

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial
sistêmica e/ou diabetes mellitus na USF Comunidade da Lutz,
Palmeira das Missões/RS**

Oscar Parra Mastrapa

Pelotas, 2015

Oscar Parra Mastrapa

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial
sistêmica e/ou diabetes mellitus na USF Comunidade da Lutz,
Palmeira das Missões/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: Fabiana Barros Marinho Maia

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

M423m Mastrapa, Oscar Parra

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na USF Comunidade da Lutz, Palmeira das Missões/RS / Oscar Parra Mastrapa; Fabiana Barros Marinho Maia, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

73 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. Maia, Fabiana Barros Marinho, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A Deus, por cada segundo de vida, a todos os professores e colegas que fizeram possível a realização deste projeto, a minha filha Camila por ser a fonte de inspiração por trás de cada sucesso.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus pela oportunidade e as forças para seguir em frente, a minha esposa que tem sido um grande apoio e a minha orientadora Fabiana pela paciência e dedicação que mostrou em todo momento.

Resumo

MASTRAPA, Oscar Parra. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na USF Comunidade da Lutz, Palmeira das Missões/RS.** 2015. 71f Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Na população adulta brasileira a Hipertensão Arterial (HA) tem uma prevalência de 25 a 35% sendo a principal queixa de uma consulta ambulatorial. A Diabetes Mellitus (DM) mostra-se no Brasil com uma prevalência de 6% da população adulta. O controle de HA e DM constitui uma ferramenta indispensável para diminuir o índice de mortes decorrentes de complicações cardiovasculares no Brasil. É nesse âmbito em que as UBS mostram-se como entidade fundamental no processo de atenção a saúde. O objetivo principal da nossa intervenção foi melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e diabetes na ESF Lutz. Com um universo de 463 hipertensos e 189 diabéticos decidimos desenvolver uma intervenção que permitisse ampliar a nossa cobertura e melhorar o atendimento a este grupo prioritário, com ações realizadas considerando os 4 eixos temáticos do curso. Conseguimos abranger um total de 322 cadastrados, deles 298 hipertensos e 140 diabéticos, conseguimos estratificar 100% dos usuários em alto, médio e baixo risco. Foram realizadas atividades coletivas e individuais de saúde orientando a prática de exercícios físicos, efeito nocivos de hábitos tóxicos, higiene bucal e alimentação saudável. Conseguimos uma maior participação e adesão da comunidade, maior utilização dos medicamentos disponibilizados na rede básica e índices de controle metabólico e de níveis pressóricos. O aspecto mais relevante do nosso projeto foi a redução de complicações decorrentes destas doenças de base, resultado que será obtido em longo prazo com a abordagem do risco cardiovascular para 10 anos. Assim, observamos que o impacto esperado nos indicadores acima referidos exige uma necessidade com ação do poder público, com implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis que possam garantir a prevenção e o controle das doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco, fortalecendo a rede de atenção a saúde através da linha de cuidado da HA e DM.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso.	49
Figura 2	Gráfico. Cobertura do programa de atenção ao diabético.	50
Figura 3	Gráfico. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia.	51
Figura 4	Gráfico. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia.	52
Figura 5	Gráfico. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.	52
Figura 6	Gráfico. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.	53
Figura 7	Gráfico. Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.	54
Figura 8	Gráfico. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular em dia.	55
Figura 9	Gráfico. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular em dia.	56

Abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APAE	Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais
CAP	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DM	Diabetes Melitus
EaD	Educação à distância
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação	11
1Análise situacional.....	12
1.1Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em 29/ 08 / 14	12
1.2Relatório da Análise situacional em 31 / 10 / 14.....	13
1.3Comparativo entre o texto inicial e o relatório da análise situacional.	19
2Análise Estratégica.....	20
2.1Justificativa.....	20
2.2Objetivos e Metas.....	22
2.2.1Objetivo Geral	22
2.2.2Objetivos específicos e metas.....	22
2.3Metodologia.....	24
2.3.1Detalhamento das ações.....	24
2.3.2Indicadores.....	37
2.3.3 Logística	44
2.3.4Cronograma.....	46
3Relatório da Intervenção	47
3.1Ações previstas e desenvolvidas	47
3.2Ações previstas e não desenvolvidas	50
3.3Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	50
3.4Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	51
4Avaliação da intervenção	52
4.1Resultados	52
4.2Discussão.....	60
5Relatório da intervenção para gestores.....	62
6Relatório da Intervenção para a comunidade.....	65
7Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	67
Referências	68

Apresentação

O presente trabalho foi realizado como parte das atividades do Curso de Especialização em Saúde da Família, Ensino à Distância (EaD), da Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas.

A nossa intervenção em saúde teve como objetivo Melhoria da atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, na USF Comunidade da Lutz, Palmeira das Missões/RS e teve uma duração de 12 semanas. Este volume engloba a **análise situacional** na USF Comunidade da Lutz, com a descrição da situação da atenção primária e 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 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**.

O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início em julho de 2015 e finalizou em setembro de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

1 Análise situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em 29/08/14

Contamos com uma estrutura que garante o melhor atendimento possível. Ainda temos muitos problemas, por exemplo: existem barreiras arquitetônicas em quase todos os locais, apresentamos falta de recursos humanos como: auxiliar administrativo, recepcionista, motorista. A reposição de medicação é ineficiente, disporemos do carro para as visitas domiciliares só uma vez na semana. Muitos locais não têm uma ventilação adequada. Não temos dentro da equipe odontólogo, auxiliar de saúde bucal, fonoaudióloga, psicóloga nem assistente social. Outro problema que afeta o funcionamento da unidade é a falta de apoio de especialistas de outras áreas, partindo da não existência do Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Temos deficiência de alguns locais como a sala de reunião de os Agentes comunitários e a sinalização é deficiente e não adequa-se a todos os tipos de usuários que poderia e de fato são atendidos na Unidade Básica de Saúde. De forma geral posso dizer que a estrutura é boa, melhor que muitos postos que já conheci, porém pode melhorar.

Ao meu juízo o maior problema é a falta de apoio do NASF. Este é um aspecto essencial para brindar uma atenção integral aos usuários. No acompanhamento dos usuários diabéticos, por exemplo, um pilar dentro do tratamento é garantir uma saúde bucal adequada para lograr o controle da doença. A mesma coisa acontece com a avaliação e acompanhamento de quase todos os usuários portadores de doenças crônicas. O uso de medicamentos psicoativos no Brasil é muito grande, a avaliação destes usuários por um psicólogo com certeza seria muito importante para reduzir o consumo de medicamentos e os danos que pudessem sofrer os usuários. Acredito que seria muito difícil criar um grupo de apoio como esse, pois a maioria das vezes quando o usuário é encaminhado para uma avaliação e/ou tratamento numa consulta especializada, nunca é emitido o documento de contra referência e o médico da UBS perde o contato com o usuário, não

consegue confirmar ou conhecer o diagnóstico dele e muitas vezes nem o tratamento que estaria fazendo. Todo isso termina afetando o atendimento de qualidade que os usuários do SUS deveriam ter.

1.2 Relatório da Análise situacional em 31 /10 / 14

O município Palmeira das Missões tem uma população de 35.000 habitantes. Os serviços de saúde estão distribuídos em 15 unidades básicas de saúde, das sete estratégias de saúde da família e oito unidades tradicionais, um hospital com capacidades para 110 leitos, com cobertura para exames complementários fornecidos e garantidos pela secretaria de saúde e hospital do município além de consultas especializadas, seis Laboratórios e duas Clínicas de Diagnóstico por Imagem compõem os serviços médicos oferecidos. Tem uma unidade que presta atenção especializada na área de Ginecologia e Obstetrícia e saúde da mulher, Pediatria, Psicologia, Fonoaudiologia e Fisioterapia. Inclui o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) para o acompanhamento e orientação de usuários HIV, Hepatite B e C soropositivos. A Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais é outra das vantagens do município que brinda apoio a usuários de quatro até dezessete anos com deficiências físicas motoras e mentais. A criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ainda não foi possível, mas é uma das prioridades da secretaria de saúde e prefeitura. Infelizmente a criação do CEO também não foi possível até agora.

A unidade da Lutz, onde trabalho, localizada em área urbana e com estrutura e modelo de funcionamento de Estratégia de Saúde da Família, presta um atendimento gratuito vinculado ao Sistema Único de Saúde e em parceria com a Universidade Federal de Santa Maria (Campos de Palmeira das Missões) para estagiários de enfermagem. A equipe está conformada por dois médicos generalistas, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, seis agentes comunitárias de saúde e uma auxiliar de serviços gerais, com uma carga horária de quarenta horas semanais e dois turnos estabelecidos. Não contamos com equipe de odontologia.

A estrutura da unidade inclui sala para recepção e arquivo de prontuários, uma sala para realizar a triagem, sala de reuniões, três consultórios deles dois sem sanitário; uma sala de vacina, uma sala de curativo, uma sala de nebulização e quatro sanitários: dois para os usuários e dois para funcionários. Além de isso tem copa/cozinha, sala de lavagem e descontaminação e escovódromo. Existem barreiras arquitetônicas como a ausência de corrimãos em banheiros e corredores, pisos escorregadios entre outros. A ventilação é inadequada em muitos locais, a reposição de medicação é ineficiente, não contamos com um técnico de farmácia, os pedidos de medicamentos não atendem a demanda da população em relação à quantidade, medicamentos de uso mais frequente e apresentação. Dispomos de carro para fazer visitas domiciliares só uma vez na semana. A remodelação do local seria a solução das barreiras arquitetônicas e ventilação, o carro é um aspecto que teria que ser falado com os gestores para disponibilizarem mais de uma vez por semana, além da reposição de medicamentos o que poderíamos discutir também com os gestores para serem abastecidos os postos com os medicamentos de uso frequente e estabelecer um plano de rotação de medicamentos para evitar que estes sejam mantidos em lugares com baixa demanda.

Temos deficiência de odontólogo, auxiliar de saúde bucal, fonoaudióloga, psicóloga e assistente social dentro da equipe, assim como de o apoio de o NASF. A contratação dos profissionais das áreas contribuiria ao melhor funcionamento da UBS. Não poderíamos prestar um atendimento integral e de qualidade sem garantir saúde bucal. Contamos com um território adstrito que permite planejar e avaliar o impacto e resolutividade de o atendimento e atividades coletivas de saúde realizadas. Desenvolvemos ações programadas e demanda espontânea assim como de promoção, prevenção e vigilância em saúde. Mantemos boas relações com os usuários e os trabalhadores da unidade, baseadas no respeito mutuo e sensibilidade humana, garantindo a melhor atenção em saúde possível. As principais limitações são à saúde bucal, a ESF não possui dentista que brinde atenção nesta importante área. À saúde mental é outra área que não podemos

abranger da melhor forma embora a equipe faça o melhor, pois não temos psicóloga nem apoio de psiquiatra.

A população da área adstrita é de 3553 pessoas, com uma distribuição por sexo de 1855 mulheres para um 52,2% e 1698 homens para um 47,8%. Com tamanho adequado para o manejo pela equipe segundo as normativas do Ministério da Saúde que estabelece até 4000 usuários.

O acolhimento é realizado a todos os usuários que procurarem o serviço, o recebimento é feito pelas ACS as quais confeccionam a documentação inicial (FAA), localizam o prontuário do usuário e fornecem informações básicas em relação ao atendimento no posto de saúde, depois dão acesso à triagem com os profissionais de enfermagem e por último são classificados e distribuídos para consulta médica ou de enfermagem segundo a complexidade das queixas apresentadas. Os profissionais da equipe têm uma boa resolutividade, os problemas que não podem ser resolvidos dentro do posto são encaminhados para os serviços respectivos em cada caso orientando adequadamente aos usuários sobre endereço, funcionamento e outros aspectos necessários. A avaliação dos usuários é feita atendendo ao grau de severidade das queixas apresentadas e condição de saúde, sendo priorizados no agendamento assim como no atendimento a demanda espontânea. Não apresentamos excesso de demanda, pois trabalhamos dois médicos. As urgências e emergências são atendidas e estabilizadas de acordo as possibilidades da unidade, logo após são encaminhadas para serviços de maior complexidade. Os usuários que acodem para receber atenção de saúde bucal são encaminhados para os postos mais pertos ou de referência com capacidade para realizar o atendimento.

O universo de atenção à saúde da criança está composto por 72 usuários, dos quais 29 menores de um ano estão sendo acompanhados em consulta de puericultura dentro da unidade. As ações coletivas e individuais de saúde são realizadas segundo o protocolo de atendimento a Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento (Brasília, 2013). A vacinação, triagem auditiva, monitoramento do desenvolvimento e crescimento, teste do pezinho e demais atividades de prevenção e promoção são realizadas em conjunto por toda a equipe. A média estimada na população brasileira é de 43 pacientes menores

de um ano para 3553 habitantes, sendo que a nossa cobertura representa um 67% (29 usuários cadastrados), índice que esperamos melhorar em função de desempenharmos atividades e pesquisa ativa durante a visita domiciliar. As principais dificuldades são referentes ao modo de registro, estamos trabalhando para criar uma forma de coletar os dados que permita acessar as informações referentes a este grupo etário assim como o monitoramento das atividades desenvolvidas com eles. O comprimento das consultas e atividades de saúde coletivas é analisado nas reuniões de equipe semanalmente, adotando estratégias que garantam a qualidade do serviço.

Em relação ao pré-natal temos 18 gestantes em acompanhamento na unidade, o que representa 51% da cobertura(35 gestantes)estimada para o total da população na nossa área de abrangência. São desenvolvidas vacinas, profilaxia de anemia, exame ginecológico e atividades de prevenção e promoção em saúde segundo o caderno de Atenção ao pré-natal de baixo risco (Brasília, 2013). A falta de uma forma de registro que permita o acesso rápido a dados referentes às consultas, assim como a avaliação e monitoramento dos indicadores de qualidade estão entre as principais deficiências encontradas no serviço. A qualidade da atenção ao puerpério, preenchimento e cadastramento de dados recolhidos durante estas consultas, são aspectos que requerem maior atenção pelos profissionais da equipe. A aceitação e participação da comunidade as ações a atividades de educação em saúde é boa, embora possa melhorar. Foi criado um registro para este grupo onde é coletado endereço, telefone, agente comunitária encarregado da área especifica entre outros. O comprimento das consultas e atividades de saúde coletiva junto com outros aspectos importantes referente à evolução dos usuários é discutido nas reuniões de equipe e são planejadas ações que envolvam a equipe toda para dar solução as dificuldades encontradas.

Em relação à saúde da mulher 727 mulheres entre 25-64 anos realizaram exame citopatológico de câncer do colo uterino na unidade, o que representa 74% da cobertura estimada (978 mulheres), são realizadas avaliações de risco e orientações sobre prevenção de câncer do colo assim como sobre doenças sexualmente transmissíveis. Um total de 343 das

mulheres compreendidas entre 50 e 69 anos fazem acompanhamento de prevenção de câncer de mama na unidade, representando o 94% da cobertura estimada (366). Atividades orientadas a prevenção de câncer de mamas são desenvolvidas por todos os integrantes da equipe mensalmente. A criação de registros que permitam o monitoramento e avaliação dos indicadores e realização de pesquisa ativa com o objetivo de ampliar a cobertura dos programas são os principais desafios para melhorar a qualidade e abrangência do nosso atendimento. Discutimos nas reuniões de equipe a importância do diagnóstico precoce da patologia do colo uterino e mamas, além do impacto sobre a qualidade de vida das famílias brasileiras. Realizamos visitas com o objetivo de recuperar as consultas atrasadas e realizar atividades de promoção de saúde para aumentar o nível de conhecimento da população são as principais medidas para lograr a excelência do serviço.

A cobertura de 189 (83%) diabéticos e 463 (58%) hipertensos, esta a baixo da media estimada na população brasileira. O caderno de ações programáticas estima que há 794 pessoas com hipertensão e 227 com diabetes, na área de abrangência. É indicada a realização da estratificação de risco e dos exames complementários em ambos os casos. O exame físico dos pés, medida de pulsos e palpação dos pulsos são realizados a todos os usuários diabéticos. As atividades coletivas de promoção e prevenção em saúde são feitas uma vez por mês com uma boa participação e aceitação da comunidade. Não temos registros que permitam o acesso aos dados de interesse nem avaliar e monitorar os indicadores de qualidade. As ações desenvolvidas com o grupo de educação em saúde estão estruturadas e planejadas segundo o Caderno de Atenção Básica Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, respectivamente (Brasília, 2013).

A cobertura do atendimento a usuários com 60 anos ou mais é de 483 usuários, o que representa 99,6% da estimativa na população brasileira. São realizados os acompanhamentos dos usuários com doenças crônicas associadas e preenchidos os dados na caderneta de saúde da pessoa idosa. A avaliação multidimensional rápida, de risco para morbimortalidade e a investigação de indicadores de fragilidade e velhice é realizada, mas temos muito que melhorar neste sentido. Ações de promoção e prevenção são

desenvolvidas nas esferas de alimentação saudável, prática de exercícios físicos, quedas e outros problemas comuns dentro deste grupo. Criar registros que permitam avaliar o desempenho, planejar e monitorar ações além de recolher dados demográficos entre outros é um dos desafios que teremos que enfrentar, assim como a melhoria da qualidade das consultas.

Os recursos com que contamos são muitos, dois médicos atuando na equipe de saúde, agentes comunitárias de saúde com capacidade para cobrir aos 100% da comunidade adstrita; auxiliares de enfermagem e uma enfermeira muito capacitada e que desenvolvem um ótimo trabalho. A estrutura da unidade é muito boa, embora apresente dificuldades menores que tentaremos resolver, garantindo maior acesso e resolutividade do serviço. Temos também o apoio de gestores e principais representantes de saúde do município assim como do prefeito e demais autoridades.

Resumindo os principais desafios e realidades que devemos enfrentar para poder oferecer um serviço de qualidade, integral e resolutivo; primeiro temos que incorporar os profissionais da área de saúde bucal à equipe. Melhorar a qualidade das consultas medica. Aumentar a cobertura em relação à atenção à saúde da criança. Aumentar a cobertura em relação ao pré-natal. Incentivar o Aleitamento Materno Exclusivo até os 6 meses de vida e misto até os 2 anos de idade. Incentivar o parto normal e diminuir a incidência de cesárea. Aumentar a cobertura e melhorar o atendimento ao puerpério. Incorporar a maior porcentagem de mulheres dentro da faixa etária com risco ao rastreamento de Câncer de Mama e Colo Uterino. Realizar atividades de promoção e prevenção de saúde para diminuir a incidência de fatores de risco como: tabagismo, alcoolismo, obesidade, sedentarismo e outros. Incorporar a maior quantidade de usuários aos diferentes grupos. Confeccionar registros que permitam conhecer, avaliar e monitorar problemas de saúde, assim como planejar ações de trabalho. Criar núcleos de apoio à área da saúde da família e à atenção primaria.

1.3 Comparativo entre o texto inicial e o relatório da análise situacional.

Em comparação com o primeiro texto a melhoria foi muito grande. A estrutura da ESF onde trabalho é completamente diferente e as atividades realizadas estão em concordância com a atenção à saúde da família. Agora tenho uma comunidade adstrita, uma equipe bem estruturada, e ferramentas que permitem analisar situações de saúde e planejar ações encaminhadas a melhorar a qualidade de vida do povo brasileiro. Durante a aplicação dos questionários conheci muitos e importantes aspectos referentes ao funcionamento da ESF, os quais estão sendo modificados e aplicados.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Depois de analisar, e avaliar os problemas de saúde que apresentamos na comunidade da Lutz, e considerando a alta prevalência de Diabetes Mellitus na população brasileira, que atinge 22% da população adulta maior de 65 anos (Black book Clínica Médica, 2014) decidi fazer meu Trabalho de Conclusão de Curso com os usuários hipertensos e diabéticos. As consequências em relação à doença são devastadoras. Em 2010 as doenças crônicas representaram 70% das mortes registradas, e entre elas as de maior incidência são à Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial. Estima-se que os usuários diabéticos têm risco 2 a 4 vezes maior de sofrer doenças cardiovasculares. Importantes complicações acontecem durante a evolução destes usuários decorrente de um incorreto manejo e estratégias insuficientes para garantir a qualidade de vida do diabético. As dislipidemias associadas à hiperglicemia são responsáveis pela formação de placas de ateromas. A maior predisposição de serem glicadas e susceptíveis à oxidação faz com que os lipídeos circulantes e em especial as moléculas LDL sejam mais aterogênicas, determinando complicações que têm como alvo fundamental os vasos sanguíneos, deteriorando a perfusão tissular. Amputações de membros inferiores, cegueira irreversível, doença renal crônica, neuropatia periférica e doença vascular cerebral são algumas das complicações frequentemente associadas.

Na unidade da Lutz a estrutura inclui sala para recepção e arquivo de prontuários, uma sala para realizar a triagem, sala de reuniões, três consultórios médicos, sala de vacina, uma sala de curativo, uma sala de nebulização e quatro sanitários: dois para os usuários e dois para funcionários. Além de isso temos copa/cozinha, sala de lavagem e descontaminação e escovódromo. Está localizada em área urbana e com estrutura e modelo de funcionamento de Estratégia de Saúde da Família, presta um atendimento gratuito vinculado ao Sistema Único de Saúde. A equipe esta conformada por

dois médicos, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e seis agentes comunitárias de saúde, atualmente temos deficiência de odontólogo, auxiliar de saúde bucal, fonoaudióloga, psicóloga e assistente social dentro da equipe, assim como do apoio do NASF. Com uma população adstrita de 3553 pessoas e uma distribuição por sexo de 1855 mulheres, 52,2%, e 1698 homens, 47,8%, com tamanho adequado para o manejo pela equipe segundo as normativas do Ministério da Saúde que estabelece até 4000 usuários e um universo de aproximadamente 500 usuários incluídos no programa de estratificação de risco cardiovascular. O acolhimento é realizado a todos os usuários que procurarem o serviço, temos uma boa resolutividade respeito aos principais problemas de saúde apresentados pela comunidade. A avaliação dos usuários é feita segundo os indicadores de qualidade descritos nos cadernos de atenção básica do Ministério da Saúde e são desenvolvidos todos os programas, rastreamentos e demais atividades previstas.

Na comunidade da Lutz, atualmente temos aproximadamente 483 usuários hipertensos e 189 diabéticos, mostrando elevados índices de descompensação, sendo a causa mais frequente de consulta na nossa rotina. A porcentagem de complicações decorrentes destas doenças encontra-se acima da média no território brasileiro, acompanhamos usuários com úlceras varicosas e pés diabéticos, o que poderia significar um incremento ao número de descapacitados físicos por amputações, descapacitados por perda de acuidade visual e retinopatia hipertensiva e/ou diabética entre outros. O mau planejamento e estratificação do atendimento às doenças crônicas na comunidade tem significado o alto índice de descapacitados na área de abrangência. As faltas de profissionais de saúde bucal, do apoio de o NASF e outras entidades também determinaram a má qualidade de vida dos nossos usuários. Está sendo desenvolvidas atividades de saúde coletivas em todas as esferas do atendimento a saúde da família, e também com o grupo hiperdia, sendo assim, nossa equipe está ciente da importância do atendimento qualificado na área de saúde, da relevância da avaliação de risco cardiovascular como ferramenta fundamental para o manejo, planejamento e estratificação destes usuários e por isso decidimos empreender este trabalho.

Assim, acreditamos que investindo nesse grupo e com apoio de toda a equipe, iremos desenvolver um trabalho importante ao passo que iremos fazer a estratificação de risco cardiovascular para tentar diminuir a ocorrência destas complicações, melhorar a qualidade de vida do usuário e de sua família, além de diminuir o custo dos serviços de saúde por conceito de diálise, amputações e cirurgias entre outros.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na USF Comunidade da Lutz, Palmeira das Missões/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1 Cadastrar 65% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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 da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da 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.

Meta2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

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.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos 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.

Meta5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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 à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvida no período de quatro meses na USF Comunidade da Lutz, Palmeira das Missões/RS. Participarão da intervenção todas as pessoas com 20 anos ou mais residentes no território que tenham hipertensão ou diabetes. O cadastramento dos usuários incorporados ao programa será realizado mediante as fichas espelhos, prontuário médico tradicional ou eletrônico e planilha de coleta de dados. Será utilizado o protocolo do Ministério da Saúde, Caderno nº 36 de Atenção Básica do Ministério da Saúde, 2013 que trata da Diabetes Mellitus e Caderno nº 37 de Atenção Básica do Ministério da Saúde, 2013 que trata da Hipertensão Arterial Sistêmica.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1 Cadastrar 65% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Relativas às metas 1.1 e 1.2:

Monitoramento e Avaliação

Para o monitoramento do número de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa será realizado semanalmente o acompanhamento da programação prevista na UBS, revisão de prontuários, planilha de acompanhamento e ficha espelho. Além disso, mensalmente na última terça-feira do mês, a situação será discutida na reunião com a equipe.

Organização e Gestão do serviço

Na unidade de saúde cada paciente tem uma pasta de atendimento onde cada médico coloca a informação dos hipertensos e diabéticos. Tudo será combinado antes com os profissionais da unidade para que de igual forma registrem as informações e acessem ao mesmo tempo. Para usuários hipertensos será agendadas 7 consultas diárias e se dará preferência de atendimento a usuários com pressão acima de 140/90 identificados na triagem. O material para tomar pressão arterial será garantido no Posto de Saúde. Em reunião da equipe as técnicas de enfermagem pedirão para repor os esfigmomanômetro que estiverem danificados e garantir mais um para que não falte. Para usuários Diabéticos serão agendadas 4 consultas diárias. Será discutida em reunião da equipe a necessidade de garantir os materiais para a realização dos testes de forma adequada, assim como dispor de profissionais para o cumprimento desta atividade.

Engajamento Público

A comunicação sobre a existência do programa de atenção a hipertensão e diabetes ficará disponível na entrada da Unidade; os agentes comunitários transmitirão a informação para todas as famílias nas visitas domiciliares, serão elaborados banners para a divulgação dessas informações, realizaremos palestras em espaços públicos e escolas, assim como solicitar o apoio das estações de rádio locais. Cada agente de saúde transmitirá a importância de medir a pressão arterial após 18 anos para todas as famílias nas visitas, da importância do rastreamento para DM em adultos com pressão

arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. As comunidades serão também orientadas sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Qualificação da Prática Clínica

Os médicos em conjunto com a enfermeira orientarão os ACS como fazer o cadastro. Farão uma capacitação sobre os requisitos para correta aferição da pressão arterial. Capacitarão também sobre a correta realização do teste da glicose, depois de constatar a pressão arterial acima 135/80mm/Hg.

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.

Relativas às metas 2.1 e 2.2:

Monitoramento e Avaliação

O monitoramento da realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no programa serão realizados pelo médico especializando mensalmente por meio da revisão de prontuários, planilha de acompanhamento e ficha espelho. Além disso, mensalmente na última terça-feira do mês, a situação será discutida pelo médico e enfermeira na reunião com a equipe.

Organização e Gestão do Serviço

A equipe da enfermagem fara a triagem com tomada adequada da pressão arterial e verificação da glicose e as mensurações correspondentes; os médicos farão o exame físico, indicações de exames laboratoriais, orientações de mudanças do modo e estilo de vida e tratamento medicamentoso. Sendo que cada médico fará o estudo dos protocolos de forma individual, pois os profissionais tem uma organização de seu tempo para atualização e devem se reunir mensalmente para discutir alguns casos que possam surgir na Unidade. Será solicitado pela enfermeira o protocolo impresso a Secretaria Municipal de

Saúde na versão atualizada para a utilização de pessoal que precise fazer uso do mesmo.

Engajamento Público

Os agentes de saúde serão responsáveis por orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente para todas as famílias nas visitas, assim como nas atividades de saúde coletivas organizadas na comunidade.

Qualificação da Prática Clínica

Os médicos farão uma capacitação para correta aferição da pressão arterial e da glicemia capilar.

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.

Relativas às metas 2.3 e 2.4:

Monitoramento e Avaliação

O monitoramento da realização do número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde e de acordo com a periodicidade recomendada cadastrados no programa será realizado mensalmente por meio da revisão de prontuários, planilha de acompanhamento e ficha espelho. Além disso, mensalmente na última terça-feira do mês, a situação será discutida na reunião com a equipe.

Organização e Gestão do Serviço

Fazemos o pedido aos médicos e enfermeira para indicar os exames complementares que estabelece cada protocolo. Também se fará reunião com gestor municipal mensalmente para que seja garantida agilidade para a

realização dos exames complementares definidos no protocolo. O pessoal de triagem conhecerá as alterações dos exames complementares preconizados para viabilizar o trabalho com os usuários que precisam de atendimento médico.

Engajamento Público

Os agentes de saúde serão responsáveis por orientar a comunidade quanto à necessidade de realização e periodicidade de exames complementares em usuários hipertensos e diabéticos. Isso será feito para todas as famílias nas visitas, assim como durante a realização das atividades individuais e coletivas de saúde.

Qualificação da Prática Clínica

Será feita capacitação pelo médico para dar seguimento do protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares na última terça-feira de cada mês.

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

Relativas às metas 2.5:

Monitoramento e Avaliação

O monitoramento do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia dos usuários cadastrados no programa será realizado mensalmente pelo farmacêutico por meio da revisão de prontuários, planilha de acompanhamento e ficha espelho.

Organização e Gestão do Serviço

O controle de estoque dos medicamentos será feito pelos farmacêuticos da Unidade, que manterão o registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Engajamento Público

Os agentes de saúde serão responsáveis por orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Isso será feito para todas as famílias nas visitas, assim como durante a realização das atividades individuais e coletivas de saúde.

Qualificação da Prática Clínica

Um médico será designado para fazer uma atualização do profissional no tratamento da hipertensão. E a equipe será capacitada para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, sobre o valor e vantagens dos medicamentos genéricos.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da 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.

Relativas às metas 2.6 e 2.7:

Monitoramento e Avaliação

Quanto à necessidade de atendimento odontológico, seu monitoramento será realizado indicando ao pessoal de triagem que cada visita dos usuários hipertensos e diabéticos deve-se revisar se tem atendimento odontológico realizado, assim como durante as visitas domiciliares.

Organização e Gestão do Serviço

Os profissionais da equipe avaliarão na triagem se o paciente hipertenso e diabético recebeu atendimento odontológico. Depois de revisar a pasta de atendimento odontológico na triagem, se precisar, o paciente será encaminhado para outra unidade onde recebera o atendimento odontológico.

Engajamento Público

Os agentes de saúde serão responsáveis por orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos. Para todas as famílias nas visitas, assim como durante a realização das atividades individuais e coletivas de saúde.

Qualificação da Prática Clínica

Os ACSs serão capacitados para orientar os usuários hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas odontológicas e sua periodicidade

Meta2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Monitoramento e Avaliação

Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Organização e Gestão do Serviço

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

Engajamento Público

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

Qualificação da Prática Clínica

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

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.

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

Relativas às metas 3.1 e 3.2:

Monitoramento e Avaliação

Para monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas em dia previstas no protocolo, teremos uma agenda com planejamento das consultas e será marcada quando o paciente vier à consulta e revisada a agenda mensalmente.

Organização e Gestão do Serviço

Juntamente com os ACSs organizaremos as visitas domiciliares para os usuários faltosos e serão informados aos agentes de saúde para que realizem as buscas ativas. Esses usuários das buscas domiciliares ativas serão reagendados.

Engajamento Público

Os agentes de saúde serão responsáveis por orientar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Para todas as famílias nas visitas, assim como durante a realização das atividades individuais e coletivas de saúde. Essa comunidade poderá dar ideias para diminuir a quantidade de hipertensos e diabéticos faltosos a consultas através dos ACSs ou durante as atividades coletivas e individuais de saúde. Eles serão responsáveis por orientar aos portadores de hipertensão, diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Para todas as famílias nas visitas, assim como durante a realização das atividades individuais e coletivas de saúde. E depois de terminada cada consulta será marcada a consulta seguinte.

Qualificação da Prática Clínica

Os agentes de saúde serão capacitados pelas enfermeiras para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

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.

Relativas às metas 4.1 e 4.2:**Monitoramento e Avaliação**

A revisão da qualidade de prontuários, planilha de acompanhamento e ficha espelho dos hipertensos e diabéticos atendidos serão revisadas uma vez por mês pela enfermeira.

Organização e Gestão do Serviço

As informações do SIAB serão sempre atualizadas e revisadas uma vez por mês pela enfermeira. Cada hipertenso e diabético terá sua ficha de acompanhamento feita por auxiliares de enfermagem. E será pactuado com a equipe o registro das informações em reunião antes de começar a intervenção, onde ainda será definido um responsável pelo monitoramento dos registros. Tudo será bem controlado de forma que será anotado em uma agenda o controle das consultas dos hipertensos e diabéticos e será preenchido de forma que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a na realização de estratificação de risco, a na avaliação de comprometimento de órgãos alvo e do estado de compensação da doença.

Engajamento Público

Os ACSs serão responsáveis por orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, sendo realizado para todas as famílias nas visitas, assim como em cada visita ao interior do município duas vezes por semana pelos médicos de cada ESF.

Qualificação da Prática Clínica

Toda a equipe será capacitada para o correto preenchimento de todos os registros necessário e do adequado procedimento clínico ao acompanhamento do usuário hipertenso e diabético. As enfermeiras capacitarão às técnicas e auxiliares de enfermagem.

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

Meta5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Relativas às metas 5.1 e 5.2:

Monitoramento e Avaliação

O monitoramento do número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano será realizado trimestralmente por meio do acompanhamento da programação prevista na UBS, revisão de prontuários, planilha de acompanhamento e ficha espelho e agenda de programação para esses usuários.

Organização e Gestão do Serviço

As pastas dosusuários com alto risco serão identificadas,além de marcar em agenda sua condição para priorizar e planejar o atendimento. Eles serão atendidos com urgência e teremos um espaço na agenda para estes casos.

Engajamento Público

Omédico e a enfermeiraorientarão os usuários quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular.Os ACSs orientarão os usuários hipertensos e diabéticos e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação) para todas as famílias nas visitas, assim como durante a realização de atividades de saúde individuais e coletivas.

Qualificação da Prática Clínica

A equipe será capacitada por parte dos médicos para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo da unidade; também sobre a importância do registro desta avaliação no manejo destas doenças crônicas, e sobre as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis sempre em conversas sobre o tema.

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.

Relativas às metas 6.1 e 6.2:

Monitoramento e Avaliação

O monitoramento e a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa serão realizados mensalmente por meio do acompanhamento da programação prevista na UBS, revisão de prontuários, planilha de acompanhamento e ficha espelho.

Organização e Gestão do Serviço

Juntamente com a nutricionista do município se organizará práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Engajamento Público

Serão dadas orientações em cada consulta aos usuários hipertensos e diabéticos sobre a importância da alimentação saudável, assim como nas visitas domiciliares e palestras se abordará o tema.

Qualificação da Prática Clínica

A nutricionista capacitará a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e o médico capacitará a equipe sobre metodologias de educação em saúde.

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

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

Relativas às metas 6.3 e 6.4:

Monitoramento e Avaliação

O monitoramento e a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa serão realizados mensalmente por meio do acompanhamento da programação prevista na UBS, revisão de prontuários, planilha de acompanhamento e ficha espelho.

Organização e Gestão do Serviço

A equipe organizará práticas coletivas para orientação de atividade física e tentaremos junto ao gestor a parceria com educadores físicos nesta atividade.

Engajamento Público

Os hipertensos e diabéticos serão orientados pelos ACSs em suas visitas as comunidades e em cada consulta sobre a importância da prática de atividade física regular.

Qualificação da Prática Clínica

O médico será responsável pela capacitação da equipe de saúde da unidade sobre a promoção da prática de atividade física regular e sobre metodologias de educação em saúde.

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

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

Relativas às metas 6.5 e 6.6:**Monitoramento e Avaliação**

O monitoramento e realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa serão realizados mensalmente por meio do acompanhamento da programação prevista na UBS, revisão de prontuários, planilha de acompanhamento e ficha espelho.

Organização e Gestão do Serviço

Solicitaremos que o gestor faça a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Engajamento Público

Nas consultas médicas oshipertensos e diabéticos tabagistasserão orientados sobre a existência de tratamento para abandonar o vício.

Qualificação da Prática Clínica

Nas consultas médicas oshipertensos e diabéticos tabagistasserão orientados sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. A equipe será capacitada por parte dos médicos sobre metodologias de educação em saúde.

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

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

Relativas às metas 6.7 e 6.8:**Monitoramento e Avaliação**

O monitoramento e realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa serão realizados mensalmente por meio do acompanhamento da programação prevista na UBS, revisão de prontuários, planilha de acompanhamento e ficha espelho.

Organização e Gestão do Serviço

Será estimado junto com a opinião da equipe um tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Engajamento Público

Na consulta médica será orientado cada hipertenso e diabético e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Qualificação da Prática Clínica

Na consulta odontológica será orientado cada hipertenso e diabético e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1. Cadastrar 65% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

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

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

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

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

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

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

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

Meta2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número total 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. Proporções 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 usuários 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 usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Para realizar a intervenção na estratificação de risco no usuário diabético e hipertenso vamos adotar os seguintes manuais: Caderno nº 36 de Atenção Básica do Ministério da Saúde, 2013, Diabetes Mellitus e Caderno nº 37 de Atenção Básica do Ministério da Saúde, 2013, Hipertensão Arterial Sistêmica. Com a intervenção, estimamos alcançar 516 usuários hipertensos, que representa 65%, e 227 diabéticos que representa 100%, totalizando 743 do universo de diabéticos e hipertensos. Para que haja o acompanhamento mensal da intervenção pretendemos realizar uma revisão sistemática dos dados pelo médico e enfermeira da Unidade para analisar como os indicadores do programa estão sendo cumpridos.

Toda a equipe já está ciente da Intervenção e já discutimos a necessidade de investirmos nesse grupo. Assim, nossa intervenção terá início com a capacitação sobre os Protocolos da Atenção a Saúde dos Hipertensos e Diabéticos. Nessa capacitação cada membro da equipe ficará responsável em estudar uma parte do protocolo e explicar o conteúdo aos outros membros a qual será feita na última terça-feira do mês na Unidade Básica de Saúde com a presença de todos.

Para maior organização, os membros da equipe, especificamente os agentes comunitários, identificarão por meio da revisão dos prontuários clínicos, os usuários contidos no grupo alvo. Logo após a equipe identificará quais desses usuários estão com consultas atrasadas e vão ser visitados pelos agentes comunitários de saúde para serem planejadas as consultas de

acompanhamento, nessas visitas eles serão explicados sobre a importância de fazer o acompanhamento e controle de sua patologia de forma monitorada na Unidade de Saúde. No prontuário serão coletados dados disponíveis referentes a exames laboratoriais, morbidades e avaliação nutricional dos usuários. Finalmente serão recolhidos os dados na planilha e anexados ao prontuário médico, sendo classificado, avaliado e projetado o risco cardiovascular para dez anos, e assim planejaremos as atividades de saúde individuais.

Na unidade não contamos com uma forma de registro que agrupe os dados para a realização da avaliação de risco e de outros dados necessários, assim como principal fonte de todos os registros, utilizará o Prontuário Clínico Individual e a ficha espelho, sendo tudo registrado na Planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso. O monitoramento da realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no programa serão realizados mensalmente por meio da revisão de prontuários, planilha de acompanhamento e ficha espelho. Além disso, mensalmente na última terça-feira do mês, a situação será discutida na reunião com a equipe.

Procederei a indicar os exames de laboratório necessários, para isto foi discutido em reunião com o secretário de saúde e demais gestores que eles serão responsáveis em garantir aos usuários os exames necessários da intervenção, e assim vamos identificar fatores de risco individuais e antecedentes familiares, classificando os usuários em baixo e alto risco cardiovascular e finalmente criar estratégias de intervenção para cada grupo, com o objetivo de evitar complicações decorrentes destas doenças. Ele também ficará responsável para que não falem materiais de insumos necessários e não prejudique nossa intervenção, não deixando faltar principalmente fitas de hemoglicoteste e novos aparelhos de esfigmomanômetro.

Dessa forma, toda a equipe está unida e estamos tomando todas as medidas necessárias para que nossa intervenção aconteça e seja incorporada ao serviço de saúde.

Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.				X					X				X
Monitoramento das Ações				X					X				X

3 Relatório da Intervenção

Nossa intervenção ocorreu em 12 semanas (3 meses) e não em 16 conforme solicitado no início do curso. Isso ocorreu devido ao meu período de férias que antecedeu a intervenção e quando retornei, a Unidade 3 que é a intervenção propriamente dita já estava em andamento.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Durante toda a intervenção procuramos manter a participação de toda a equipe na atividade que foi desenvolvida na ESF no transcurso destes meses. O trabalho dos agentes comunitário foi de grande importância para conseguir os resultados que temos hoje na unidade de saúde. Com a relação de usuários Hipertensos e Diabéticos pertencentes a área de abrangência conseguimos ir monitorando a maior quantidade de usuários dentro deste grupo e ir incorporando-os ao programa.

Toda semana o médico responsável pelo monitoramento foi capaz de acompanhar a quantidade de usuários Hipertensos e Diabéticos cadastrados no programa de Atenção de Hipertensos e Diabéticos da unidade e que apresentavam solicitação dos exames clínicos apropriados em dia.

Monitoramos também todos os usuários dentro do programa com exames laboratoriais com a periodicidade recomendável e de acordo com os protocolos de Saúde, o cumprimento e periodicidade das consultas e a avaliação de estratificação de risco segundo os protocolos, assim como também aqueles com acesso a medicação da farmácia popular.

Com a ajuda da equipe de saúde da LUTZ se monitorou a qualidade dos registros dos usuários Hipertensos e Diabéticos cadastrados e acompanhados no programa, assim como o monitoramento da realização de atividades físicas, de orientações nutricionais, higiene bucal e o tabagismo em todos os usuários Hipertensos e Diabéticos cadastrados no programa.

Com a ajuda do secretario de saúde e dos profissionais de saúde da unidade conseguimos garantir os materiais necessários (esfigmomanômetro, manguito, fita métrica, glicosímetro, balança, etc.) para começar a intervenção em tempo, e conseguir um bom acompanhamento de todos os usuários Hipertensos e Diabéticos cadastrados no Programa.

Em todas as reuniões de equipe os profissionais de saúde da Unidade foram capacitados para começar a intervenção com o conhecimento sobre o o programa de atenção à hipertensão e diabetes e os passos da intervenção, para só assim, partimos para que cada membro da equipe tivesse uma responsabilidade no programa, e uma boa preparação para fazer um bom exame clínico e um bom acolhimento dos usuários. Foi discutida com o gestor do município a possibilidade de garantir a realização de exames complementares a todos os usuários com HAS e DM que não estivessem em dia, assim como manter um registro das necessidades dos usuários com remédios de Farmácia Popular que podiam ser fornecidos pela unidade de Saúde e que o responsável pela farmácia da unidade tivesse o controle de todos esses remédios.

Em cada reunião de equipe foi discutido os resultados do programa para tomarmos estratégias para garantir o atendimento a maior quantidade de usuários cadastrados no programa. Uma das medidas a tomar foi realizar as visitas domiciliares a todos aqueles usuários diabéticos e hipertensos que não conseguiam se deslocar ate o atendimento agendado e assim avaliamos esses usuários, os riscos e a possibilidade de complicações.

Cada agente comunitário se deu a tarefa de manter atualizados os registros de todos os seus usuários (HAS e DM) cadastrados no programa e como responsáveis foram capazes de avaliar cada ficha de acompanhamento e ver quais eram os usuários atrasados em consultas, em exames laboratoriais e quem não estava controlado da sua doença por abandono do tratamento ou

por danos em órgãos alvos. Cada semana se organizou a agenda para priorizar aqueles usuários Hipertensos e Diabéticos dentro do programa com mais riscos de complicações e com alto risco de descontrole da doença.

Desde o principio se conseguiu ajustar a agenda de trabalho da equipe para planejar atividades de promoção de saúde para garantir melhorar os estilos de vidas dos usuários portadores destas doenças crônicas, se discutiu com o gestor do município a possibilidade de fornecer medicamentos para os usuários tabagistas, profissionais capacitados para orientar sobre alimentação saudável, como uma nutricionista, um dentista para fazer orientações de higiene bucal e um educador físico.

Com ajuda do gestor e o fornecimento de todos os recursos necessários para que a intervenção fosse realizada com qualidade, fizemos memorando e foram colados em todas as instituições públicas para conhecimento de toda a comunidade sobre a importância do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, se deu a conhecer a importância das consultas em dia dos usuários do programa e realização de exames laboratoriais. Também se deu a conhecer a todos os usuários a importância de manter os pés com higiene, unhas cortadas e pulsos periféricos avaliados. Também foi difundida pelos médios a importância do programa e a participação ativa de cada usuário.

Cada participante do programa foi orientado sobre os direitos dele como usuário da Unidade, assim como a requisição da segunda via da consulta com seus riscos, assim como orientações sobre alimentação saudável, a realização de exercício físico para melhorar qualidade de vida, abandono do tabagismo e a importância da saúde bucal.

Com a inserção da intervenção na Unidade foram tomadas medidas para que a equipe em geral estivesse capacitada o suficiente para desenvolver as atividades com a qualidade requerida, por isso em cada reunião de equipe se discutiu a importância do Programa assim como a função de cada profissional da UBS da LUTZ. Todas as capacitações foram realizadas nas quartas feiras as 14: 00 Hora, em momentos especiais tivemos a participação do Psiquiatra da área, a equipe do CEREST para capacitar sobre saúde do

trabalhador e acidentes de trabalho e o gestor do município para discutir as dificuldades apresentadas.

Capacitou-se de forma geral sobre a o cadastro atualizado em 100% dos usuários que estariam dentro do programa, como fazer um exame clínico apropriado, conhecimento dos exames laboratoriais segundo os protocolos de saúde, a periodicidade das consultas em dia de cada paciente e sua importância, assim como a avaliação da estratificação de risco de cada usuário e a sua possibilidade de complicações, sobre o preenchimento adequado da ficha espelho e de todos os documentos que permitisse uma melhor avaliação depois.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Apresentaram-se dificuldade no transcurso do caminho, mas com o esforço de toda a equipe e dos profissionais conseguimos alguns avanços no programa.

Uma das atividades não realizadas foi o trabalho com dentista, foi discutido varias vezes com o gestor do município, mas o déficit de recurso humano não deixou contratar um odontólogo, e dessa forma esta meta não foi atingida, embora fossem orientados todos os usuários sobre a importância da saúde bucal.

Dificultou-se muito o trabalho porque no município não tem implantado o NASF e nem lideranças comunitárias para auxiliar na intervenção.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Com este aspecto foram alguns problemas apresentados no transcurso da intervenção como a não informatização do município e o prontuário eletrônico que iria a ajudar ao pessoal médico sem precisar dos prontuários individuais, pois o trabalho teria sido mais fácil e menos demorado, mas conseguimos manter em dia as consultas e atualizados os prontuários e as fichas espelhos bem preenchidas.

Para facilitar, solicitamos que cada usuário trouxesse consigo o cartão do SUS e sua identidade, assim como o número da família para localizar

melhor o cadastro deles na Unidade. Com a ajuda da universidade e da orientadora o cadastro e preenchimento da planilha de dados obteve êxito.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

No transcurso desta unidade o conhecimento de todos os profissionais da saúde da equipe foi intensificado e melhorado quanto ao atendimento destes grupos de riscos. Foi melhorado o atendimento dos usuários, assim como o acolhimento deles na unidade, objetivou-se incorporar uma grande quantidade de usuários no programa que estavam atrasados nas consultas, exames laboratoriais, descontrolados da sua doença, sem a medicação certa, com abandono do tratamento por conta própria, sem avaliação de risco há 2 anos, etc., e com o Programa da Atenção ao Diabético e Hipertenso foi melhorado tudo.

Conseguimos que as visitas domiciliares tivessem um objetivo único, avaliar aqueles usuários que não conseguem se locomover até a Unidade e que são usuários alvos para muitas complicações, sempre priorizando os usuários pertencentes ao grupo de risco, e não esquecendo os outros programas priorizados.

O programa chegou para ficar, está incorporado à rotina da Unidade e assim vai continuar, sendo nosso objetivo evitar mais usuários desencadeando doenças crônicas que podem ser prevenidas. Nosso trabalho é a prevenção de saúde como objetivo fundamental e nisso é que vamos continuar fortalecendo os nossos conhecimentos.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

No transcurso destas 12 semanas da intervenção conseguimos avaliar de forma a integrar todos os usuários cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão e à Diabetes Mellitus tendo resultados muito positivos quanto à qualidade das consultas e da estabilidade dos usuários.

A intervenção tratou da qualificação da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus na população maiores de 20 anos, e na área restrita à UBS Lutz, Bairro Lutz, pertencente ao município de Palmeira das Missões, realizamos cadastramento de 322 usuários, desses 298 são usuários hipertensos e 140 usuários diabéticos.

Quanto à cobertura dos usuários hipertensos, tivemos no 1º mês da intervenção 13% de cobertura, com o total de 67 hipertensos cadastrados, no 2º mês cadastramos 161 hipertensos, ou seja, 31,2%, no 3º mês 298 foram cadastrados (57,8%)(Figura 1). Acredito que este resultado foi consequência que no princípio da intervenção a equipe não estava convencida do trabalho a realizar, logo com a organização por meio de reuniões de equipe semanais e da capacitação profissional da equipe foi melhorando os resultados. Além disso, considero que estes indicadores podiam ser melhores, demonstrando que ainda temos muito a fazer, trabalhar mais em equipe. A equipe se propôs a investir na capacitação das ACS com ações de educação permanente no serviço.

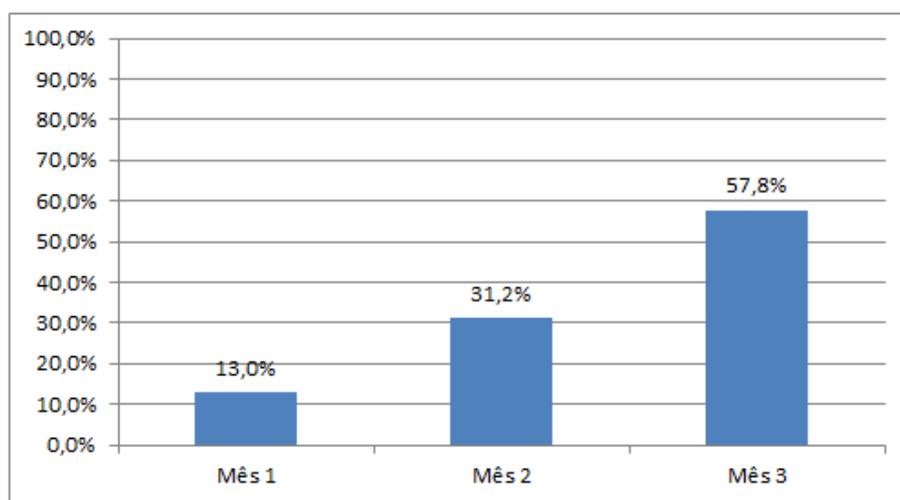


Figura 1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Lutz, Palmeira das Missões/RS, 2015.

Com respeito à cobertura dos usuários Diabéticos (figura 2), no 1º mês se incorporaram um total de 22 usuários para 9,7%, devido à pouca responsabilidade e esforço do pessoal da equipe onde a intervenção não tinha valor significativo para eles, no 2º mês a meta alcançada foi maior traçando estratégias de trabalho na unidade para conseguir incorporar mais usuários no programa, como por exemplo destinar um dia para este tipo de atendimento, conseguiu aumentar para 65 usuários, 28,6%, já no 3º mês cadastramos um total maior com a ajuda e o esforço de todos os profissionais da unidade, incorporando um total de 140 diabéticos, que corresponde a 61,7%. Embora não se conseguiu atingir a meta planejada pelas dificuldades apresentadas no caminho, conseguimos deixar a equipe consciente da importância do programa para a prevenção de complicações nestes usuários e de incorporar mais um objetivo no nosso trabalho diário.

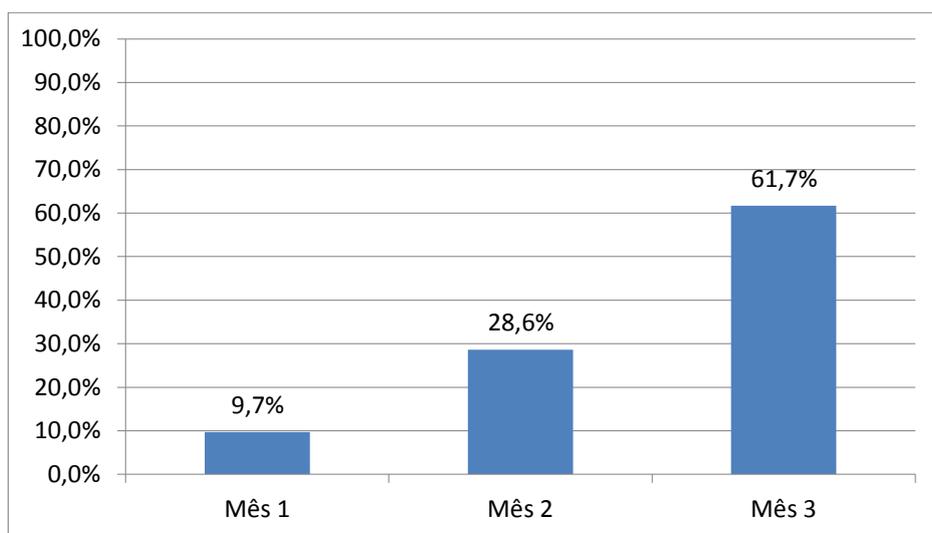


Figura 2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Lutz, Palmeira das Missões/RS, 2015.

Objetivou-se fazer exame clínico de qualidade aos 100% dos usuários hipertensos e diabéticos diagnosticando muitos fatores de risco como obesidade, insuficiência venosa periférica. Com a colaboração dos profissionais da equipe esta meta foi atingida sem dificuldade, através da capacitação e adequado treinamento para que eles pudessem fazer o exame físico correto nos usuários. O exame físico foi realizado em 100% do total de usuários cadastrados no programa durante os 3 meses de intervenção, sendo

298 hipertensos e 140 diabéticos. Esses exames permitiram detectar úlceras do pé diabético que não era de conhecimento do pessoal profissional da UBS e que hoje estão com tratamento e curativos.

Quanto aos exames complementares dos Hipertensos (figura 3), no 1º mês eram poucos os usuários que estavam em dia pela dificuldade que começou a apresentar o município economicamente para fornecer a todos os usuários esses exames, e assim, tivemos 63 de um total de 67 cadastrados, correspondendo a 94,0%; no 2º mês diminuimos um pouco segundo a quantidade de usuários incorporados no programa, de 161 usuários só 142(88,2%) deles estavam em dia e no 3º mês a meta foi atingida porque o município conseguiu tomar estratégias de trabalho para fornecer os exames e assim dos 298 cadastrados todos, 100%, tiveram exames complementares em dia.

A proporção de diabéticos com exames complementares em dia aconteceu da mesma maneira que com os hipertensos (Figura 4). No 1º mês conseguimos estar em dia com 21 usuários de 22, com 95,5 %; no 2º mês com um total de 62 (95,4%) e no 3º mês atingimos a meta para 140 (100%) usuários cadastrados todos eles com exames laboratoriais em dia.

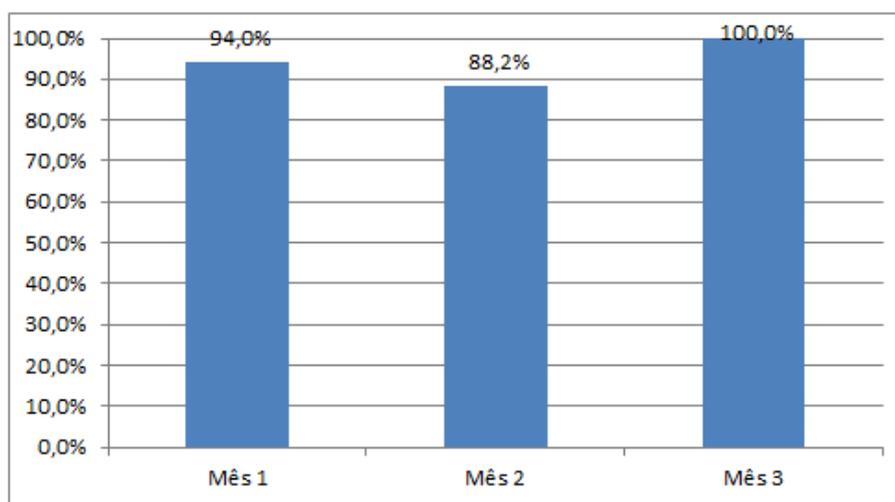


Figura 3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo da UBS Lutz, Palmeira das Missões/RS, 2015.

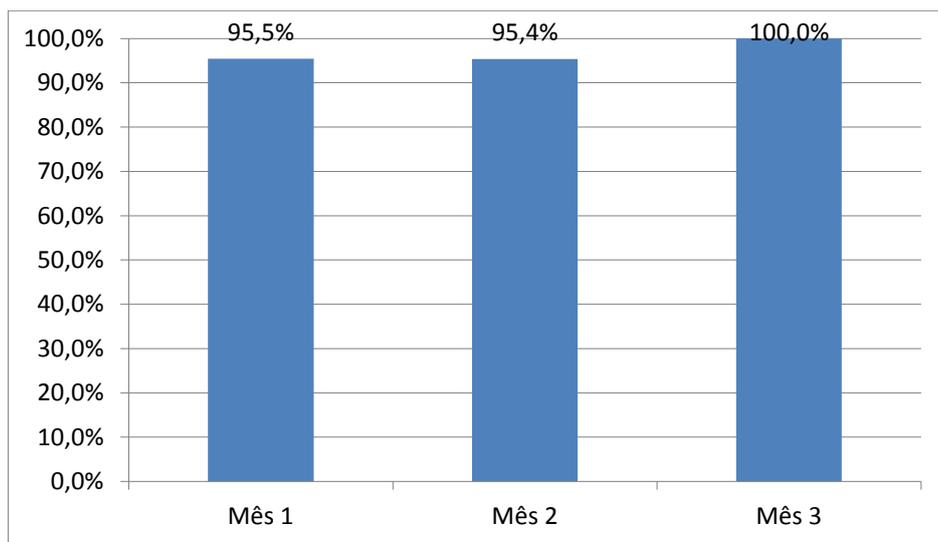


Figura 4. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo da UBS Lutz, Palmeira das Missões/RS, 2015.

Segundo a proporção de Hipertensos com medicamentos da Farmácia Popular foi difícil atingir a meta por ter sido difícil lidar com os usuários sobre esse assunto, e em outros casos a dificuldade de suas patologias para os remédios da farmácia Popular, que muitas vezes precisam dos remédios que este tipo de Farmácia não fornece. No 1º mês conseguimos manter uma grande quantidade de usuários com remédios da Farmácia Popular, 50 usuários (74,6%), no 2º mês aumentaram mais um pouco os usuários para 120 usuários(74,5%) e no 3º mês 234 dos 298 que estavam cadastrados, correspondendo a 78,5%, conforme a figura 5.

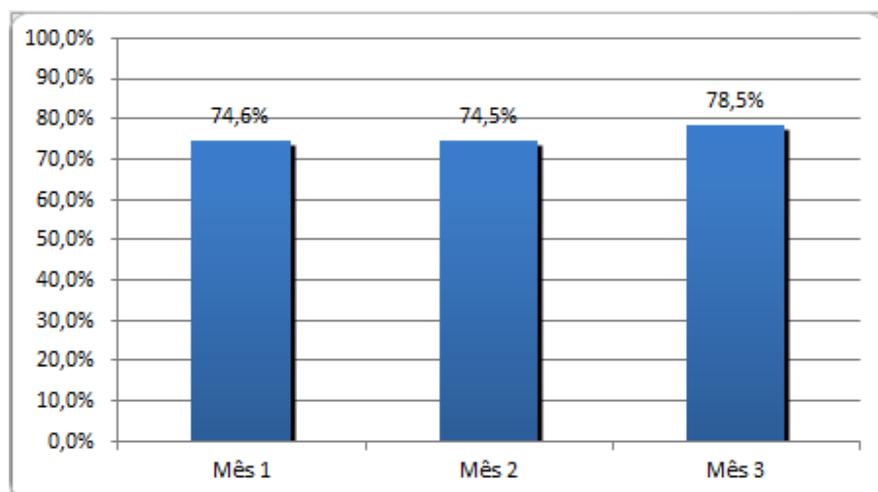


Figura 5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada da UBS Lutz, Palmeira das Missões/RS, 2015.

Com respeito à proporção de usuários diabéticos tomando remédios da Farmácia Popular, (figura 6), aconteceu igual que os Hipertensos uns 40 usuários precisam de outros remédios que na popular não são fornecidos. No 1º mês conseguimos conscientizar 17 usuários para fazer uso destes remédios que a gente tem na mão representando 77,3%; no 2º mês foi mais difícil pela questão de que não tínhamos como trocar os remédios e serem os da Popular que eles tomassem, por isso só conseguiram 42 usuários (64,6%); no 3º mês logramos incorporar mais um pouco de usuários, mais ainda assim não atingimos a meta, um total de 100 usuários(71,4%) com remédios da Farmácia popular.

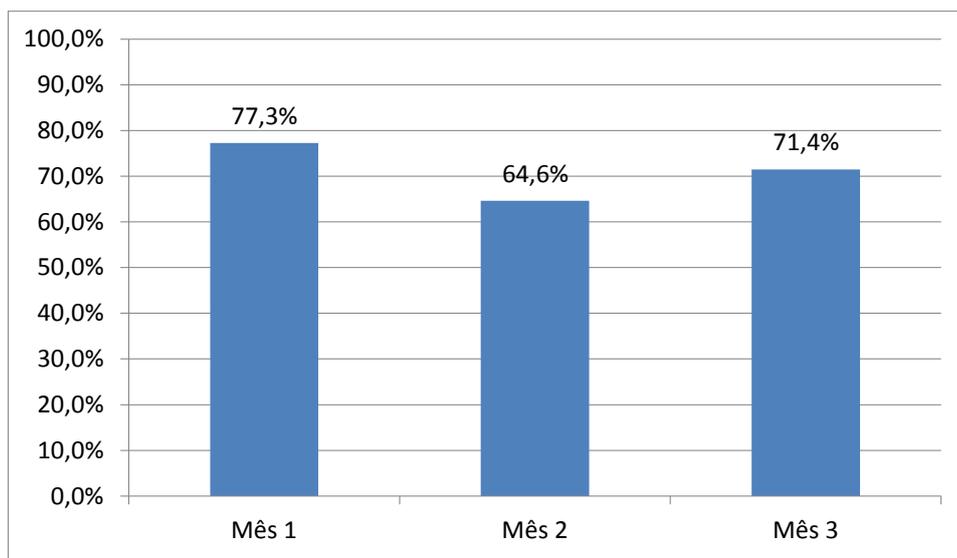


Figura 6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada da UBS Lutz, Palmeira das Missões/RS, 2015.

Não contamos com dentista e pela falta de profissionais no município foi difícil cumprir esta meta, assim como a avaliação de necessidade de atendimento, não obtendo nenhum usuário com essa avaliação.

Nesta etapa os faltosos foram muitos, um total de 38 usuários hipertensos faltosos, deles a maioria passado dos 60 anos, mas se tomaram estratégias como discussões em reuniões de equipe, busca ativa pelos agentes comunitários e realização de visita domiciliar para aqueles com dificuldades

reais de se deslocarem até a UBS. No 1º mês, 5 tiveram a busca ativa realizada (83,3%), e cumprindo a meta estimada de 100% (20 e 38) no 2º e 3º mês (Figura 7). Quanto aos usuários diabéticos, tivemos no total de 20 faltosos e todos, 100% deles nos 3 meses, tiveram a busca ativa com a ajuda dos agentes comunitárias que deram seu maior esforço para realizar esta atividade e cumprir com a meta.

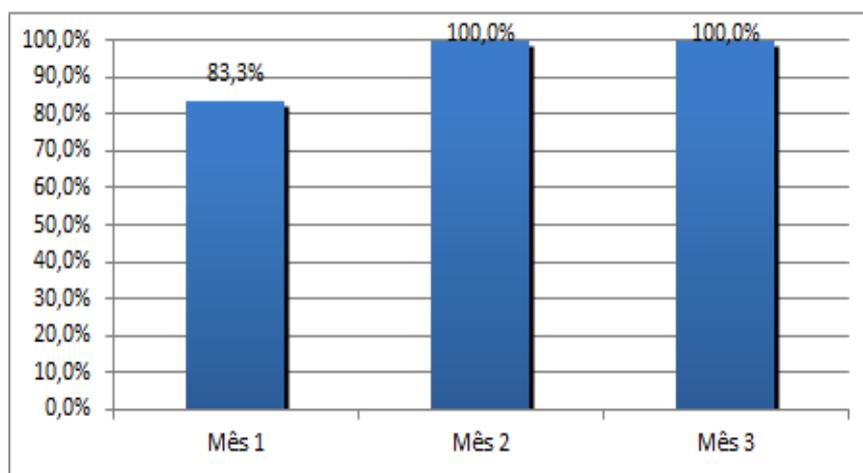


Figura 7. Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Lutz, Palmeira das Missões/RS, 2015.

Todos os usuários hipertensos e diabéticos que chegaram ao serviço receberam orientação do pessoal capacitado e tiveram sua ficha de acompanhamento preenchida, e por minha parte o relacionado com a medicação e exame físico, por isso consegui ter 100% dos usuários hipertensos (67, 161 e 298) e diabéticos (22, 65 e 140) acompanhados nos 3 meses de intervenção.

Com a ajuda de todos os profissionais da UBS foi informado para os usuários a importância dos exames laboratoriais na avaliação de risco cardiovascular, estratégia tomada para poder realizar 100% da avaliação de estratificação de risco, outra estratégia foi reunirmos com o gestor de saúde para priorizarem os usuários Hipertensos e Diabéticos na liberação de exames a serem feitos pelo SUS, e assim os usuários de mais baixa renda pudessem

fazer os exames laboratoriais. 100% dos usuários fez o exames e desta forma conseguimos atingir a meta.

Em relação à estratificação de risco cardiovascular dos usuários hipertensos (Figura 8), no primeiro mês conseguimos avaliar um total de 63 usuários de 67 cadastrados no programa representando um 94%, embora os elementos recolhidos durante o exame clínico inicial e interrogatório foram suficientes para estratificar alguns usuários segundo risco cardiovascular, na maioria dos casos foi necessário o resultado dos exames laboratoriais para definir score de Framingham, motivo pelo qual não foi possível estratificar o 100%. No segundo mês incorporamos 161usuários dos quais foram estratificados 142, o que representou 88,2%. Nesse segundo mês, diante do esforço de toda a equipe o número de cadastrados aumentou substancialmente, mas a estratificação não foi completada em muitos usuários pelas dificuldades crescentes apresentadas no município em relação aos recursos financeiros e limitação de exames complementares. Já no terceiro mês, com a cooperação dos gestores de saúde e demais colegas conseguimos incorporar maior numero de usuários, realizar avaliação de risco cardiovascular em 298 (100%) deles e ainda recuperar os que tinham ficado pendentes em etapas anteriores.

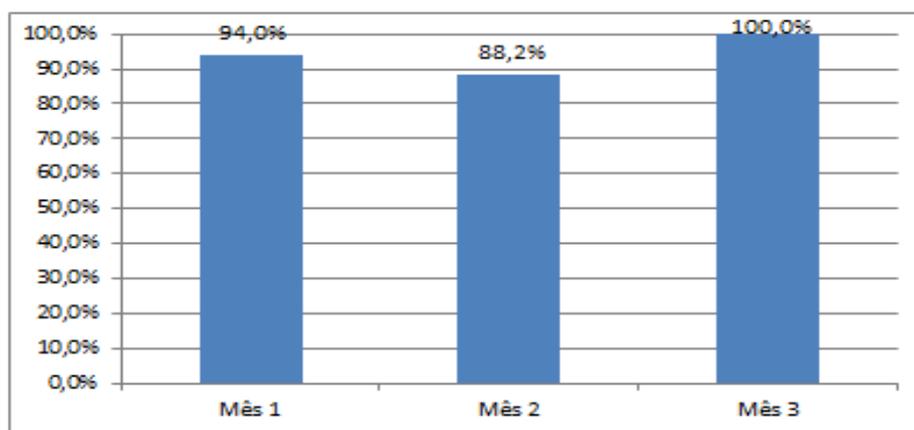


Figura 8. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular em dia de acordo com o protocolo da UBS Lutz, Palmeira das Missões/RS, 2015.

De igual forma com os usuários diabéticos (figura 9) no primeiro mês de 22 usuários incorporados ao programa, 21 foram avaliados segundo o risco

cardiovascular com 95,5%. No segundo mês de 65 usuários que tinham sido aderidos ao programa, 62 deles foram estratificados, o que representa 95,4%. As dificuldades enfrentadas eram similares, embora os diabéticos sofressem de lesões em órgãos-alvos com maior frequência que os hipertensos, condição que facilitou um pouco o processo de estratificação neste grupo. No terceiro mês conseguimos abranger maior número de usuários, alcançando 140 (100%) dos usuários que foi finalmente estratificado segundo os critérios de risco cardiovasculares estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

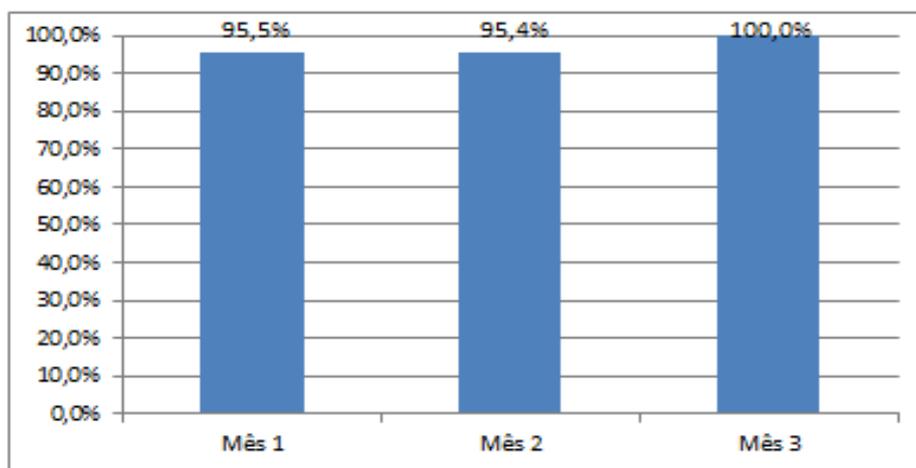


Figura 9. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular em dia de acordo com o protocolo da UBS Lutz, Palmeira das Missões/RS, 2015.

Com as ações de educação em saúde que se realizaram na UBS conseguimos atingir e orientar durante os 3 meses 100% dos usuáriorhipertensos (67, 161 e 298) e diabéticos (22, 65 e 140) destes grupos riscos sobre a importância de uma alimentação saudável, prática de atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal. Aqueles que tinham algum fator de risco como obesidade foi encaminhado para a nutricionista para uma melhor avaliação. Também se orientou individualmente em todos os usuários nas consultas de seguimento pratica de exercícios físicos para evitar a obesidade, sedentarismo, melhorar a insuficiência venosa, estresse. Começou-se a realizar na UBS os grupos de tabagismo pela enfermeira e pelos médicos da unidade aonde se conversou sobre a importância de parar de fumar com os 100% dos usuários cadastrados, as complicações para saúde e os grupos riscos para patologias causadas pelo habito e os usuários alvos mais

vulneráveis como Hipertensos e Diabéticos. Além disso, foi dialogado no grupo com pessoas hipertensas e diabéticas para evitar o vício para aqueles que não são tabagistas, como forma de prevenção. Embora não temos dentista, o pessoal capacitado da equipe preparou uma palestra em conjunto com os outros temas sobre saúde bucal e as complicações mais frequentes nestes grupos de risco, principalmente nos diabéticos, prevenção de doenças bucal, sobre escovar os dentes e das consultas com o dentista pelo menos uma vez por ano.

4.2 Discussão

Há muito tempo na UBS Lutz os usuários eram atendidos de forma ambulatorial e a unidade funcionava como pronto socorro, exceto pela enfermeira que fazia a sua parte com qualidade, e de um ano e meio até agora o atendimento médico tem sido com base nos protocolos de Saúde do Ministério da Saúde desenvolvendo as atividades de promoção e prevenção de saúde, incorporando aqueles programas que não eram trabalhados na unidade.

Com a intervenção se objetivou trabalhar na ampliação da cobertura no atendimento dos usuários Hipertensos e Diabéticos da comunidade com a qualidade que estava sendo pedida para todos os profissionais de saúde. Conseguimos o que nunca se esperava depois de tantos anos de formada as ESF, melhoramos o monitoramento total de todos os usuários cadastrados no programa de atenção à HAS e DM, tendo um controle da maioria deles, conseguimos conscientizar toda a equipe sobre o trabalho preventivo e não curativo, sobre a importância de avaliação integral de cada pessoa para evitar complicações, assim como as reconsultas de seguimento para ter à grande maioria controlada da doença.

Com os usuários o programa propiciou aumentar sua qualidade de vida, avaliar de forma integral a cada um deles, detectar precocemente os principais fatores de riscos apresentados, assim como compensar sua doença. Conseguimos atingir muitas metas e as outras ficaram pendentes para ser trabalhadas no dia a dia, até alcançar 100% dos usuários monitorados.

Para a equipe os avanços foram muitos. Podemos dizer que aumentou o conhecimento sobre o atendimento a estes grupos segundo os protocolos do Ministério, pois participamos de capacitações junto a todos os funcionários e com a responsabilidade de todos dentro da equipe. Esta tarefa permitiu aumentar e aperfeiçoar o trabalho dos médicos para uma avaliação de qualidade de todos os usuários, da enfermeira para uma boa consulta de enfermagem assim como as atividades de prevenção, as técnicas na triagem, nos curativos, mensurações, fornecimento de medicamentos e vacinação em dia; nos agentes comunitários na busca ativa dos usuários faltosos, assim como o monitoramento de todos eles, cadastro e atualização do censo populacional.

O trabalho em equipe se fortaleceu muito e a função do atendimento a estes grupos priorizados no ficava só por parte do médico, agora todo profissional tem conhecimento suficiente para lidar com estes usuários, assim o trabalho é mais ágil e com qualidade. Agora com um bom atendimento os usuários são reagendados e assim tem espaço para outros usuários que precisam de atendimento no dia sem aglomeração de usuários na Unidade e sem sobrecarga para os profissionais.

A comunidade enxergava de forma limitada a importância no trabalho realizado e no princípio teve muitas polêmicas em relação à priorização destes usuários crônicos, mas com uma boa organização do serviço conseguimos vencer esta barreira que estava nos afetando na intervenção. Agora se esta sentindo a importância do programa com a diminuída no fluxo de usuários na unidade. Os usuários ficaram impressionados com a qualidade do atendimento e embora tenham uma área descoberta pelos ACS tentamos fazer o maior esforço para cadastrar esses usuários quando chegam à Unidade para outro tipo de atendimento.

Se a intervenção fosse feita neste momento tentaria que a equipe se envolvesse ainda mais no projeto desde o começo, assim como a atuação de outros profissionais que garantissem maior integralidade na atenção dos usuários como, por exemplo, dentista, nutricionista, professor de educação física, etc. Mas, pelo demais, não mudaria nada porque os objetivos foram alcançados e as barreiras vencidas em quase sua totalidade.

A intervenção terminou, mas o trabalho continua e com a mesma eficiência com que foi implantado na unidade, acredito que com mais conhecimento e mais esmero de todos os profissionais da equipe. Continuaremos tentando aumentar a ampliação de cobertura dos hipertensos e diabéticos. E depois que estiver bem controlado o fluxo de usuários pretendemos ampliar para outro programa essa experiência.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado Secretário Municipal de Saúde,

Na nossa USF Comunidade da Lutz foi desenvolvido um projeto de intervenção no período de 12 semanas com o objetivo geral de melhorar a atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos na USF Comunidade da Lutz, Palmeira das Missões/RS. A realização deste trabalho foi por meio da especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas. A nossa equipe escolheu o foco da saúde nas pessoas hipertensas e/ou diabéticas por ter considerado baixa a cobertura deste grupo populacional e achar importante dedicar-se ao cuidado deles, além de percebermos que não se prestava um atendimento e acompanhamento adequado deste grupo da população, nos dando a oportunidade de avaliar o seu comportamento no nosso município.

Esse constitui um grupo grande de pessoas com uma média estimada na população brasileira de 6,39% e não se encontravam realizando acompanhamento segundo os protocolos de atendimento do Ministério da Saúde e assim decidimos desenvolver um projeto de intervenção em favor destes usuários. Partindo da maior incidência de eventos isquêmicos entre outros acidentes vasculares e demais lesões de órgão vitais acontecidos na população adulta hipertensa e diabética e sendo as doenças cardiovasculares a primeira causa de morte no Brasil traçamos uma série de objetivos e metas que garantam um adequado atendimento e aumentassem a qualidade de vida dos usuários.

Sendo também a adesão às atividades de saúde realizadas na unidade baixa e a abrangência em relação a este grupo, decidimos realizar um registro de usuários Hipertensos e Diabéticos que permitisse monitorar os nossos resultados. Iniciamos a busca ativa e agendamento das consultas de avaliação individual e colocamos em prática atividades de saúde coletivas com o objetivo de orientar e promover estilos e modos de vida saudáveis que ajudassem no controle metabólico e das cifras de tensão arterial no grupo alvo. Foram realizadas palestras sobre prática de exercícios físicos, saúde bucal, hábitos tóxicos, alimentação saudável entre outros.

Na medida em que o projeto ia se desenvolvendo o fluxo de usuários começou a aumentar. A nossa cobertura aumentou, conseguimos implementar um atendimento de qualidade ao 57,8% dos Hipertensos e 61,7% dos Diabéticos, que antigamente nem se monitorava nem se fazia este tipo de trabalho, conseguimos ter a maioria dos usuários com medicação fornecida da Farmácia Popular, deles 234 (78.5%) hipertensos cadastrados no programa e um total de 100(71.4%) diabéticos, o que permite um melhor controle na medicação desses usuários; a participação foi maior e indicadores de controle das doenças que se manifestavam. Com a realização de um exame físico apropriado conseguimos identificar complicações decorrentes de estados descompensados prolongados que foram devidamente encaminhados para serem avaliados em unidades de maior complexidade segundo a necessidade individual.

Após doze semanas de intervenção conseguimos avaliar 322 usuários, deles 298 hipertensos e 140 diabéticos. Foram solicitados exames complementares e todos foram estratificados segundo o risco cardiovascular detectado durante as avaliações. Receberam também orientações individuais sobre nutrição, efeitos nocivos derivados de tabagismo, alcoolismo entre outros aspectos importante.

Os usuários identificados com risco cardiovascular elevado foram de forma prioritária, sendo de quatro em quatro meses para os de maior risco, de seis em seis meses para os de risco intermédio e uma vez por ano para os de baixo risco. Embora as metas propostas não fossem atingidas, conseguimos controlar a maior parte dos cadastrados, minimizamos o custo em relação à

medicação com a introdução de medicamentos disponibilizados na rede básica o que garante sem dúvida a maior adesão ao tratamento e logramos uma maior aproximação dos usuários a unidade.

O secretario de saúde e demais gestores envolvidos no processo de atenção a comunidade mostraram-se sempre dispostos ajudarem no nosso processo de trabalho. A prioridade estabelecida para o grupo alvo em relação a liberação de exames complementares e demais recursos disponibilizados foi fundamental para garantir o cumprimento dos objetivos propostos. Novas estratégias que melhorem a atenção á comunidade estão sendo analisadas. Esperamos poder contar com a colaboração das forças políticas do nosso município e reafirmamos o compromisso da USB Lutz para com a saúde da comunidade palmeirense.

5 Relatório da Intervenção para a comunidade

Fizemos uma intervenção em um período de 3 meses, na USF Lutz, comunidade Lutz, Palmeira das Missões/RS. Nossa intervenção tem como objetivo principal trazer melhoria da atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos na USF. O projeto de intervenção encontra-se vinculado a especialização em Saúde da Família, dirigida pela Universidade Federal de Pelotas UFPel, o mesmo prevê melhorar a qualidade do atendimento a estes usuários assim como aumentar a cobertura na população alvo. O tema da intervenção foi escolhido com base em uma análise dos indicadores de saúde da população brasileira e comparados com os dados recolhidos na comunidade adstrita, os quais revelaram uma alta prevalência do número de hipertensos e diabéticos na nossa área de abrangência.

A intervenção foi motivada pelo alto índice de pessoas com hipertensão e/ou diabetes, descompensadas na população atendida sendo que um alto número dos usuários apresentavam cifras de tensão arteriais elevadas e níveis de glicose e outros indicadores laboratoriais acima dos valores definidos como bom controle metabólico.

No início a cobertura era boa, a maioria dos usuários estavam cadastrados embora a adesão da comunidade as atividades de saúde realizadas na unidade era pouca e não eram realizadas atividades de “saúde coletiva” orientada a promover estilos e modos de vida saudáveis (prática de exercícios físicos, orientação nutricional, etc.). Questões relacionadas à higiene bucal eram pouco entendidas, o exame físico praticado era inapropriado e os exames laboratoriais não eram solicitados de acordo com os protocolos de atendimento estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Após 12 semanas da intervenção conseguimos avaliar 322 usuários, deles 298 hipertensos e 140 diabéticos. Todos os usuários receberam orientação nutricional, de saúde bucal e efeitos nocivos de hábitos tóxicos (tabagismo entre outros). Foram solicitados exames complementares para o 100% dos usuários. Aqueles que foram identificados com risco cardiovascular elevado receberam atendimento diferenciado e foram agendados para acompanhamento prioritário. Embora a meta não foi atendida, os usuários em

acompanhamento conseguiram alcançar a compensação, encontram-se realizando tratamento medicamentoso fazendo maior uso dos medicamentos fornecidos na farmácia popular, o que diminui os gastos para eles e também garante uma maior adesão ao tratamento. Conseguimos também uma maior participação da comunidade nas atividades de saúde e capacitamos a equipe para poder continuar oferecendo um atendimento qualificado e integral. A profilaxia e prevenção de acidentes cardiovasculares implementadas mostrarão seus benefícios em longo prazo.

Estamos analisando novas estratégias de trabalhos que permitam ampliar a nossa cobertura e somar forças que nos ajudem a melhorar o nosso serviço. Estamos abertos a sugestões, ideais e iniciativas que contribuam a aprimorar os indicadores de saúde. Esperamos poder contar com a sua colaboração, que sempre foi muito satisfatória para a nossa intervenção.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Neste período do curso de Especialização de Saúde da Família, as minhas expectativas foram muitas, embora conseguisse cumprir muitas delas, ainda faltaram algumas que continuarei trabalhando no longe da minha estância neste país. Com o curso consegui incorporar métodos de trabalho no meu serviço que para alguns era difícil, mas o esforço dizem tudo de uma equipe. Aumentei meus conhecimentos em quanto às costumes, tradições, clima, crenças, economia da população brasileira, sem falar da parte médica e do trabalho das ESF no processo de aprendizagem; aprendi como os protocolos de saúde da Família abrangem de forma tão integral o processo saúde-doença. Serviu-me de experiência para incorporar mais um programa priorizado nos objetivos da minha equipe.

A especialização para a minha prática diária foi de grande apoio, já que o trabalho nas ESF é bem mais diferente do que eu estava acostumado a fazer; e para me inserir no dia a dia e conseguir lidar com a demanda e o desenvolvimento na unidade, o curso foi relevante e necessário para mim; foi a única maneira de conhecer a fundo o SUS e seus princípios, além de trocar ideias e experiências com os outros colegas nos fóruns de saúde coletiva e clínica. Toda esta experiência foi necessária para nossa inserção na sociedade brasileira, acredito que o tempo não foi suficiente para desempenhar a tarefa de melhor maneira, a unidade da intervenção poderia ter se estendido mais um pouco para alcançar melhores resultados tanto qualitativos como quantitativos, mas o que importa é que o conhecimento fica e a vontade de fazer trabalho de qualidade já forma parte de o nosso dia a dia.

Referências

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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 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: diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

PEDROSO, E. R. P.; OLIVEIRA, R. G. **Blackbook Clínica Médica**. 2ª edição, 2014.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^f Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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



Anexo B: Planilha de Coleta de Dados

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 HIPERTIDA?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com o exame oftálmico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos estão de acordo com a lista de Hipertida ou da Farmácia?	O paciente está com registro adequado na Ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame oftálmico está em dia?	O paciente realizou avaliação odontológica?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim
1	1														
2	2														
3	3														
4	4														
5	5														
6	6														
7	7														
8	8														
9	9														
10	10														
11	11														
12	12														
13	13														
14	14														
15	15														
16	16														
17	17														
18	18														
19	19														
20	20														
21	21														
22	22														
23	23														
24	24														
25	25														
26	26														
27	27														
28	28														
29	29														
30	30														

PRONTO Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores 60%

18:32 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.
