no terceiro mês alcançamos 38 (100%) usuários.

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

Em relação ao cumprimento desta meta foi atingida também em 100% nos três meses de intervenção. Garantimos as orientações sobre prática regular de atividade física para todos os usuários hipertensos cadastrados, oferecidas nos diversos espaços e oportunidades de contato com os usuários.

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

Para os diabéticos também a meta de orientar todos os portadores da doença sobre a prática regular de atividade física foi alcançada em 100% nos três meses da intervenção.

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

Conseguimos cumprir 100% da meta nos três meses da intervenção. Foram garantidas, durante os três meses da intervenção, todas as orientações em relação aos riscos do tabagismo a todos os usuários com HAS cadastrados e acompanhados durante a intervenção.

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

Conseguimos cumprir 100% da meta. Foram garantidas, durante os três meses da intervenção, todas as orientações em relação aos riscos do tabagismo a todos os usuários com diabetes cadastrados e acompanhados durante a intervenção.

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

Durante todos os três meses de intervenção, todos os usuários hipertensos cadastrados (100%) receberam orientações sobre higiene bucal. Ou seja, 124 usuários (100%) no primeiro mês, logo no segundo mês 212 usuários (100%) e no terceiro mês orientamos 290 hipertensos (100%).

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

Alcançamos 100% da meta. Todos os usuários diabéticos cadastrados (100%) receberam orientações sobre higiene bucal, 15 usuários (100%) diabéticos no primeiro mês, no segundo mês 29 usuários (100%) e no terceiro mês, 38 (100%) usuários.

Para tanto, fizemos as capacitações sobre higiene bucal com toda equipe. A equipe aproveitava todos os momentos e espaços para oferecer informações aos usuários. Fazíamos de forma individual e, também, em grupos educativos com os usuários.

Para avaliar a intervenção no seu percurso foi necessário o monitoramento do cumprimento de todas as atividades programadas pela equipe de saúde, em particular as atividades de orientação destes temas de saúde sobre orientação nutricional, sobre atividade física regular, sobre riscos do tabagismo e sobre higiene bucal aos usuários com HAS e DM.

4.2 Discussão

Nossa unidade de saúde ao integrar-se com o processo da intervenção com base nos princípios e objetivos do protocolo para o tratamento da hipertensão e diabetes iniciou o planejamento das ações com o estabelecimento do cronograma para o desenvolvimento adequado da intervenção, sempre tendo em mente o objetivo principal da intervenção: qualificar a atenção aos usuários hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência.

Foi muito importante no início da intervenção definir bem o papel de cada membro da equipe para a implantação e desenvolvimento da intervenção, isto também facilitou o estabelecimento das necessidades de treinamento e capacitação da equipe. Cada membro da equipe passou a ocupar um papel muito importante, em especial a enfermeira, que tem papel fundamental para o monitoramento e acompanhamento das ações da intervenção, o que trouxe um novo significado em

relação ao grau de responsabilidade na intervenção e para sua atuação na dinâmica de trabalho da unidade de saúde.

Foram desenvolvidas atividades de educação em saúde, tanto individuais quanto coletivas, as palestras foram planejadas e realizadas de acordo com as necessidades dos usuários. As reuniões do grupo de hipertensos e diabéticos permitiram uma importante adesão destes usuários juntamente com suas famílias. Os temas eram os mais variados, sempre voltados para o conhecimento sobre os fatores de risco, sobre mudança de estilo de vida, alimentação adequada, tratamento farmacológico e não farmacológico, entre outros. Neste aspecto, foi importante o engajamento da comunidade para apoiar as ações educativas e para estimular outros usuários nas mudanças de hábitos de vida.

Percebemos, durante a análise situacional, que o programa de atenção ao portador de hipertensão e/ou diabetes não possuía um registro atualizado. Uma das nossas metas foi a de atualizar todos os registros do programa de atenção ao hipertenso e/ou diabético. Consideramos muito importante que os registros sejam fidedignos e atualizados. Conseguimos o desenvolvimento e a manutenção dos registros como parte da rotina do trabalho da equipe de saúde.

A intervenção nos ajudou a sistematizar as visitas domiciliares e o trabalho das agentes comunitárias se fortaleceu, a comunidade reconhece o trabalho das ACS, que de fato tornou-se um elo importante entre a população, a equipe de saúde e o serviço.

Outro avanço muito importante que trouxe a intervenção foi a qualificação dos profissionais em relação à abordagem e a forma de consultar os hipertensos e diabéticos. Qualificamos as avaliações clínicas, a realização da classificação do risco cardiovascular, prescrição do plano de tratamento, prescrição de exames, e encaminhamentos corretos.

Com a implementação da intervenção organizamos melhor a oferta dos serviços, especialmente os serviços e ações voltadas para o grupo de hipertensos e diabéticos, isto também facilitou o alcance da cobertura de acompanhamento, sem prejudicar outros grupos populacionais de nossa área, a agenda e o cronograma de atividades foram organizados de forma a contemplar o acesso de toda a população, inclusive da demanda espontânea.

Foi possível, com a intervenção ampliar a cobertura da atenção à saúde de hipertensos e diabéticos, com a sistematização e organização das ações foi possível

também melhorar o acompanhamento de cada usuário inscrito no programa, melhorar os registros.

Através da intervenção nossa equipe foi capaz de desenvolver metodologias diversas para colocar em prática as ações da intervenção, adquirimos novos conhecimentos, permitiu a busca coletiva para solução de problemas e para o atendimento das demandas e necessidades da população inscrita no programa, o que deu à equipe uma visão mais crítica do funcionamento e dos processos de trabalho em nosso serviço.

A intervenção na UBS facilitou a participação ativa dos diferentes integrantes da equipe de saúde com os usuários, permitindo ampliação das ações de saúde a nível comunitário. A comunidade mostrou-se satisfeita com a intervenção, passando a atuar de forma mais próxima à equipe.

Se tivesse a possibilidade de iniciar a intervenção neste momento primeiro precisaria desenvolver ações de sensibilização profunda com toda nossa equipe de saúde e os principais gestores de saúde e representantes de interesse do município, creio que facilitaria o apoio de todas as ações de saúde encaminhadas a atingir os objetivos principais de nossa intervenção. Algo que faria também caso iniciasse a intervenção neste momento era promover mais capacitações para a equipe de saúde antes do início da intervenção, e promoveria uma maior divulgação do programa.

É muito importante que as ações da intervenção sejam incluídas como rotina de trabalho na UBS; fator que garante a continuidade e o alcance das metas não atingidas, estabelecendo com a comunidade um diálogo sempre em busca do alcance de um nível de saúde melhor para a população. Creio que é viável incorporar a ação programática à rotina da UBS, desde que sejam garantidos insumos, materiais e equipamentos em quantidade suficiente para atender a demanda. A intervenção contribuiu também para despertar melhorias nos demais serviços realizados na UBS, como saúde da mulher, saúde da criança, dentre outros, pois a equipe além de qualificada, já adquiriu maior experiência na organização e planejamento das ações.

5 Relatório da intervenção para gestores

À Secretária Municipal de Saúde

A equipe de saúde da Unidade de Saúde da Família Vista Gaúcha desenvolveu uma intervenção para a melhoria da qualidade da atenção à saúde dos hipertensos e dos diabéticos residentes em nossa área de abrangência e cadastrados na USF. A intervenção teve início em maio de 2015 e se estendeu até início de setembro do mesmo ano, com duração de 12 semanas.

Durante o desenvolvimento da intervenção foram acompanhados 290 (63%) usuários hipertensos e 35 (84,4%) diabéticos. As ações foram realizadas dentro dos quatro eixos pedagógicos, e seguindo recomendações do protocolo do Ministério de Saúde, que foram: monitoramento e avaliação, qualificação da prática clínica, organização e gestão dos serviços e engajamento público, o que proporcionou melhoria e qualificação dos atendimentos.

A cobertura da atenção à saúde aos hipertensos e diabéticos foi ampliada com a intervenção bem como a qualidade das ações, pois muitos indicadores importantes foram alcançados em 100%, como exame clínico em dia conforme preconizado pelo protocolo, avaliação do risco cardiovascular, prescrição de medicamentos da farmácia popular, orientações sobre alimentação adequada, prática de atividade física e riscos do tabagismo. Outro indicador importante que foi alcançado em 100% foi a realização de exames complementares, o que reflete uma boa integração com a rede de serviços de saúde e sua articulação com o trabalho da equipe da UBS.

Todos os diabéticos e hipertensos foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico, mesmo sendo realizada pelo dentista de forma irregular, já que apresentamos dificuldades porque temos só uma cadeira odontológica, sendo insuficiente para a demanda.

É importante citarmos as dificuldades que enfrentamos durante o desenvolvimento da intervenção, para que possamos juntos, superá-las em busca de qualificar ainda mais a atenção à saúde da comunidade. Sentimos falta de maior apoio para garantir a divulgação das nossas ações junto aos usuários, além de apoio logístico para o desenvolvimento de algumas ações, em especial as de saúde bucal.

Acredito ser muito importante implementar a intervenção como rotina no trabalho e no cotidiano da UBS., para assim garantir a melhora da qualidade da saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, e desta forma manter as conquistas já estabelecidas com grande repercussão a nível comunitário e a participação ativa de nossos usuários

6 Relatório da intervenção para a comunidade

À comunidade de Vista Gaúcha

Como é de conhecimento de todos vocês em nossa unidade de saúde foi desenvolvida uma intervenção com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos residentes em nossa área de abrangência, pois percebemos que havia essa necessidade porque a organização e a qualidade das ações até então desenvolvidas para estas pessoas era desfavorável. Os registros estavam desorganizados, assim também como a organização das consultas. Havia muita gente ainda sem diagnóstico e que desconhecia as causas, os riscos e as complicações da hipertensão e da diabetes.

Com o desenvolvimento da intervenção, que foi iniciada em maio de 2015 e teve a duração de 12 semanas, pudemos observar que nem todos os usuários eram bem acompanhados, e como resultado a maioria chegava à consulta com a doença descompensada. Dessa forma nestes 3 meses cadastramos e demos atenção de qualidade para 290 hipertensos e 38 diabéticos da área de abrangência da unidade de saúde.

A intervenção contou com o apoio fundamental dos agentes comunitários de saúde, membros da comunidade e toda a equipe de saúde. Graças ao envolvimento de todos, foi possível realizar mudanças e incorporar diferentes ações para melhorar a compreensão destas doenças e aumentar a adesão de pessoas que antes não tinham acompanhamento regular no serviço.

Mediante a intervenção, o nível de conhecimento da comunidade sobre as causas, sobre os riscos e sobre as formas de tratamento da hipertensão

e/ou diabetes melhorou significativamente, isto foi muito importante para aproximar a comunidade da equipe de saúde e do serviço.

Hoje, temos um número muito bom de hipertensos e diabéticos acompanhados no Centro de Saúde, conseguimos organizar as consultas de modo a garantir que todos sejam contemplados e tenham acesso a consultas e a informações para os cuidados, prevenção e controle da hipertensão e diabetes.

Queremos agradecer a toda a comunidade de Vista Gaúcha pelo apoio recebido durante toda a intervenção, e gostaríamos de reforçar o convite para continuarmos envolvidos de forma participativa nos cuidados com a saúde de nossa comunidade. As ações seguirão como parte da rotina em nosso serviço de saúde, é nosso desafio seguir adiante para alcançarmos melhores níveis de saúde para a nossa comunidade.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Desde o momento que cheguei ao Brasil como profissional estrangeira para oferecer meus serviços médicos á população de áreas mais carentes do Brasil, foi uma impressão difícil, que me deixou com muitas dúvidas, principalmente porque pensava na parte do idioma, algo muito difícil para nós no início. Mas aos poucos, as coisas foram se resolvendo, e tudo aconteceu de forma tão rápida. Senti que o curso tinha certa exigência docente, com muitas tarefas e prazos a cumprir.

Iniciei o trabalho com grande responsabilidade e muitas perguntas que foram sendo respondidas com o passar do tempo, já que desde um início contei com ajuda de uma orientadora excelente como pessoa e profissional, a mesma sempre confiou em mim, e através dela e de minhas colegas enfermeiras foi possível chegar a esta etapa do curso.

Como profissional fiquei muito motivada no curso, ele permitiu aprofundar os conhecimentos como profissional da saúde e adquirir novos conhecimentos sobre o sistema de saúde do Brasil. O curso também permitiu aprofundar meus conhecimentos sobre os temas relacionados com o desenvolvimento dos casos clínicos, a participação nos fóruns de clínica, a resolução dos testes de clínica relacionados com o dia a dia das práticas nas Unidades de Saúde nos ajudou a dar solução aos diversos casos clínicos importantes, e nos ajudou com a atualização de vários temas interessantes do cotidiano e de nossa realidade clínica.

Um elemento que considero muito importante foi o Caderno de Ações Programáticas, que faz uma caracterização e traz uma estimativa da situação dos programas na UBS.

Também acho muito importante o espaço de intercâmbio com os orientadores, para mim muito fundamental, já que facilitou muito o avanço da

aprendizagem durante o curso, nas diversas tarefas que exigia o curso, foi guia, amiga, família, conselheira, enfim muitas felicitações para ela, Sra. Karla Pantaleão.

Aprendi a interagir com profissionais de outros países assim como populações com características e comportamentos sociais totalmente diferentes de nosso país.

O curso permitiu a troca de conhecimentos com profissionais de outros municípios, cada um trazendo suas dificuldades e superações. Cada situação enfrentada e compartilhada trazia para todos um aprendizado novo.

Pessoalmente, tudo foi um desafio para mim, o uso do ambiente virtual, as pesquisas, o uso de todas as funcionalidades de um curso a distância. No final considero que aprendi muito, e vou poder aplicar meus conhecimentos para melhorar a saúde da comunidade.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vol. 2. Cadernos de Atenção Básica, n. 29. Brasília-DF, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Medicina Ambulatorial**. Conduas de atenção Primária Baseadas em evidências. 3 Edição, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: VIGITEL 2011**. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília, 2012.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações da Atenção Básica -SIAB**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>. Acesso em: 07 set. 2014.

IBGE, Inst. Brasileiro de Geog. e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://ibge.gov.br/cidadesat/painel/populacao.php?codmun=431680&search=rio-grande-do-sul%7Csanta-cruz-do-sul%7Cinphographics:-demographic-evolution-and-age-pyramid&lang=>>. Acesso em: 13 junho. 2015.

Apêndices

Apêndice A – Equipe da Unidade Vista Gaúch



Equipe de trabalho



Fotos do grupo de hipertensos e diabéticos



Fotos do grupo de hipertensos e diabéticos



Fotos do grupo de hipertensos e diabéticos



Visitas domiciliarias

*



Visitas domiciliarias



Visitas domiciliaries



Equipe de saúde

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 Srª
Proª 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

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

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

L14

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

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

PRONTO

18:52 09/01/2015

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