

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade à Distância
Turma nº 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes na
ESF Antônio Moscardini Neto, Cerro Grande do Sul/RS**

Geovanis Castellanos Sánchez

Pelotas, 2015

Geovanis Castellanos Sánchez

**Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes na
ESF Antônio Moscardini Neto, Cerro Grande do Sul/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: Adrize Rutz Porto

Pelotas, 2015

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

S211m Sanchez, Geovanis Castellanos

Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes na ESF Antônio Moscardini Neto, Cerro Grande do Sul/RS / Geovanis Castellanos Sanchez; Adrize Rutz Porto, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

83 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. Porto, Adrize Rutz, orient.
II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

À minha família, em especial a meu filho pelo apoio
incondicional apesar da distância.
À minha mãe por ser parte indispensável de minha vida.

Agradecimento

À minha orientadora pelo apoio incondicional.

Resumo

SÁNCHEZ, Geovanis Castellanos. **Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes na ESF Antônio Moscardini Neto, Cerro Grande do Sul/RS**. 2015. 83f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira, sendo as mais comuns a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus. Como requisito do curso de Especialização de Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas, propomos uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e diabetes da Unidade Básica de Saúde Antônio Moscardini Neto, do município Cerro Grande de Sul, Estado do Rio Grande do Sul. A população da Unidade é de 3.100 usuários e na área de abrangência há 471 pessoas com hipertensão, 421 (89,4%) foram cadastradas com a intervenção e de 116 usuários com diabetes, 108 (93,1%) foram cadastradas. Como é conhecido por todos, os usuários de nossa comunidade não têm o hábito de ir à consulta para realizar os controles periódicos correspondentes, por isso foi necessário realizar uma busca ativa de um grande número de pessoas, os agentes comunitários de saúde foram essenciais nesta tarefa tão importante. Todos os 175 hipertensos faltosos foram buscados pelos agentes comunitários nos três meses da intervenção e 73 diabéticos faltosos, comparecendo às consultas. Nos demais indicadores obtiveram-se proporções favoráveis no último mês: a proporção de hipertensos (421) e diabéticos (108) com exame clínico em dia foi de 100% a proporção de hipertensos e diabéticos com exames complementar segundo o protocolo foi de 90,7% (382) e 92,6% (100) respectivamente, a prescrição de medicamentos de farmácia popular foi de 88,2% (368) em hipertensos e 91,7% (99) em diabéticos, avaliou-se a necessidade de atendimento odontológico em 90,3% (380) dos hipertensos e um 94,4% (102) dos diabéticos, a proporção de hipertensos e diabéticos com o registro adequado nas fichas de acompanhamento foi de 100%, realizou-se a estratificação do risco cardiovascular a 90,7% (382) dos hipertensos e 92,6% (100) dos diabéticos, receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável 92,2% (388) dos hipertensos e 89,8% (97) dos diabéticos, a orientação sobre prática de atividade física regular foi recebida por 90,5% (381) dos hipertensos e o 93,5% (101) dos diabéticos, receberam orientação sobre os riscos do tabagismo 83,9% (376) dos hipertensos e 90,7% (98) dos diabéticos, e 86,7% (365) dos hipertensos e 85,2% (92) dos diabéticos receberam orientação sobre higiene bucal. A intervenção foi benéfica para a comunidade que recebeu atenção integral e qualificada, para a equipe a experiência possibilita a incorporação das ações à rotina e intervenções em outras ações programáticas e para o serviço a organização e integração das ações, bem como o monitoramento das informações. Na continuidade das atividades, vamos investir mais na prevenção e promoção da saúde para esta população.

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

Lista de Figuras

Figura 1 – Gráfico de Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Antônio Moscardini Neto. Cerro Grande do Sul/RS, 2015.	53
Figura 2 - Gráfico de Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Antônio Moscardini Neto. Cerro Grande do Sul/RS, 2015.	554
Figura 3 - Gráfico de Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Antônio Moscardini Neto. Cerro Grande do Sul/RS, 2015.	56
Figura 4 - Gráfico de Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Antônio Moscardini Neto. Cerro Grande do Sul/RS, 2015.	57
Figura 5 - Gráfico de Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. Antônio Moscardini Neto. Cerro Grande do Sul/RS, 2015.	58
Figura 6 - Gráfico de Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. Antônio Moscardini Neto. Cerro Grande do Sul/RS, 2015.	598
Figura 7 - Gráfico de Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Antônio Moscardini Neto. Cerro Grande do Sul/RS, 2015.	609
Figura 8 - Gráfico de Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Antônio Moscardini Neto. Cerro Grande do Sul/RS, 2015.	61
Figura 9 - Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Antônio Moscardini Neto. Cerro Grande do Sul/RS, 2015.	63
Figura 10 - Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Antônio Moscardini Neto. Cerro Grande do Sul/RS, 2015.	64
Figura 11 - Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. Antônio Moscardini Neto. Cerro Grande do Sul/RS, 2015.	65
Figura 12 - Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. Antônio Moscardini Neto. Cerro Grande do Sul/RS, 2015.	66

Figura 13 - Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular. Antônio Moscardini Neto. Cerro Grande do Sul/RS, 2015.	67
Figura 14 - Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular. Antônio Moscardini Neto. Cerro Grande do Sul/RS, 2015.	67
Figura 15 - Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. Antônio Moscardini Neto. Cerro Grande do Sul/RS, 2015.	68
Figura 16 - Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. Antônio Moscardini Neto. Cerro Grande do Sul/RS, 2015.	697
Figura 17 - Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal. Antônio Moscardini Neto. Cerro Grande do Sul/RS, 2015.	707
Figura 18 - Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal. Antônio Moscardini Neto. Cerro Grande do Sul/RS, 2015.	708

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
RS	Rio Grande do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	16
2 Análise Estratégica	18
2.1 Justificativa.....	18
2.2 Objetivos e metas.....	20
2.2.1 Objetivo geral.....	20
2.2.2 Objetivos específicos e metas	20
2.3 Metodologia.....	22
2.3.1 Detalhamento das ações	22
2.3.2 Indicadores	41
2.3.3 Logística.....	46
2.3.4 Cronograma	47
3 Relatório da Intervenção.....	499
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	499
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	50
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	50
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	51
4 Avaliação da intervenção.....	52
4.1 Resultados	52
4.2 Discussão.....	68
5 Relatório da intervenção para gestores	71
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	73
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	75
Referências	797
Anexos	78

Apresentação

O presente volume trata de um Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização em Saúde da Família, na modalidade à distância, da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). O mesmo está composto por sete itens que descrevem cada uma das etapas do processo de construção do trabalho.

O primeiro item é a Análise Situacional que identifica o problema objeto da intervenção. No segundo item Análise Estratégica projeta-se a intervenção a ser executada, justificando-a, formulando os objetivos, as metas, as ações, os indicadores, a logística e o cronograma de atividades.

O terceiro tópico relata o desenvolvimento da intervenção, quanto à realização ou não das ações previstas, dificuldades na coleta das informações e analisa brevemente a viabilidade de incorporação das ações previstas na rotina da Unidade. O quarto item, Avaliação da Intervenção, descreve os resultados da intervenção e os discute em seus detalhes.

Ainda constam relatórios voltados para os gestores e para a comunidade. O sétimo tópico é uma reflexão crítica do processo de aprendizagem do especializando e ainda há a lista das referências que serviram de suporte teórico ao trabalho, bem como os anexos.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Eu trabalho no município de Cerro Grande do Sul em uma comunidade chamada São José situado entre colinas, somos responsáveis por uma população de mais de três mil habitantes, todos em áreas rurais de difícil acesso, com estradas de terra e pontes de madeira, com uma população majoritariamente camponesa que possuem pequenas extensões de terra as quais plantam em muitas ocasiões com poucas condições de trabalho. O cultivo fundamental da região é o fumo, quando termina a coleta de fumo plantam outros cultivos como feijão, arroz, milho, mandioca, banana, batata doce, bem como frutas e legumes.

O clima da região varia com verões muito quentes e invernos muito frios com variações nas temperaturas de 38 graus a zero grau, o nível cultural da população é baixo, com hábitos característicos da população Gaúcha, com a ingestão de grandes quantidades de carne de gado, porco e aves, bem como arroz, feijão e legumes, também tomar muito café e chimarrão, sendo o consumo de tabaco e álcool é alto entre a população de diferentes idades.

A equipe é incompleta porque não tem enfermeira, nem farmacêutico, mas oferece todos os serviços para a comunidade, incluindo saúde bucal. A estrutura da consulta médica tem todas as condições para a atenção à população, não tem um local apropriado para esterilização, também não tem local de vacinas pelo que a população tem que deslocar até a Unidade Básica de Saúde (UBS) para poder realizar as vacinas correspondentes. A área é dividida em oito microáreas a cada uma delas tem seu Agente Comunitário de Saúde (ACS), a área conta com mais de 900 famílias e mais de 3.000 pessoas de diferentes idades.

Ainda que exista linhas de ônibus, o transporte baseia-se fundamentalmente pelos meios adquiridos pela comunidade, a moto constitui um meio importante de transporte e uma das principais causas de acidentes, muitas vezes letais, a comunidade não tem esgotos e uma grande maioria o abastecimento de água é por poços artesianos construídos pelos próprios moradores, têm eletricidade e muitos tem telefone, ainda que haja um grande número de usuários que vivem em zonas aonde não chega o sinal do telefone.

As principais causas do atendimento médico na área são dadas por pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), duas doenças com uma taxa de prevalência elevada, e em muitos dos casos um mesmo usuário tem as duas doenças. As pessoas possuem maus hábitos de alimentação, pois ingerem grandes quantidades de sal, não realizam exercícios físicos regularmente, aspectos que têm influência negativa sobre essas doenças.

As doenças psiquiátricas são outras doenças muito prevalentes na comunidade, um grande número de usuários jovens de ambos os sexos sofre de depressão e ansiedade, estes usuários consomem muitos medicamentos, esta é uma preocupação real para a equipe de saúde. O constante trabalho forçado contribui ao aparecimento das doenças de ossos e articulações, especialmente da coluna lombar. O acesso às diferentes especialidades médicas é muito limitado, em ocasiões tem que esperar anos para poder obter uma consulta de qualquer especialista, a oferta não cobre as demandas da população. O município não tem hospital, nem laboratório clínico e também não tem exames de imagem, como radiografia. A equipe de saúde está empenhada em resolver os problemas de saúde da população, proporcionando atenção integral para a comunidade.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O Município de Cerro Grande do Sul pertence ao Estado Rio Grande do Sul, município rural, com uma população cerca de 10.000 habitantes, com uma geografia diversificada dominada por zonas montanhosas, onde a agricultura é a produção fundamental da grande maioria de seus habitantes, o cultivo de tabaco sendo a principal linha de produção. O município tem uma UBS com três equipes de saúde da família, duas localizadas em comunidades do interior do território e apenas uma

atua na estrutura da UBS. O município não possui Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Um dos fatores mais importantes que afetam a qualidade do atendimento à população é dado pela falta de atenção especializada no município. Atualmente o município possui uma ginecologista que presta cuidados durante toda a semana e um pediatra, uma vez por semana. Para consultar as demais especialidades, os usuários têm que ir a outros municípios vizinhos, em muitos casos têm que esperar por longos períodos de tempo e viajar longas distâncias para receber a consulta, ainda há situações que não conseguem consultas. Neurologia, Nefrologia e Endocrinologia são consultas com bastante demanda, mas ao mesmo tempo com uma baixa oferta.

O município não tem serviço de hospital, o hospital mais próximo está localizado a cerca de 40 km, então os usuários precisam viajar longas distâncias para receber serviços hospitalares e frequentemente eles devem ser direcionados para a capital do estado a mais de 100 km de distância do município. O município não tem laboratório pelo Sistema Único de Saúde (SUS), mas são realizados diversos exames complementares, devido ao convênio existente com um laboratório de um município vizinho, geralmente estes exames complementares demoram mais de 15 dias para emitir os resultados.

Nossa equipe de saúde trabalha em uma área totalmente rural, em que todas as ações que são executadas pela equipe. A equipe está composta por um clínico geral, uma técnica de enfermagem, uma dentista, a recepcionista e uma auxiliar de saúde bucal.

Em termos de estrutura física da UBS, podemos dizer que tem dificuldades porque nossa ESF não tem um local adequado para realizar a esterilização, sabemos a importância deste local, no nosso caso se esteriliza num local pequeno adaptado para tais fins, a área de nebulização se compartilha com o local de curativos, não cumprindo com todas as condições que requer este local, pois como sabemos não se devem realizar os curativos sujos, no mesmo local que os limpos.

Também não tem salas para fazer as reuniões, não tem nenhum local adequado para a eliminação dos resíduos, sendo estes depositados em local que não é com acesso limitado, nem tem escovário, local importante em uma instituição como esta e nem tem sala de vacinas. Uma das principais dificuldades de nossa ESF é barreiras arquitetônicas porque se situa numa pequena elevação e em sua

entrada principal tem escadas, usuários com deficiência e algumas pessoas idosas têm que acessar a ESF na parte de trás, que está habilitado para uma emergência. Felizmente uma extensão da UBS está atualmente em construção e com esta expansão irá melhorar o atendimento aos usuários.

Há aspectos positivos e negativos em termos das atribuições dos profissionais em nossa equipe de saúde. Trabalhar com diferentes grupos é muito importante, principalmente executar ações de promoção e prevenção da saúde, bem como para o controle de várias doenças. Na área de nossa unidade é priorizado o trabalho com usuários hipertensos e diabéticos, pela alta prevalência que existe destas doenças na população atendida, trabalho com outros grupos deve ser reforçado tais como adolescentes, capacitação para combate ao tabagismo, atenção aos idosos, pessoas em sofrimento psíquico, saúde bucal, prevenção do câncer ginecológico, entre outros, além de aumentar a participação de todos os membros da equipe de saúde nestas atividades com grupos. Também é importante identificar parceiros e recursos na comunidade para potencializar as ações intersectoriais com a equipe, com vistas à obtenção de resultados cada vez melhores, nem todos os membros da equipe participam neste papel.

As atividades de desenvolvimento profissional e treinamento para a equipe são realizados, ainda em quantidade insuficiente. Geralmente os profissionais de nossa UBS participam do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento de nossa unidade de saúde. Para fazer o planejamento do trabalho, temos a reunião de equipe toda a semana e com bons resultados e participação de toda a equipe.

A área de nossa ESF tem uma população de 3.100 habitantes que é consistente com os padrões para uma equipe ESF no Brasil. A composição da população da área está de acordo com a população do Brasil, com predomínio de população adulta e uma discreta maioria do sexo feminino.

Em relação ao acolhimento e demanda espontânea, temos vários aspectos positivos, o acolhimento da população melhorou consideravelmente desde que a equipe de saúde trabalha para melhorar a satisfação do usuário. A equipe executa o acolhimento para todos os usuários e também atende a todos os usuários que têm suas consultas agendadas.

Em relação à saúde da criança nossa área tem 31 crianças menores de um ano, o que representa 84% do total estimado pelo caderno de ações programáticas.

Nosso serviço fornece consulta de puericultura, assim como a procura de outras causas de doenças, geralmente aguda. A nossa equipe não têm sala de vacinas e os usuários devem viajar longas distâncias para realizar a vacinação.

As consultas são realizadas em conformidade com um protocolo que proporciona uniformidade e garante que todos os aspectos são tratados e assim a qualidade da consulta pela equipe. O programa conta com um registro específico e realizamos monitoramento regular destas ações, com debates mensais entre os profissionais da equipe, incluindo os ASC que são fundamentais para as ações executadas. A triagem auditiva em minha opinião é uma informação muito valiosa para o médico e o usuário e até agora não se obteve bons resultados neste indicador. Sem dúvida os melhores aspectos tratados são o monitoramento do crescimento e do desenvolvimento, pontos-chave na consulta de puericultura. Entretanto, a participação da população nas ações de saúde deve melhorar quantitativa e qualitativamente.

No que diz respeito aos cuidados pré-natais, em nossa área tem 14 grávidas apenas 30% do total estimado pelo caderno de ações programáticas. Estas são tratadas com o ginecologista do município, as consultas às grávidas são realizadas de acordo com os protocolos, conta com um registro específico e a equipe realiza monitoramento regular destas ações todos os meses, mas que ainda precisa melhorar. Dentro os aspectos positivos, uma grande maioria das gestantes começam o pré-natal a partir do primeiro trimestre da gravidez. As principais dificuldades estão na localização geográfica, em que as mulheres grávidas percorrem longas distâncias para receber as consultas, e ainda precisa ser melhorado o planejamento de todas as ações de saúde, bem como a melhoria da educação em saúde para a mulher grávida sobre temas como aleitamento materno, crescimento e desenvolvimento da criança, entre outros tópicos.

Em relação à Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama nossa área tem 689 mulheres entre 25 e 64 anos que representa 81% do total estimado pelo caderno de ação programática e só 216 tem o exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia. Atualmente realiza-se a coleta de citopatológico do colo de útero no consultório, evitando a transferência dos usuários para outra instituição, onde elas têm longas filas de espera.

Nosso serviço adota um protocolo técnico, conta com um registro específico e realiza monitoramento regular destas ações. O registro de todas as ações é

atualizado, uma avaliação semanal é realizada na reunião de equipe, e no final do mês, um resumo e discussão do trabalho realizado. O trabalho com a prevenção de câncer de mama é diferente porque ainda hoje não temos registros de todas as mulheres que fazem o exame de mama, nossa área tem 273 mulheres entre 50 e 69 anos, que representa 85% do total estimado pelo caderno de ações programáticas e só 69 tem a Mamografia em dia e 204 tem a Mamografia com mais de três meses em atraso. É importante mencionar que nem todas as mulheres realizaram mamografias todos os anos, em alguns casos, devido à falta de conhecimento e em outros pela distância da comunidade, e muitas mulheres não têm recursos para ir. A educação em saúde sobre esta questão é ainda insuficiente e requer maior participação dos membros da equipe, assim como das instituições da área da saúde, os registros e a qualidade dos mesmos devem melhorar.

As pessoas com HAS e/ou a DM não recebem o controle e acompanhamento adequado. Nossa área tem 401 usuários hipertensos que representa 58% do total estimado pelo caderno de ações programáticas e 87 usuários diabéticos que representa 44% do total estimado pelo caderno de ações programáticas. Nossa equipe de saúde realiza esforços significativos na prevenção e controle dessas duas doenças.

Estamos trabalhando com grupos de usuários hipertensos e diabéticos todas as quartas-feiras. A atualização de registros é contínua procurando-se a melhor confiabilidade e precisão das informações obtidas, devido ao elevado número de usuários com essas duas doenças, isto tem sido uma prioridade no trabalho de nossa equipe de saúde, o aspecto negativo neste trabalho, deve-se a falta de integração entre as instituições da área de abrangência, alguns grupos não estão funcionando corretamente, uma das metas importantes está dada em conseguir mudar hábitos e estilos de vida, objetivo difícil de conseguir devido aos hábitos e costumes de alimentação da população da região.

Os exames periódicos não são realizados ainda, muitos usuários não compareceram à consulta, outros não são feitos por falta de transporte e outros por falta de preocupação do usuário. Estamos trabalhando intensivamente com as orientações sobre prática de atividade física regular e as orientações nutricionais para alimentação saudável, aspectos importantes em usuários hipertensos. A avaliação de saúde bucal não tem sido realizada a todos os usuários com hipertensão, por várias razões, como a falta de disponibilidade de cadeiras dentais.

Todos os membros da equipe são envolvidos em atividades, embora se note que nem todo mundo participa com a mesma dedicação e responsabilidade.

Em relação à saúde dos idosos, houve progressos, mas muito pouco, considerando a tendência da população envelhecer em um futuro próximo. Nossa área tem 416 usuários idosos que representa 98% do total estimado pelo caderno de ações programáticas. Os primeiros passos estão sendo dados na atualização do registro e controle dos idosos para continuar a organização do planejamento das consultas, em que a grande maioria sofre de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão então, são dadas prioridade a atenção em domicílio e a integração aos grupos de diabéticos e hipertensos, com melhoria da acessibilidade aos serviços de cuidados de saúde. Isso melhora a integração de grupos de usuários idosos, mas ainda no município não existe instituições para os cuidados dos idosos e nem especialista para este grupo etário ou especialista em Geriatria. Os cuidados dentários devem aumentar e melhorar o planejamento, embora isso também seja afetado pela própria capacidade da atenção em saúde na UBS, porque a quantidade e a qualidade dos equipamentos não satisfazem as necessidades da área.

O maior desafio da equipe de saúde é dado na realização de um diagnóstico integral da saúde na área de abrangência e em seguida, desenvolver momentos para um planejamento integral de todas as ações de saúde que devem ser realizadas para melhorar a situação de saúde da população, em conjunto com todas as instituições e órgãos na área de abrangência. Isto é, sem dúvida, o objetivo final, que deve incluir todas as idades e setores dos grupos populacionais, com ações de saúde de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

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

Após várias semanas de estudo e trabalho voltamos para a leitura da tarefa enviada na segunda semana, em que eu comentei sobre a situação atual de nossa ESF. Nesta tarefa, eu mencionei minhas impressões sobre a situação dos diversos aspectos como organização do trabalho, estrutura física, funções dos membros da equipe de saúde, recursos humanos, tentando realizar um resumo com base no conhecimento que tinha sobre todos os aspectos. Naquele momento pensei que eu sabia tudo sobre a UBS. O curso oportunizou investigar com maior profundidade

quase tudo relacionado com a estrutura e o funcionamento da UBS e pouco a pouco eu notei que eu quase não sabia sobre esses aspectos investigados. É por isso que o primeiro texto enviado agora é um texto superficial e incompleto com uma visão de trabalho muito diferente da que temos hoje. Temos em nossas mãos um texto mais completo com uma maior compreensão da realidade do nosso trabalho. Nós fomos capazes de identificar um maior número de problemas com o relatório elaborado e também propor soluções. A profundidade entre os textos é incomparável.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. A HAS e o DM representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário em nível nacional. A hipertensão afeta de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos. A prevalência de DM é de 7,6%. Cerca de 90% de pessoas com Acidente Vascular Encefálico e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam hipertensão associada. Estas doenças levam, com frequência, à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para si, sua família e a sociedade. Quando diagnosticadas precocemente, estas doenças são bastante sensíveis, oferecendo múltiplas chances de evitar complicações. A HAS e DM são problemas de saúde pública, cuja incidência e prevalência cada dia aumenta por várias razões, tais como o aumento da esperança de vida, hábitos alimentares inadequados e tendência sedentária (BRASIL, 2013).

Nossa ESF está trabalhando em uma comunidade chamada São José no interior do município de Cerro Grande do Sul, localizado entre montanhas, a equipe presta cuidados aos usuários, independentemente das dificuldades estruturais que apresenta. Em termos de estrutura física da UBS, podemos dizer que tem dificuldades, porque não possui todas as instalações necessárias para o funcionamento adequado, a exemplo não temos salas para fazer as reuniões, para vacinas, nebulização, etc. Independentemente das dificuldades a equipe fornece quase todos os serviços e satisfaz a maioria das necessidades da população. A equipe de saúde é composta por um clínico geral, a técnica em enfermagem, uma recepcionista, um técnico de consultório dentário, oito ACS, não tem enfermeira.

Temos uma população de 3.100 usuários localizados em diferentes comunidades no interior do município, dividido em oito microáreas, cada um com seu ACS. Nossa área de abrangência, possui 401 hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados apenas 58% dos esperados pelo caderno de ações programáticas, mas nenhum tem estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, somente 203 tem os exames complementares periódicos em dia, 203 tem orientações sobre prática de atividade física regular, orientação nutricional para alimentação saudável e avaliação de saúde bucal em dia. Além disso, temos 87 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área, mas apenas 44% dos esperados pelo caderno de ações programáticas, nenhum tem a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, somente 49 com exames complementares periódicos em dia, exame físico dos pés nos últimos três meses, palpação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos nos últimos três meses, orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável, apenas 17 têm avaliação de saúde bucal.

Atualmente são realizadas ações de promoção e educação de saúde, trabalhando com os grupos de usuários diabéticos e hipertensos, são oito no total, uns para cada microárea, sendo abordados temas como alimentação saudável, prática frequente de exercícios físicos, saúde bucal, saúde da pessoa idosa, cuidados da pele e do pé de diabéticos, danos de saúde pela ingestão de álcool e tabaco, entre outros temas importantes para o controle destas doenças. Hoje a equipe de saúde está empenhada em melhorar o estado de saúde da população da área de abrangência, especialmente os hipertensos e diabéticos, as ações são executadas de forma coordenada e planejada para atingir o objetivo final de nosso trabalho.

As principais restrições são dadas pela difícil situação geográfica da área de abrangência, em que muitos usuários vivem longe, sendo difícil para a comunicação e deslocamentos dos usuários, além do baixo nível escolar da população, exigindo um trabalho mais personalizado com cada um dos usuários. Entretanto, nós temos a força de ter uma equipe completa de ACS, uma equipe comprometida para realizar o trabalho, além de meios de transporte para deslocamento da equipe de saúde para as comunidades, tornando mais fácil a realização de visita domiciliar e atividades de promoção e prevenção da saúde. Com a intervenção vamos ser capaz de monitorar um número maior de diabéticos e hipertensos, melhorando a atenção a esse grupo,

bem como acompanhar tratamento, realizando testes de laboratório planejados e em muitos casos, prevenir as complicações dessas doenças.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes da UBS Antônio Moscardini Neto, Cerro Grande do Sul/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1. Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM 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 cadastrados na UBS.

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

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

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos cadastrados na UBS 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.

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

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

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

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

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos 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 cadastrado na UBS.

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

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

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

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

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

cadastrado na UBS.

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de **16 semanas** na **UBS Antônio Moscardini Neto**, no município de **Cerro Grande do Sul/RS**. Participarão da intervenção pessoas com 20 anos ou mais residentes no território da área de abrangência da UBS com hipertensão e/ou diabetes, representada por **401 hipertensos e 87 diabéticos**.

2.3.1 Detalhamento das ações

A seguir apresentam-se as ações de acordo com o objetivo, a meta e o eixo pedagógico do curso e após o detalhamentos das ações:

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

Meta 1.1. Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

No eixo monitoramento e avaliação:

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

O médico vai monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM na unidade de saúde mediante a revisão e atualização do livro de registros, com frequência semanal.

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

O médico vai monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM na unidade de saúde mediante a revisão e atualização o livro de registros, com frequência semanal.

No eixo organização e serviço:

- ✓ Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.
O médico vai garantir o registro dos hipertensos cadastrados no programa, mediante a atualização do livro de registros, nos diferentes palcos de atenção com frequência diária.
- ✓ Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS.
A equipe vai melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS, realizando um acolhimento adequado a todos os pacientes, será realizado diariamente por todos os membros da equipe antes de começar a consulta e os grupos de HIPERDIA.
- ✓ Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.
A secretaria de saúde vai garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde, será garantido antes de começar o estudo.
- ✓ Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.
O médico vai garantir o registro dos diabéticos cadastrados no programa, mediante a atualização do livro de registros, nos diferentes palcos de atenção com frequência diária.
- ✓ Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes.
 - ✓ A equipe vai melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes, realizando um acolhimento adequado a todos os pacientes, será realizado diariamente por todos os membros da equipe antes de começar a consulta e os grupos de HIPERDIA.
- ✓ Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.
A secretaria de saúde vai garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde e fitas aparelhos o material será fornecido antes do começo da intervenção.

No eixo engajamento público:

- ✓ Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

A equipe de saúde informará à comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e à DM na unidade de saúde nas reuniões de grupos, consultas, visitas domiciliares, cartazes informativos e na rádio local, será realizada diariamente segundo as possibilidades da equipe.

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

A equipe de saúde informará à comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, nas reuniões de grupos, consultas, visitas domiciliares, cartazes informativos e na rádio local, será realizada diariamente segundo as possibilidades da equipe.

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

A equipe de saúde informará à comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, nas reuniões de grupos, consultas, visitas domiciliares, cartazes informativos e na rádio local, será realizada diariamente segundo as possibilidades da equipe.

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

A equipe de saúde informará à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, nas reuniões de grupos, consultas, visitas domiciliares, cartazes informativos e na rádio local, será realizada diariamente segundo as possibilidades da equipe.

No eixo qualificação da prática clínica:

- ✓ Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

O médico capacitará aos ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde, esta capacitação será realizada mediante uma palestra na primeira semana do estudo durante a reunião de equipe.

- ✓ Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
O medico capacitará à equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, esta capacitação será realizada mediante uma palestra na primeira semana do estudo durante a reunião de equipe.
- ✓ Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
O medico capacitará aos ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde, esta capacitação será realizada mediante uma palestra na segunda semana do estudo durante a reunião de equipe.
- ✓ Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
A técnica de enfermagem capacitará a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, será realizada uma atividade prática na unidade de saúde durante a segunda reunião de equipe.

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.

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

No eixo monitoramento e avaliação:

- ✓ Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos.
O médico vai monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos, mediante a atualização e revisão da ficha espelho da cada paciente, diariamente nas consultas, grupos de HIPERDIA e visitas domiciliárias.
- ✓ Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos.
O médico vai monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos, mediante a atualização e revisão da ficha espelho da cada paciente, diariamente nas consultas, grupos de HIPERDIA e visitas domiciliárias.
- ✓ Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
O médico e a técnica de enfermagem vão monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde, mediante a atualização da ficha espelho da cada paciente, diariamente nas consultas, grupos de HIPERDIA e visitas domiciliárias e revisão semanal dos resultados obtidos.
- ✓ Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
 - ✓ O médico e a técnica de enfermagem vão monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada, mediante a atualização da ficha espelho da cada paciente, diariamente nas consultas, grupos de HIPERDIA e visitas domiciliárias e revisão semanal dos resultados obtidos.
- ✓ Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
 - ✓ O médico e a técnica de enfermagem vão monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde, mediante a atualização da ficha espelho da cada paciente, diariamente nas consultas, grupos de HIPERDIA e visitas domiciliárias e revisão semanal dos resultados obtidos.

- ✓ Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

O médico e a técnica de enfermagem vão monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada, mediante a atualização da ficha espelho da cada paciente, diariamente nas consultas, grupos de HIPERDIA e visitas domiciliares e revisão semanal dos resultados obtidos.

- ✓ Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia.

A técnica de enfermagem vai monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia, realizará um controle semanal da existência dos medicamentos em nossa farmácia bem como na farmácia popular assim como a revisão das carteirinhas dos pacientes consultados para comprovar a data de aquisição dos medicamentos.

No eixo organização e gestão do serviço:

- ✓ Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos

O médico vai definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos na primeira reunião de equipe.

- ✓ Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

O médico organizará a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, na primeira reunião de equipe vai-se confeccionar o cronograma de capacitação de todos os membros conforme as funções que vão a realizar no trabalho estabelecendo-se as prioridades para atualização dos profissionais.

- ✓ Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

O médico o médico garantirá a versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde, a secretaria de saúde garantirá os materiais para a impressão na própria unidade de saúde.

- ✓ Garantir a solicitação dos exames complementares.

O médico garantirá a solicitação dos exames complementares mediante o modelo estabelecido, será realizado na cada consulta médica, visita domiciliar ou grupos de HIPERDIA.

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

A secretária de saúde realizará coordenações com o município vizinho de Tampes para a realização dos exames complementares no laboratório Garcés de dito município.

- ✓ Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

O médico e a técnica de enfermagem realizassem controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos realizando o pedido semanal ao armazém da UBS segundo as necessidades.

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

A técnica de enfermagem manterá um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, o mesmo será atualizado semanalmente segundo o número de pacientes consultados.

No eixo engajamento público:

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

A equipe vai orientar aos usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e a diabetes sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, durante as consultas, visitas domiciliares, grupos de HIPERDIA, serão realizadas diariamente mediante educação para a saúde, palestras e cartazes.

- ✓ Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

A equipe vai orientar aos usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da diabetes e a diabetes sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, durante as consultas, visitas domiciliares, grupos de HIPERDIA, serão realizadas diariamente mediante educação para a saúde, palestras e cartazes.

- ✓ Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

A equipe vai orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização e a periodicidade dos exames complementares, durante as consultas, visitas domiciliares, grupos de HIPERDIA, será realizada diariamente.

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

- ✓ A equipe vai orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade da realização e a periodicidade dos exames complementares, durante as consultas, visitas domiciliares, grupos de HIPERDIA, serão realizadas diariamente.

- ✓ 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.

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 mediante as consultas, visitas domiciliares, palestras nos grupos de HIPERDIA, serão realizadas diariamente.

No eixo qualificação da prática clínica:

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

O médico capacitará a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares mediante a discussão do protocolo de atendimento durante a reunião de equipa da segunda semana

- ✓ Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

O médico realizará atualização profissional no tratamento da hipertensão, mediante a autopreparação permanente e estudo dos novos protocolos bem como os cadernos de atenção básica.

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

O médico y a técnica de enfermagem capacitarão a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia durante a reunião semanal da equipe de saúde, fazendo ênfase nos medicamentos que se utilizam com maior frequência pelos utentes do área

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.

No eixo monitoramento e avaliação:

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

O médico monitorará o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) mediante a atualização da ficha espelho da cada paciente, diariamente nas consultas, grupos de HIPERDIA e visitas domiciliárias.

No eixo organização e gestão do serviço:

- ✓ Organizar visitas domiciliares para buscar dos hipertensos faltosos
A equipe organizará as visitas domiciliares para buscar dos hipertensos faltosos, em cada reunião semanal de equipa serão definidas as prioridades da semana e a sua vez serão definidos os pacientes que devem de visitar cada ACS o que permitirá que a recepcionista organize a agenda para acolher os usuários provenientes das buscas domiciliares.

- ✓ Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

A equipe organizará as visitas domiciliares para buscar dos hipertensos faltosos, em cada reunião semanal de equipa serão definidas as prioridades da semana e a sua vez serão definidos os pacientes que devem de visitar cada ACS o que permitirá que a recepcionista organize a agenda para acolher os usuários provenientes das buscas domiciliares.

- ✓ Organizar visitas domiciliares para buscar dos diabéticos faltosos

A equipe organizará as visitas domiciliares para buscar dos diabéticos faltosos, em cada reunião semanal de equipa serão definidas as prioridades da semana e a sua vez serão definidos os pacientes que devem de visitar cada ACS o que permitirá que a recepcionista organize a agenda para acolher os usuários provenientes das buscas domiciliares.

- ✓ Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

A equipe organizará as visitas domiciliares para buscar dos diabéticos faltosos, em cada reunião semanal de equipa serão definidas as prioridades da semana e a sua vez serão definidos os pacientes que devem de visitar cada ACS o que permitirá que a recepcionista organize a agenda para acolher os usuários provenientes das buscas domiciliares.

No eixo engajamento público:

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

A equipe vai informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas durante as consultas, visitas domiciliares, grupos de HIPERDIA, serão realizados diariamente.

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

A equipe vai ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e ou diabetes (se houver número excessivo de faltosos) durante as consultas, visitas domiciliares, grupos de HIPERDIA, serão realizadas diariamente.

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

A equipe vai esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas durante as consultas, visitas domiciliares, grupos de HIPERDIA, serão realizadas diariamente.

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

A equipe vai informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas, durante as consultas, visitas domiciliares, grupos de HIPERDIA, serão realizados diariamente.

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

A equipe vai esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas durante as consultas, visitas domiciliares, grupos de HIPERDIA, serão realizadas diariamente.

No eixo qualificação da prática clínica:

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

O médico realizará uma atividade de capacitação durante a primeira reunião de equipa, dirigida aos ACS com o objetivo de capacitar quanto à periodicidade do às consultas a pacientes hipertensos segundo o protocolo de atendimento.

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

O médico realizará uma atividade de capacitação durante a primeira reunião de equipa, dirigida aos ACS com o objetivo de capacitar quanto à periodicidade das consultas a pacientes diabéticos segundo o protocolo de atendimento.

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.

No eixo monitoramento e avaliação:

- ✓ Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.
O médico e a técnica de enfermagem ao finalizar a cada semanas realizassem uma avaliação geral de todos os registos utilizados no estudo definindo a qualidade e retificando os possível erros.
- ✓ Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.
O médico e a técnica de enfermagem ao finalizar todas as semanas realizassem uma avaliação geral de todos os registos utilizados no estudo definindo a qualidade e retificando os possíveis erros.

No eixo organização e gestão do serviço:

- ✓ Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.
Desde o começo do estudo o médico será responsável de implantar a planilha de registro das informações, esta planilha será utilizada durante todo o estudo e será de conhecimento e manejo de toda a equipe de saúde.
- ✓ Pactuar com a equipe o registro das informações.
O médico realizará uma reunião de equipa dantes do começo da intervenção com o objetivo de pactuar o registo das informações, de forma tal que exista uniformidade em todos os dados que se devem obter por todos os membros da equipa, tendo à ficha espelho como a ferramenta fundamental.
- ✓ Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.
- ✓ Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.
O médico realizará uma reunião de equipa dantes do começo da intervenção com o objetivo de implantar o registo das informações, de forma tal que exista uniformidade em todos os dados que se devem obter por todos os membros

da equipe, tendo à ficha espelho e a planilha eletrônica como as ferramentas fundamentais.

- ✓ Pactuar com a equipe o registro das informações.
O médico realizará uma reunião de equipe antes do começo da intervenção com o objetivo de pactuar o registro das informações, de forma tal que exista uniformidade em todos os dados que se devem obter por todos os membros da equipe, tendo à ficha espelho como a ferramenta fundamental.
- ✓ Definir responsável pelo monitoramento registros.
Será realizada uma reunião de equipe uma semana antes do início do estudo onde será definido o responsável por todos os registros, em dito caso será a recepcionista que terá a responsabilidade da organização e controle de todos os documentos que se gerem durante o estudo e garantirá o acesso de todos os membros da equipe.

No eixo engajamento público:

- ✓ 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.
Na cada uma das atividades realizadas a equipe de saúde orientasse aos usuários sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário

No eixo qualificação da prática clínica:

- ✓ Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso
O médico realizará uma semana antes do começo do estudo, uma capacitação para toda a equipe de saúde para aprender o manejo de todos os documentos necessários para a realização do estudo, serão realizados exercícios práticos com todos os documentos.
- ✓ Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.
O médico realizará uma semana antes do começo do estudo, uma capacitação para toda a equipe de saúde para aprender o manejo de todos os documentos necessários para a realização do estudo, serão realizados exercícios práticos com todos os documentos.

- ✓ Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético.

O médico realizará uma semana antes do começo do estudo, uma capacitação para toda a equipe de saúde para aprender o manejo de todos os documentos necessários para a realização do estudo, serão realizados exercícios práticos com todos os documentos.

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

O médico realizará uma semana antes do começo do estudo, uma capacitação para toda a equipe de saúde para aprender o manejo de todos os documentos necessários para a realização do estudo, serão realizados exercícios práticos com todos os documentos.

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

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

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

No eixo monitoramento e avaliação:

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

O médico realizará o controle semanal mediante a ficha espelho, de todos os pacientes pendentes de realizar a avaliação do risco cardiovascular, levará a discussão a cada caso às reuniões semanais da equipe de saúde.

- ✓ Monitorar o número de usuários diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

O médico realizará o controle semanal mediante a ficha espelho, de todos os pacientes pendentes de realizar a avaliação do risco cardiovascular, levará a discussão a cada caso às reuniões semanais da equipe de saúde.

No eixo organização e gestão do serviço:

- ✓ Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

O médico e a técnica de enfermagem confeccionará um registro de todos os pacientes com alto risco de doença cardiovascular e semanalmente estabelecer-se-ão as prioridades de atendimento deste grupo priorizado.

- ✓ Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

O médico e a técnica de enfermagem confeccionará um registo de todos os pacientes com alto risco de doença cardiovascular e semanalmente estabelecer-se-ão as prioridades de atendimento deste grupo priorizado.

No eixo engajamento público:

- ✓ Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
A equipe de saúde orientarão a cada usuário sobre a importância de sua atendimento regular, esta ação será executada na cada encontro com os pacientes, consultas, visitas domiciliares, palestras nos grupos de HIPERDIA
- ✓ Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).
 - ✓ A equipe de saúde orientarão os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis, esta ação será executada na cada encontro com os pacientes, consultas, visitas domiciliares, palestras nos grupos de HIPERDIA.

No eixo qualificação da prática clínica:

- ✓ Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, (em especial a avaliação dos pés para usuários diabéticos)
Ou médico capacitará a equipa de saúde para a realização da estratificação do risco cardiovascular durante a reunião de equipa da terceira semana de estudo, ainda que seja de conhecimento de toda a equipa esta ação só será executada e registada pelo médico.
- ✓ Capacitar a equipe para a importância do registo desta avaliação.
Ou médico capacitará a equipa de saúde para a realização da estratificação do risco cardiovascular durante a reunião de equipa da terceira semana de estudo, ainda que seja de conhecimento de toda a equipa esta ação só será executada e registada pelo médico.
- ✓ Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.
O médico e a técnica de enfermagem realizarão capacitações para o resto da equipa sobre estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, esta preparação será realizada nas reuniões semanais de acordo às necessidades de aprendizagem da cada membro da equipe.

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.

No eixo monitoramento e avaliação:

- ✓ Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos com o dentista.

A recepcionista vai monitorar as consultas odontológicas dos pacientes hipertensos mediante a ficha espelho, vai realizar um resumo semanal de todos os pacientes que receberam a consulta.

- ✓ Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos diabéticos com o dentista.

A recepcionista vai monitorar as consultas odontológicas dos pacientes diabéticos mediante a ficha espelho, vai realizar um resumo semanal de todos os pacientes que receberam a consulta.

- ✓ Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

A recepcionista vai monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos mediante a ficha espelho, vai realizar um resumo semanal de todos os pacientes que receberam a orientação.

- ✓ Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos

A recepcionista vai monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos mediante a ficha espelho, vai realizar um resumo semanal de todos os pacientes que receberam a orientação.

- ✓ Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.

A recepcionista vai monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos mediante a ficha espelho, vai realizar um resumo semanal de todos os pacientes que receberam a orientação.

- ✓ Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.

A recepcionista vai monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos mediante a ficha espelho, vai realizar um resumo semanal de todos os pacientes que receberam a orientação.

- ✓ Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

A recepcionista vai monitorar a realização orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos mediante a ficha espelho, vai realizar um resumo semanal de todos os pacientes que receberam a orientação.

No eixo organização e gestão do serviço:

- ✓ Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso.

O médico em coordenação com a secretária de saúde organizarão a agenda para a atenção bucal na UBS segundo as possibilidades de atenção em dita unidade estabelecendo as prioridades segundo as características da cada paciente.

- ✓ Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.

O médico em coordenação com a secretária de saúde organizarão a agenda para a atenção bucal na UBS segundo as possibilidades de atenção em dita unidade estabelecendo as prioridades segundo as características da cada paciente.

- ✓ Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários.

O médico em coordenação com a secretária de saúde organizarão a agenda para a atenção bucal na UBS segundo as possibilidades de atenção em dita unidade estabelecendo as prioridades segundo as características da cada paciente.

- ✓ Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao diabético.

O médico em coordenação com a secretária de saúde organizarão a agenda para a atenção bucal na UBS segundo as possibilidades de atenção em dita unidade estabelecendo as prioridades segundo as características da cada paciente.

- ✓ Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.

O médico em coordenação com a secretária de saúde organizarão a agenda para a atenção bucal na UBS segundo as possibilidades de atenção em dita unidade estabelecendo as prioridades segundo as características da cada paciente.

- ✓ Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários.

O médico em coordenação com a secretária de saúde organizarão a agenda para a atenção bucal na UBS segundo as possibilidades de atenção em dita unidade estabelecendo as prioridades segundo as características da cada paciente.

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

A secretária de saúde será a encargada de demandar compra-a de medicamentos para o tratamento ao tabaquismo, todo o mês realizará ditas demandas aos gestores responsáveis da compra.

No eixo engajamento público:

- ✓ Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.

O médico em coordenação com a secretária de saúde realizarão as coordenações necessárias reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.

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

A equipe de saúde vai a orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável diariamente mediante os grupos de HIPERDIA, consultas médicas, visitas domiciliares.

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

A equipe de saúde vai a orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável diariamente mediante os grupos de HIPERDIA, consultas médicas, visitas domiciliares.

- ✓ Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

A equipe de saúde vai a orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da prática de atividade física regular diariamente mediante os grupos de HIPERDIA, consultas médicas, visitas domiciliares.

- ✓ Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

A equipe de saúde vai a orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da prática de atividade física regular diariamente mediante os grupos de HIPERDIA, consultas médicas, visitas domiciliares.

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

A equipe de saúde vai a orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo diariamente mediante os grupos de HIPERDIA, consultas médicas, visitas domiciliares.

No eixo qualificação da prática clínica:

- ✓ Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso.

O médico vai capacitar a toda a equipe de saúde, sobre a avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso, na quarta reunião semanal da equipe de saúde.

- ✓ Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário diabético.

O médico vai capacitar a toda a equipe de saúde, sobre a avaliação e tratamento bucal do usuário diabético, na quarta reunião semanal da equipe de saúde.

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

O médico vai capacitar a toda a equipe de saúde, sobre práticas de alimentação saudável, na quarta reunião semanal da equipe de saúde.

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

O médico vai capacitar a toda a equipe de saúde, sobre metodologias de educação em saúde, na quarta reunião semanal da equipe de saúde.

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

O médico vai capacitar a toda a equipe de saúde, sobre a promoção da prática de atividade física regular., na quarta reunião semanal da equipe de saúde.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1. Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência Programa de Atenção à HAS e à Diabetes da Unidade de Saúde.

Indicador: 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 HAS e à DM da unidade de saúde.

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

Meta 1.2. Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

Indicador: 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 HAS e à DM da unidade de saúde.

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número 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: 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: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia priorizada.

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

Indicador: 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: 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: 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: 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: 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: 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: 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: 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: 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 no programa de Hipertensão Arterial e Diabetes vamos adotar os cadernos de atenção básica Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, 2013. Utilizaremos a ficha-espelho (ANEXO C) fornecida pelo curso. Estimamos alcançar com a intervenção 80 % das pessoas com hipertensão e 80% das pessoas com diabetes da área de abrangência. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados (ANEXO B).

Para organizar o registro específico do programa, a técnica de enfermagem e o médico irão rever todos os livros de registro, identificando todos os diabéticos e hipertensos que vieram ao serviço para consulta nos últimos três meses. A profissional localizará os prontuários dos usuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário, para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre os cadernos de atenção básica para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos usuários diabéticos e hipertensos e definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos. Também irá se capacitar na própria UBS os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde,

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Inicialmente a intervenção foi prevista e planejada para 16 semanas, mas para ajustar ao calendário das turmas da especialização, a turma 7 teve o seu tempo de intervenção reduzido para 12 semanas. No projeto, planejou-se 12 reuniões de equipe, as quais foram realizadas e permitiram a programação das ações de intervenção. Estas reuniões contaram com uma excelente participação de todos os ACS, técnica de enfermagem, auxiliar de saúde bucal e a recepcionista. Nas duas primeiras semanas trabalhou-se com a atribuição de cada um dos integrantes da equipe, aspecto que contribuiu para manter a organização do trabalho e a responsabilidade individual de cada um dos participantes.

Todas as atividades de capacitação previstas foram realizadas e, ainda, foram introduzidas mais duas atividades de capacitação em saúde bucal. Tal inclusão foi necessária porque não se contou com dentista na UBS e para impactar de forma mais positiva na saúde bucal a equipe buscou essa alternativa. A divulgação da intervenção foi constante nas 12 semanas, por meio dos ACS, à comunidade que comparecia às consultas e toda a equipe de saúde. Este foi um dos aspectos mais difícil da intervenção, visto que não há na comunidade meios próprios de informação em massa, mas se alcançou o objetivo de a população conhecer o trabalho da equipe, mesmo que não tenha sido com a rapidez que se desejava.

A atualização semanal de todos os registros garantiu a equipe o monitoramento adequado da intervenção. Assinala-se a importância da ficha-espelho e que a equipe apropriou-se deste elemento fundamental de trabalho diário, incorporando-se à rotina do serviço. O atendimento clínico foi desenvolvido nas consultas, visitas domiciliares e nos grupos de educação em saúde. Assim, a equipe

conseguiu incluir novos usuários ao programa, principalmente idosos, pessoas com sequelas e estados de saúde que impediam sua translado até a unidade de saúde.

Um dos aspectos mais importantes e com mais resultados favoráveis para o trabalho foi a busca ativa constante dos faltosos às consultas e daqueles que não regressaram com os resultados dos exames solicitados na primeira consulta. Dos 12 grupos de educação em saúde planejados, aconteceram 11, nos quais se conseguiu uma excelente participação dos usuários, graças ao empenho dos ACS, que foram encarregados de convocar a comunidade e garantir o local para a realização dos grupos. A orientação sobre alimentação saudável, prática regular de exercícios físicos, riscos do tabagismo e higiene bucal foi atingida parcialmente, de maneira que a equipe não deu conta de orientações em relação ao número de usuários cadastrados no programa.

Para o cumprimento das ações mencionadas, contou-se com o apoio da secretaria de saúde, que facilitou os recursos necessários para o trabalho, como balanças, estetoscópios, esfigmomanômetros, transporte, impressoras, folhas de papel, canetas, entre outros materiais necessários para o trabalho diário.

A ação da intervenção com menor alcance foi do atendimento odontológico. Ao início da intervenção, realizaram-se pactuações com a secretária de saúde para conseguir atendimento odontológico aos usuários alvo do projeto. O dentista disponível está a mais de 15 quilômetros de muitas das comunidades e, assim, a cobertura de assistência odontológica foi insuficiente. A equipe avaliou a cavidade bucal dos usuários, mas igual as necessidades de atendimento odontológico, que foram detectadas, não foram resolvidas.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas foram desenvolvidas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Durante o estudo, não houve dificuldades importantes na coleta dos dados e nem na sistematização e cálculo dos indicadores. Em cada uma das reuniões

semanais de equipe foram avaliadas as ações desenvolvidas, com base nos indicadores.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A equipe continua trabalhando para alcançar cem por cento da população alvo da intervenção e já planejou para depois começar com outra ação programática. A equipe ficou bastante motivada com a intervenção em suas atividades diárias, em que pode visualizar a melhora significativa do controle de cada uma das doenças.

Embora a realização da intervenção tenha aumentado o número de consultas e atendimentos diários, requerendo de um esforço extra para a equipe de saúde, este aspecto foi recompensado com a grande satisfação dos usuários ao ver a equipe preocupada com a saúde da população. Para a continuação das intervenções, a equipe planeja melhorar a distribuição de atendimentos por dia, conforme as microáreas, com vistas a dispor de mais tempo para cada um das consultas e, assim, garantir maior qualidade na atenção em saúde ofertada pela equipe da unidade.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Os resultados obtidos durante o período de intervenção foram benéficos para os hipertensos e/ou diabéticos. No período de acompanhamento de 12 semanas, buscou-se alcançar a cobertura no programa de atenção ao hipertenso e/ou diabético da unidade de saúde Antônio Moscardini Neto, do município Cerro Grande do Sul/RS.

A equipe possui 3.100 pessoas na área de abrangência, o que segundo as estimativas da planilha de coleta de dados, corresponde a 67% da população total estimada de pessoas com 20 anos ou mais, isto é, 2.077. Diante disso, a estimativa corresponde 22,7% de pessoas com HAS, ou seja, 471 hipertensos e 5,6% correspondendo 116 diabéticos estimados na área de abrangência da UBS. Essas estimativas estão subsidiadas na pesquisa Vigitel (2011), diferente das estimativas do caderno de ações programáticas, que estariam inclusive abaixo dos resultados alcançados.

Como a meta planejada para a cobertura foi de 80%, buscou-se com a intervenção cadastrar 377 hipertensos e 93 diabéticos.

Em relação ao **objetivo 01**: Ampliar a cobertura do programa aos hipertensos e/ou diabéticos, a **meta 1.1** Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde, **indicador 1.1** a proporção de hipertensos que se conseguiu classificar, no primeiro mês foi de 145 usuários (30,8%), no segundo mês foram 278 usuários (59%) e no terceiro mês completamos 421 usuários (89,4%) de um total aproximadamente de 471 hipertensos residentes no território área de abrangência da UBS. O resultado de nossa cobertura do programa de atenção ao hipertenso foi à esperada, pois

atingimos o percentual de nossa meta de 80% de toda a área de abrangência da equipe. Caracterizando que nossa estratégia foi adequada (Figura 01):

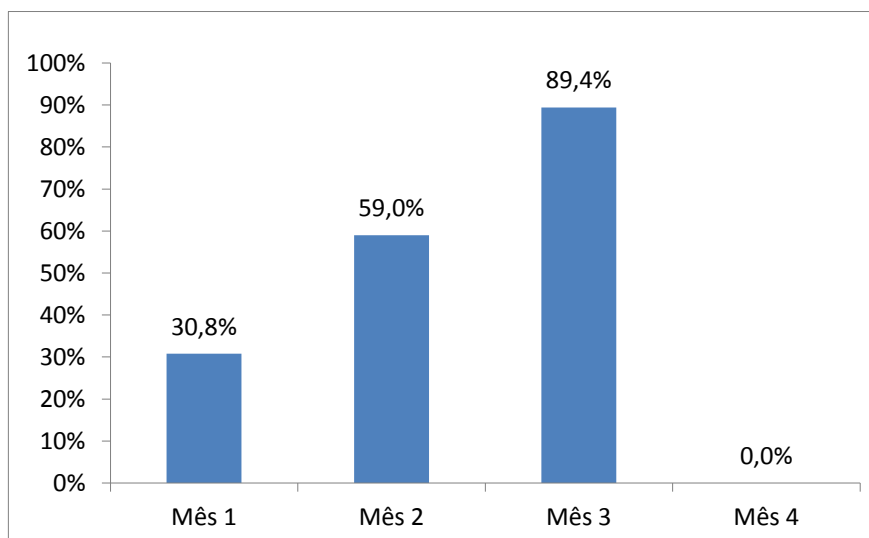


Figura 1 - Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Antônio Moscardini Neto. Cerro Grande do Sul/RS, 2015.

No início da intervenção, a equipe cadastrou e acompanhou um número menor de usuários hipertensos por estar familiarizando-se com a intervenção, embora, no primeiro mês, a ação programática atingiu um número importante de usuários. Além disso, antes da intervenção, poucos usuários, cerca de 50, compareciam regularmente às consultas e muitos só se limitavam a renovar as receitas para poder adquirir os medicamentos.

Em relação ao **objetivo 02**: Ampliar a cobertura do programa aos hipertensos e/ou diabéticos, a **meta 1.2** Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde, **indicador 1.2** a proporção de diabéticos que se conseguiu classificar, no primeiro mês foi de 50 usuários (43,1%), no segundo mês foram 77 usuários (66,4%) e no terceiro mês completamos 108 usuários (93,1%) de um total aproximadamente de 116 diabéticos residentes no território área de abrangência da UBS. O resultado de nossa cobertura do programa de atenção ao diabético foi à esperada, pois atingimos o percentual de nossa meta de 80% de toda a área de abrangência da equipe. Caracterizando que nossa estratégia foi adequada (Figura 02):

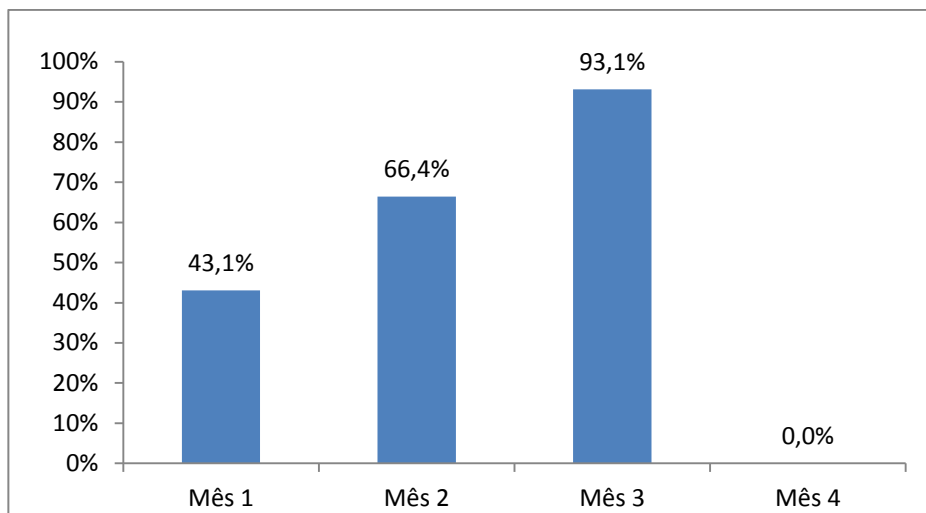


Figura 2 - Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Antônio Moscardini Neto. Cerro Grande do Sul/RS, 2015.

Para conseguir este importante indicador foi fator determinante um bom planejamento do trabalho, bem como o trabalho em equipe, pois pensamos este indicador é a chave dos resultados, como o primeiro passo a dar, consistia em fazer que a cada usuário fosse à consulta ou grupos de educação em saúde, ademais devemos mencionar que a busca ativa pelos ACS representou um pilar fundamental durante todo o trabalho, além da avaliação semanal da equipe de trabalho e a organização das ações a realizar, mantiveram-se atualizado todos os registros utilizados, com um papel sobressaliente para a ficha-espelho, em que se refletiram todas as ações realizadas para a cada usuário de forma individual.

A realização dos grupos de educação em saúde contribuiu para um número significativo de usuários que por diferentes motivos não podiam ir às consultas, estes grupos ficaram conformados num número de oito grupos e continuarão funcionando, também se conseguiu visitar em seu domicílio os usuários idosos e acamados, o que permitiu que a intervenção chegasse a todos os usuários que apresentavam estas duas doenças.

Em relação ao **Objetivo 2**. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos, a **meta 2.1**. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos, **indicador 2.1** Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo, no primeiro mês foi de 145 usuários (100,0%) no segundo mês foram 278 (100,0%) e no terceiro mês completamos 421 usuários (100,0%). O resultado de realizar o exame clínico em usuários hipertensos foi o esperado, pois atingimos o percentual de nossa meta de 100%.

Em relação ao **Objetivo 2**. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos, a **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, no primeiro mês foi de 50 usuários (100,0%), no segundo mês foram 77 (100,0%) e no terceiro mês completamos 108 usuários (100,0%). O resultado de realizar o exame clínico em usuários diabéticos foi o esperado, pois atingimos o percentual de nossa meta de 100%.

Em relação ao **Objetivo 2**. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos, a **meta 2.3** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, **indicador 2.3** a proporção de hipertensos que se conseguiu realizar os exames complementares de acordo com o protocolo, no primeiro mês foi de 68 de 145 usuários acompanhados (46,9%), no segundo mês foram 198 de 278 usuários acompanhados (71,2%) e no terceiro mês completamos 382 de 421 usuários acompanhados (90,7%). O resultado de nossa cobertura do programa de atenção ao hipertenso não foi à esperada, pois não atingimos o percentual de nossa meta de realizar os exames complementares aos 100% dos hipertensos que participaram da intervenção. Este constituiu um dos objetivos mais difíceis de alcançar, como no município não existe laboratório que realize os exames e por este motivo só se realiza a coleta do sangue e se analisa num município vizinho, o que traz como consequência demora nos resultados, além do curto tempo para a intervenção influíram, aspectos como a dificuldade com o transporte e a situação geográfica desfavorável para muito dos usuários da área, ainda assim pensamos que foi um resultado bastante alentador porque se conseguiu realizar os exames a um grupo importante de usuários (Figura 03):

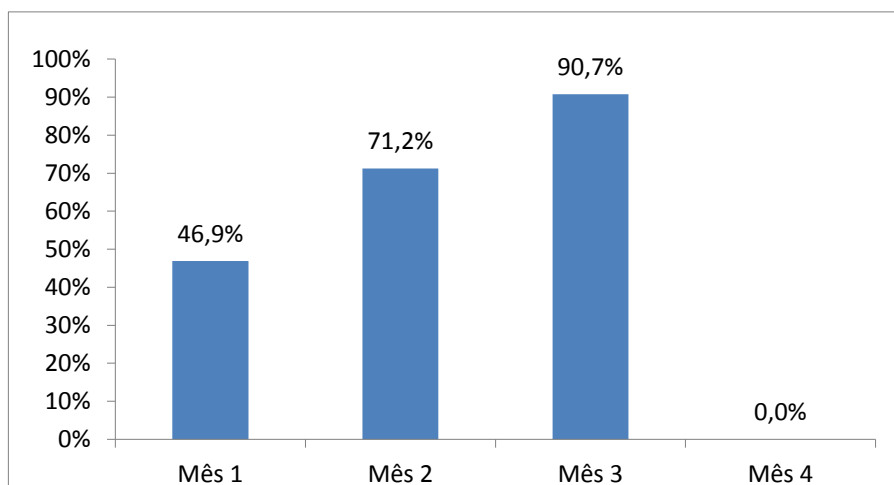


Figura 3 - Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Antônio Moscardini Neto. Cerro Grande do Sul/RS, 2015.

Em relação ao **Objetivo 2**. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos, a **meta 2.4** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, **indicador 2.4** a proporção de diabéticos que se conseguiu realizarem os exames complementares de acordo com o protocolo, no primeiro mês foi de 30 de 50 usuários acompanhados (60,0%), no segundo mês foram 59 de 77 usuários acompanhados (76,6%) e no terceiro mês completamos 100 de 108 usuários acompanhados (92,6%). O resultado de nossa cobertura do programa de atenção ao diabético não foi à esperada, pois não atingimos o percentual de nossa meta de realizar os exames complementares aos 100% dos diabéticos. Devemos comentar que as causas de dito resultado, coincidem com as expostas para os usuários hipertensos, ainda assim também pensamos que foi um resultado bastante alentador porque se conseguiu realizar os exames a um grupo importante de usuários (Figura 04):

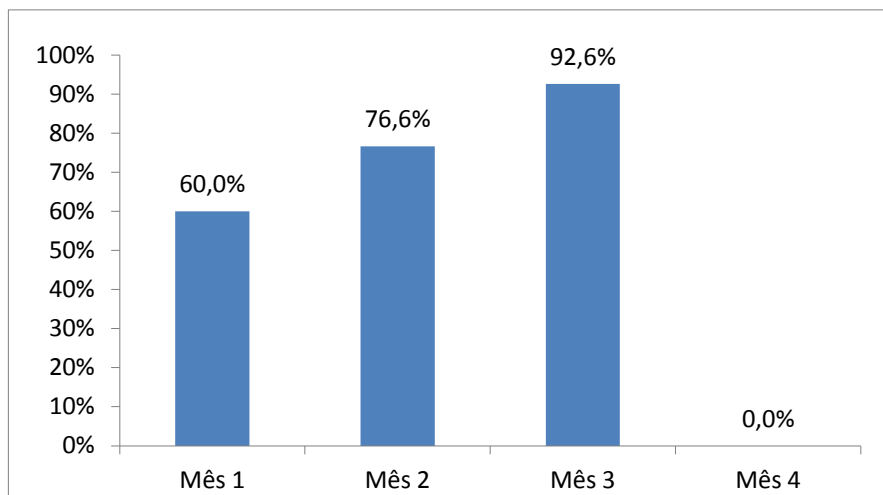


Figura 4 - Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Antônio Moscardini Neto. Cerro Grande do Sul/RS, 2015.

Em relação ao **Objetivo 2**. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos, a **meta 2.5** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, **indicador 2.5** a proporção de hipertensos que se conseguiu garantir os medicamentos na farmácia popular, no primeiro mês foi de 121 de 145 usuários acompanhados (83,4%), no segundo mês foram 237 de 278 usuários acompanhados (85,3%) e no terceiro mês completamos 368 de 417 usuários acompanhados (88,2%). O resultado de nossa cobertura do programa de atenção ao hipertenso não foi à esperada, pois não atingimos o percentual de nossa meta de garantir todos os medicamentos da farmácia popular, sabemos que ainda existem alguns medicamentos que não se garantem nestas farmácias e podemos dizer que 100% dos usuários que precisam realizar tratamento médico, estão recebendo seus medicamentos (Figura 05):

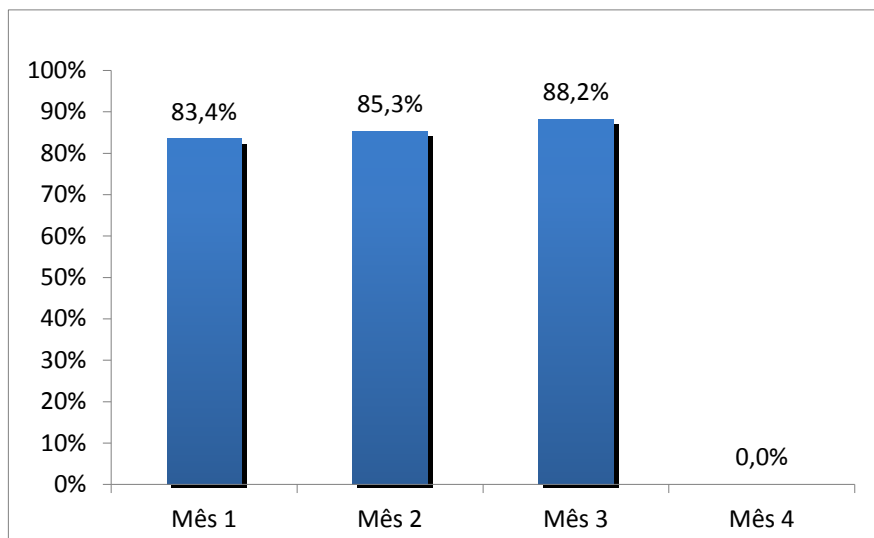


Figura 5 - Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. Antônio Moscardini Neto. Cerro Grande do Sul/RS, 2015.

Em relação ao **Objetivo 2**. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos, a **meta 2.6** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, **indicador 2.6** a proporção de diabéticos que se conseguiu garantir os medicamentos na farmácia popular, no primeiro mês foi de 43 de 50 usuários acompanhados (86%), no segundo mês foram 68 de 77 usuários acompanhados (88,3%) e no terceiro mês completamos 99 de 108 usuários acompanhados (91,7%). O resultado de nossa cobertura do programa de atenção ao diabético não foi à esperada, pois não atingimos o percentual de nossa meta de garantir todos os medicamentos na farmácia popular, sabemos que ainda existem alguns medicamentos que não se garantem nestas farmácias e podemos dizer que 100% dos usuários que precisam realizar tratamento médico, recebem seus medicamentos (Figura 06):

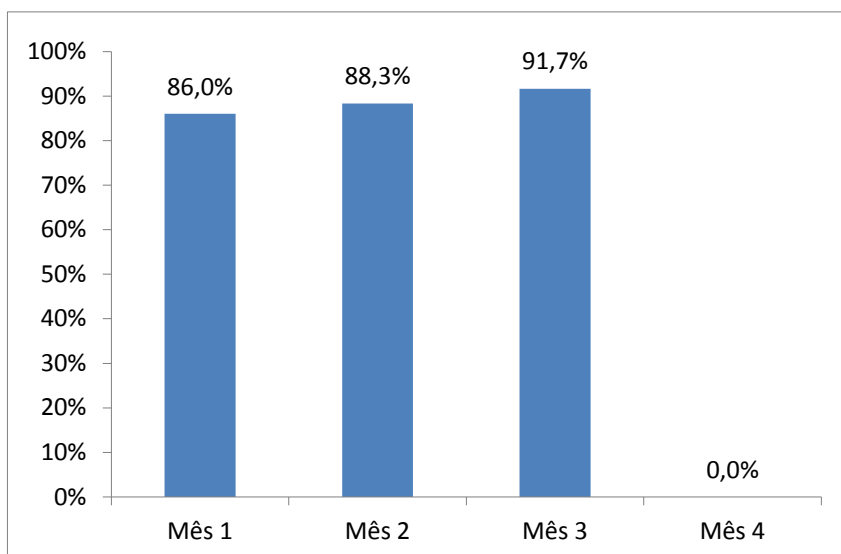


Figura 6 - Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. Antônio Moscardini Neto. Cerro Grande do Sul/RS, 2015.

Em relação ao **Objetivo 2**. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos, a **meta 2.7** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos, **indicador 2.7** a proporção de hipertensos que se conseguiu avaliação da necessidade de atendimento odontológico, no primeiro mês foi de 47 de 145 usuários acompanhados (32,4%), no segundo mês foram 171 de 278 usuários acompanhados (61,5%) e no terceiro mês completamos 380 de 421 usuários acompanhados (90,3%). O resultado de nossa cobertura do programa de atenção ao hipertenso não foi à esperada, pois não atingimos o percentual de nossa meta de realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico aos 100% de nossos usuários. Este foi um dos indicadores que começou com resultados muito desfavoráveis, sendo um aspecto importante na saúde das pessoas. No terceiro mês, evidenciou-se uma recuperação deste indicador, como temos explicado em outras ocasiões nossa ESF não possui odontólogo, o que dificultou o cumprimento deste indicador, não obstante para a segunda metade do estudo se tomaram medidas para recuperar tão importante aspecto (Figura 07):

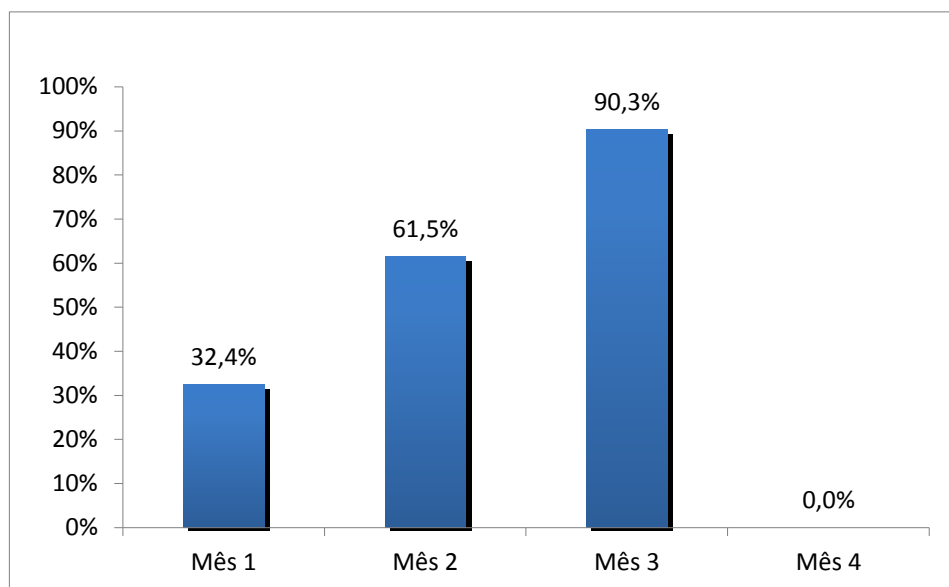


Figura 7 - Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Antônio Moscardini Neto. Cerro Grande do Sul/RS, 2015.

Em relação ao **Objetivo 2**. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos, a **meta 2.8** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos, **indicador 2.8** a proporção de diabéticos que se conseguiu avaliação da necessidade de atendimento odontológico, no primeiro mês foi de 19 de 50 usuários acompanhados (38,0%), no segundo mês foram 59 de 77 usuários acompanhados (76,6%) e no terceiro mês completamos 102 de 108 usuários acompanhados (94,4%). O resultado de nossa cobertura do programa de atenção ao diabético não foi à esperada, pois não atingimos o percentual de nossa meta de realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico a 100% de nossos usuários. Devemos dizer que este indicador foi um dos mais difíceis de trabalhar, pois se tiveram que tomar algumas alternativas nos dois últimos meses da investigação como não contamos com odontólogos em nossa unidade de saúde, também resulta necessário dizer que muito poucos deles receberam uma consulta de odontologia para resolver seus problemas odontológicos ficando como objetivo fundamental do trabalho em nossa unidade para um futuro imediato (Figura 08):

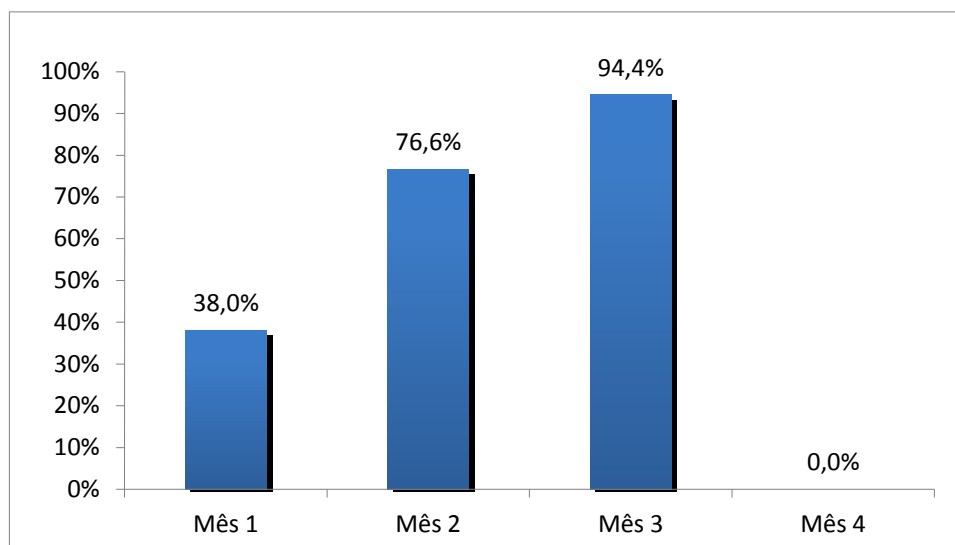


Figura 8 - Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Antônio Moscardini Neto. Cerro Grande do Sul/RS, 2015.

Em relação ao **Objetivo 3**. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa, a **meta 3.1** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada, **indicador 3.1** no primeiro mês foram um total de 51 hipertensos faltosos os quais foram procurados pela busca ativa dos ACS, no segundo mês mais 57 usuários para um total de 108 usuários hipertensos e no último mês foram 67 usuários mais para um total de 175 usuários faltosos que foram a consulta graças ao trabalho dos ACS. O resultado foi o esperado, pois atingimos o percentual de nossa meta de 100%, caracterizando que nossa estratégia foi adequada.

Em relação ao **Objetivo 3**. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa, a **meta 3.2** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada, **indicador 3.2** no primeiro mês foram um total de 13 diabéticos faltosos, os quais foram procurados pela busca ativa dos ACS, no segundo mês 24 e no último mês foram 36 faltosos, que foram a consulta graças ao labor dos ACS. O resultado foi o esperado, pois atingimos o percentual de nossa meta de 100%, caracterizando que nossa estratégia foi adequada.

Em relação ao **Objetivo 4**. Melhorar o registro das informações, a **meta 4.1** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, **indicador 4.1** no primeiro mês foram um total de 145 hipertensos

consultados, no segundo mês 133 usuários mais para um total de 278 hipertensos e no último mês do estudo foram 143 usuários mais para um total de 421 usuários faltosos que foram à consulta graças ao trabalho dos ACS. A medida que se foram consultando todos os usuários com Hipertensão Arterial se foi atualizando estas fichas, o que garantiu que ao final da intervenção todos os usuários tivessem seus dados atualizados nas ditas fichas. O resultado foi o esperado, pois atingimos o percentual de nossa meta de 100%, caracterizando que nossa estratégia foi adequada.

Em relação ao **Objetivo 4**. Melhorar o registro das informações, a **meta 4.2** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, **indicador 4.2** no primeiro mês foram um total de 50 diabéticos consultados no segundo mês 27 usuários mais para um total de 77 hipertensos e no último mês foram 31 usuários mais para um total de 108 usuários faltosos que foram à consulta graças ao labor dos ACS. As medidas que se foram consultando todos os usuários com DM se foram atualizando estas fichas, o que garantiu que ao final todos os usuários tivessem atualizados seus dados nas ditas fichas. O resultado foi o esperado, pois atingimos o percentual de nossa meta de 100%, caracterizando que nossa estratégia foi adequada.

Em relação ao **Objetivo 5**. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular, a **meta 5.1** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular, **indicador 5.1** a proporção de hipertensos aos que se lhes realizou a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico, no primeiro mês foi de 66 de 145 usuários acompanhados (45,5%), no segundo mês foram 197 de 278 usuários acompanhados (70,9%) e no terceiro mês completamos 382 de 421 usuários acompanhados (90,7%). O resultado de avaliação do risco cardiovascular por exame clínico não foi o esperado, pois não atingimos o percentual de nossa meta de garantir a avaliação do risco cardiovascular a todos os usuários que fossem a consulta. Devemos dizer que este foi um dos indicadores mais complexos e difíceis de conseguir, como não só dependia da consulta da cada um dos usuários, senão também de um dos objetivos anteriormente discutidos, a realização dos exames complementares, pois sem eles seria impossível cumprir este objetivo, em parágrafos anteriores mencionamos as dificuldades encontradas para poder realizar

os exames estabelecidos, segundo o protocolo e conseguir que os usuários regressassem a consulta para mostrar os resultados, mas obtiveram-se resultados importantes que podem ser melhorados nos próximos meses mantendo as ações da intervenção na rotina diária de trabalho de nossa equipe (Figura 09):

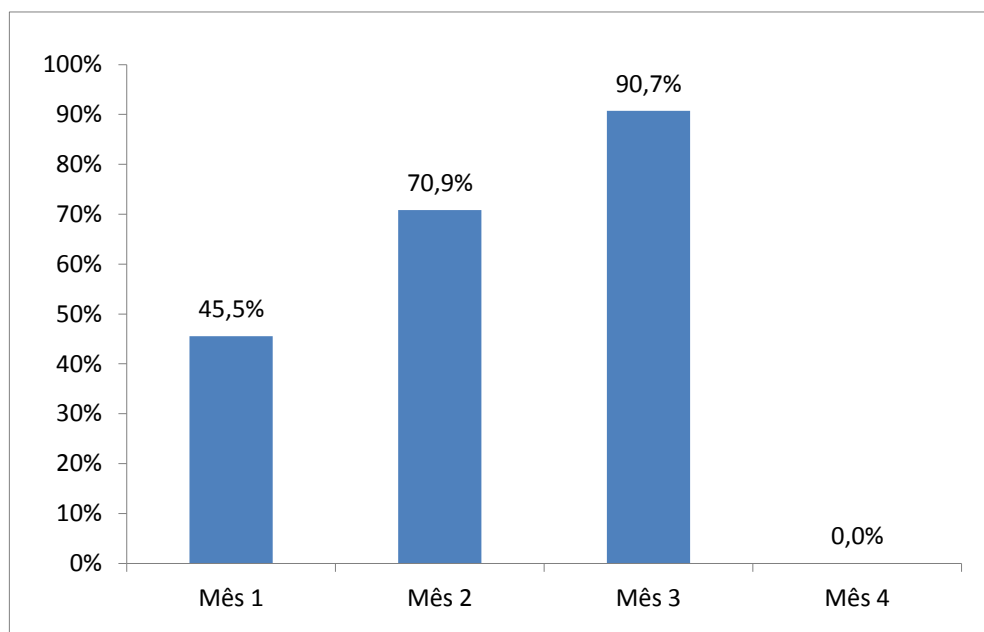


Figura 9 - Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Antônio Moscardini Neto. Cerro Grande do Sul/RS, 2015.

Em relação ao **Objetivo 5**. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular, a **meta 5.2** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular, **indicador 5.2** a proporção de diabéticos aos que se lhes realizou a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico, no primeiro mês foi de 27 de 50 usuários acompanhados (54,0%), no segundo mês foram 59 de 77 usuários acompanhados (76,6%) e no terceiro mês completamos 100 de 108 usuários acompanhados (92,6%). O resultado de avaliação do risco cardiovascular por exame clínico não foi o esperado, pois não atingimos o percentual de nossa meta garantir a avaliação do risco cardiovascular a todos os usuários que fossem a consulta. Devemos dizer que este foi um dos indicadores mais complexos e difíceis de conseguir como não só dependia da consulta da cada um dos usuários senão também de um dos objetivos anteriormente discutidos, a realização dos exames complementares (Figura 10):

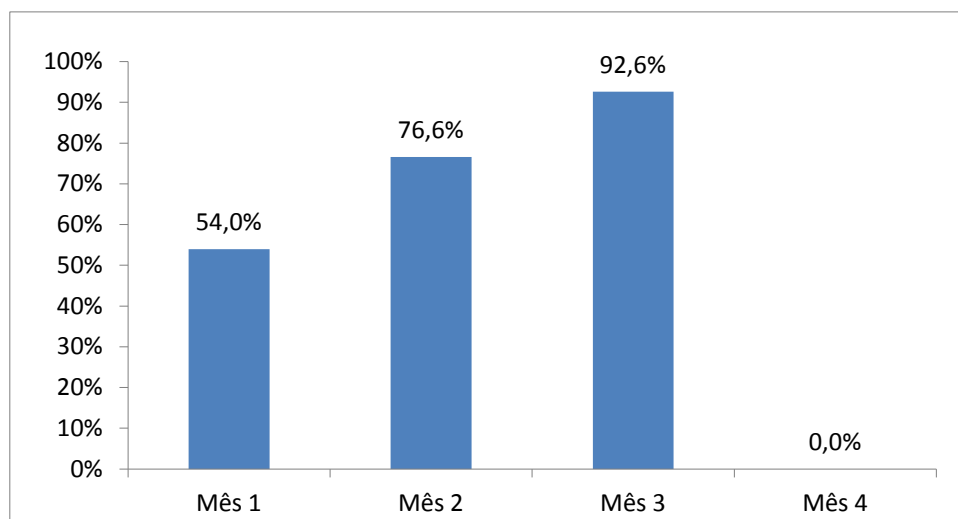


Figura 10 - Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Antônio Moscardini Neto. Cerro Grande do Sul/RS, 2015.

Um aspecto importante em todo o sistema de saúde, a educação sanitária a cada um dos usuários, este aspecto garante uma maior efetividade no tratamento e, sobretudo cria as bases para uma mudança de hábitos e estilos de vida e é a base para a prevenção das doenças, bem como das complicações destas.

Em relação ao **Objetivo 6**. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos, a **meta 6.1** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos, **indicador 6.1** a proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, no primeiro mês foi de 116 de 145 usuários acompanhados (80,0%), no segundo mês foram 247 de 278 usuários acompanhados (88,8%) e no terceiro mês completamos 388 de 421 usuários acompanhados (92,2%). O resultado da orientação nutricional sobre alimentação saudável não foi o esperado, pois não se conseguiu orientar aos 100% dos hipertensos (Figura 11):

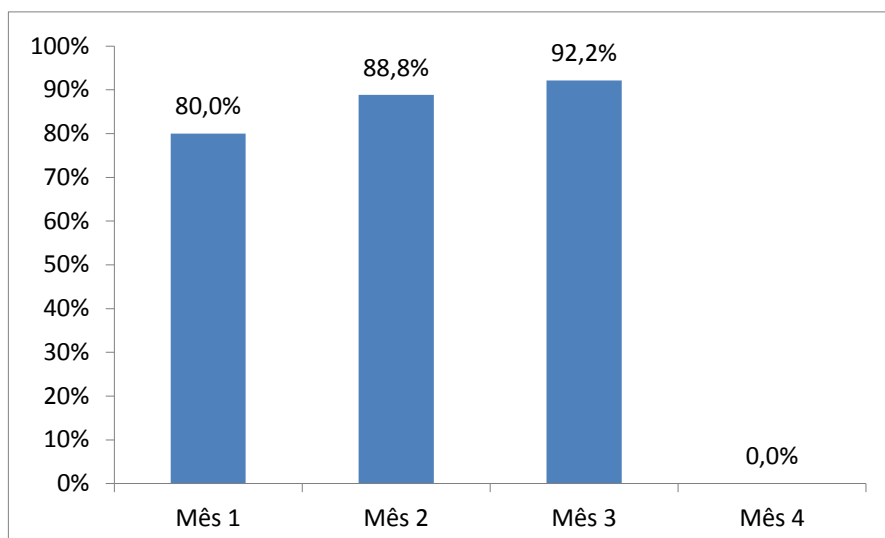


Figura 11 - Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. Antônio Moscardini Neto. Cerro Grande do Sul/RS, 2015.

Em relação ao **Objetivo 6**. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos, a **meta 6.2** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos, **indicador 6.2** a proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, no primeiro mês foi de 40 de 50 usuários acompanhados (80%), no segundo mês foram 70 de 77 usuários acompanhados (90,9%) e no terceiro mês completamos 97 de 108 usuários acompanhados (89,8%). O resultado da orientação nutricional sobre alimentação saudável não foi o esperado, pois não se conseguiu orientar aos 100% dos diabéticos. Como se pode observar este indicador sofreu leve queda no último mês. Ainda que não se alcançou a meta, os resultados foram positivos pelos efeitos que este realiza sobre as atitudes alimentares destes usuários (Figura 12):

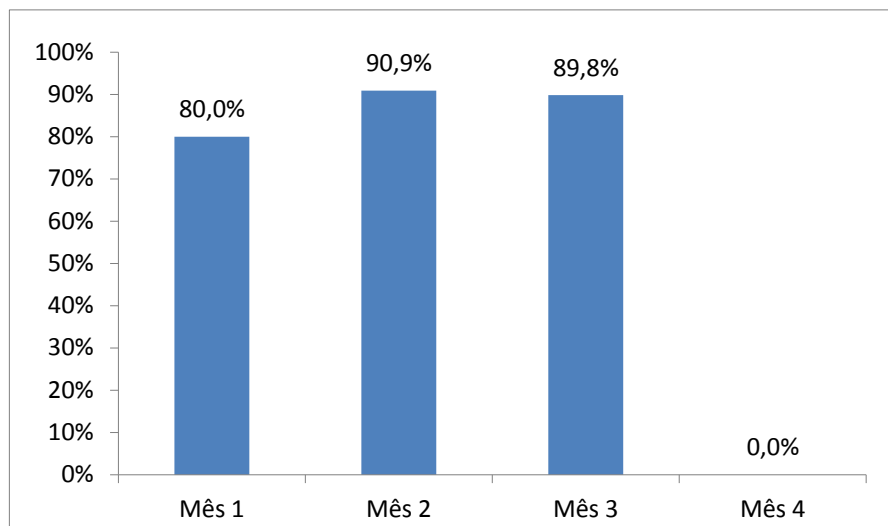


Figura 12 - Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. Antônio Moscardini Neto. Cerro Grande do Sul/RS, 2015.

Em relação ao **Objetivo 6**. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos, a **meta 6.3** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos, **indicador 6.3** a proporção de hipertensos com orientação em relação à prática regular de atividade física, no primeiro mês foi de 104 de 145 usuários acompanhados (71,7%), no segundo mês foram 210 de 278 usuários acompanhados (75,5%) e no terceiro mês completamos 381 de 421 usuários acompanhados (90,5%). O resultado da orientação em relação à prática regular de atividade física não foi o esperado, pois não se conseguiu orientar aos 100% dos usuários hipertensos, além disso, podemos dizer que o indicador foi melhorando cada mês e também pode ser melhorado mantendo a estratégia como uma rotina do trabalho em nossa área (Figura 13):

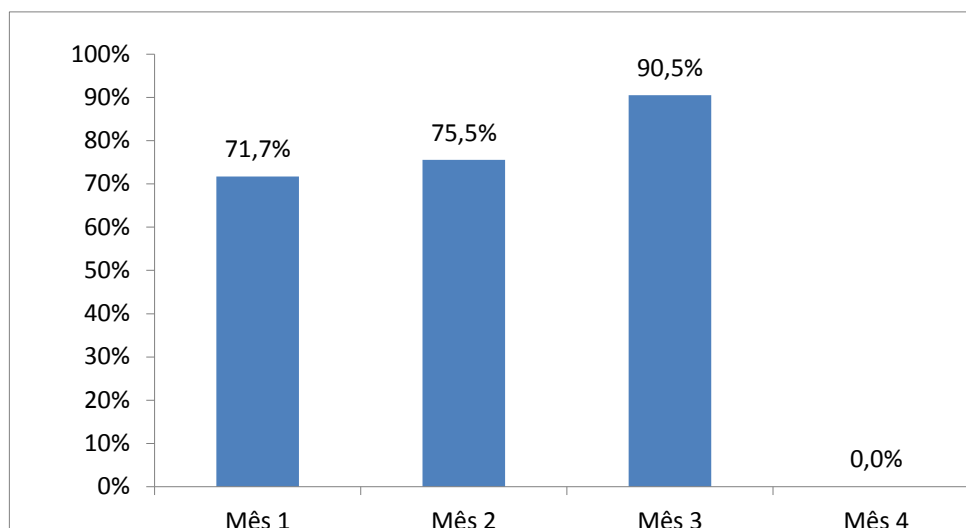


Figura 13 - Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular. Antônio Moscardini Neto. Cerro Grande do Sul/RS, 2015.

Em relação ao **Objetivo 6**. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos, a **meta 6.4** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos, **indicador 6.4** a proporção de diabéticos com orientação em relação à prática regular de atividade física, no primeiro mês foi de 39 de 50 usuários acompanhados (78%), no segundo mês foram 64 de 77 usuários acompanhados (83,1%) e no terceiro mês completamos 101 de 108 usuários acompanhados (93,5%). O resultado da orientação em relação à prática regular de atividade física não foi o esperado, pois não se conseguiu orientar aos 100% dos usuários diabéticos (Figura 14):

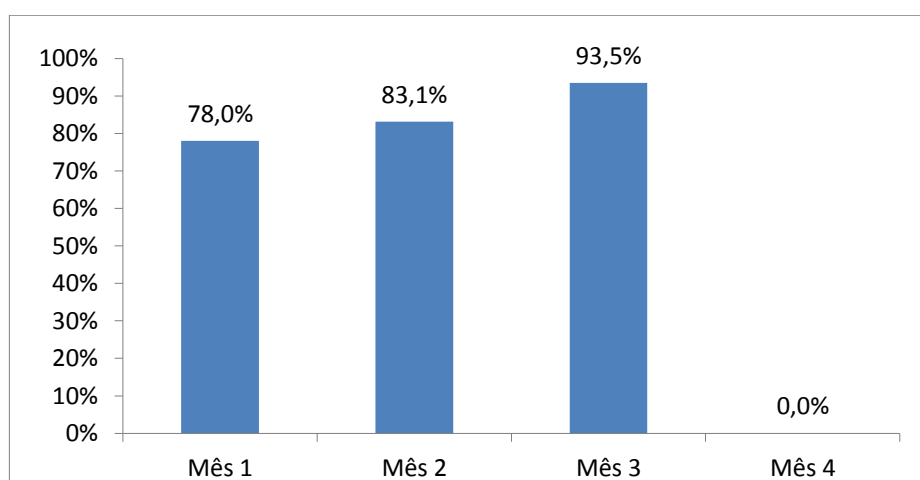


Figura 14 - Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular. Antônio Moscardini Neto. Cerro Grande do Sul/RS, 2015.

Em relação ao **Objetivo 6**. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos, a **meta 6.5** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos, **indicador 6.5** a proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo, no primeiro mês foi de 75 de 145 usuários acompanhados (51,7%), indicador muito desfavorável nesta etapa do estudo, no segundo mês foram 197 de 278 usuários acompanhados (70,9%) nesta etapa o resultado não se comporta como esperado foi realizado um esforço e ao termo do segundo mês foi conseguido melhorar o resultado do mês anterior, no terceiro mês completamos 376 de 421 usuários acompanhados (89,3%). O resultado da orientação sobre os riscos do tabagismo não foi o esperado, pois não se conseguiu orientar aos 100% dos usuários diabéticos, indicador que continuar sendo trabalhado devido à importância como fator de risco de doenças muito frequentes na nossa área (Figura 15):

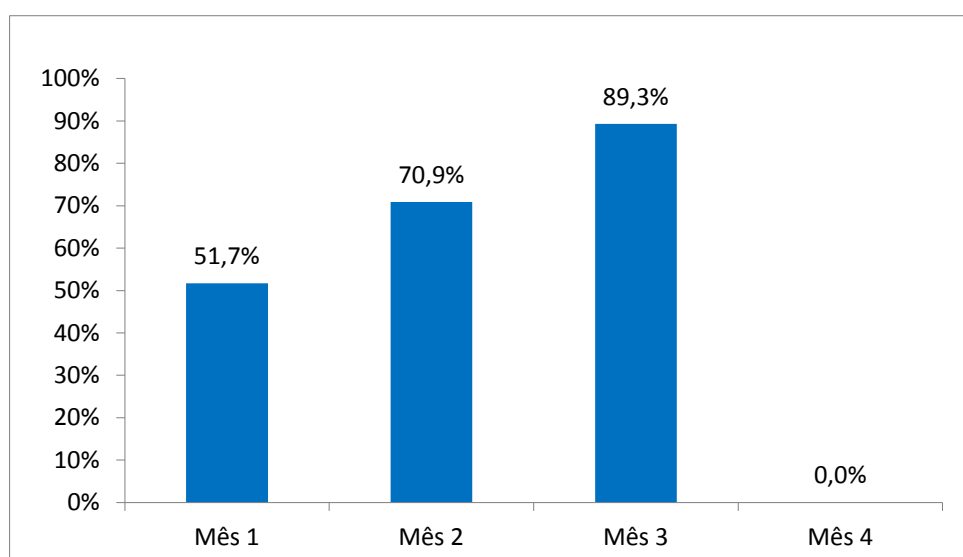


Figura 15 - Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. Antônio Moscardini Neto. Cerro Grande do Sul/RS, 2015.

Em relação ao **Objetivo 6**. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos, a **meta 6.6** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos, **indicador 6.6** a proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo, no primeiro mês foi de 25 de 50 usuários acompanhados (50%), indicador também muito desfavorável nesta etapa do estudo, no segundo mês foram 53 de 77 usuários acompanhados (68,8%) nesta etapa o resultado não se comporta como esperado, tal como aconteceu com os hipertensos foi realizado um esforço e ao termo do segundo mês foi conseguido melhorar o resultado do mês anterior, no

terceiro mês completamos 98 de 108 usuários acompanhados (90,7%). O resultado da orientação sobre os riscos do tabagismo não foi o esperado, pois não se conseguiu orientar aos 100% dos usuários diabéticos (Figura 16):

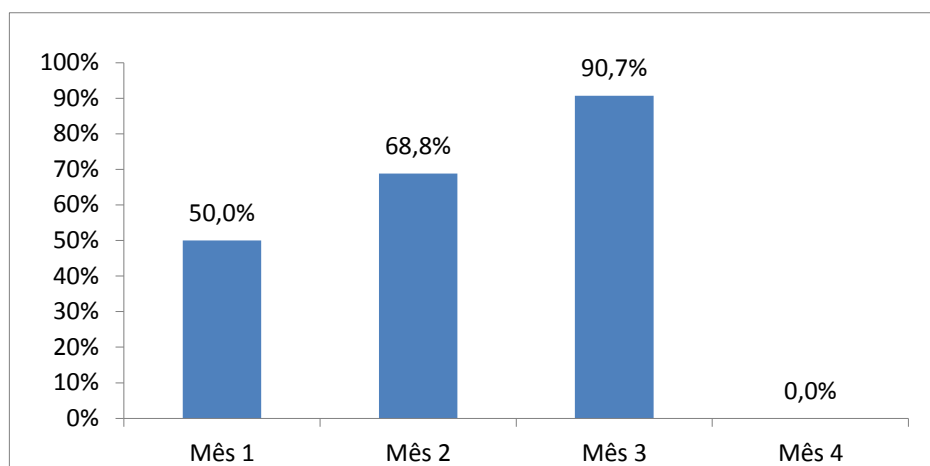


Figura 16 - Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. Antônio Moscardini Neto. Cerro Grande do Sul/RS, 2015.

Em relação ao **Objetivo 6**. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos, a **meta 6.7** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos, **indicador 6.7** a proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal, no primeiro mês foi de 40 de 145 usuários acompanhados (27,6%), o indicador mais desfavorável nesta etapa do estudo, no segundo mês foram 168 de 278 usuários acompanhados (60,8%) nesta etapa o resultado não se comporta como esperado, foi necessário planejar ações encaminhadas a recuperar este importante indicador, um esforço e ao termo do segundo mês foi conseguido melhorar o resultado do mês anterior, no terceiro mês completamos 365 de 421 usuários acompanhados (86,7%). O resultado da orientação sobre higiene bucal não foi o esperado, pois não se conseguiu orientar aos 100% dos usuários hipertensos (Figura 17):

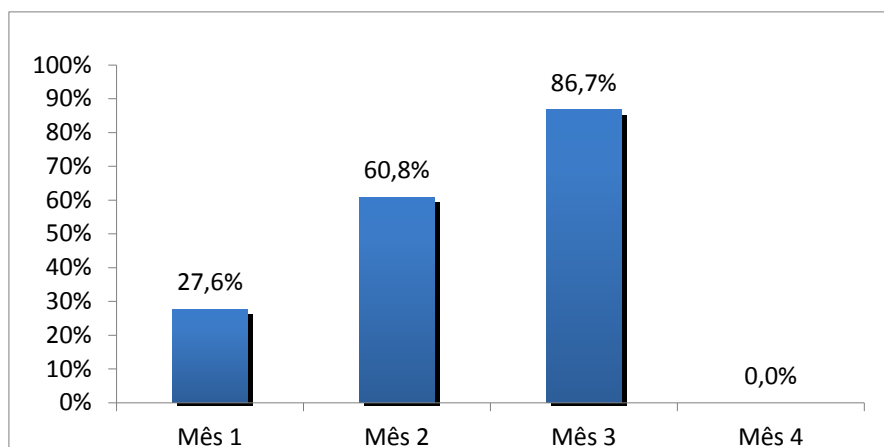


Figura 17 - Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal. Antônio Moscardini Neto. Cerro Grande do Sul/RS, 2015.

Em relação ao **Objetivo 6**. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos, a **meta 6.8** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos, **indicador 6.7** a proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal, no primeiro mês foi de 20 de 50 usuários acompanhados (40%), o indicador desfavorável nesta etapa do estudo, no segundo mês foram 43 de 77 usuários acompanhados (55,8%) nesta etapa o resultado não se comporta como esperado, foi necessário planejar ações encaminhadas a recuperar este importante indicador, um esforço e ao termo do segundo mês foi conseguido melhorar o resultado do mês anterior, no terceiro mês completamos 92 de 108 usuários acompanhados (85,2%). O resultado da orientação sobre higiene bucal não foi o esperado, pois não se conseguiu orientar aos 100% dos usuários diabéticos (Figura 18):

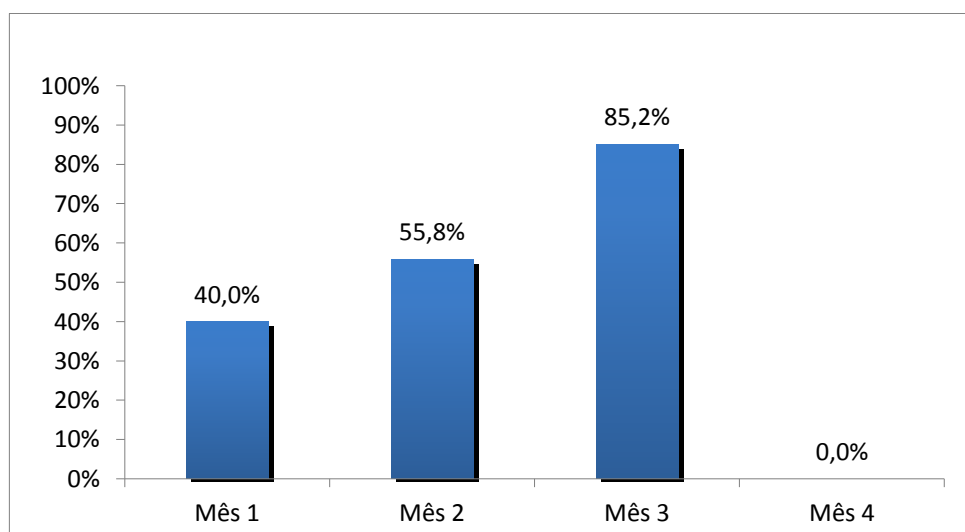


Figura 18 - Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal. Antônio Moscardini Neto. Cerro Grande do Sul/RS, 2015.

De forma geral podemos dizer que não se consegue cumprir o objetivo proposto na orientação dos quatro temas ainda que a nosso entender se consiga resultados importantes. A principal causa deste resultado esteve no curto tempo para realizar a intervenção, em relação a quantidade de usuários. Durante toda a intervenção não contamos com odontólogos que pudessem auxiliar na intervenção.

4.2 Discussão

A intervenção em minha ESF permitiu-nos em primeiro lugar conhecer a realidade que existia na atenção dos usuários com HAS e DM, pois até esse momento a grande maioria dos usuários não tinham um rastreamento adequado e não se seguia nenhum protocolo de atendimento, só iam à consulta para renovar as receitas de seus medicamentos, em outros casos, quando se sentiam descompensados de sua doença e para solicitar exames complementares de rotina.

Uma vez começada a intervenção conseguiu-se ampliar a cobertura de atenção integral aos usuários, com uma visão ampliada de todos os aspectos da atenção primária de saúde, conseguimos realizar ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, pois conseguimos diagnosticar novos usuários doentes de ambas as patologias, e atuar conforme as necessidades dos achados encontrados.

Também conseguimos organizar os grupos de educação em saúde com um funcionamento adequado e estável e grande aceitação dos usuários de toda a área. Ademais se alcançou atualizar a totalidade dos registros da UBS e dos ACS, com este passo dado conhecemos a verdadeira prevalência da doença em nossa área de saúde. Atualizou-se as consultas a um grande número de usuários, bem como seus exames complementares. Um ganho importante foi a realização do exame dos pés de quase a totalidade dos usuários da área de saúde, diagnosticando-se alguns usuários com pé diabético e outros com grande risco, num futuro imediato.

A avaliação do risco cardiovascular a quase a totalidade dos usuários, aspecto este que tem vital importância para priorizar aqueles classificados como de alto risco.

Para a equipe esta intervenção resultou importantíssima, a nosso entender o maior ganho foi compreender que para conseguir um resultado satisfatório em qualquer tarefa, é importante o trabalho em equipe. Esta intervenção exigiu capacitação e estudo dos diferentes protocolos para poder cumprir com as tarefas

da cada um dos integrantes e ter um plano de trabalho único para toda a equipe, demonstrou que todos os profissionais são importantes e que só integrando as ações da cada um de nós, que podemos atingir metas cada vez mais ambiciosas. Com a realização deste trabalho se incrementou significativamente a comunicação entre todos os membros e com isto o conhecimento das tarefas de todos seus integrantes. Indubitavelmente estes resultados obtidos servem como referência para o trabalho cotidiano e assim enfrentar todas as metas futuras como a atenção à saúde do idoso, a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, doenças infectocontagiosas muito frequentes em nossa área.

Este trabalho foi muito bom para o serviço, com a intervenção a equipe realiza ações mais integrais e com a contribuição de cada um de seus membros. Hoje nosso serviço se organiza melhor para realizar cada tarefa, uma amostra disso é a importância que tem adquirido a reunião de equipe semanal para organizar o trabalho da semana, de maneira que hoje todos temos controles uniformes e atualizados das informações dos usuários que atendemos, sendo uma equipe que se retroalimenta num planejamento de prioridades estabelecidas em conjunto.

Esta intervenção na atualidade está num processo de implementação e ainda que não seja conhecida pelo cem por cento dos usuários de nossa área, a cada dia é mais conhecido por todos e até já exigem fazer parte da intervenção e demonstram satisfação pelo trabalho que se vem realizando. Pensamos que a importância está dada na possibilidade de manter um maior e melhor controle sobre as doenças crônicas não transmissíveis de nossa área.

O que faríamos diferente seria aumentar o tempo para realizá-la, pois se realizou num período muito curto, para o volume tão grande de usuários.

Esta intervenção tem muitas possibilidades de incorporar à rotina de trabalho, de fato muitas de suas ações vão ficar como norma para continuar a atenção à saúde dos usuários com HAS e DM, uma das dificuldades mais importantes está dada nos recursos para elaborar as fichas do resto dos usuários ainda que não seja um obstáculo insolúvel, para conseguir esse objetivo seria importantíssimo um adequado planejamento do trabalho de toda nossa equipe, pois isto gera um fluxo importante de usuários a consulta.

O próximo passo para nossa equipe está centrada em concluir a intervenção com 100% de cobertura, para depois decidir a qual grupo de usuários se amplia a intervenção.

5 Relatório da intervenção para gestores

Por meio do Programa Mais Médicos do Brasil, estou realizando o curso de Especialização em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pelotas. No curso propõe-se desenvolver uma intervenção. Para tanto, esta foi realizada na Unidade de Saúde da Família Antônio Moscardini Neto, do município Cerro Grande do Sul, Rio Grande do Sul, para pessoas de 20 anos ou mais com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, no período de 12 semanas, de maio de 2015 a julho de 2015. Vocês da gestão garantiram os recursos necessários para o adequado desenvolvimento do trabalho, possibilitando avanços significativos na atenção integral a este grupo, experiência que pode ser aplicada a outras ações programáticas realizadas na unidade.

Primeiramente, realizou-se uma análise da situação de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados para cada uma das microáreas que compõem toda a população que atendemos. Para conseguir os resultados obtidos realizou-se um verdadeiro trabalho em equipe, em que cada um dos membros cumpriu com o papel que lhe correspondia, tendo como premissa fundamental comprometimento e o planejamento das tarefas de cada semana nas reuniões de equipe. Além disso, a capacitação possibilitou que a equipe desempenhasse suas atribuições e ações conforme o protocolo do Ministério da Saúde.

De 471 pessoas com hipertensão, 421 (89,4%) foram cadastradas e de 116 usuários com diabetes 108 (93,1%) foram cadastradas. Nos demais indicadores obtiveram-se proporções no último mês acima de 80%, que são: exame clínico e complementares em dia, prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, busca ativa dos faltosos, registros adequados nas fichas-espelho, estratificação de risco cardiovascular, orientação sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, risco do tabagismo e sobre higiene bucal. A intervenção foi benéfica para a

comunidade com estas patologias que recebe atenção integral e qualificada, para a equipe a experiência possibilita a incorporação das ações à rotina e intervenções em outras ações programáticas e para o serviço a organização e integração das ações, bem como o monitoramento das informações. Na continuidade das atividades, vamos investir mais na prevenção e promoção da saúde para esta população.

Como é conhecido por todos, os usuários de nossa comunidade não têm o hábito de ir à consulta para realizar os controles periódicos correspondentes, por isso foi necessário realizar uma busca ativa de um grande número de pessoas, os agentes comunitários de saúde foram essenciais nesta tarefa tão importante. No primeiro mês foram um total de 51 hipertensos faltosos, os quais foram procurados pela busca ativa, no segundo mês mais 57 usuários para um total de 108 usuários hipertensos e no último mês foram 67 usuários mais para um total de 175 usuários faltosos que foram a consulta graças ao trabalho dos Agentes. No primeiro mês foram um total de 13 diabéticos faltosos, os quais foram procurados pela busca ativa dos agentes comunitários de saúde, no segundo mês 24 usuários e no último mês foram 36 faltosos.

A atenção em saúde bucal para esta população poderia ser aperfeiçoada se a equipe contasse com um dentista. Conhecemos as dificuldades para a realização dos exames complementares, não obstante um número importante de usuários conseguiu realizar os exames e assim podemos avaliar os riscos para doenças cardiovasculares.

Este trabalho trouxe consigo muitos benefícios para a comunidade, pois cada um dos usuários recebeu atenção integral que foi fator fundamental para a melhoria da qualidade de vida de cada um deles, bem como da avaliação do estado de saúde atual, além de receber educação em saúde de vários aspectos importantes para controlar as doenças e conseguir evitar futuras complicações. Ainda precisamos que se complete a equipe de saúde, especialmente de um dentista, além da conclusão da ampliação da unidade para melhorar a qualidade da atenção aos usuários, incluindo sala de reuniões da equipe, que até agora não possui e ainda é necessário disponibilizar mais medicamentos.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Por meio do Programa Mais Médicos do Brasil, estou realizando o curso de Especialização em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pelotas. No curso propõe-se desenvolver uma intervenção que foi realizada na Unidade de Saúde da Família Antônio Moscardini Neto, do município Cerro Grande do Sul, do estado do Rio Grande do Sul, para pessoas de 20 anos ou mais com hipertensão e diabetes, no período de 12 semanas, de maio a julho de 2015. Comunidade, não podemos deixar de mencionar que a gestão garantiu os recursos necessários para o adequado desenvolvimento do trabalho, possibilitando avanços significativos na cuidado de vocês, de maneira que podés também realizar essa proposta para outros grupos.

Primeiramente, realizou-se uma análise da situação de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados para cada uma das microáreas que compõem toda a população que atendemos. Para conseguir os resultados obtidos realizou-se um verdadeiro trabalho em equipe, em que cada um dos membros cumpriu com o papel que lhe correspondia, tendo como premissa fundamental comprometimento e o planejamento das tarefas de cada semana nas reuniões de equipe. Além disso, a capacitação possibilitou que a equipe desempenhasse suas atribuições e ações conforme o protocolo do Ministério da Saúde.

De 471 pessoas com hipertensão, 421 (89,4%) foram cadastradas e de 116 usuários com diabetes, 108 (93,1%) foram cadastradas. Nos demais indicadores obtiveram-se proporções no último mês acima de 80%, que são: exame clínico e complementares em dia, prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, busca ativa dos faltosos, registros adequados nas fichas-espelho, avaliação de risco cardiovascular, orientação sobre alimentação saudável, prática regular de atividade

física, risco do tabagismo e sobre higiene bucal. A intervenção foi benéfica para a comunidade com estas patologias que recebe atenção qualificada, para a equipe a experiência possibilita a incorporação das ações à rotina e intervenções em outras ações programáticas e para o serviço a organização e integração das ações, bem como o monitoramento das informações. Na continuidade das atividades, vamos investir mais na prevenção e promoção da saúde para esta população.

Como é conhecido por todos, os usuários de nossa comunidade não têm o hábito de ir à consulta para realizar os controles periódicos correspondentes, por isso foi necessário realizar uma busca ativa de um grande número de pessoas, os agentes comunitários de saúde foram essenciais nesta tarefa tão importante. Todos os 175 hipertensos faltosos foram buscados pelos agentes comunitários nos três meses da intervenção e 73 diabéticos faltosos.

A atenção em saúde bucal para esta população poderia ser aperfeiçoada se a equipe contasse com um dentista. Conhecemos as dificuldades para a realização dos exames complementares, não obstante um número importante de usuários conseguiu realizar os exames e assim podemos avaliar os riscos para doenças cardiovasculares.

Este trabalho trouxe consigo muitos benefícios para a comunidade, pois cada um dos usuários recebeu atenção integral que foi fator fundamental para a melhoria da qualidade de vida de cada um deles, bem como da avaliação do estado de saúde atual, além de receber educação em saúde de vários aspectos importantes para controlar as doenças e conseguir evitar futuras complicações. Ainda precisamos que se complete a equipe de saúde, especialmente de um dentista, além da conclusão da ampliação da unidade para melhorar a qualidade da atenção aos usuários, incluindo sala de reuniões da equipe, que até agora não possui e ainda é necessário disponibilizar mais medicamentos.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Ao iniciar as atividades realmente não conhecíamos o tipo de trabalho que nos estávamos a enfrentar, pois desconhecíamos totalmente o sistema de saúde do Brasil e especialmente o método de estudos da Universidade Federal de Pelotas. Na medida em que fomos avançando no cumprimento das tarefas, fomos compreendendo a importância do trabalho que devíamos realizar, mas adiante, então as expectativas do curso foram mudando e, sobretudo de forma positiva.

Tenho que reconhecer que durante as primeiras semanas, quiçá pelo processo de adaptação ao sistema, a motivação para realizar o curso não eram as melhores, mas fomos a importância e a coerência das tarefas orientadas a cada semana. Cada uma das tarefas cumpria um objetivo e converter-se-iam em elementos fundamentais para poder realizar tarefas posteriores, em nosso caso fizemos todo o possível por cumprir com a cada uma das tarefas semanais, umas mais difíceis que outras, especialmente aquelas que se referiam às características da população e os recursos das unidades de saúde do município, pela pouca informação existente e isto unido ao pouco tempo que levávamos no município, pouco a pouco fomos vencendo a cada obstáculo, e a cada tarefa cumprida constituiu um estímulo para continuar.

Penso que um passo importante foi conseguir terminar o projeto de intervenção que ao final se converteu na guia fundamental de nossa intervenção. A esta altura do curso a motivação para continuar era muito grande, pois já podíamos compreender o trabalho e a importância vital para o grupo de usuários e tudo fluiu mais fácil.

Para a prática profissional, não só em Brasil, se não para o resto da vida profissional, este curso foi importantíssimo, pois nos ensinou uma forma eficiente e organizada de realizar o acompanhamento dos usuários acometidos por doenças

que no mundo são causas de morbimortalidade de um número significativo de vidas, causando de invalidez, quase sempre graves e permanentes. Existe um grande número de usuários que não realizam um correto controle de suas doenças, mas a importância deste sistema de trabalho está em aplicar cada uma de nossas ações de saúde em nossas comunidades.

Ao longo de todo o curso fomos ganhando conhecimentos importantes, sobretudo porque de um sistema de saúde diferente ao nosso e ainda que o controle e rastreamento às doenças tenham muitos pontos em comum em todo mundo, também sabemos que cada região tem suas características particulares de acordo ao sistema de saúde vigente, nosso caso não foi exceção, pois no Brasil a população também define as ações de saúde pelos seus hábitos e costumes, que são saberes valiosos para melhorar a qualidade da atenção à cada um dos usuários que atendemos.

Por último, quero mencionar que um dos aspectos mais importantes deste curso foi a interação com os orientadores, em meu caso, mais do que o esperado, sem a orientadora não teria sido possível obter os resultados alcançados, sempre disposta a orientar, esclarecer dúvidas, opiniões sempre favoráveis para melhorar a qualidade do trabalho, em grande parte superou as expectativas que tinha ao iniciar o projeto.

Referências

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

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

BRASIL. Saúde Suplementar. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. VIGITEL, 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a

Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B - Planilha de coleta de dados

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1																		
Fatores para Cadeia	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	Paciente é hipertenso?	Paciente é diabético?	Paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	Paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	Paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Família Popular?	Paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	Paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	Paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	Aesmiificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	Paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	Paciente recebeu orientação sobre prática física regular?	Paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	Paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
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	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim
	1																	
	2																	
	3																	
	4																	
	5																	
	6																	
	7																	
	8																	
	9																	
	10																	
	11																	
	12																	
	13																	
	14																	
	15																	
	16																	
	17																	
	18																	
	19																	
	20																	
	21																	
	22																	
	23																	
	24																	
	25																	
	26																	
	27																	
	28																	
	29																	
	30																	
	31																	
	32																	
	33																	
	34																	

