

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 7**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

Melhoria da Atenção aos Usuários Hipertensos e Diabéticos na ESF Vila do Passo  
Novo, Alegrete/RS.

**Sebastian Esteves Finozzi**

**Pelotas, Ano 2015**

**Sebastian Esteves Finozzi**

**Melhoria da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos na ESF Vila do  
Passo Novo, Alegrete/RS**

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

Orientador: Marysabel Pinto Telis Silveira

Pelotas, Ano 2015

F515m Finozzi, Sebastian Esteves

Melhoria da Atenção aos Usuários Hipertensos e Diabéticos na  
ESF Vila do Passo Novo, Alegrete/RS / Sebastian Esteves Finozzi;  
Marysabel Pinto Telis Silveira, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

107 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. Silveira, Marysabel Pinto  
Telis, orient. II. Título

CDD : 362.14

À população da Vila do Passo Novo.

## **Agradecimentos**

À população da Vila em geral, à equipe por sua vontade.  
A Roziane por estar sempre.

## Resumo

FINOZZI, Sebastian Esteves. **Melhoria da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos na ESF Vila do Passo Novo, Alegrete/RS**. 2015. 106f. 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.

A Hipertensão e o Diabetes Mellitus são duas doenças crônicas de elevada prevalência e que maiores problemas geram à saúde pública a nível mundial, realidade à qual a população do Brasil não escapa. Este trabalho foi realizado na ESF da vila do Passo Novo, ESF rural, no município de Alegrete/RS, que fica aproximadamente a 35 km da cidade, em um período de três meses no ano 2015. O objetivo geral foi melhorar a atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos na ESF da Vila do Passo Novo. O total de usuários da Vila são 1637, sendo 148 hipertensos e 56 diabéticos. O trabalho foi baseado no cadastramento de usuários, realizando-se avaliação clínica e complementar, avaliação de risco cardiovascular, da medicação em uso, avaliação das necessidades de atendimento odontológico e educação para a saúde sobre hábitos saudáveis. Os resultados mostram que se conseguiu cadastrar e acompanhar 85,1% dos hipertensos (126 usuários) e 64,3% dos diabéticos (36). Do total de hipertensos cadastrados, a proporção com os exames complementares em dia foi de 62,7% (79 usuários), e 55,6% para os diabéticos (20 usuários). Todos os usuários usavam medicação oferecida pela farmácia popular. Em 100% dos diabéticos foi avaliada a necessidade de atendimento odontológico e em 98,4% (124 usuários) dos hipertensos. Alcançando em 100% dos usuários cadastrados as ações referentes à promoção da saúde e prevenção, como orientações sobre tabagismo, dieta saudável e exercício físico. O trabalho permitiu ampliar a cobertura de atenção a usuários com estas doenças, melhorar a qualidade do atendimento, aumentar a capacitação da equipe e a sistematização do trabalho diário.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Hipertensão, Diabetes, Cadastro.

## Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Passo Novo, Alegrete/RS, 2015	77
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Passo Novo, Alegrete/RS, 2015.	77
Figura 3	Proporção de Hipertensos com exame clínico em dia de acordo com protocolo na unidade de saúde Passo Novo, Alegrete/RS, 2015.	79
Figura 4	Proporção de Diabéticos com exame clínico em dia de acordo com protocolo na unidade de saúde Passo Novo, Alegrete/RS, 2015.	80
Figura 5	Proporção de Hipertensos com exames complementares em dia de acordo com protocolo na unidade de saúde Passo Novo, Alegrete/RS, 2015.	81
Figura 6	Proporção de Diabéticos com exames complementares em dia de acordo com protocolo na unidade de saúde Passo Novo, Alegrete/RS, 2015.	81
Figura 7	Proporção de Hipertensos com avaliação de atendimento odontológico na unidade de saúde Passo Novo, Alegrete/RS, 2015.	82

Figura 8 Proporção de Hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na unidade de saúde Passo Novo, Alegrete/RS, 2015.

84



## Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
AIDS	Síndrome da imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária em Saúde
CAP	Caderno de Atenção Programática
CEMA	Centro de Especialidades Médicas Alegrete
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEREST	Centro Regional de Saúde do Trabalhador
CGT	Centro Gaúcho de Tradições
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	Hemoglicoteste
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
IFF	Instituto Federal Farroupilha
Km	Kilometro
mmHg	Milímetro de Mercúrio
MS	Ministério da Saúde
MST	Movimento Sem Terra
PIM	Primeira Infância Melhor
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica da Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
URCAMP	Universidade da Região da Campanha

## Sumário

Apresentação .....	10
1 Análise Situacional .....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	21
2 Análise Estratégica.....	23
2.2 Objetivos e metas .....	25
2.2.1 Objetivo geral .....	25
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	25
2.3 Metodologia .....	27
2.3.1 Detalhamento das ações .....	28
2.3.2 Indicadores.....	57
2.3.3 Logística.....	63
2.3.4 Cronograma .....	69
3 Relatório da Intervenção .....	72
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	72
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	74
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	75
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	75
4 Avaliação da intervenção .....	77
4.1 Resultados .....	77
4.2 Discussão .....	86
4.3 Relatório da intervenção para gestores .....	89
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	92
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	95
Referências .....	97
Anexos .....	101

## **Apresentação**

O presente trabalho é parte das atividades desenvolvidas no curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, através da Universidade Aberta do SUS, na Universidade Federal de Pelotas, no ano 2015.

Este volume abrange no primeiro capítulo o relatório da análise situacional, com a descrição dos principais problemas encontrados na UBS; assim como o funcionamento da mesma na sua rotina de trabalhos. No segundo capítulo é apresentado o projeto de intervenção, que corresponde à análise estratégica, apontando a justificativa desta intervenção dentro da unidade e no contexto da atual situação dos hipertensos e diabéticos e elaboramos metas para que o principal objetivo fosse alcançado. No terceiro capítulo é apresentado o relatório da intervenção e no quarto capítulo os resultados, discussão, relatório para o gestor e comunidade. Finalizando temos a reflexão crítica do processo de aprendizagem.

## **1 Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

A unidade de saúde onde trabalho fica em Passo Novo, uma comunidade rural do município de Alegrete que fica a aproximadamente 35 quilômetros da cidade. A acessibilidade à Estratégia da Saúde da Família (ESF) desde a cidade de Alegrete se consegue através da estrada BR 290 e BR 377.

A população alvo da ESF esta composta pelos habitantes da Vila de Passo Novo, sendo aproximadamente 520 famílias, mais a população dos assentamentos do Movimento Sem Terra que somam outras 150 famílias. Os assentamentos ficam a aproximadamente 10 quilômetros da ESF.

A unidade foi inaugurada em março deste ano, é uma unidade nova, que foi muito bem planejada. Conta com área de enfermagem, área de serviços, consultório médico, consultório odontológico com uma cadeira nova, recentemente instalada; área de recuperação para os usuários que necessitam algum atendimento antes do encaminhamento, sala de espera, sala de vacinação, banheiros para a população e para os funcionários, entre outras áreas.

Os profissionais que trabalham em nossa ESF são uma técnica em enfermagem, uma estagiária em enfermagem, dois agentes comunitários, uma auxiliar de limpeza e um auxiliar de serviços, além do médico. A UBS conta também com atendimento semanal de odontologia para adultos e outro para crianças e uma Psicóloga que atende uma vez por semana. Em conjunto formamos parte do projeto “Maluco e Beleza”, que é um projeto que presta atendimento aos usuários com problemas de saúde mental. Projeto muito reconhecido por seu louvor em todo o município, com reconhecimento estadual. A principal forma de atendimento no projeto e grupal. Além desta terapia grupal, no projeto se realizam outras atividades de relacionamento entre os usuários, que também fazem parte do atendimento,

como por exemplo, o salão de beleza, onde entre eles, se arrumam os cabelos, as unhas, entre outras atividades que favorecem o relacionamento entre eles e com a equipe, fortalecendo o suporte que a equipe pode brindar em prol da saúde coletiva destes usuários.

A forma de atendimento é através das fichas que se entregam diariamente aos usuários, 12 fichas pela manhã, mais as urgências eventuais que possam acontecer, e a mesma quantidade pela tarde, mas, enquanto há usuários dentro da unidade, o atendimento continua. São realizados também outros serviços como: vacinação, curativos, controle da pressão arterial, entre outras atividades conduzidas por parte da equipe de enfermagem.

A epidemiologia encontrada nestas primeiras semanas de trabalho não é diferente a do resto do país e o da população onde me formei. Há uma prevalência muito alta de doenças crônicas não transmissíveis e elevada incidência de infecções respiratórias altas. Muito relevante é a quantidade de usuários com dor crônica. Eu estou achando que é devido ao tipo de trabalho que realizam no campo, que é onde a maioria dos usuários trabalha, onde se faz muita força, por longos períodos de tempo.

Enquanto à relação com a população, esta foi muito boa desde o primeiro dia. Eu acho que tem que se considerar muitas coisas na hora de falar desta relação entre a população e a equipe de saúde; a UBS é nova, o médico é novo e de outro país; isso fez que os usuários procurassem muito o atendimento nos primeiros dias, (no primeiro dia de atendimento, atendi mais o menos 45 usuários), isto também ajudou para a boa acolhida por parte da população; além disso, antes o atendimento era só uma vez por semana, 4 horas, e para eles ficava muito difícil procurar atendimento em outras unidades, seja por dificuldade econômica ou pela distância até a cidade; e agora o atendimento é todos os dias, 8 horas. Também é importante considerar que a ESF fica no meio rural, e eu acho que a população rural, geralmente, é mais acolhedora.

A verdade que para a mim foi um desafio muito grande a vinda para o Brasil a trabalhar, é meu primeiro trabalho, tenho pouco tempo de formado, e o acolhimento tanto da equipe como da população, fez que minha inserção no trabalho fosse muito boa. Eu espero que a relação com eles continue dessa forma.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Alegrete fica na região oeste do Estado de Rio Grande do Sul, no bioma Pampa, a aproximadamente 488 km da capital do Estado. Conta com uma população de aproximadamente 80 mil habitantes. Neste momento o município conta com 16 Unidades Básicas de Saúde (UBS), das quais, todas, são Estratégias de Saúde da Família (ESF), e duas destas ESF contam com mais de uma equipe de saúde. Destas unidades, 11 tem em sua equipe médicos do Programa Mais Médicos para o Brasil, e em breve chegará outro colega.

Alegrete pertence à 3ª Regional de Saúde e está vinculado a 10ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS). O Município tem seis centros de especialidades: um Centro de Especialidades Médicas (CEMA), um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), um Centro de Especialidades Odontológico (CEO), um Serviço de Fisioterapia, um Serviço de Assistência Especializada em DST/HIV/AIDS (SAE) e um Hemocentro Regional. O sistema de saúde é composto com serviços de atenção primária, secundária, terciária; sistema de apoio; sistema de logística; núcleo de apoio à gestão. Conta com programas da Primeira Infância Melhor (PIM) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A construção da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) foi concluída e esta na fase de instalação dos equipamentos, assim que ela entrar em funcionamento o Pronto Socorro Municipal será desativado. Praticamente tem todas as especialidades, exceto algumas como, Neurologia, Reumatologia, Nefrologia, Neurocirurgia, entre outras. O serviço hospitalar do município é filantrópico já que é uma entidade gerenciada por um grupo de pessoas escolhidas pela comunidade, onde grande parte do financiamento é público, os exames complementares que se realizam no município são quase todos os necessários para a prática diária da medicina, mas alguns são realizados pela iniciativa privada, e só aqueles mais específicos como, biopsias, hepatite A, entre outros, são realizados fora do município.

O modelo da atenção na unidade da Vila do Passo Novo é de ESF há seis meses. A forma de atendimento é diária, com atendimento domiciliar, e nas quintas feiras a equipe faz atendimento nos assentamentos, como parte da estratégia de

saúde vai ao campo. O vínculo com as instituições de ensino é muito boa. A Vila tem duas escolas, com as quais fazemos atividades educativas. As parcerias com entidades de ensino superior são efetuadas com a universidade privada (URCAMP), na que esta realizando seus estudos nossa estagiaria. O Instituto Federal Farroupilha que fica perto da área da Vila oferece importantes parcerias para diferentes cursos, com jovens e idosos da nossa população.

A ESF é nova, só tem seis meses de inaugurada, a grande maioria do mobiliário também é nova. Conta com uma localização boa dentro da Vila, ficando relativamente perto de todos os moradores, o que rompe com a barreira de falta de acessibilidade da maioria dos usuários. Arquitetonicamente cumpre com quase todas as indicações do Ministério da Saúde (MS) para a construção de uma unidade básica de saúde. As limitações estruturais são pequenas, só poderíamos falar da falta de corrimão, piso antiderrapante, barra de segurança para cadeirantes em todos os banheiros, sala para fazer reuniões da equipe e atividades educativas. Outra dificuldade arquitetônica importante é a falta de área específica para farmácia.

Uma grande dificuldade é a falta de telefone, acesso à internet, e a falta de meio de transporte para a unidade, o que atrapalha o trabalho da equipe, já que dificulta a comunicação com os usuários que moram longe da unidade com outros serviços de saúde, com os serviços de urgência da cidade por algum usuário com necessidade de atendimento dessa característica. Com relação ao meio de transporte, este é muito importante para o trabalho da equipe, já que temos usuários que moram a mais de dez km da unidade, sendo isto uma grande dificuldade para terminar com o cadastramento dos usuários e para fazer as visitas domiciliares. A forma que a equipe encontrou para dar solucionar estes problemas foi mediante reuniões com as autoridades da Secretaria da Saúde Municipal, explicando as situações e esperando sua resolução.

No referente às dificuldades arquitetônicas, a equipe auxilia os usuários na locomoção com cadeiras de rodas dentro da unidade, estamos fazendo as reuniões dentro do consultório médico e as atividades educativas na escola e no Centro de Tradições Gaúchas (CTG) da comunidade. A farmácia também esta funcionando dentro do consultório médico. A unidade conta com boa disponibilidade de materiais para o trabalho, sendo que alguns deles tem se conseguido no transcurso dos últimos meses, como por exemplo, oxigênio, alguns medicamentos, materiais para cirurgia menor, entre outros, o que é muito importante considerando a distancia ate a

cidade onde tem serviços de maior complexidade para o atendimento dos usuários. Dentro dos materiais que ainda faltam na unidade poderíamos mencionar o otoscópio, de muita importância para a prática diária da medicina.

Os profissionais que trabalham em nossa ESF atualmente são: uma Enfermeira, uma Técnica em Enfermagem, dois Agentes Comunitários de Saúde, duas Estagiarias Administrativas, Odontologista com atendimento diário, Nutricionista a cada quinze dias, Psicóloga, além do Médico.

Dentro das atribuições da equipe, o mais relevante é que a técnica em enfermagem trabalha na comunidade há oito anos, tendo um conhecimento importante da população da área de abrangência, o que facilita o trabalho da equipe toda. O fato de que o médico tenha iniciado seu trabalho há quase seis meses e a enfermeira só dois, dificultou em certa medida o trabalho no início, assim como a falta de cadastramento total da população, impedindo o conhecimento demográfico correto. As dificuldades para fazer atividades grupais de educação para diferentes grupos de risco como crianças, adolescentes, grávidas, hipertensos, entre outros, que a equipe tinha no começo do trabalho, tem melhorado de forma devagar, com a realização de atividades nas escolas da vila e com o planejamento de ações futuras como outubro rosa e novembro azul. É importante destacar a grande participação da população em todas as atividades realizadas pela equipe. A principal dificuldade referente aos profissionais que trabalham na unidade é com os dentistas, já que só temos atendimento uma vez por semana, gerando atrasos nos atendimentos.

A população da área da abrangência estimada no Caderno de Ações programáticas é de aproximadamente 2800 usuários, localizados entre a população da Vila, zona rural e assentamentos do Movimento Sem Terra – MST. São dois assentamentos que ficam a aproximadamente 10 km da unidade. Na área da Vila do Passo Novo esta o Instituto Federal Farroupilha (IFF), pelo que constantemente estão aparecendo novas famílias que vem trabalhar, assim como vão embora quando ficam sem trabalho, a maioria destas pessoas trabalham nas empresas terceirizadas que fornecem serviços no IFF, situação complicada para eles já que constantemente estas empresas estão mudando, desvalorizando os trabalhadores. Também a população que faz parte dos assentamentos do MST passa pela mesma situação, sem mencionar os acampados recentemente na Vila. Com esta característica populacional se torna muito difícil ter registro final da nossa população. Assim sendo, a população alvo da Unidade Básica de Saúde (UBS) esta composta



pelos habitantes da vila de Passo Novo, sendo aproximadamente 520 famílias, o que totaliza aproximadamente 1600 pessoas, mais a população dos assentamentos do Movimento Sem Terra, que somam outras 150 famílias. Isto está gerando a dificuldade com o cadastramento total, já que alguns usuários moram a mais de 10 km da unidade e ainda a equipe não tem transporte. Importante lembrar que estes dados são do início de nosso trabalho na unidade.

A quantidade de população masculina, de acordo com os últimos dados coletados, é de aproximadamente 1220, e 1580 a feminina. Estes dados não são definitivos, pois ainda não temos toda a população cadastrada. Esta situação vai mudar ainda, já que nestas semanas está se formando um novo assentamento na área de abrangência da unidade e tem se previsto umas 50 novas famílias. De acordo com as orientações do Ministério de Saúde, a quantidade de população alvo está dentro dos limites permitidos para uma equipe de saúde.

O atendimento na unidade é realizado por agendamento das consultas e por demanda espontânea. A demanda espontânea geralmente é alta, e se deve principalmente ao fato de que a ESF é nova, o atendimento anterior era insuficiente e que muitos usuários moram longe, em condições precárias, e se unem para vir consultar quando conseguem um transporte. A solução que a equipe tem usado para atender a demanda é realizar triagem, para atender primeiro aos mais necessitados de acordo com sua condição de saúde e atender a todos os usuários que procuram a unidade, independente da hora em que acabe a consulta. Pois a maioria das vezes são usuários que moram longe, e que passam muitas dificuldades para chegar a consultar. A equipe acha que com o passar dos dias, a quantidade de usuários solicitando atendimento espontâneo será menor. O acolhimento dos usuários é realizado por toda a equipe. Desta forma temos evitado as filas desde a madrugada, dando atendimento a todos os usuários.

Segundo o Caderno de Ações Programáticas (CAP), teríamos 34 crianças na área de abrangência, mas as acompanhadas na unidade são 28 (82%). As ações de atenção à saúde das crianças que se realizam na unidade são: captação dos recém-nascidos, vacinação, puericultura e consultas por doenças agudas. Estas ações estão realizadas de forma programática, ou seja, a equipe tem um registro das atividades realizadas e as próximas a efetuar. Na unidade ainda não usamos nenhum manual técnico ou protocolo. As formas de registro utilizadas são os prontuários individuais, familiar, a caderneta da criança e de vacinação. A principal

dificuldade no atendimento às crianças é no referente à acessibilidade geográfica de muitos de nossos usuários, o que leva a faltas nas consultas agendadas. Com a nova iniciativa de ir ao assentamento para dar atendimento mais perto dessa população essa dificuldade tem melhorado.

A qualidade dos registros é boa já que permite ter um seguimento adequado dos usuários, assim como identificar com clareza os faltosos à consulta. Isto se consegue com o adequado uso dos sistemas de registros. Ainda não tem se realizado atividades educativas com crianças, sim com adolescentes e com pais de crianças e adolescentes. Os temas tratados foram saúde reprodutiva, sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis (DST), com muita boa receptividade e com participação ativa nas palestras por parte dos participantes. Estas atividades foram realizadas pela enfermeira, a técnica, a Agente Comunitária de Saúde (ACS) e o médico.

Neste momento temos quatro gestantes dentro de nossa população. Das quais, uma é adolescente de 14 anos. De acordo com os dados gerais do país, isto é uma quantidade baixa, já que de acordo com a população total da área da abrangência, o número de gestantes tinha que ficar perto de 42, portanto a cobertura é de 7%. As possíveis causas da não ocorrência pode ser a adequada realização do planejamento familiar que se realiza na unidade, ou também que algumas gestantes trocaram sua moradia para a cidade e agora fazem o pré-natal lá, sendo que outras preferem fazer suas consultas de pré-natal na cidade com médicos conhecidos da família ou ginecologistas. O atendimento individual das grávidas é realizado segundo o que rege o caderno de atenção básica do Ministério da Saúde. No referente às ações coletivas, em conjunto com a odontopediatra, se estão planejando atividades educativas neste momento. O sistema de registro para os usuários é o prontuário e a caderneta da gestante.

A qualidade dos registros é boa, já que a equipe tem a segurança de preencher todos os sistemas de registros utilizados. As principais dificuldades que temos são com a dificuldade geográfica, já que algumas gestantes moram a 10 km da unidade, e isto tem gerado falta nas consultas, não realização de exames complementares, o que compromete o estado materno fetal. As principais dificuldades têm sido com a gestante adolescente, que não conta com apoio familiar, pelo que seu pré-natal está sendo muito difícil. Diante das dificuldades da unidade, a equipe vem realizando um grande esforço para ajudá-la, remarcando suas consultas

e exames, marcando carro da secretaria para que tenha transporte, entre outros. Esta dificuldade geográfica também compromete as atividades educativas coletivas, já que fica muito difícil juntar as gestantes. Até agora, nas atividades de educação, tem participado a enfermeira, a técnica, a agente comunitária de saúde e o médico, mas, nas próximas também participará a odontopediatra. A mesma situação acontece com as púerperas, já que segundo o CAP teríamos 34, e só acompanhamos 1 (3%).

Segundo o CAP, teríamos 288 mulheres em idade para realizar o acompanhamento sobre câncer de mama, são 214 as acompanhadas, o que representa uma cobertura de 74%. No referente a câncer de colo de útero o CAP estima um número de 769 usuárias, são acompanhadas 659 delas, com uma cobertura de 86%. As ações que são realizadas para a prevenção de câncer de mama são a anamnese e o exame físico de todas as mulheres que consultam na unidade, a realização de mamografia a todas as usuárias maiores de 40 anos e, dependendo do resultado da mesma, se encaminham os usuários ao serviço especializado, ou se solicita nova mamografia a cada seis meses a um ano. Se na consulta, alguma usuária mais nova relata sintomas que façam pensar na doença, logo de realizar o exame clínico se encaminha para ecografia mamária e consulta com especialista. Para prevenção do câncer de colo de útero, além da anamnese e exame físico, se realiza preventivo a todas as usuárias que já iniciaram as relações sexuais, ou aos 24 anos de idade. Também, dependendo do resultado, faz-se conduta similar ao câncer de mama.

As ações preventivas estão sendo realizadas segundo o proposto pelo Ministério de Saúde e a Secretaria de Saúde Estadual. O registro se faz no prontuário de cada usuário, além dos cadernos para cada uma das doenças que se tem na unidade. O aspecto negativo mais significativo é a demora na realização das ecografias mamárias, pois pode demorar até um ano. Ele é um problema para todo tipo de ecografias, não só para as de mama. Também poderíamos assinalar que a dificuldade que algumas usuárias têm com a distância da unidade, pode fazer que persistam ainda alguns atrasos nos preventivos.

No caso de câncer de mama, só temos uma usuária com esta doença, a qual faz seus controles corretamente, mostrando correta adesão às ações propostas para este fim. A qualidade dos registros permite uma rápida localização das usuárias com dificuldades e que necessitam maior atendimento. As atividades educativas são

realizadas na unidade de forma individual em cada consulta, tanto com o médico como com a enfermeira na realização dos preventivos. Ainda não realizamos atividades grupais com estas usuárias, principalmente para a prevenção de câncer de colo de útero, já que temos conhecimento da precocidade nas relações sexuais e da promiscuidade em alguns dos adolescentes da área de abrangência.

O CAP estima 626 hipertensos na área, sendo acompanhados 539 (86%) e 179 diabéticos, sendo acompanhados 149 (83%). As ações realizadas com os usuários diabéticos e hipertensos na unidade vão desde a anamnese e exame físico até a realização de hemoglicoteste (HGT), a solicitação de exames e as interconsultas com os especialistas, atividades educativas individuais na consulta, explicando a importância dos cuidados gerais, na dieta e na medicação, entre outras coisas. As ações nestes usuários não estão estruturadas segundo protocolo ou manual técnico. Ainda não se conta com registro específico para estas doenças, só se faz registro no prontuário dos usuários, na caderneta da pressão e do usuário diabético, mas estamos planejando, com a equipe, que todos os programas prioritários tenham seu registro individual, favorecendo desta forma um maior e melhor controle dos mesmos. Entre os aspectos positivos esta a importante adesão dos usuários às condutas propostas pela equipe para melhorar sua saúde, mas ainda sabemos que muitos usuários que não consultaram na unidade e que não foram cadastrados, podem estar dentro destes grupos de doenças, pelo que falta esta tarefa, com a finalidade de conhecer a totalidade da população e fazer o melhor possível pela sua saúde. Resulta importante ressaltar que não temos cadastros definitivos dos usuários, nossos dados ainda são estimativas de acordo a dados antigos, não são definitivos. Somado a isto, tem o fato da população da Vila mudar muito.

Para esta semana temos planejada uma atividade educativa com usuários hipertensos, são dez usuários, esperando para as próximas que sejam mais. A atividade sobre diabetes fica para o mês de outubro. Neste tipo de doenças a equipe vai fazer atividades cada dois meses com dez ou quinze usuários, assim, em um ano atingiremos toda esta população. Uma dificuldade importante na hora de tratar estas doenças, que pelo fato de ser crônicas requerem tratamentos prolongados, é principalmente nos fatores de risco modificáveis. É difícil conseguir o abandono de hábitos como o tabagismo, alimentação a base de carnes gordurosas, álcool, etc. Só

com a educação permanente poderemos, de forma devagar, conseguir resultados que melhorem a qualidade de vida destes usuários.

No referente à saúde dos usuários idosos, que o CAP estima um número de 383, sendo acompanhados 324, o que representa um 85% de cobertura, na unidade não temos usado nenhum protocolo ou manual técnico, as ações que se realizam com eles são registradas nos prontuários e nas cadernetas do usuário idoso, proximamente teremos um registro só para este tipo de usuários. Dentro das atividades realizadas nas consultas se faz pesquisa dos principais cânceres de acordo com a idade e o sexo do usuário, controle de suas doenças crônicas, assim como educação em saúde em cada consulta. A qualidade dos registros destes usuários também é boa, com a dificuldade de que alguns deles não têm o hábito de trazer a caderneta do idoso nas consultas, o que dificulta o correto registro. As atividades coletivas com estes usuários darão início com outubro rosa e novembro azul, onde toda a equipe terá uma participação ativa. Esperamos que a adesão as atividades continue sendo boa por parte desta população, com a dificuldade daqueles que moram longe da unidade e não conseguem transporte para a participação nas mesmas.

Novamente resulta importante esclarecer que estes são dados iniciais, no início de nosso trabalho na unidade, uma unidade que praticamente não tinha atendimento, só contava com uma técnica em enfermagem sem registros, pior ainda se considerarmos a distância onde mora grande parte dos usuários. Esses dados foram extraídos dos prontuários que tinham na unidade, os quais são incompletos e insuficientes. Logo ao iniciar nosso trabalho e começar a organizar os registros, fomos conhecendo que a realidade era diferente a os dados iniciais que tínhamos estimados.

O desafio mais importante que a equipe ainda tem é o cadastramento de toda a população, para desta forma ter conhecimento completo dos usuários, seus riscos, doenças e demais necessidades. Dentro deste desafio temos a complicação que muitos usuários da área de abrangência da unidade moram a 10 km, o que torna difícil o cadastramento, além que muitos usuários formam parte da população de dois assentamentos do MST, e esta é uma população que muda, já que alguns vão trocando de assentamento.

Como tenho falado durante todo o curso, a falta de transporte da unidade também gera dificuldades, ao igual que a falta de telefone. A principal dificuldade no

referente à cobertura da população esta na saúde bucal, já que a unidade conta só com dois turnos de atendimento semanais, um para crianças e outro para adultos, o que tem gerado alguns problemas com a população. O principal recurso humano com que a equipe conta, é que a técnica em enfermagem já tem quase oito anos trabalhando com a comunidade, o que dá a possibilidade de um conhecimento profundo da mesma. Além disso, toda a equipe tem muita vontade de fazer um trabalho bem feito. A maioria é muito jovem ainda, com pouca experiência em saúde pública, mas com muita vontade de trabalhar.

Dentro das situações mais surpreendentes, é o fato que a unidade só tenha quatro usuárias grávidas, sendo que segundo os dados gerais do país, deveríamos ter perto de quarenta e três, é uma surpresa. Se bem conhecemos que mais de uma usuário decidiu fazer seu pré-natal na cidade com seu médico de muitos anos, ainda fica longe da realidade geral do país. Importante também é destacar que a equipe trabalhava, geralmente, sem protocolos, isto é principalmente pela falta de experiência do médico e que a unidade praticamente não tinha atendimento médico antes da formação da equipe que agora esta trabalhando.

Não posso esquecer-me de comentar a vivência maravilhosa que esta significando para minha vida o fato de trabalhar nesta unidade. É meu primeiro trabalho como profissional, em um país que não é o meu, com uma população e uma equipe que não conhecia, mas, tanto os integrantes da equipe como a população, os usuários, tem-me dado uma acolhida muito boa, fazendo que tudo seja mais fácil, que a adaptação ao idioma, a cultura e demais seja maravilhosa.

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

Realizando uma comparação entre a tarefa realizada na semana de ambientação e o presente trabalho, a primeira e principal diferença encontrada é referente ao idioma, o importante avanço na escrita e na interpretação dos textos, encontro uma situação lógica, para todos os integrantes do Programa Mais Médicos que não temos o português como língua mãe, mas com o passar do tempo e com bastante esforço esta situação vai melhorando. Também o conhecimento da realidade da unidade foi aumentando a cada semana, com uma maior perspectiva da população da área da abrangência, da demografia em geral, assim como das

doenças prevalentes, limitações tanto no trabalho como nas possibilidades de resolução das mesmas, mas com certeza hoje com muito mais capacidade para realizar uma melhor atividade profissional, fornecendo atendimento mais completo e de maior qualidade, ate porque já começamos a utilizar os protocolos de atendimento propostos pelo Ministério da Saúde, o que facilita e melhora nosso atendimento.

No inicio do trabalho a equipe ainda não estava formada, a unidade era nova, com algumas limitações estruturais que hoje já foram melhorando, o que torna muito mais fácil nosso trabalho diário. Sinceramente me sinto muito mais preparado hoje que no começo para realizar as atividades propostas, tanto no curso como na unidade.

## **2 Análise Estratégica**

A Hipertensão e o Diabetes Mellitus são duas doenças crônicas de elevada prevalência e que maiores problemas geram a saúde pública a nível mundial, realidade à qual a população do Brasil não escapa. De acordo com o eminente professor Cubano Dr. Reinaldo Roca Goderich: A hipertensão arterial constitui um problema de saúde pública em quase todo o mundo, não só porque é uma causa direta de incapacidade e morte, mas também por ela constituir o fator de risco modificável mais importante para a cardiopatia coronária (primeira causa de morte no hemisfério ocidental) enfermidade cérebro vascular, insuficiência cardíaca congestiva, nefropatia terminal e a enfermidade vascular periférica (2002, p.327). A prevalência mundial da Diabetes Mellitus tem aumentado nas últimas décadas, tanto do Tipo 1 como Tipo 2. Pode se esperar que a de Tipo 2 aumente com maior rapidez no futuro, como consequência da crescente obesidade e redução da atividade física. HARRISON (2006, p.8854) diz que o Diabetes Mellitus também aumenta com a idade. O gasto da saúde pública com estas doenças concentra um aporte financeiro muito grande para minimizar os danos à saúde da população. Geralmente os maiores gastos estão concentrados na realização de exames complementares, tratamento tanto das doenças como das complicações que elas geram, sendo que os gastos na realização de prevenção e promoção ainda continuam sendo baixos, mas, alguns países com sistema de saúde forte, com visão integral de saúde da população, estão mudando essas políticas, como é o caso do Brasil neste momento. Com as mudanças no estilo de vida da população que se vem observando nas últimas décadas, principalmente mudanças na alimentação, onde a comida rápida com muito conteúdo de sal e gorduras passou a ser a base da alimentação de muitas pessoas, o sedentarismo, onde as crianças passam a maior parte do tempo frente ao computador ou tablet sem fazer atividades físicas, o estresse, entre outras causas, vem fazendo que a prevalência seja cada dia mais alta. É justamente na



atenção primária onde este tipo de dificuldades tem-se que atingir, já que as duas doenças têm o diagnóstico e a maior parte de seu tratamento neste nível de atenção, assim como seu controle e reabilitação.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) da Vila do Passo Novo, onde estamos trabalhando, se encontra localizada na área rural, há quase 40 quilômetros da cidade, no município de Alegrete, Rio Grande do Sul. Na área de abrangência, segundo o CAP, tem aproximadamente 2800 usuários. É difícil ter o número exato de usuários, já que dentro desta população contamos com os habitantes de dois assentamentos, uma população que esta mudando constantemente. A equipe está formada por uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, dois agentes comunitários, dois atendentes e o médico. A estrutura da unidade é nova, inaugurada este ano, e cumpre basicamente com o preconizado pelo Ministério da Saúde no referente à sua construção.

De acordo com os dados encontrados no início de nosso trabalho, na população de abrangência da unidade estas doenças tinham prevalência muito alta, mas, o mais importante foi que a grande maioria destes usuários não tinha controle, ou seja, não tinham consultas programadas, nem exames laboratoriais realizados. Já nas primeiras semanas de trabalho conhecemos usuários com mais de cinco anos sem a realização de exames complementares e com controle insuficiente da sua doença, como cifras de glicemia muito elevadas e cifras tencionais acima do normal, com tratamentos que faziam anos não eram revistos. Por este motivo foi que escolhemos os usuários com estas doenças para realizar o trabalho. Da população total da área de abrangência da unidade, 1600 aproximadamente moram na Vila do Passo Novo (a população alvo deste trabalho). A adesão da população é ótima, a equipe consegue trabalhar muito bem, conseguindo grande adesão às atividades planejadas, sejam educativas ou de lazer. De forma devagar estamos conseguido melhorar a qualidade na atenção realizando os controles necessários de acordo com a necessidade de cada usuário e a sua condição. A equipe esta fazendo atividades educativas grupais, além das atividades individuais que se realizam em cada consulta, sendo os principais temas tratados dieta, importância do exercício físico e o cumprimento do tratamento medicamentoso, assim como as dúvidas que os próprios usuários tem sobre sua doença.

Desta maneira pode-se considerar que tanto a Hipertensão como o Diabetes são duas doenças nas quais se pode fazer muito trabalho procurando a prevenção

das mesmas ou controle, uma vez já diagnosticadas, com atividades que não considero de alto custo, como consultas agendadas de acordo a doença e as complicações, com exames necessários, e principalmente com atividades educativas tanto individuais como coletivas, tarefas que tem que se realizar na atenção básica, no primeiro nível. O grau de envolvimento de toda a equipe é bom, já que com o trabalho dos agentes comunitários e da técnica esta se atingindo o cadastramento completo da população, assim como a participação do povo nas atividades, a enfermeira também participa das atividades educativas que se realizam de forma coletiva. A principal dificuldade é que uma parte da população mora longe da unidade, o que dificulta algumas atividades assim como o comparecimento às consultas agendadas, o que também se soma à falta de transporte próprio da unidade. Mas, contamos com a boa disponibilidade da equipe para trabalhar na melhoria da saúde da população. Com esta intervenção realizada de forma correta, conseguiremos melhorar a qualidade de saúde, principalmente nos aspetos antes mencionados, como carências na população, principalmente para ensinar a utilização adequada dos recursos que possuem, sobre a importância de manter os tratamentos de acordo com o indicado, etc.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde dos usuários hipertensos (HAS) e diabéticos (DM) na Unidade Básica de Saúde da Vila do Passo Novo, Alegrete/RS.

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

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

**Meta 1.1:** Cadastrar 100% dos hipertensos da área da Vila do Passo Novo.

**Meta 1.2:** Cadastrar 100% dos diabéticos da Vila do Passo Novo.

**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, pertencentes à Vila do Passo Novo.

**Meta 2.6:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, pertencentes à Vila do Passo Novo.

**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, pertencentes à Vila do Passo Novo.

**Meta 4.2:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, pertencentes à Vila do Passo Novo.

**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, pertencentes à Vila do Passo Novo.

**Meta 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, pertencentes à Vila do Passo Novo.

**Objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2.3 Metodologia

Este é um projeto de intervenção com abordagem quantitativa, temporal que esta estruturada para ser desenvolvido no período de quatro meses, na Estratégia da Saúde da Família da Vila do Passo Novo, município de Alegrete/RS. Os dados foram coletados de forma ativa, tendo como universo a população da Vila de Passo Novo, e a amostra foi composta por maiores de vinte anos hipertensos e/ou

diabéticos. Os dados foram registrados em fichas espelho e planilha de coleta de dados, além dos registros da unidade, sendo apresentados em figuras e no texto. Os responsáveis pelo trabalho foram os integrantes da equipe de saúde da unidade.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

**Relativas ao Objetivo 1:** Ampliar a cobertura dos usuários com hipertensão (HAS) e diabetes mellitus (DM).

**Meta 1.1:** Cadastrar 100% dos hipertensos da Vila do Passo Novo.

#### **Monitoramento e avaliação**

**Ações:** Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, pertencentes à Vila do Passo Novo.

**Detalhamento da ação:** A atendente revisará o cadastro, nas fichas espelho, de forma semanal e identificará os usuários que ainda não tenham o cadastro completo.

#### **Organização e gestão do serviço**

**Ações:** Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.

**Detalhamento:** Registrar em todos os registros (ficha espelho, prontuário, cadernetas pertinentes) as informações de cada usuário, designando a cada um da equipe um cadastro, por exemplo, o médico cadastra no prontuário e ficha espelho, a enfermeira na caderneta de HAS.

**Ações:** Manter o acolhimento dos usuários portadores de HAS.

**Detalhamento:** Continuar com o acolhimento realizado até agora, onde a atendente recebe o usuário, realiza preenchimento da ficha de atendimento e passa para a enfermaria onde se faz a triagem, além da verificação dos sinais vitais, etc. mantendo a escuta e a empatia com os usuários.

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

**Detalhamento:** A equipe em uma reunião com a secretaria de saúde municipal irá solicitar o esfigmomanômetro para usuário obeso que falta na unidade.

#### **Engajamento público**

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

**Detalhamento:** Os ACS e a técnica em enfermagem serão as encarregadas de colocar avisos sobre os programas na porta da unidade e dos pontos de referência na comunidade. Promover os programas de forma verbal tanto na sala de espera como nas consultas, todos os dias por parte do médico e da enfermeira.

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

**Detalhamento:** Promover a medida da pressão arterial dos usuários nas atividades coletivas e individuais, informando sobre as vantagens de fazer o diagnóstico precoce da doença, isso será feito por toda a equipe.

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

**Detalhamento:** Mediante atividades educativas individuais nas consultas, como nas coletivas, feitas por toda a equipe, explicar aos usuários que o fato de ter cifras tensionais elevadas predispõe, ou aumenta o risco, de padecer DM, pelo que tem que se realizar pesquisa da mesma.

**Ações:** Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão.

**Detalhamento:** Mediante atividades educativas individuais nas consultas, como coletivas explicar aos usuários quais são os fatores de risco para estas doenças, fazendo ênfases em aqueles modificáveis. Confeccionar cartazes para colocar em espaços visíveis da unidade com os fatores de risco para estas doenças. As atividades serão realizadas por toda a equipe.

### **Qualificação da prática clínica**

**Ações:** Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos da Vila do Passo Novo.

**Detalhamento:** nas reuniões da equipe explicar a importância do cadastramento de todos estes usuários para os ACS, e o que precisa ser feito nos próximos quatro meses. O médico será o responsável pela capacitação.

**Ações:** Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do esfigmomanômetro.

**Detalhamento:** Realizar atividades educativas explicando as condições em que tem que estar o usuário para uma correta verificação da pressão arterial, (repouso, não houver fumado, bebido, etc.) assim como o correto uso dos materiais. Também será o médico o responsável, baseado em os cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

**Meta 1.2:** Cadastrar 100% dos diabéticos da Vila do Passo Novo.

**Ações:** Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, pertencentes a Vila do Passo Novo.

**Detalhamento:** Revisar o cadastro de forma semanal e identificar os usuários que ainda não tenham o cadastro completo.

### **Organização e gestão do serviço**

**Ações:** Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.

**Detalhamento:** Registrar em todos os registros as informações de cada usuário, designando a cada um da equipe um cadastro, por exemplo, o médico cadastra no prontuário, a enfermeira na caderneta de DM.

**Ações:** Manter o acolhimento dos usuários portadores de diabetes.

**Detalhamento:** Continuar com o acolhimento realizado até agora, onde a atendente recebe o usuário, realiza preenchimento da ficha de atendimento e passa para a enfermaria onde se faz a triagem, além da verificação dos sinais vitais, etc. mantendo a escuta e a empatia com os usuários.

**Ações:** Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste (HGT) na unidade de saúde.

**Detalhamento:** Realizar um pedido mensal de fitas de hemoglicoteste, aproximadamente 100, para a unidade e certificar-se de manter o aparelho de hemoglicoteste em funcionamento e com baterias, estas serão tarefas da enfermeira.

### **Engajamento público**

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

**Detalhamento:** Os ACS e a técnica em enfermagem serão as encarregadas de colocar avisos sobre os programas na porta da unidade e dos pontos de

referência na comunidade. Promover os programas de forma verbal tanto na sala de espera como nas consultas, todos os dias por parte do médico e da enfermeira.

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

**Detalhamento:** Promover a medida da pressão arterial dos usuários nas atividades coletivas e individuais, falando sobre as vantagens de fazer o diagnóstico precoce da doença, isso será feito por toda a equipe da unidade.

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

**Detalhamento:** Mediante atividades educativas individuais nas consultas, como nas coletivas, feitas por toda a equipe, explicar aos usuários que o fato de ter cifras tensionais elevadas predispõe, ou aumenta o risco, de padecer DM, pelo que tem que se realizar pesquisa da mesma.

**Ações:** Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes.

**Detalhamento:** Mediante atividades educativas individuais nas consultas, assim como coletivas, explicar aos usuários quais são os fatores de risco para estas doenças, dando ênfases naqueles modificáveis. Confeccionar cartazes para colocar em espaços visíveis da unidade com os fatores de risco para estas doenças. As atividades serão realizadas por toda a equipe.

### **Qualificação da prática clínica**

**Ações:** Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos da Vila do Passo novo.

**Detalhamento:** Nas reuniões da equipe explicar a importância do cadastramento de todos estes usuários para os ACS, e que tem que ser feito nos próximos quatro meses.

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

**Detalhamento:** Nas atividades educativas para a equipe incluir uma explicação da realização correta de hemoglicoteste, e em que usuários têm que ser realizados quando requerem atendimento na unidade, sendo uma das indicações os



usuários com cifras tencionais elevadas. Será o médico o responsável pela capacitação.

**Relativas ao Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e ou diabéticos.

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

### **Monitoramento e avaliação**

**Ações:** Monitorar a realização de exame clínico apropriado, de acordo com as necessidades, dos usuários hipertensos.

**Detalhamento:** Ter o registro, com data e resultados, dos últimos exames realizados pelos usuários, assim como a data da próxima solicitação dos mesmos, de acordo com suas necessidades. Fazer revisão semanal destes registros para determinar atrasos. A revisão será feita pelo médico.

### **Organização e Gestão do Serviço**

**Ações:** Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos.

**Detalhamento:** O técnico em enfermagem, em conjunto com a enfermeira, serão as encarregadas da verificação dos sinais vitais, medidas antropométricas e exame físico geral. O médico terá a responsabilidade de fazer um exame físico detalhado e minucioso dos usuários, tendo em conta as características de cada.

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

**Detalhamento:** A enfermeira e o médico irão fazer atividades educativas com os demais membros da equipe explicando os protocolos adotados para a unidade.

**Ações:** Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

**Detalhamento:** O médico será o encarregado de realizar atividades educativas para os demais membros da equipe, com o objetivo de atualização dos mesmos, uma vez ao mês, na unidade, no horário das reuniões da equipe.

**Ações:** Dispor de versão atualizada do protocolo impresso na unidade de saúde.

**Detalhamento:** A enfermeira solicitará a secretaria municipal de saúde os protocolos de atendimento e realizará as cópias para cada integrante da equipe.

### **Engajamento Público**

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

**Detalhamento:** Tanto nas consultas individuais, com o médico ou a enfermeira, como nas atividades educativas em grupos realizadas por toda a equipe, explicar aos usuários com HAS e a população em geral, a importância de fazer avaliações periódicas com o médico, na procura dos diferentes fatores de risco.

#### **Qualificação da prática clínica**

**Ações:** Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

**Detalhamento:** Realizar atividades grupais com a equipe, mostrando a forma correta de fazer o exame clínico e quais são os sinais mais importantes a procurar nos usuários hipertensos e diabéticos. Realizar exames em conjunto com a equipe de enfermagem. Realizar gráfico com estes sinais.

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

#### **Monitoramento e avaliação**

**Ações:** Monitorar a realização de exame clínico apropriado, de acordo com as necessidades dos usuários diabéticos.

**Detalhamento:** Ter o registro, com data e resultados, dos últimos exames realizados pelos usuários, assim como a data da próxima solicitação dos mesmos, de acordo com suas necessidades. Fazer revisão semanal destes registros para determinar atrasos. A revisão será feita pela atendente.

#### **Organização e Gestão do Serviço**

**Ações:** Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos.

**Detalhamento:** O técnico em enfermagem, em conjunto com a enfermeira, serão as encarregadas da verificação dos sinais vitais, medidas antropométricas e exame físico geral. O médico terá a responsabilidade de fazer um exame físico detalhado e minucioso dos usuários, tendo em conta as características de cada.

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

**Detalhamento:** A enfermeira e o médico irão fazer atividades educativas com os demais membros da equipe explicando os protocolos adotados para a unidade.

**Ações:** Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

**Detalhamento:** O médico será o encarregado de realizar atividades educativas para os demais membros da equipe com o objetivo da atualização dos mesmos, uma vez ao mês, na unidade, no horário das reuniões da equipe.

**Ações:** Disponibilizar de versão atualizada do protocolo impresso na unidade de saúde.

**Detalhamento:** A enfermeira solicitará a secretaria municipal de saúde os protocolos de atendimento e realizar cópias para cada integrante da equipe.

### **Engajamento Público**

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

**Detalhamento:** Tanto nas consultas individuais, com o médico ou a enfermeira, como nas atividades educativas em grupos realizadas por toda a equipe, explicar aos usuários com HAS e a população em geral, a importância de fazer avaliações periódicas com o médico, na procura dos diferentes fatores de risco.

### **Qualificação da prática clínica**

**Ações:** Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

**Detalhamento:** Realizar atividades grupais com a equipe, mostrando a forma correta de fazer o exame clínico, e quais são os sinais mais importantes a procurar nos usuários hipertensos e diabéticos. Realizar exames em conjunto com a equipe de enfermagem. Realizar gráfico com estes sinais.

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

### **Monitoramento e avaliação**

**Ações:** Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde.

**Detalhamento:** Fazer revisões frequentes, a cada semana, dos registros dos usuários no programa procurando que todos tenham os exames atualizados, de acordo com a periodicidade recomendada e a necessidade de cada usuário. Esta tarefa será função do médico.

### **Organização e Gestão do Serviço**

**Ações:** Garantir a solicitação dos exames complementares para todos os usuários que os necessitem.

**Detalhamento:** Realizar a solicitação dos exames complementares de acordo com o estabelecido no programa para todos os usuários. Isto será realizado pelo médico na consulta individual.

**Ações:** Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

**Detalhamento:** A atendente fará revisões, a cada semana, procurando atrasos por parte dos usuários, na realização dos exames, comunicando ao médico para assim solicitar aos ACS a visita no domicílio do usuário. Voltar a solicitar os exames atrasados.

### **Engajamento Público**

**Ações:** Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade e a importância da realização de exames complementares.

**Detalhamento:** Nas atividades individuais e nas coletivas serão realizadas, por parte de toda a equipe, palestras sobre a importância da realização dos exames complementares para o adequado controle da doença.

**Ações:** Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados os exames complementares.

**Detalhamento:** A orientação quanto à periodicidade dos exames será feita pelo médico, em cada uma das consultas, quanto necessário. A periodicidade estará determinada pelo programa e a situação particular de saúde do usuário.

### **Qualificação da prática clínica**

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

**Detalhamento:** O médico ensinará aos integrantes da equipe a sequência adotada para a realização dos exames. Preparar uma folha detalhando essa periodicidade.

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

### **Monitoramento e avaliação**

**Ações:** Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde.

**Detalhamento:** Fazer revisões frequentes, a cada semana, dos registros dos usuários no programa, procurando que todos tenham os exames atualizados, de

acordo com a periodicidade recomendada e a necessidade de cada usuário. Esta tarefa será função do médico.

### **Organização e Gestão do Serviço**

**Ações:** Garantir a solicitação dos exames complementares para todos os usuários que os necessitem.

**Detalhamento:** Realizar a solicitação dos exames complementares de acordo com o estabelecido no programa para todos os usuários. Isto será realizado pelo médico na consulta individual.

**Ações:** Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

**Detalhamento:** A atendente fará revisões, semanais, procurando atrasos por parte dos usuários na realização dos exames, comunicando ao médico para assim solicitar aos ACS a visita domiciliar do mesmo. Assim, voltar a solicitar os exames atrasados.

### **Engajamento Público**

**Ações:** Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade e a importância da realização de exames complementares.

**Detalhamento:** Nas atividades individuais e nas coletivas, serão feitas, por parte de toda a equipe, palestras sobre a importância da realização dos exames complementares para o adequado controle da doença.

**Ações:** Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

**Detalhamento:** A orientação quanto à periodicidade dos exames será feita pelo médico, em cada uma das consultas, quanto necessário. A periodicidade estará determinada pelo programa e a situação particular de saúde do usuário.

### **Qualificação da prática clínica**

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

**Detalhamento:** O médico ensinará aos integrantes da equipe a sequência adotada para a realização dos exames. Preparar uma folha detalhando essa periodicidade.

**Meta 2.5:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, pertencentes a Vila do Passo Novo.

### **Monitoramento e avaliação**

**Ações:** Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

**Detalhamento:** Manter contato frequente com o pessoal da farmácia municipal para conhecer a relação dos medicamentos oferecidos. Este contato será feito entre os responsáveis da farmácia com a enfermeira, técnica de enfermagem e o médico da unidade.

### **Organização e Gestão do Serviço**

**Ações:** Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

**Detalhamento:** A enfermeira será a encarregada da fiscalização do estoque e da validade dos medicamentos na unidade, assim como quem tem que realizar o pedido mensal dos mesmos.

**Ações:** Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, pertencentes a Vila do Passo Novo.

**Detalhamento:** Segundo o registro no cadastro dos usuários do programa e a medicação que eles usam, a enfermeira fará o registro e a solicitação dos medicamentos.

**Ações:** Realizar uma solicitação mensal dos mesmos.

**Detalhamento:** A enfermeira será a responsável pela solicitação mensal da medicação.

### **Engajamento Público**

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

**Detalhamento:** Tanto nas atividades individuais nas consultas, como nas grupais, a equipe orientará aos usuários e comunidade em geral, que tem direito aos medicamentos fornecidos pela farmácia popular, onde, geralmente, estão todos os medicamentos que se usam nestas doenças, assim como na rede privada que esta conveniada com o Programa Farmácia Popular do Brasil.

### **Qualificação da prática clínica**

**Ações:** Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

**Detalhamento:** Mediante as atividades de capacitação para a equipe, brindada pelo médico, lembrar-lhes a importância de explicar para os usuários a

possibilidade de ter acesso gratuito à medicação destas doenças, nas farmácias populares.

**Meta 2.6:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, pertencentes a Vila do Passo Novo.

#### **Monitoramento e avaliação**

**Ações:** Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

**Detalhamento:** Manter contato frequente com pessoal da farmácia municipal para conhecer a relação dos medicamentos oferecidos. Este contato será feito entre os responsáveis da farmácia com a enfermeira, técnica de enfermagem e o médico da unidade.

#### **Organização e Gestão do Serviço**

**Ações:** Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

**Detalhamento:** A enfermeira será a encarregada da fiscalização do estoque e da validade dos medicamentos na unidade, assim como quem tem que realizar o pedido mensal dos mesmos.

**Ações:** Manter um registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, pertencentes a Vila do Passo Novo.

**Detalhamento:** De acordo com o registro no cadastro dos usuários do programa e a medicação que eles usam, a enfermeira fará a solicitação dos medicamentos.

**Ações:** Realizar uma solicitação mensal dos mesmos.

**Detalhamento:** A enfermeira será a responsável pela solicitação mensal da medicação.

#### **Engajamento Público**

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

**Detalhamento:** Tanto nas atividades individuais nas consultas, como nas grupais, a equipe orientará aos usuários e comunidade em geral, que tem direito aos medicamentos fornecidos pela farmácia popular, onde, geralmente, estão todos os medicamentos que se usam nestas doenças, assim como na rede privada que esta conveniada com o Programa Farmácia Popular do Brasil.

### **Qualificação da prática clínica**

**Ações:** Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

**Detalhamento:** Mediante as atividades de capacitação para a equipe, brindada pelo médico, lembrar-lhes a importância de explicar para os usuários a possibilidade de ter acesso gratuito à medicação destas doenças, nas farmácias populares.

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

### **Monitoramento e avaliação**

**Ações:** Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

**Detalhamento:** A atendente será a encarregada de fiscalizar que os usuários que necessitem atendimento odontológico fiquem agendados para tais consultas, de acordo com a disponibilidade de atendimento.

### **Organização e Gestão do Serviço**

**Ações:** Realizar exame físico bucal dos usuários hipertensos e encaminhar ao odontologista aos casos necessários.

**Detalhamento:** Nas consultas medicas e com enfermaria se realizará inspeção bucal a todos os usuários identificando os que necessitem de atendimento odontológico.

**Ações:** Organizar, em conjunto com odontologista, a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Detalhamento:** Nas reuniões de equipe coordenar com o odontologista a possibilidade de realizar atendimento o mais precoce possível para os usuários do programa identificados com necessidades de atendimento.

### **Engajamento Público**

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

**Detalhamento:** Tanto nas consultas individuais como nas atividades educativas grupais educar a população sobre a necessidade de consultar com um odontologista ante a aparição de qualquer sintoma bucal. Isto será feito tanto por o médico como por enfermaria.



### **Qualificação da prática clínica**

**Ações:** Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

**Detalhamento:** O médico vai capacitar os demais integrantes da equipe para identificar alterações bucais nestes usuários.

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

### **Monitoramento e avaliação**

**Ações:** Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

**Detalhamento:** A atendente será a encarregada de fiscalizar que os usuários que necessitem atendimento odontológico fiquem agendados para tais consultas, de acordo com a disponibilidade de atendimento.

### **Organização e Gestão do Serviço**

**Ações:** Realizar exame físico bucal dos usuários diabéticos e encaminhar ao odontologista aos casos necessários.

**Detalhamento:** Nas consultas médicas e de enfermagem, se realizará inspeção bucal a todos os usuários identificando os que necessitem de atendimento odontológico.

**Ações:** Organizar, em conjunto com odontologista, a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Detalhamento:** Nas reuniões de equipe coordenar com o odontologista a possibilidade de realizar atendimento o mais precoce possível para os usuários do programa identificados com necessidades de atendimento.

### **Engajamento Público**

**Ações:** Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos diabéticos.

**Detalhamento:** Tanto nas consultas individuais como nas atividades educativas grupais educar a população na necessidade de consultar com um odontologista ante a aparição de qualquer sintoma bucal. Isto será feito tanto pelo médico como pela enfermagem.

### **Qualificação da prática clínica**

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

**Detalhamento:** O médico vai capacitar os demais integrantes da equipe para identificar alterações bucais nestes usuários.

**Relativas ao 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.

#### **Monitoramento e avaliação**

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

**Detalhamento:** A atendente será a responsável de monitorar o cumprimento das consultas de acordo com o planejado e registrado no caderno de registro de agendamento das próximas consultas.

#### **Organização e Gestão do Serviço**

**Ações:** Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

**Detalhamento:** Os encarregados de realizar as visitas domiciliar são os ACS, e em caso de necessidade os demais membros da equipe.

**Ações:** Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

**Detalhamento:** A equipe em seu conjunto encontrará espaço nas consultas para acolher os faltosos nas novas datas.

#### **Engajamento Público**

**Ações:** Informar a comunidade sobre a importância da realização das consultas.

**Detalhamento:** Tanto nas atividades individuais como nas coletivas, fomentar o comparecimento às consultas explicando sua importância, isto será feito por toda a equipe.

**Ações:** Ouvir as causas das faltas às consultas, caso necessário.

**Detalhamento:** A equipe ouvirá as causas das faltas e tentará dar soluções as mesmas, dentro da possibilidade.

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

**Detalhamento:** A enfermeira e o médico explicarão aos usuários a necessidade de comparecer às consultas segundo o estabelecido pela unidade de saúde, e não só quando esteja sentindo doente.

#### **Qualificação da prática clínica**

**Ações:** Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos quanto à necessidade de realizar as consultas e sua periodicidade.

**Detalhamento:** O médico e a enfermeira em reunião da equipe, explicarão aos ACS, a importância do convencimento dos usuários a comparecer as consultas agendadas.

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

#### **Monitoramento e avaliação**

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

**Detalhamento:** A atendente será a responsável de monitorar o cumprimento das consultas de acordo com o planejado e registrado no caderno de registro de agendamento das próximas consultas.

#### **Organização e Gestão do Serviço**

**Ações:** Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

**Detalhamento:** Os encarregados de realizar as visitas domiciliares são os ACS, e em caso de necessidade o restante da equipe.

**Ações:** Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

**Detalhamento:** A equipe em seu conjunto encontrará espaço nas consultas para acolher os faltosos nas novas datas.

#### **Engajamento Público**

**Ações:** Informar a comunidade sobre a importância da realização das consultas.

**Detalhamento:** Tanto nas atividades individuais como nas coletivas, fomentar o comparecimento às consultas explicando sua importância, isto será feito por toda a equipe.

**Ações:** Ouvir as causas das faltas às consultas caso necessário.

**Detalhamento:** A equipe ouvirá as causas das faltas e tentará dar soluções às mesmas, dentro da possibilidade.

**Ações:** Esclarecer os portadores de diabetes e a comunidade, sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

**Detalhamento:** A enfermeira e o médico explicarão aos usuários a necessidade de comparecer às consultas de acordo com o estabelecido pela unidade de saúde, e não só quando esteja se sentindo doente.

#### **Qualificação da prática clínica**

**Ações:** Capacitar os ACS para a orientação de diabéticos quanto à necessidade de realizar as consultas e sua periodicidade.

**Detalhamento:** O médico e a enfermeira em reunião da equipe, explicarão aos ACS, a importância do convencimento dos usuários a comparecer as consultas agendadas.

#### **Relativas ao Objetivo 4: Melhorar o registro das informações**

**Meta 4.1:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, pertencentes a Vila do Passo Novo.

#### **Monitoramento e avaliação**

**Ações:** Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde, pertencentes a Vila do Passo Novo.

**Detalhamento:** Toda a equipe será encarregada pelos diferentes registros, e caberá ao médico fiscalizar e cobrar o cumprimento dos mesmos.

#### **Organização e Gestão do Serviço**

**Ações:** Manter as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) atualizadas, assim como todos os registros utilizados na unidade.

**Detalhamento:** A enfermeira será a responsável pelo SIAB, e os demais integrantes da equipe dos outros registros, prontuário, cadernetas, etc.

**Ações:** Implantar a ficha de acompanhamento.

**Detalhamento:** A ficha de atendimento para os usuários dentro do programa será nova, e a responsabilidade será da atendente e o médico.

**Ações:** Pactuar com a equipe os registros das informações.

**Detalhamento:** Na reunião de equipe ficara determinado como será o registro das informações dos usuários no programa.

**Ações:** Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

**Detalhamento:** Caberá a atendente a responsabilidade de preenchimento da ficha do atendimento e do agendamento; e a enfermeira e a técnica o preenchimento das cadernetas, ao médico a ficha espelho e dos prontuários.

**Ações:** 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.

**Detalhamento:** Os registros terão datas que cumprir, nas fichas espelho estará a data da próxima consulta, a data de repetição dos exames complementares, etc. além disso, será criado um registro em uma planilha onde estarão as datas das consultas realizadas e as datas próximas de consulta, exames, etc., esta planilha terá a informação de todos os usuários cadastrados no programa, o que facilitará sua revisão; estas datas serão revisadas todas as semanas, e toda a equipe será responsável por estes registros.

### **Engajamento Público**

**Ações:** 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.

**Detalhamento:** Toda a equipe terá a obrigação de comunicar e respeitar os direitos dos usuários, que serão comunicados em todas as atividades que assim requeiram.

### **Qualificação da prática clínica**

**Ações:** Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso.

**Detalhamento:** Em reunião de equipe capacitar e orientar os integrantes da unidade quanto à correta forma de realizar o registro dos dados referente aos usuários diabéticos e hipertensos. Cabe ao médico e a enfermeira realizar essa atividade.

**Ações:** Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, assim como dos exames complementares e o agendamento para próxima consulta.

**Detalhamento:** Em uma reunião da equipe o médico explicará a importância de realizar adequadamente os registros, e que informação não pode faltar para a correta avaliação dos usuários.

**Meta 4.2:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, pertencentes a Vila do Passo Novo.

### **Monitoramento e avaliação**

**Ações:** Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde, pertencentes a Vila do Passo Novo.

**Detalhamento:** Toda a equipe será encarregada pelos diferentes registros e caberá ao médico fiscalizar e cobrar o cumprimento dos mesmos.

#### **Organização e Gestão do Serviço**

**Ações:** Manter as informações do SIAB atualizadas, assim como todos os registros utilizados na unidade.

**Detalhamento:** A enfermeira será a responsável pelo SIAB e os demais integrantes da equipe dos outros registros, prontuário, cadernetas, etc.

**Ações:** Implantar a ficha de acompanhamento.

**Detalhamento:** A ficha de atendimento para os usuários dentro do programa será nova, e a responsabilidade será da atendente e do médico.

**Ações:** Pactuar com a equipe os registros das informações.

**Detalhamento:** Na reunião de equipe ficará determinado como será o registro das informações dos usuários no programa.

**Ações:** Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

**Detalhamento:** Caberá a atendente a responsabilidade de preenchimento da ficha de atendimento e do agendamento; e a enfermeira e a técnica o preenchimento das cadernetas, e ao médico a ficha espelho e os prontuários.

**Ações:** 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.

**Detalhamento:** Os registros terão datas que cumprir, estas datas serão revisadas todas as semanas e toda a equipe será responsável por estes registros.

#### **Engajamento Público**

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

**Detalhamento:** Toda a equipe terá a obrigação de comunicar e respeitar os direitos dos usuários, que serão comunicados em todas as atividades que assim requeiram.

#### **Qualificação da prática clínica**

**Ações:** Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do diabético.

**Detalhamento:** Em reunião de equipe capacitar e orientar os integrantes da unidade sobre a correta forma de realizar o registro dos dados referente aos usuários diabéticos. Cabe ao médico e a enfermeira realizar essa atividade.

**Ações:** Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, assim como dos exames complementares e o agendamento para próxima consulta.

**Detalhamento:** Em uma reunião da equipe o médico explicará a importância de realizar adequadamente os registros e que informação não pode faltar para a correta avaliação dos usuários.

**Relativas ao 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, pertencentes a Vila do Passo Novo.

#### **Monitoramento e avaliação**

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

**Detalhamento:** O médico será o responsável de realizar a verificação da estratificação de risco nos usuários do programa.

#### **Organização e Gestão do Serviço**

**Ações:** Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

**Detalhamento:** A atendente será a responsável de marcar as consultas prioritizadas para os usuários avaliados como de alto risco, que será determinado pelo médico, e os ACS serão os responsáveis da comunicação aos usuários da próxima consulta, caso estes esqueçam.

**Ações:** Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

**Detalhamento:** A atendente em conjunto com o médico serão os responsáveis de organizar a agenda, dando prioridade aos usuários de maior risco, sem descuidar aos usuários que não estejam dentro do programa e as possíveis urgências.

#### **Engajamento Público**

**Ações:** Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, tanto na unidade como com especialistas.

**Detalhamento:** Esta orientação estará a cargo do médico, e será realizada nas consultas individuais.

**Ações:** Esclarecer aos usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (principalmente alimentação, tabaco e álcool).

**Detalhamento:** Estas se realizarão principalmente em atividades educativas grupais, por toda a equipe, e também nas individuais. Utilização de material visual detalhando estes fatores de risco.

### **Qualificação da prática clínica**

**Ações:** Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco de acordo com o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

**Detalhamento:** Realizar, por parte do médico, capacitação para enfermagem na utilização do escore de Framingham, e quais são os órgãos alvo de cada doença. Prover de material impresso com a informação.

**Ações:** Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

**Detalhamento:** Na mesma atividade o médico ressaltará a importância do registro desta informação.

**Ações:** Capacitar a equipe quanto às estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

**Detalhamento:** O médico capacitará a equipe para determinar fatores de risco na população, dando ênfases nos modificáveis e como atuar para conseguir modificações na população.

**Meta 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, pertencentes a Vila do Passo Novo.

### **Monitoramento e avaliação**

**Ações:** Monitorar o número de usuários diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

**Detalhamento:** O médico será o responsável de realizar a verificação da estratificação de risco nos usuários do programa, revisando os registros antes mencionados, principalmente na planilha, e se for necessário realizará a estratificação de risco do usuário.

### **Organização e Gestão do Serviço**

**Ações:** Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.



**Detalhamento:** A atendente será a responsável de marcar as consultas prioritizadas para os usuários avaliados como de alto risco, que será determinado pelo médico, e os ACS serão os responsáveis da comunicação aos usuários da próxima consulta, em caso estes esqueçam.

**Ações:** Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

**Detalhamento:** A atendente em conjunto com o médico serão os responsáveis de organizar a agenda, dando prioridade aos usuários de maior risco, sem descuidar aos usuários que não estejam dentro do programa e as possíveis urgências.

### **Engajamento Público**

**Ações:** Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, tanto na unidade como com especialistas.

**Detalhamento:** Esta orientação estará a cargo do médico e será realizada nas consultas individuais.

**Ações:** Esclarecer aos usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (principalmente alimentação, tabaco e álcool).

**Detalhamento:** Estas se realizarão principalmente em atividades educativas grupais, por toda a equipe, e também nas individuais, com utilização de material visual detalhando estes fatores de risco.

### **Qualificação da prática clínica**

**Ações:** Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco de acordo com o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, com especial avaliação dos pés.

**Detalhamento:** Realizar, por parte do médico, capacitação para enfermagem na utilização do escore de Framingham e quais são os órgãos alvo de cada doença. Prover de material impresso com a informação.

**Ações:** Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

**Detalhamento:** Na mesma atividade o médico ressaltará a importância do registro desta informação.

**Ações:** Capacitar a equipe quanto às estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

**Detalhamento:** O médico capacitará a equipe para determinar fatores de risco na população, dando ênfases nos modificáveis, e como atuar para alcançar modificações na população.

**Relativas ao Objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

#### **Monitoramento e avaliação**

**Ações:** Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

**Detalhamento:** O médico será o responsável pelo controle da prática de atividades de orientação nutricional aos usuários do programa.

#### **Organização e Gestão do Serviço**

**Ações:** Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

**Detalhamento:** Serão realizadas por toda a equipe atividades educativas participativas, educando sobre alimentação saudável, priorizando os recursos disponíveis na comunidade.

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

**Detalhamento:** Realizar reunião com os gestores municipais para envolver os nutricionistas da secretaria da saúde nestas atividades.

**Ações:** Realizar atividades educativas sobre aproveitamento de alimentos saudáveis e econômicos.

**Detalhamento:** Estas atividades também serão realizadas em conjunto com o Instituto Federal Farroupilha (IFF), o qual conta com pessoal capacitado nesta matéria e com recursos audiovisuais.

#### **Engajamento Público**

**Ações:** Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

**Detalhamento:** Nestas atividades se darão diretrizes para uma alimentação saudável para os usuários incluídos no programa.

#### **Qualificação da prática clínica**

**Ações:** Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável, centrando as atenções em usuários hipertensos.

**Detalhamento:** O médico fornecerá material informativo aos demais membros da equipe sobre alimentação saudável para estas doenças, procurando sua capacitação.

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

**Detalhamento:** Nas reuniões de equipe o médico orientará a equipe sobre metodologias de educação em saúde.

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

### **Monitoramento e avaliação**

**Ações:** Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.

**Detalhamento:** O médico será o responsável pelo controle da prática de atividades de orientação nutricional aos usuários do programa.

### **Organização e Gestão do Serviço**

**Ações:** Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

**Detalhamento:** Serão realizadas por toda a equipe atividades educativas participativas, educando sobre alimentação saudável, priorizando os recursos disponíveis na comunidade.

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

**Detalhamento:** Realizar reunião com os gestores municipais para envolver os nutricionistas da secretaria da saúde nestas atividades.

**Ações:** Realizar atividades educativas sobre aproveitamento de alimentos saudáveis e econômicos.

**Detalhamento:** Estas atividades também serão realizadas em conjunto com o Instituto Federal Farroupilha (IFF), o qual conta com pessoal capacitado nesta matéria e com recursos audiovisuais.

### **Engajamento Público**

**Ações:** Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

**Detalhamento:** Nestas atividades se darão diretrizes para uma alimentação saudáveis para os usuários incluídos no programa.

### **Qualificação da prática clínica**

**Ações:** Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável, centrando as atenções em usuários diabéticos.

**Detalhamento:** o médico brindará material informativo aos demais membros da equipe sobre alimentação saudável para estas doenças, procurando sua capacitação.

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

**Detalhamento:** Nas reuniões de equipe o médico orientará a equipe sobre metodologias de educação em saúde.

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

#### **Monitoramento e avaliação**

**Ações:** Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.

**Detalhamento:** As orientações serão dadas pela enfermagem e o médico, em cada uma das atividades, tanto coletivas como individuais.

#### **Organização e Gestão do Serviço**

**Ações:** Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

**Detalhamento:** Nas atividades coletivas realizadas pela equipe serão dadas orientações sobre a importância de atividade física regular para todos os usuários. Fazer visitas aos grupos já formados, estimulando sua tarefa.

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

**Detalhamento:** Realizar reuniões com a secretaria de saúde procurando o envolvimento de educadores físicos nesta tarefa. Realizar parcerias com IFF para a realização destas atividades.

#### **Engajamento Público**

**Ações:** Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

**Detalhamento:** Nas atividades educativas realizadas pela equipe se orientará sobre a importância da realização de atividade física regular para os usuários do programa. Explicar-se a frequência e a intensidade com que tem que ser feitas estas atividades, para não comprometer o estado de saúde dos indivíduos.

#### **Qualificação da prática clínica**

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

**Detalhamento:** Na reunião da equipe, o médico, capacitará os demais membros da equipe para promover atividade física regular na população, assim como que tipo de atividade é adequada de acordo com o usuário.

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

**Detalhamento:** Nas reuniões de equipe o médico orientará a equipe sobre metodologias de educação em saúde.

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

#### **Monitoramento e avaliação**

**Ações:** Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.

**Detalhamento:** As orientações serão dadas pela enfermagem e o médico, em cada uma das atividades, tanto coletivas como individuais.

#### **Organização e Gestão do Serviço**

**Ações:** Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

**Detalhamento:** Nas atividades coletivas realizadas pela equipe serão dadas orientações sob a importância de atividade física regular para todos os usuários. Fazer visitas aos grupos já formados, estimulando sua tarefa.

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

**Detalhamento:** Realizar reuniões com a secretaria de saúde procurando o envolvimento de educadores físicos nesta tarefa. Realizar parcerias com IFF para a realização destas atividades.

#### **Engajamento Público**

**Ações:** Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

**Detalhamento:** Nas atividades educativas realizadas pela equipe se orientará sobre a importância da realização de atividade física regular para os usuários do programa. Explicar a frequência e a intensidade com que tem que ser feitas estas atividades, para não comprometer o estado de saúde dos indivíduos.

#### **Qualificação da prática clínica**

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

**Detalhamento:** Na reunião da equipe, o médico, capacitará os demais membros da equipe para promover atividade física regular na população, assim como que tipo de atividade é adequada de acordo com o usuário.

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

**Detalhamento:** Nas reuniões de equipe o médico orientará a equipe sobre metodologias de educação em saúde.

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

#### **Monitoramento e avaliação**

**Ações:** Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

**Detalhamento:** A equipe toda, orientará aos usuários sobre o risco do tabagismo, tanto nas atividades educativas coletivas, onde poderão ser utilizada imagem de raios-X, marcando as diferenças com um usuário não tabagista, como nas consultas. Serão realizadas atividades de grupo com usuários tabagistas, coordenadas por psicólogos.

#### **Organização e Gestão do Serviço**

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

**Detalhamento:** Criado o grupo de tabagismo e trabalhando com o psicólogo, se realizarão reuniões com a secretaria de saúde procurando fornecer medicação para o abandono ao tabagismo.

#### **Engajamento Público**

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

**Detalhamento:** Tanto nas consultas individuais com o médico ou enfermeira, como nas coletivas com a equipe, os usuários do programa serão orientados sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

#### **Qualificação da prática clínica**

**Ações:** Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

**Detalhamento:** Realizar reuniões em conjunto com os psicólogos, procurando a capacitação da equipe na implementação de tratamento dos tabagistas. Fornecer material impresso sobre o tratamento a toda a equipe.

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

**Detalhamento:** Nas reuniões de equipe o médico orientará a equipe sobre metodologias de educação em saúde.

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

### **Monitoramento e avaliação**

**Ações:** Monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.

**Detalhamento:** A equipe toda orientará aos usuários sobre o risco do tabagismo, tanto nas atividades educativas coletivas, onde poderá ser utilizada imagem de raios-X, marcando as diferenças com um usuário não tabagista, assim como nas consultas. Serão realizadas atividades de grupo com usuários tabagistas, coordenadas por psicólogos.

### **Organização e Gestão do Serviço**

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

**Detalhamento:** Criado o grupo de tabagismo e trabalhando com o psicólogo, se realizarão reuniões com a secretaria de saúde procurando fornecer medicação para o abandono do tabagismo.

### **Engajamento Público**

**Ações:** Orientar os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

**Detalhamento:** Tanto nas consultas individuais com o médico ou enfermeira, como nas coletivas com a equipe, os usuários do programa serão orientados sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

### **Qualificação da prática clínica**

**Ações:** Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

**Detalhamento:** Realizar reuniões em conjunto com os psicólogos, procurando a capacitação da equipe na implementação de tratamento dos tabagistas. Fornecer material impresso sobre o tratamento a toda a equipe.

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

**Detalhamento:** Nas reuniões de equipe o médico orientará a equipe sobre metodologias de educação em saúde.

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

#### **Monitoramento e avaliação**

**Ações:** Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.

**Detalhamento:** Tanto nas consultas individuais com o médico ou enfermeira, como nas coletivas com a equipe, os usuários do programa serão orientados sobre a importância da higiene bucal.

#### **Organização e Gestão do Serviço**

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

**Detalhamento:** O médico e a enfermagem garantirão nas consultas individuais tempo necessário para orientar os usuários sobre a saúde bucal.

#### **Engajamento Público**

**Ações:** Orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

**Detalhamento:** Tanto o médico, a enfermeira e a técnica em enfermagem, darão orientações sobre a importância da higiene bucal a todos os usuários do programa.

#### **Qualificação da prática clínica**

**Ações:** Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

**Detalhamento:** O odontologista capacitará a equipe sobre os cuidados necessários para os usuários diabéticos e hipertensos.

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

#### **Monitoramento e avaliação**

**Ações:** Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos.



**Detalhamento:** Tanto nas consultas individuais com o médico ou enfermeira, como nas coletivas com a equipe, os usuários do programa serão orientados sobre a importância da higiene bucal.

#### **Organização e Gestão do Serviço**

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

**Detalhamento:** O médico e a enfermagem garantirão nas consultas individuais tempo necessário para orientar os usuários sobre a saúde bucal.

#### **Engajamento Público**

**Ações:** Orientar os diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

**Detalhamento:** Tanto o médico, a enfermeira e a técnica em enfermagem, darão orientações sobre a importância da higiene bucal a todos os usuários do programa.

#### **Qualificação da prática clínica**

**Ações:** Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

**Detalhamento:** O odontologista capacitará a equipe sobre os cuidados necessários para os usuários diabéticos.

### 2.3.2 Indicadores

**Meta 1.1:** Cadastrar 100% dos hipertensos da área da Vila do Passo Novo.

INDICADOR 1: Cobertura do programa de atenção aos hipertensos na unidade de saúde, da Vila do Passo Novo.

NUMERADOR: Número de hipertensos residentes na área da Vila do Passo Novo cadastrados no programa.

DENOMINADOR: Número total de hipertensos residentes na área da Vila do Passo Novo.

**Meta 1.2:** Cadastrar 100% dos diabéticos da Vila do Passo Novo.

INDICADOR 1.2: Cobertura do programa de atenção aos Diabéticos na unidade de saúde, da Vila do Passo Novo.

NUMERADOR: Número de diabéticos residentes na área da Vila do Passo Novo cadastrados no programa.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área da Vila do Passo Novo.

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

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

Numerador: Número de hipertensos da Vila do Passo Novo com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos da Vila do Passo Novo cadastrados na unidade de saúde

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

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

Numerador: Número de diabéticos da Vila do Passo Novo com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos da Vila do Passo Novo cadastrados no programa.

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

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

Numerador: Número total de hipertensos da Vila do Passo Novo com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos da Vila do Passo Novo cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número total de diabéticos da Vila do Passo Novo com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos da Vila do Passo Novo cadastrados na unidade de saúde.

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

INDICADOR 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos da Vila do Passo Novo com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos da Vila do Passo Novo com prescrição de medicamentos

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

INDICADOR 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada

Numerador: Número de diabéticos da Vila do Passo Novo com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos da Vila do Passo Novo com prescrição de medicamentos

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

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

Numerador: Número de hipertensos da Vila do Passo Novo com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos da Vila do Passo Novo com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos da Vila do Passo Novo faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos da Vila do Passo Novo cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas

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

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

Numerador: Número de diabéticos da Vila do Passo Novo faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos da Vila do Passo Novo cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

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

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

Numerador: Número de hipertensos da Vila do Passo Novo cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos da Vila do Passo Novo cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de diabéticos da Vila do Passo Novo cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos da Vila do Passo Novo cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de hipertensos da Vila do Passo Novo cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos da Vila do Passo Novo cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de diabéticos da Vila do Passo Novo cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos da Vila do Passo Novo cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de usuários hipertensos da Vila do Passo Novo que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos da Vila do Passo Novo cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de usuários diabéticos da Vila do Passo Novo que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos da Vila do Passo Novo cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de usuários hipertensos da Vila do Passo Novo que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos da Vila do Passo Novo cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de usuários diabéticos da Vila do Passo Novo que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos da Vila do Passo Novo cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de usuários hipertensos da Vila do Passo Novo que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos da Vila do Passo Novo cadastrados na unidade de saúde

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

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

Numerador: Número de usuários diabéticos da Vila do Passo Novo que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos da Vila do Passo Novo cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de usuários hipertensos da Vila do Passo Novo que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos da Vila do Passo Novo cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### 2.3.3 Logística

No marco da realização da intervenção no programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, utilizaremos os manuais técnicos do Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2013). Os sistemas de registro utilizados serão os prontuários dos usuários, as cadernetas dispensadas para o controle da pressão arterial e do diabetes, mas o principal sistema de registro para o programa serão as fichas espelhos (Anexo C), as quais serão fornecidas pelo curso e impressas pela secretaria da saúde municipal. Na unidade a equipe já possui certa quantidade, mas que não é suficiente, sendo as faltantes impressas nesta semana. Ainda não se usava a ficha na unidade, mas com a implantação do programa, a ficha começará a ser implantada. A informação preconizada na ficha é completa, eu só gostaria de acrescentar a medida da circunferência abdominal, dado importante nestes usuários, de acordo com o visualizado na ficha, ficaria correto colocá-la junto às outras medidas antropométricas. A possibilidade de ter esta informação permite identificar mais claramente os usuários com síndrome metabólica. A unidade ainda não está informatizada, por isso não poderá ser utilizada a planilha eletrônica (Anexo B), só se trabalhará com dados em planilhas impressas.

O monitoramento da informação será mensal. Para iniciar com o registro dos usuários no programa, a atendente e a enfermeira revisarão os cadastros dos usuários, identificando os hipertensos e os diabéticos, para depois toda a equipe, em conjunto, transcrever a informação para as fichas espelho. Este trabalho será realizado por toda a equipe, dada a quantidade de usuários, a quantidade de informação, e também, para continuar envolvendo toda a equipe no projeto.



No momento de passar a informação para as fichas, se comprovará o que terá que ser feito para atualizar, tanto as consultas dos usuários atrasados, como os exames. Os ACS serão os encarregados de fazer o chamamento dos usuários para as consultas, considerando que alguns usuários moram longe, o chamamento também poderá ser feito por telefone.

Considero melhor para o desenvolvimento do trabalho, realizar a exposição da logística guiando pelos eixos de ações de intervenção (monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação técnica profissional), para seguir uma lógica de raciocínio, que fique mais ordenado e claro.

Para as ações de monitoramento e avaliação, no início do programa se fará uma revisão completa de todas as fichas dos usuários, identificando os hipertensos e diabéticos, quais deles têm os exames físicos e laboratoriais atualizados, segundo o estabelecido. Esta tarefa se fará no horário das reuniões de equipe, por todos os integrantes da mesma. Destes usuários, também será avaliado se sua medicação está dentro da lista oferecida pela Farmácia Popular do Brasil, isto será feito pelo médico. O monitoramento do exame clínico dos usuários do programa será feito pelo médico em cada consulta, assim como dos exames laboratoriais, a enfermeira também terá responsabilidade nesta tarefa, em suas consultas e na revisão dos cadastros.

O monitoramento da necessidade de atendimento odontológico dos usuários no programa será feito na primeira consulta médica ou de enfermagem, e a atendente será a responsável por garantir o agendamento. Estes agendamentos serão dois por semana, para não sobrecarregar as consultas odontológicas, já que a unidade só atendimento odontológico um dia por semana.

O monitoramento das consultas agendadas será feito pela atendente, quem informará ao médico os atrasados, e os ACS cumprirão com a função de visitar estes usuários para novo agendamento. Isto se realizará mensalmente, de acordo com os dados registrados no caderno de agendamentos de novas consultas e nas fichas espelho.

O médico e a enfermeira serão os responsáveis de realizar, nas suas consultas, a estratificação de risco dos usuários, será realizado no mínimo uma vez ao ano, de acordo com a necessidade dos usuários, e ficará registrado no prontuário e na ficha espelho. O que se necessitamos para esta ação é, além dos registros, o

conhecimento das escalas de estratificação de risco, a qual será proporcionada impressa pelo médico, quem será o responsável da impressão das mesmas na secretaria de saúde municipal.

As orientações referentes à promoção de saúde (nutrição, atividade física, tabagismo, higiene bucal) serão realizadas tanto nas consultas individuais pela enfermeira e pelo médico, assim como por toda a equipe nas atividades educativas grupais, bem como outros profissionais convidados para palestrar. Serão quinzenais, na unidade de saúde e outros espaços coletivos da comunidade (igrejas, colégio, Centro de Tradições Gaúchas-CTG.) e os materiais utilizados serão cartaz, data show, microfone, este tipo de materiais já vem sendo utilizado nas atividades educativas realizadas pela equipe. Eles são emprestados pelo colégio da Vila, quem dispõe de todos estes materiais, e no contexto de uma boa parceria entre as instituições, a equipe utiliza estes materiais cada vez que necessita.

No referente à organização e gestão do serviço, será a equipe quem garantirá o cadastramento dos hipertensos e diabéticos no programa, e o cadastro se fará nos registros antes mencionados. A quantidade estimada por dia é de uns quatro usuários, vinte por semana, mas, nas semanas seguintes, esta quantidade pode ser modificada tendo em conta que alguns usuários moram longe da unidade e que o horário de atendimento da unidade é o mesmo que muitos usuários incluídos no programa trabalham. O cadastro será feito pelos ACS e a atendente, mas tanto o médico como a enfermagem também podem ajudar, caso seja necessário e tenham tempo para esta tarefa. Além das consultas já agendadas, a busca será ativa, realizada pelos ACS.

Os materiais para a correta realização do exame físico será procurado pela enfermagem e o médico, em reunião com a Secretaria de Saúde Municipal no início do programa, onde se solicitarão os materiais faltantes, no nosso caso, esfigmomanômetro para a correta aferição da pressão arterial, fitas métricas para a medida da circunferência abdominal e fitas para hemoglicoteste (HGT). O controle dos sinais vitais será feito pela enfermagem, em todas as consultas dos usuários, na sala de enfermagem, e o restante do exame físico será feito realizado pelo médico, no seu consultório, em cada consulta. O médico também será o encarregado da solicitação, de acordo com a necessidade, dos exames laboratoriais. Esta solicitação será realizada através das requisições para este fim e documentadas no prontuário

e na ficha espelho. Nas reuniões realizadas com a secretaria de saúde se viabilizará a rápida realização dos exames solicitados.

O médico, uma vez a cada seis meses, será o encarregado de atualizar os protocolos e distribuir uma versão impressa para cada integrante da equipe. A impressão será feita na secretaria de saúde municipal, e o responsável pela mesma será o médico.

A enfermeira será a encarregada, uma vez por mês, de verificar os medicamentos, tanto o estoque como a validade, assim como será a encarregada da solicitação dos mesmos antes que estes fiquem em falta. A solicitação será feita por escrito e entregue na farmácia municipal.

A atendente será a encarregada de marcar as novas consultas para os usuários provenientes de visita domiciliar com consultas atrasadas. Serão agendadas, em média, três ou quatro por semana, dependendo do número das demais consultas.

O médico será o responsável de estabelecer quais são os usuários de alto risco, os que terão atendimento priorizado, ficando claro, tanto no prontuário como na ficha espelho, e a atendente será a responsável pela organização da agenda para estas consultas, de acordo com o orientado pelo médico e o estabelecido no programa.

No início do programa, a técnica em enfermagem será a responsável, junto com os ACS, de procurar parcerias com as instituições educativas da área de abrangência, com a finalidade de realizar atividades educativas para abandono de maus hábitos para a saúde por parte da população, como sedentarismo, tabagismo, etc. A equipe, nas reuniões com a secretaria, iniciará conversações procurando a possibilidade da formação de um grupo de tabagistas na Vila, já que é a secretaria quem pode dar a ordem para que um profissional capacitado neste fim assista à unidade, para realizar atividades grupais com os usuários, e assim, poder administrar medicação para o abandono do tabagismo. Pois, de acordo com as políticas municipais, os usuários com este hábito tóxico não podem receber esta medicação se não participar dos grupos.

As atividades em grupo seriam realizadas a cada quinze dias, na sala de reuniões da unidade. Todos os usuários fumantes serão orientados a fazer parte do grupo, sendo que se forem muitos usuários, será necessário à formação de dois grupos com a mesma periodicidade estabelecida. O acolhimento dos usuários que

fazem parte do programa e que procuram atendimento estará a cargo da técnica de enfermagem, se o mesmo não tem agendamento para o dia, terá prioridade e será agendado para atendimento em menos de cinco dias, se o usuário tem qualquer sintoma, será atendido no mesmo turno, para agilizar o tratamento e o encaminhamento, de acordo com o caso. Todos os usuários sairão da consulta com nova consulta agendada. Aqueles usuários provenientes de pesquisas ativas serão agendados dentro da próxima semana, onde a equipe terá reservadas oito consultas por semana para estes casos.

No referente à Engajamento Público, a equipe, e principalmente a técnica de enfermagem e os ACS, já que são os que têm mais conhecimento da população, farão contato com a comissão de moradores e representantes de instituições, apresentando o projeto, esclarecendo a importância do controle destas doenças e as atividades que podem ser feitas em conjunto, com a finalidade de conscientizar a população sobre um melhor estilo de vida, e também esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional. Nas atividades realizadas com estas pessoas, já seja na escola, igreja, unidade, toda a equipe participará fornecendo informação à comunidade. Este tipo de informação também será fornecido pela enfermeira e o médico nas consultas individuais. Estas atividades serão realizadas uma vez por semana, com os materiais já explicados anteriormente, cartazes, data-show, folders. O data-show será prestado pelo colégio da Vila, e os demais materiais serão realizados pela equipe. Nas mesmas atividades educativas se realizará orientações sobre a importância da realização dos exames físicos e laboratoriais, os fatores de riscos que levam a estas doenças, e a forma de prevenção. A equipe também terá a responsabilidade de ouvir as causas das faltas nas consultas e procurar, em conjunto com os usuários, as possíveis soluções. Os ACS serão os que procurarão estas causas e levarão as soluções aos usuários. Estas são coisas importantes a considerar, já que temos usuários morando longe. Será feito todas as semanas.

Enquanto à qualificação da prática clínica, primeiramente a equipe vai conhecer o foco de intervenção do programa, sendo explicada sua importância pelo médico, em uma atividade realizada na reunião de equipe, com duração de duas horas, todas as quartas. O médico será o encarregado da capacitação sobre o manual técnico de hipertensão e diabetes do Ministério, de forma que toda a equipe conheça a forma correta de uso no atendimento destes usuários. O manual será

disponibilizado pelo médico, de forma impressa antes da reunião, de forma que possa ser revisado e discutido na atividade.

Considerando que parte da equipe mora na Vila e não na cidade, e a enfermeira mora longe da secretaria da saúde, o médico será o encarregado desta tarefa. Logo da capacitação do uso do manual, o médico capacitará os demais membros da equipe, de acordo com as necessidades, para a correta realização das atividades planejadas no programa (correto exame dos sinais vitais, realização de hemoglicoteste, etc.), estas capacitações serão na próxima reunião de equipe, e também podemos ir organizando capacitações nas próprias consultas médicas.









### **3 Relatório da Intervenção**

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

Toda etapa que termina, abre a porta para outra que começa, e com ela novos desafios. Nesta semana finalizamos a intervenção, a qual significou um desafio muito grande para a equipe toda, onde tivemos que demonstrar que realmente somos uma equipe e que podemos fazer coisas importantes pela saúde da nossa população. Não foi fácil, ao contrario, mas acredito que o desafio acrescentou a união e a dedicação da equipe. As metas poderão não ter sido atingidas como planejadas no começo, mas o esforço foi realizado com esse fim. A nova etapa do projeto será realizada com o mesmo esforço.

Dentro das ações previstas no projeto que foram desenvolvidas de forma total esta a captação dos usuários, que começou no primeiro dia e foi continuada ate o final. Umas semanas mais produtivas que outras, mas sempre fazendo um esforço coletivo para melhorar a cada dia. Nas últimas semanas a maioria dos usuários foram captados através da visita domiciliar, meio valido para esta função. No momento da captação já se realizavam as ações correspondentes a exame clinico e solicitação dos complementares nos casos necessários. Realizava-se avaliação de risco cardiovascular, verificação da medicação, que seja da farmácia popular, e sempre realizamos educação para a saúde, reforçando sobre a importância da dieta, dependendo da doença, do exercício físico, e outros riscos para a saúde, assim como a importância de fazer o tratamento medicamentoso de acordo ao indicado pelo médico. Estas ações não apresentaram dificuldades já que são realizadas todos os dias, desde o começo de nosso trabalho.

Embora não tenhamos cadastrado nossa meta, que era de 100% da população hipertensa e diabética da Vila do Passo Novo, as ações foram realizadas em 100% dos usuários cadastrados. O cadastro foi de 85,1% para os hipertensos e

de 64,3% para os diabéticos. A maior dificuldade neste sentido foram os registros. Como tínhamos comentado, com a quantidade de atendimentos diários mais os novos registros do programa, ficou difícil terminar os dias com todos eles completos, muitas semanas terminamos fazendo trabalho domiciliar para dar conta de tudo, principalmente a atendente e o médico. Acredito que o trabalho se consegue realizar dessa maneira pela disposição de toda a equipe e pela participação de todos. Já comentamos também que nas semanas que o médico ficou fora devido às férias, as ações continuarem se implementando. Esta boa disposição ao trabalho também foi conseguida através das sucessivas reuniões de equipe que fomos realizando desde o início, onde realizamos capacitações para os integrantes da equipe, estabelecemos as funções de cada, e fomos marcando os erros de forma de melhorar a cada dia, para que nas próximas semanas não se repetissem.

Resumindo, todas as ações que dependem do atendimento clínico foram realizadas desde o primeiro dia, sem dificuldade, só no período que o médico da unidade ficou fora pelas férias, foi o período que o restante da equipe deixou alguns atendimentos para quando ele voltasse.

As atividades físicas grupais, com um professor capacitado, demoraram a iniciar, não foi desde o início da intervenção, mas desde que começou não tem parado, e é uma atividade que continua além mesmo após ter terminado a intervenção. A demora foi por que ainda não tinham começado as aulas nos colégios da Vila.

Considerando que as doenças trabalhadas são crônicas, e que a atividade física sistemática faz parte fundamental do tratamento, o logro é muito significativo, primeiro pelo fato da realização da mesma, e segundo porque os usuários entenderam a necessidade da sua realização. A participação do professor nesta atividade foi fruto de parceria com os colégios da Vila, assim como a insistência dos líderes da comunidade desde o início da intervenção.

Nas reuniões realizadas com os gestores no início da implementação, até antes da mesma, conseguimos o suporte desejado e os materiais que faltavam na unidade para as diferentes atividades. A secretaria e a diretora da saúde municipal ficaram a disposição para qualquer necessidade. Com elas também conseguimos realizar cópias dos manuais do ministério, já que não foi possível contar com os originais. A situação do atendimento da nutricionista também foi possível graças à inclusão de ações que necessitavam de consultas com este profissional. Só no final

da intervenção foi possível contar com este atendimento, sendo que no início com poucos atendimentos, porque a colega tinha outras atividades já estabelecidas, como o atendimento às famílias que fazem parte do Programa Bolsa Família.

Outras ações desenvolvidas, mas que tivemos dificuldades, e recém no final da intervenção conseguimos normalizar, foram os atendimentos odontológicos. No início era só um atendimento semanal para toda a população e a colega não colaborava muito, depois com a nova profissional, que presta atendimento toda a semana nos turnos da manhã, começamos a ter maior número de consultas dos usuários avaliados no programa que necessitavam atendimento odontológico. Mas só foi nestas últimas semanas, mas é um atendimento que terá continuidade a partir de agora.

As atividades educativas foram uma constante na intervenção, se bem não conseguimos fazer em todas as semanas, a maioria foi possível. Algumas vezes com muitos usuários, outras com um número menor. Mais da metade de nossos usuários participaram desta atividade, sempre com resultados satisfatórios e com participação ativa dos mesmos. Estamos certos que eles serão transmissores da informação. As dificuldades nesta atividade foram que nem sempre conseguíamos realizá-las em todas as semanas, como tínhamos dito, algumas vezes por problemas climatológicos, outros por disponibilidade de tempo.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

Dentro das ações previstas dentro do projeto que não foram desenvolvidas, como tínhamos comentado muitas vezes, a única que nem conseguimos começar a efetuar foram os grupos de tabagista, onde se tinha planejado atividades grupais com o Psicólogo e a administração de medicação para o abandono deste tóxico. Sim realizamos reuniões com os gestores com a finalidade da implementação da ação, mas por uma razão ou outra, foi impossível. Fica para os próximos meses, já que até hoje não contamos com a medicação necessária. Os gestores alegam que já foi encaminhado, mas por falta de recursos financeiros ainda não tem data prevista para receber a medicação. Na verdade a frustração da equipe não é total, já que fizemos o que está em nossas mãos para dar início com estas atividades, claro, quem fica prejudicado é o usuário.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

As dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção foram principalmente nas mudanças das datas, com a redução da intervenção de 16 para 12 semanas ficou difícil alcançar as metas propostas, embora possivelmente não tivéssemos alcançado com a totalidade das semanas, com doze ficou ainda mais complicado. O projeto de intervenção, inicialmente programado para ser desenvolvido em 16 semanas, foi reduzido pelo curso a 12 semanas, para todos os especializandos. Esta redução foi necessária devido ao cronograma de término do curso e orientação da coordenação pedagógica do curso.

Como tínhamos falado, nas últimas semanas foi necessário realizar visitas domiciliares para o cadastramento de uma parte da população que não foi consultada na unidade, mas faz parte de nosso trabalho da unidade. Como tínhamos comentado também, a sistematização da informação ficou difícil de encaminhar de uma forma correta em todas as semanas, principalmente naquelas onde foram muitos os usuários cadastrados, com os registros e as atividades diárias da unidade, mais os registros do programa, se acrescentou muito esta tarefa, pelo que tivemos dias onde não conseguimos fechá-lo com os registros finalizados, pelo que foi necessário trabalho domiciliar.

O fechamento das planilhas de coletas de dados foi realizado semanalmente sem muitas dificuldades, além de algumas referentes à informatização da mesma, na hora de postar no site. O cálculo dos indicadores é realizado pelo programa informático, pelo que, até agora não tem dificuldades e a informação está corretamente disponibilizada.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

Embora muitas das ações fossem realizadas desde antes do início do programa, acredito que com ele logamos sistematizá-las. Todas estão agora fazendo parte da rotina diária de nossa unidade. Esta semana que já não fizemos captação para o projeto, continuamos realizando visitas a usuários que não foram cadastrados, solicitando exames e demais ações, mas ainda ficam alguns que não foram consultados, pelo que seguiremos procurando-os com a finalidade de contribuir de alguma forma para melhorar sua qualidade de vida. Essa é nossa

nova meta, nestas semanas queremos ter registros de todos os usuários com estas doenças. Algumas das ações não continuarão como até agora, por exemplo, as atividades educativas grupais não serão só de hipertensão e diabetes, teremos que atingir também outros grupos de usuários com outras problemáticas, mas aqueles do projeto que ainda não formarem parte delas, serão convidados no futuro, já que temos comprovado que com este tipo de atividades pode-se conseguir mudanças nos estilos de vida que sejam favoráveis para a melhora na qualidade de vida.

Acredito que se a intervenção fosse realizada hoje não mudaríamos grandes coisas, sim tentaríamos começar com maior capacitação e entusiasmo de toda a equipe desde o início, e não depois de algumas reuniões como aconteceu. Pensaríamos melhor as metas, já que pode que por nossa falta de experiência neste tipo de trabalho e nossa ambição, a meta de 100% foi muito alta.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

O projeto de intervenção, inicialmente programado para ser desenvolvido em 16 semanas, foi reduzido pelo curso a 12 semanas, para todos os especializandos. Esta redução foi necessária devido ao período de férias dos médicos.

O total da população alvo da intervenção era de 1637 usuários pertencentes à Vila do Passo Novo, tendo no início cadastrados 102 usuários hipertensos e 53 diabéticos. O objetivo geral da intervenção foi promover a melhoria da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos da Vila do passo Novo, Alegrete, RS.

O primeiro objetivo planejado foi ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos, sendo a meta proposta de 100%. A cobertura alcançada para os hipertensos foi de 35 (23,6%) usuários no primeiro mês, 75 (50,7%) até o segundo, e 126 até o final do terceiro, alcançando 81,5% de cobertura. Para os diabéticos, a relação de usuários cadastrados cada mês foi a seguinte, 7 (12,5%) usuários no primeiro mês, 17 (30,4%) até o segundo e 36 até o final do terceiro mês, alcançando um 64,3% de cobertura. Os valores parciais foram aumentando a cada mês, como mostram as figuras 1 e 2.

Todos estes usuários fazem parte da população da Vila do Passo Novo, sendo que outros usuários com as mesmas doenças foram atendidos na unidade, mas não incluídos dentro de projeto, por não fazer parte da área da Vila. Considerando que o planejado foi atingir uma meta de cobertura de 100% para cada doença, a meta não foi alcançada, ficando mais próxima no caso da hipertensão.

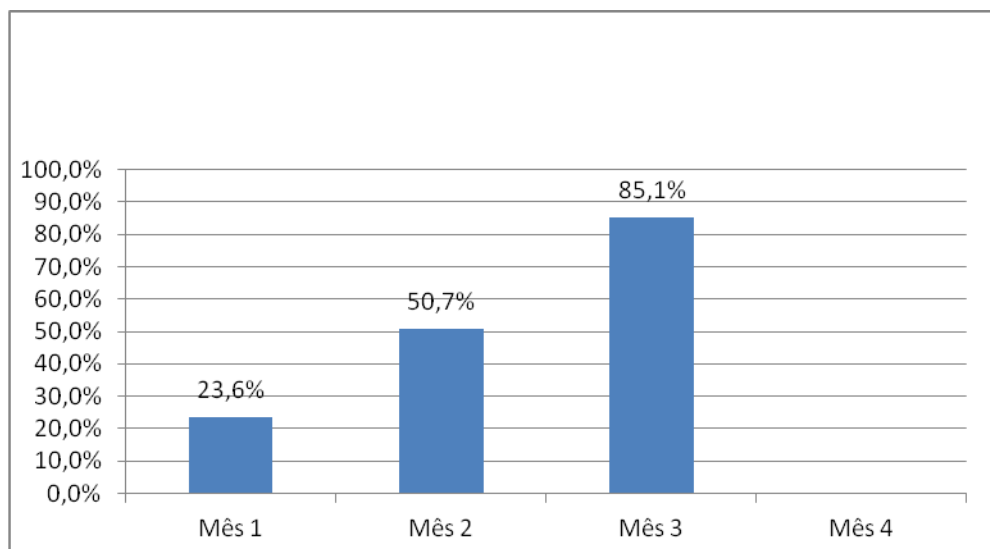


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Passo Novo, Alegrete/RS, 2015.

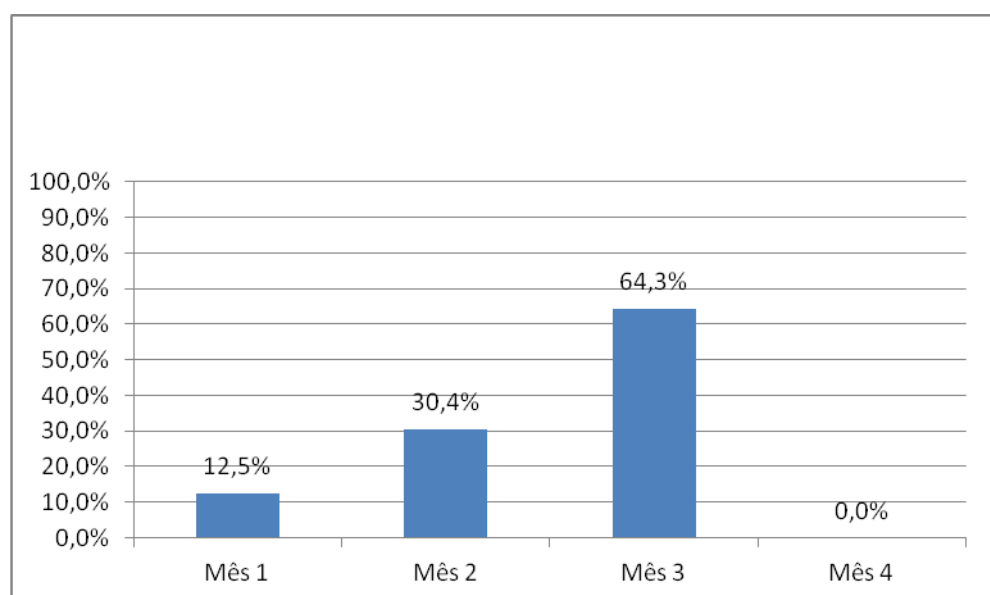


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Passo Novo, Alegrete/RS, 2015.

Como no início tínhamos planejado trabalhar mais semanas, esta pode ser uma das causas para não termos atingido as metas de cobertura, além do crescimento no número de usuários com novos diagnósticos e novas pessoas moradoras da Vila com estas doenças, principalmente no caso dos hipertensos. No caso dos usuários diabéticos, a principal causa da baixa cobertura foi a falha na busca ativa. Não que não foram buscados, convidados a consultar, foram mais de

uma vez, mas são usuários com anos de doença e que fazem o controle na cidade com o especialista. Alegrete tem um endocrinologista que faz o controle da maioria dos usuários da Vila. Este é um costume muito arraigado na população, pelo que não acreditavam na necessidade ou na possibilidade de fazer controle na unidade, além de que poderiam continuar com o especialista. Estas condutas tem que ser mudadas, mas leva tempo. Devido a esta situação, nas ultimas semanas foi necessário realizar visitas domiciliares com a finalidade de cadastrar esta parte da população, onde a maioria dos usuários eram diabéticos. Desta forma, conseguimos terminar com uma cobertura melhor. Acredito que os ACS poderiam ter tido maior perseverança para convencer estes usuários a consultar. Acredito também que as duas semanas que o médico não esteve na unidade mas a intervenção continuou, pode ter influenciado de forma negativa, já que apenas 50% dos agendados para essas semanas foram cadastrados.

Existe a cultura na população de que se o médico não esta na unidade não tem porque ir, situação que também estamos tratando de mudar, mas como faz pouco tempo que a equipe esta trabalhando na unidade, ainda não conseguimos totalmente esta confiança.

O aspecto que facilitou muito o cadastramento dos usuários no programa foram os registros dos ACS, pois tinham cadastrada a grande maioria dos moradores da Vila, conhecendo as doenças de cada um. Com a continuação do trabalho conseguiremos terminar o cadastro e assim contribuir mais com a saúde da população.

O segundo objetivo planejado foi melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos, e as metas foram realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos, garantir a 100% deles a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos, realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% destes usuários.



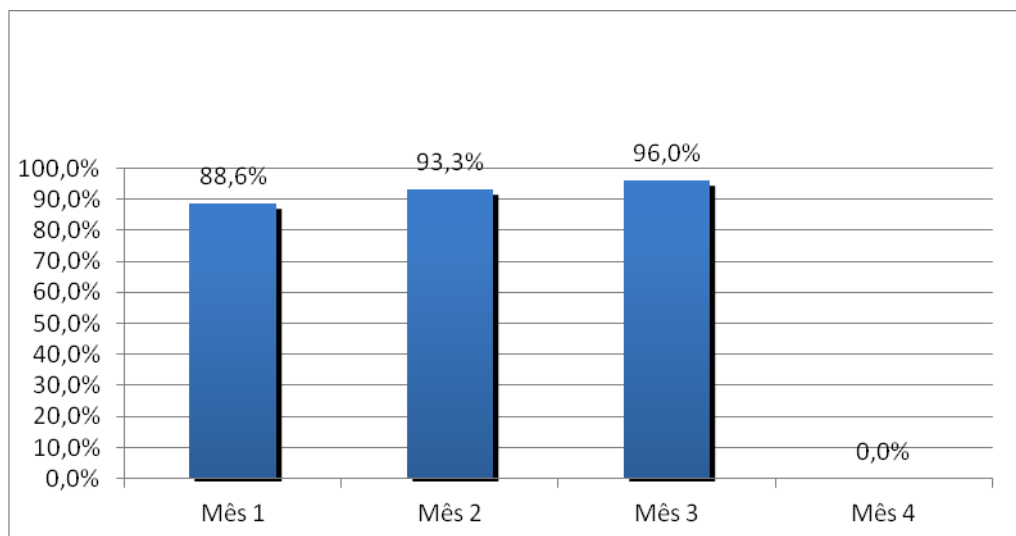


Figura 3: Proporção de Hipertensos com exame clínico em dia de acordo com protocolo na unidade de saúde Passo Novo, Alegrete/RS, 2015.

Como podemos observar na figura 3, a porcentagem de usuários hipertensos com o exame clínico realizado de acordo com o protocolo foi alto. No primeiro mês foram 31 usuários (88,6% dos cadastrados esse mês), 70 no segundo (93,3%) e 121 até o terceiro (96,0%). No primeiro mês, com as duas semanas que o médico ficou fora da unidade, alguns dos usuários cadastrados não tiveram o exame clínico realizado (11,43%), e como os dados são transferidos para os próximos meses, no gráfico aparece sempre menor que 100%, mas todos os usuários cadastrados, no final, tiveram seus exames clínicos realizados.

A mesma situação acontece com os usuários diabéticos, como mostra a figura 4 abaixo. Para estes usuários os dados foram os seguintes, no primeiro mês 6 (85,7%), até o final do segundo 16 (94,1%) e 35 usuários até o final do terceiro (para um total de 97,2%). Como se pode entender, um dos usuários diabéticos, cadastrado no primeiro mês (14,29%), não teve seu exame clínico realizado. Como esta é uma ação que se realiza na hora do cadastramento, todos os usuários que foram cadastrados na consulta com o médico foram examinados completamente, até aqueles usuários que no início não tiveram este exame, os mesmos foram agendados novamente para que ficassem com o exame em dia, de forma que 100% dos usuários cadastrados, hoje, tem o exame em dia de acordo com o protocolo. Em muitos casos, estes usuários foram examinados nas suas residências, quando foi cadastrado na visita domiciliar.

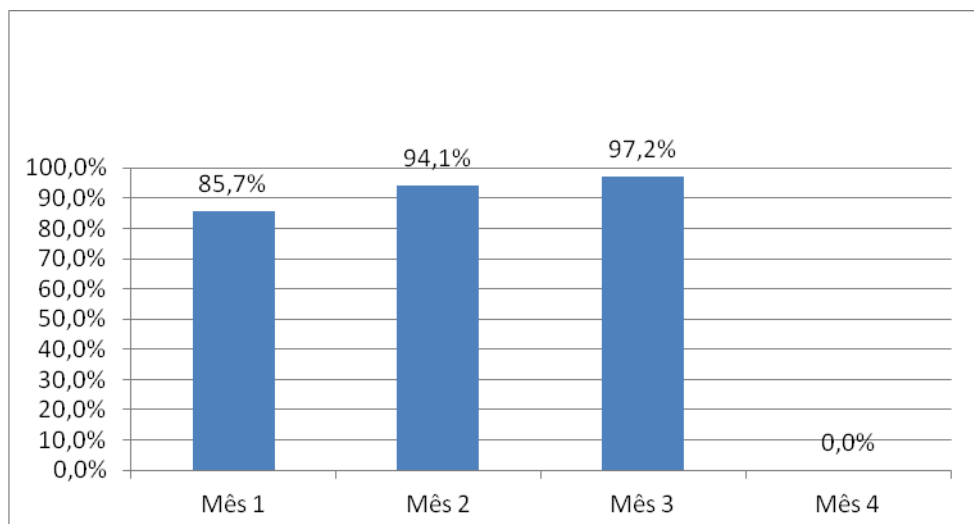


Figura 4: Proporção de Diabéticos com exame clínico em dia de acordo com protocolo na unidade de saúde Passo Novo, Alegrete/RS, 2015.

Como podemos observar nas figuras 5 e 6, a proporção de usuários com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo foi sendo menor a cada mês, no caso dos hipertensos foi de 26 usuários (74,3%), 47 (62,7%) e 79 (62,7% no final) a cada mês respectivamente. E no caso dos diabéticos, 5 (71,4%), 9 (52,9%) e 20 (55,6%) respectivamente. Estes valores podem ter duas leituras, a primeira, a cada mês foram mais usuários cadastrados, pelo que aumenta a quantidade de usuários que poderiam ter os exames complementares atrasados, e a segunda possibilidade, até a mais provável, que no primeiro mês foram cadastrados os usuários mais cumpridores, que consultam com mais frequência na unidade, pelo que poderíamos acreditar que seria muito mais provável que tivessem seus exames em dia. Nos meses seguintes foram mais os usuários cadastrados por meio da visita domiciliar, e alguns deles com consultas atrasadas até com seus especialistas, pelo que seria muito mais provável que tivessem seus exames atrasados, acreditamos que foi isto o que aconteceu.

No momento da consulta, ao realizar a avaliação de risco e determinar a frequência necessária dos exames complementares, foram solicitados os que estavam atrasados. Daí a importância do cadastramento dos demais usuários que ainda não foram cadastrados, para assegurar que tanto seus exames clínicos como complementares fiquem em dia de acordo com o protocolo, e assim contribuir com a melhoria na qualidade de vida destes usuários. E importante também considerar o

papel do gestor em dispor e facilitar estes exames complementares para todos os usuários que necessitam.

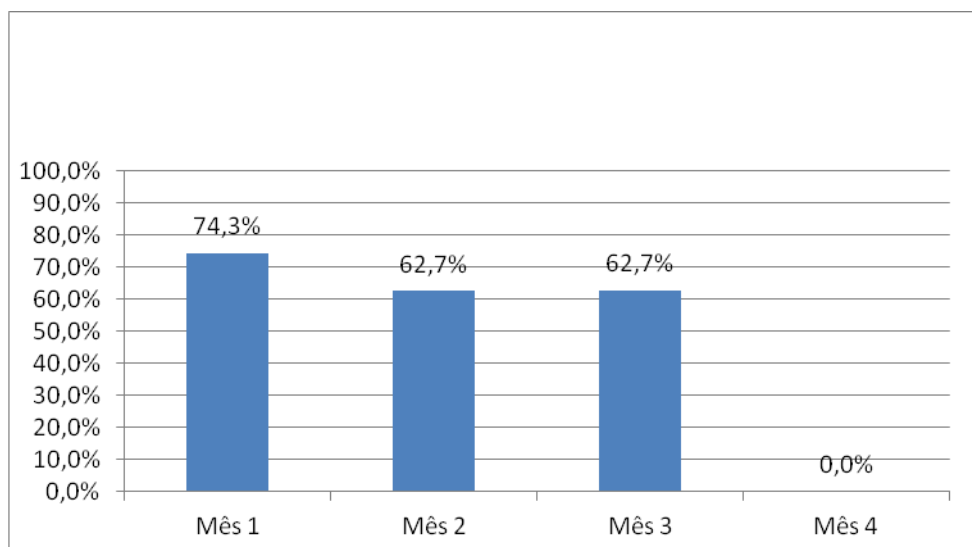


Figura 5: Proporção de Hipertensos com exames complementares em dia de acordo com protocolo na unidade de saúde Passo Novo, Alegrete/RS, 2015.

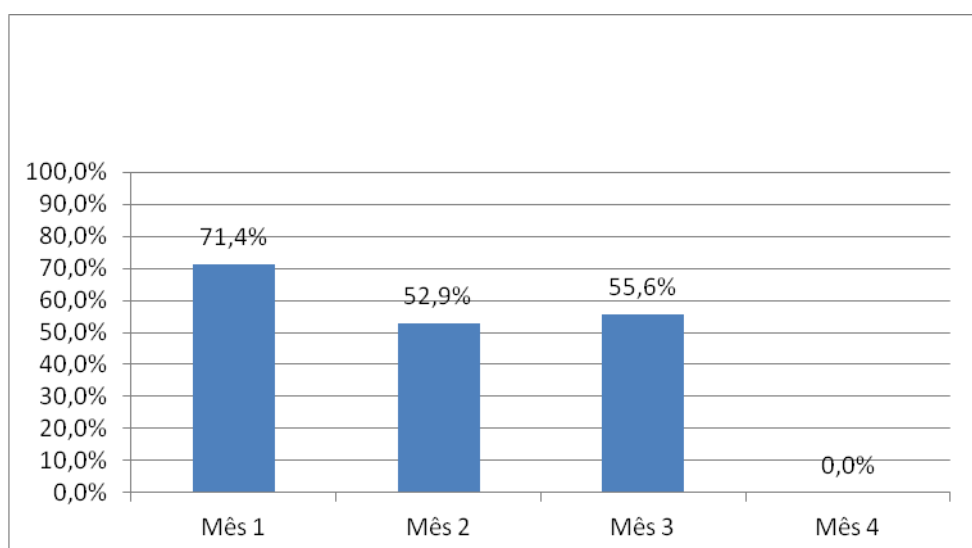


Figura 6: Proporção de Diabéticos com exames complementares em dia de acordo com protocolo na unidade de saúde Passo Novo, Alegrete/RS, 2015.

A totalidade dos usuários cadastrados no programa faz uso de medicação da Farmácia Popular. Acredito que pela situação geográfica e econômica, é muito importante que estes usuários possam contar com a possibilidade de usar esta medicação. Sempre que fazemos um diagnóstico novo destas doenças e temos que usar medicação, levamos em consideração aquelas que são oferecidas pelo SUS,

desta forma os usuários podem ter acesso aos medicamentos na unidade de saúde ou na farmácia municipal sem custos. Até agora não tivemos necessidade de usar outro tipo de medicação.

No caso dos usuários com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, como mostra a figura 7, os dados demonstram que a avaliação foi muito significativa. No caso dos hipertensos, no primeiro mês foram 34 usuários (97,1%), no final do segundo 73 (97,3%), e até o final do terceiro 124 usuários, chegando a 98,4% do total. Interpretando as figuras podemos entender que um usuário no primeiro mês e outro no segundo não tiveram esta avaliação. Para os diabéticos, os registros foram de 7, 17 e 36 usuários respectivamente para cada mês, alcançando 100% dos cadastrados a cada mês. Como tínhamos explicado antes, estas são ações que fazem sempre das consultas, independentemente do programa, pelo que não foi dificuldade a implantação. Esses usuários que não foram avaliados na hora da captação foram cadastrados pela técnica em enfermagem, e logo foram agendados novamente para avaliação. Não tivemos mais usuários sem esta avaliação porque nas reuniões de equipe conversamos da necessidade desta atividade.

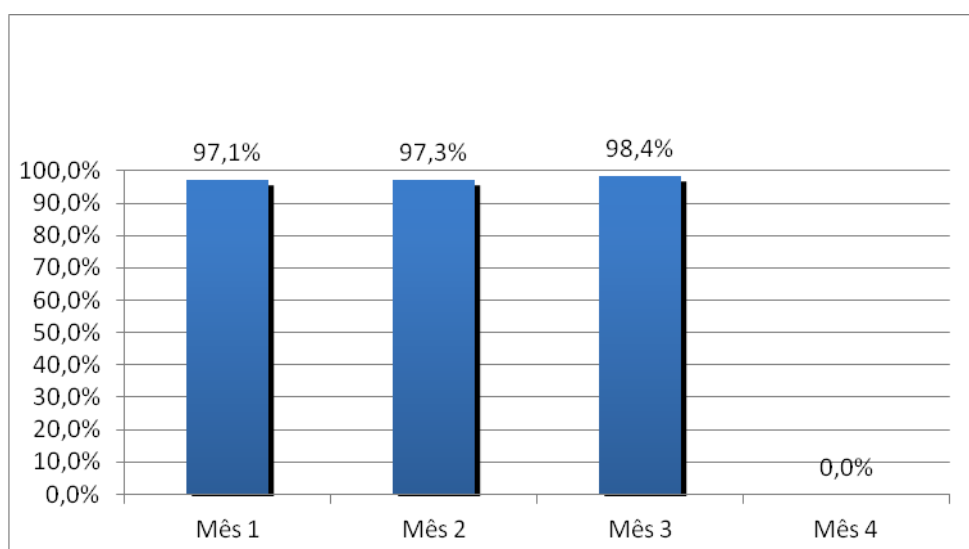


Figura 7: Proporção de Hipertensos com avaliação de atendimento odontológico na unidade de saúde Passo Novo, Alegrete/RS, 2015.

Outro objetivo do trabalho foi melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa, onde as metas a alcançar foram buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Quanto à proporção dos usuários hipertensos e diabéticos faltosos às consultas, com busca ativa, 100% destes usuários foram cadastrados pela busca ativa. Ou seja, a equipe realizou busca ativa, cadastrando todos estes usuários. Talvez os dados mais significativos que podemos extrair é a quantidade de usuários que foi necessário remarcar consulta ou visitar no domicílio. Formam parte deste grupo de usuários aqueles que já tinham atrasada suas consultas antes do início do programa, assim como aqueles que foram agendados e não compareceram. No caso dos hipertensos, no primeiro mês, em 15(42,8%), usuários foi necessário realizar busca ativa, 17(42,5%) no segundo e 33(64,7%) no terceiro. No caso dos diabéticos, os números foram 2 (25,6%), 8 (47%) e 14 (73,7%), respectivamente. Para todos, 100%, deles, em ambas patologias foi realizada a busca ativa. As Para todos os usuários se fez busca ativa. Se bem a maioria dos usuários apresenta boa disposição na hora marcar ou remarcar as consultas, a equipe tem muito que trabalhar ainda educando a população, com a finalidade de que não só tem que consultar quando esta se sentindo mal, pois dependendo da avaliação de risco, deve consultar com periodicidade menor, às vezes a cada quatro meses. Esta é uma conduta que vai mudando, mas de forma devagar. Só o trabalho diário de toda a equipe poderá conseguir estas mudanças de forma significativa.

O quarto objetivo foi melhorar o registro das informações, planejando como meta manter ficha de acompanhamento em dia de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados.

Referente a este objetivo, os dados foram de 100% em todos os meses, ou seja, a equipe conseguiu manter todos os registros atualizados. Estes dados não refletem a dificuldade na realização desta tarefa. Os registros ficaram finalizados por meio de trabalho domiciliar em muitas semanas. Com o aumento de registros, ficou difícil conseguir terminar todos no horário de atendimento. O cumprimento dos registros permite a ordem no trabalho, assim como o seguimento adequado dos usuários.

Outro objetivo foi mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular. A meta planejada foi de realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados.

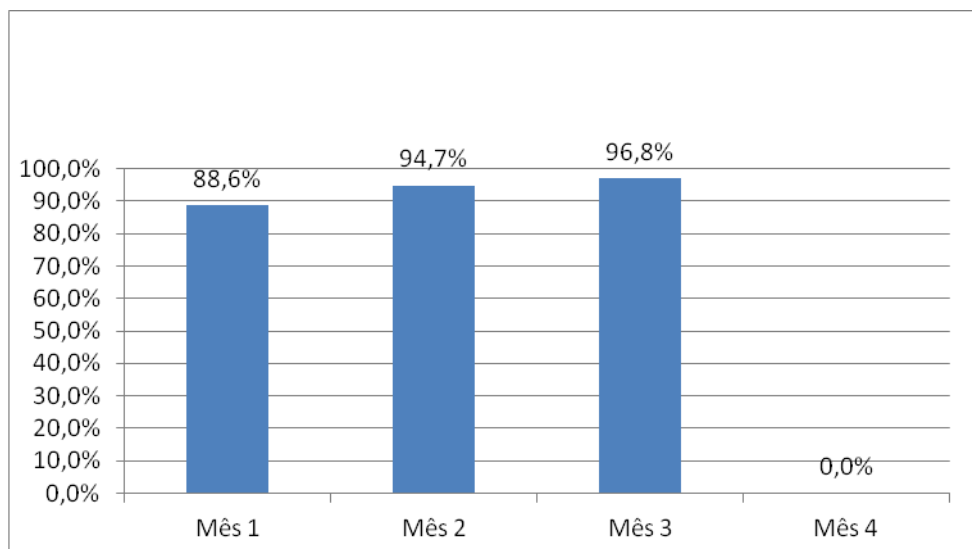


Figura 8: Proporção de Hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na unidade de saúde Passo Novo, Alegrete/RS, 2015.

Como pode-se observar na figura 8, foram quatro os usuários que não apresentaram avaliação de risco cardiovascular no momento da captação, o que representou 11,4%. Todos eles no primeiro mês. No primeiro mês foram 31 usuários (88,6%), para o final do segundo foram 71 (94,7%), e no final do terceiro 122 (96,8%). Foi naquelas semanas que o médico ficou fora, e como a equipe, neste caso a enfermeira e a técnica, tiveram dúvidas, assim como no exame físico, ficou para a próxima consulta com o médico. O alto percentual de usuários que foram estratificados, no caso dos usuários diabéticos foi de 100%, deve-se a que é uma conduta realizada comumente na unidade, já que determinam novas condutas, como datas das próximas consultas e encaminhamentos.

O ultimo objetivo planejado foi promover a saúde de hipertensos e diabéticos em nossa unidade. As metas propostas foram garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, orientação sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal, a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Referente a este objetivo, o resultado foi de 100% para todas as metas planejadas em todos os meses. Todos os usuários foram orientados no momento da captação. A equipe acredita na importância da mudança do estilo de vida, que desta

forma pode-se lograr grandes objetivos como o controle destas doenças crônicas. Em cada consulta se conversa com os usuários sobre estes temas, avaliando cada caso em particular e enfatizando na importância nestas mudanças para melhorar sua qualidade de vida. Também foram realizadas atividades educativas grupais, onde não conseguimos incluir a todos os usuários até agora, mas são ações que continuam se realizando. Foram realizadas nove reuniões com um número aproximado de 10 usuários em cada uma, discutindo-se sobre a importância do tratamento, lembrando a relevância do tratamento não farmacológico, principalmente a dieta e os exercícios físicos. A adesão sempre foi satisfatória, com participação ativa dos usuários, resultando em atividades de enriquecimento bidirecional. O mesmo acontece com as atividades físicas grupais, não conseguimos incluir a todos os usuários dentro destes três meses, mas é uma ação que se continuará realizando.

Com os resultados satisfatórios alcançados na intervenção, mas não os planejados nas metas, o trabalho continuará da mesma forma na unidade para alcança-los. Continuaremos com o cadastramento dos usuários como até agora, já que o programa está na rotina de trabalho da equipe dia a dia.

## **4.2 Discussão**

A intervenção realizada na nossa unidade permitiu a ampliação na cobertura de atenção aos hipertensos e diabéticos da Vila, alcançando até aqueles usuários que ainda não tinham consultado na unidade, mas que pelos registros dos ACS conhecíamos que padeciam destas doenças. Os registros, principalmente das próximas consultas agendadas, ganharam mais relevância, assim como a sistematização da avaliação de risco cardiovascular em cada consulta, pelo meio do escore de Framingham, determinando a periodicidade das novas consultas, assim como da solicitação de exames complementares. Com a solicitação de um nutricionista para a unidade e a concretização desta ação, os usuários têm a possibilidade da consulta com este profissional, não somente os pertencente ao programa, mas para todos os demais.

A principal vantagem para a equipe foi a demonstração de que trabalhando em equipe os objetivos são mais fáceis de alcançar que de forma isolada. A intervenção abriu a possibilidade para que a equipe se capacitasse, adquirindo

maior conhecimento sobre estas doenças, da forma correta de realizar algumas atividades, assim como a importância de trabalhar continuamente com estes usuários, procurando a maneira de realizar mudanças nos estilos de vida e a importância que isto representa no controle destas doenças, e que isto é possível mediante a educação permanente da população, de forma participativa.

A atendente ganhou maior responsabilidade com os registros, o que aumentou sua autoestima e demonstrou que seu trabalho é tão importante como do restante da equipe. Os ACS devem acrescentar os esforços para agendar todos os usuários, assim como encontrar a forma de convencê-los sobre a importância de assistir à consulta. Estamos ainda trabalhando para melhorar isto. A enfermagem aumentou o número de consultas e fortaleceu os conhecimentos sobre a necessidade de realizar as medidas antropométricas em cada consulta. O médico acrescentou seus conhecimentos sobre as doenças e a forma do controle na atenção básica, assim como o conhecimento de todas as medicações disponíveis na farmácia popular.

Com a sistematização do trabalho em equipe o serviço ficou fortalecido, facilitando o agendamento dos usuários de acordo com a avaliação de risco, o que permite maior ordem nas consultas, assim como melhor cuidado destes usuários. O estabelecimento de um tempo mínimo em um turno semanal para atividades educativas grupais também melhorou o planejamento destas atividades e a organização do serviço. Os resultados da intervenção na melhora da qualidade da saúde da comunidade serão apreciados no futuro, o controle das doenças necessita de maior tempo para comprovar estes resultados.

No transcurso da intervenção, os moradores da comunidade que fizeram parte do programa participaram de atividades educativas, assim como ganharam prioridade de atendimento para aqueles usuários avaliados como de alto risco cardiovascular.

Apesar do esforço da equipe, ainda ficam usuários sem cadastrar, pelo que esta ação continua. Se bem foram realizadas atividades com referências da comunidade, e a equipe foi divulgando a informação da implementação do programa, acredito que faltou mais divulgação, de forma que a população tivesse maior participação ainda, e assim, alcançar as metas planejadas.

Acredito que a capacitação dos integrantes da equipe teria que ter começado antes, até antes da implantação, assim desta forma teríamos evitado alguns erros



que cometemos no início e que dificultaram o trabalho. Com as sucessivas reuniões fomos melhorando, e hoje com a continuidade do trabalho para concluir o cadastramento de todos os usuários, essas dificuldades ficaram no passado. Mas se as tivéssemos previsto, a implantação teria começado com maior fluidez.

A intervenção esta incorporada na rotina diária da unidade. Estamos dando continuidade ao trabalhando da mesma forma que durante a intervenção, na procura de alcançar os 100% de cobertura proposto no início. Continuaremos insistindo naquelas ações que ainda faltam por realizar como é o caso dos grupos de tabagistas. Para isto voltaremos a ter uma reunião com os gestores, nas próximas semanas, para agilizar esta ação, assim como renovar o compromisso da gestão neste assunto.

Continuaremos com as visitas domiciliares aos usuários que ainda não cadastramos, procurando realizar todas as ações previstas no programa, para contribuir com o melhoramento na qualidade de vida destes usuários. Acreditamos que a educação permanente de forma participativa é o caminho certo para alcançar mudanças duradouras na vida das pessoas, pelo que seguiremos realizando este tipo de atividades, pelo menos a cada quinze dias. Provavelmente no futuro, com as metas deste projeto alcançadas, possamos realizar outros, que continuem beneficiando diferentes grupos da comunidade.

### 4.3 Relatório da intervenção para gestores

O presente relatório está dirigido aos gestores municipais, principalmente ao Senhor Prefeito, a Senhora Secretária e a Senhora Diretora da Secretaria Municipal da Saúde. No marco da realização do Curso de Especialização em Saúde da Família, realizado na UFPEL para os médicos participantes no Programa Mais Médicos para o Brasil, num período de doze semanas a equipe realizou a intervenção dirigida aos usuários hipertensos e diabéticos da Vila do Passo Novo. O objetivo desta intervenção foi melhorar a qualidade do atendimento aos usuários com estas doenças. O trabalho começou com reuniões realizadas em conjunto com gestores, com a finalidade de informar sobre o projeto, assim como solicitar alguns materiais necessários para a intervenção. As reuniões realizadas com a equipe permitiu a capacitação dos integrantes para o trabalho, assim como a organização para realizá-lo da melhor maneira. O trabalho com os usuários deu início com a captação.

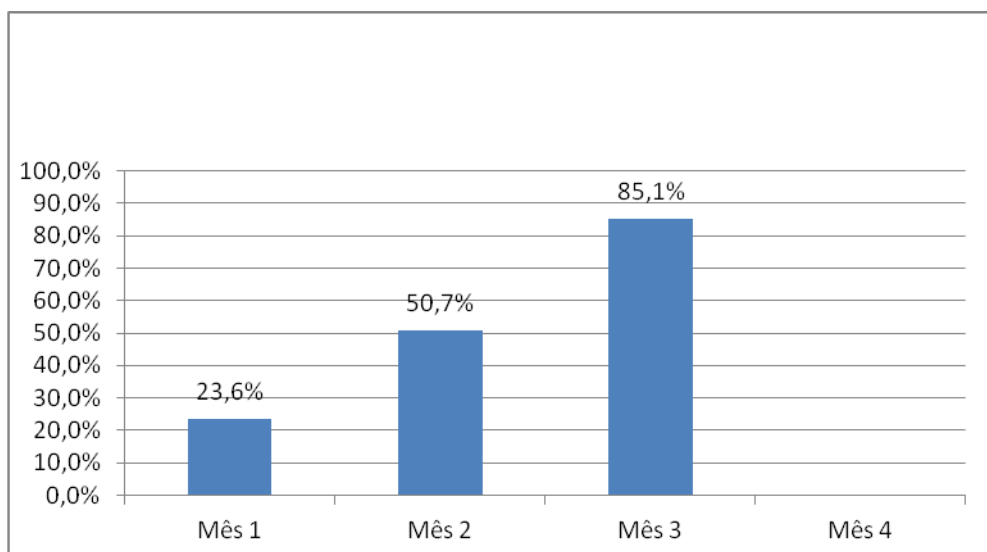


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Passo Novo, Alegrete/RS, 2015.

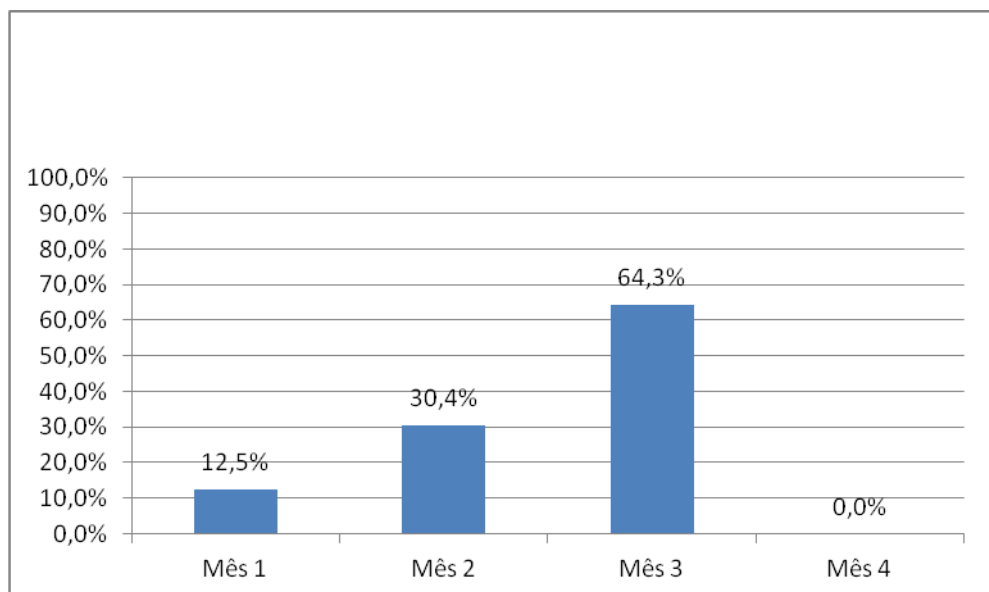


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Passo Novo, Alegrete/RS, 2015.

Dos 126 (85,1%) hipertensos e 36 (64,3%) diabéticos cadastrados, como mostram as figura 1 e 2, a maior parte foi através das consultas agendadas por busca ativa, e muitos deles, principalmente no final, através da visita domiciliar. No momento da captação foi realizado exame físico completo em todos os usuários, sem esquecer as particularidades destes usuários e suas doenças, foi avaliado se necessitavam atendimento odontológico e/ou nutricional, por isso destacamos a importância de contar com este tipo de atendimento na unidade.

Foram avaliados os exames complementares e aqueles que estavam atrasados foi solicitado novamente, o que representou 63 novas solicitações de exames. Para conhecer a frequência das consultas e dos exames complementares, a equipe utilizou o escore de Framingham, uma forma de avaliação do risco cardiovascular dos usuários, que utiliza a idade, cifra de tensão arterial, o colesterol total e HDL colesterol, se o usuário é fumante ou não, e classifica-os em baixo, moderado e alto risco cardiovascular. Por isso a importância de realizar estes exames, que permitem conhecer o estado metabólico dos usuários assim como outras intercorrências que frequentemente acompanham este tipo de doenças, como colesterol e triglicérides elevados, hiperuricemia, entre outras.

Também foi avaliado o tratamento medicamentoso nos 162 usuários, e se a medicação em uso faz parte dos fármacos disponibilizados pela farmácia popular. Tanto a hipertensão como o diabetes são duas doenças muito frequentes na população, e os fármacos são parte muito importante do tratamento. Considerando

que a maioria dos usuários pertence a estratos humildes da sociedade, é muito importante que eles sejam oferecidos de forma gratuita pelo Estado. Para cada usuário cadastrado a equipe realizou educação para a saúde, onde orientamos a importância da dieta e os exercícios físicos sistemáticos, assim como a necessidade de evitar hábitos tóxicos como o tabagismo e o álcool. Outras ações que foram realizadas de forma grupal foram a atividades físicas, onde contamos com o apoio da professora para orientar os usuários.

A possibilidade de contar com a professora foi graças às parcerias realizadas com o colégio da Vila. As aulas foram duas vezes por semana. A possibilidade de contar com uma profissional capacitada neste tipo de atividades é muito importante já que a atividade física faz parte primordial do tratamento destas doenças. Os grupos de usuários tabagistas foi uma ação que ainda não conseguimos iniciar, já que a medicação necessária para o abandono deste hábito não foi conseguida. Estava previsto realizar atividades grupais em conjunto com a psicóloga da equipe, onde cada usuário participante do grupo faria uso desta medicação.

Este hábito é muito frequente na população, assim como a influencia negativa que tem na saúde em geral, e nestas doenças, em particular, esta muito bem documentada na literatura médica. É extremamente necessário dar início com esta ação no menor tempo possível, já que a intervenção não acaba com estas doze semanas, tendo em consideração que as ações ficaram incluídas dentro do trabalho diário da nossa unidade, fazendo parte da rotina diária. O que representa oferecer um atendimento mais completo e de maior qualidade a nossos usuários.

A maioria das metas propostas foram alcançadas, e aquelas que não, ficaram perto do planejado. A qualidade do trabalho alcançado é devido ao compromisso da equipe na melhora da qualidade de vida da nossa população, o que é em definitiva nossa função. Este tipo de programas permite a capacitação da equipe, procurando estes mesmos objetivos, assim como a qualificação do atendimento, e ao final, a saúde para nosso povo. O compromisso e a participação ativa dos gestores é parte importante para que este tipo de trabalho possa realizar-se. A unidade necessita do apoio recebido ate agora para continuar com estas atividades, e no futuro implementar novas que favoreçam novos grupos populacionais. Como comentamos acima, resulta fundamental o inicio dos grupos de tabagistas, para isto a equipe necessita da medicação utilizada para o abandono do tabagismo. Independente das atividades que formos realizar, o apoio logístico da gestão é fundamental,

permitindo, através dos diferentes materiais e profissionais, garantir o trabalho de qualidade que a equipe quer realizar e que os usuários merecem.

Resulta importante mencionar que no transcurso do curso foram identificadas pequenas alterações arquitetônicas na unidade, como a falta de corrimão, piso antiderrapante, barra de segurança para cadeirantes em todos os banheiros, sala para fazer reuniões da equipe e atividades educativas, assim como área específica para farmácia, situação que poderá ser revista, em possíveis mudanças dentro da nossa unidade, como na construção das novas que prontamente começaram a se desenvolver no município.

#### **4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade**

Durante doze semanas realizamos um trabalho novo na unidade, para benefício da sua comunidade, que teve como objetivo melhorar a atenção às pessoas com hipertensão e diabetes. Primeiramente buscamos e captamos as pessoas dentro da comunidade, a partir desta captação foram desenvolvidas as demais ações. A captação foi realizada diariamente dentro da consulta na unidade, assim como nas visitas domiciliares realizadas nas quartas feiras pela tarde geralmente.

Foram captadas pessoas maiores de vinte anos incluídos no programa. Conseguimos captar 126 hipertensos, o que representou 85,1% do total de hipertensos da Vila, e 36 diabéticos, 64,3% do total. As ações que conseguimos realizar nestas pessoas no início foram de realização de exame físico em todas as pessoas cadastradas, onde se confere a pressão arterial, os demais sinais vitais, avaliação dos batimentos cardíacos, a presença de lesões na pele, da sensibilidade periférica, etc., avaliação e solicitação de exames laboratoriais para as pessoas que os tinham atrasados, um total de 63 usuários, o que representou 47,3% dos hipertensos e 44,4% dos diabéticos com exames complementares atrasados. sendo que a frequência foi determinada através de uma escala onde utilizamos os dados de cada pessoa e conseguimos determinar esta frequência. É muito importante manter os exames complementares em dia para ter um controle adequado da suas doenças.

Tanto o resultado do exame físico, como dos exames laboratoriais permitem conhecer se você está com suas doenças controladas ou não, e dependendo deste

resultado, as mudanças que tem que ser realizadas para melhorar sua saúde. Dentro destas ações, também foi avaliado o uso da medicação, e se esta estava sendo aquela que a Farmácia Popular oferece gratuitamente. O exame físico bucal permitiu identificar as pessoas que necessitavam atendimento com a dentista.

Também foram encaminhadas todas as pessoas que foram avaliadas com a necessidade de atendimento do nutricionista. Em cada consulta foi também realizada educação para a saúde, onde conversamos com cada um de vocês sobre a importância de realizar o tratamento não farmacológico, o qual inclui dieta, exercício físico sistemático; assim como manter a regularidade na medicação, que tem que ser todos os dias, não só quando você apresenta algum sintoma.

Foram realizadas atividades educativas com grupos de vocês, o que impediu a continuidade das consultas naqueles turnos, mas este tipo de atividades apresentou ser muito importante já que voltamos a enfatizar, a necessidade de realizar os tratamentos indicados da forma correta. Compartimos diferentes experiências das pessoas que terminam servindo para outros que ainda não tinham compreendido a importância destas condutas e, principalmente, os resultados satisfatórios que se podem alcançar com estas medidas. As atividades físicas grupais realizadas com a professora do colégio fazem parte do tratamento não farmacológico destas doenças, e também fizeram parte do programa, e ainda continuam sendo. A insistência diária da equipe com a necessidade de fazer exercício físico, assim como com a dieta, são ações fundamentais no controle destas doenças.

Dentro das ações programadas que não conseguimos realizar na população estão os grupos de tabagistas. Estava previsto realizar grupos com o psicólogo, e estas pessoas receberiam tratamento com medicação que ajuda no abandono deste hábito. Realizamos as articulações necessárias com os gestores, mas ainda hoje não conseguimos começar com esta ação, a qual é muito necessária já que este tóxico interfere na saúde em geral, e nestas doenças em forma particular.

Nas últimas semanas de nosso trabalho foi necessário realizar muitas visitas domiciliares para realizar o cadastro, porque algumas pessoas não tinham vindo à unidade, mas esta forma de atendimento também é muito importante no trabalho semanal da equipe para chegar até aqueles usuários que por uma coisa ou outra não assistem à unidade, seja por vontade própria ou por dificuldades de locomoção,

como aqueles acamados. Com esta forma de trabalhar sistematizada na unidade, os usuários ganham em qualidade de atendimento, na procura de melhorar sua saúde.

O sucesso desta intervenção é graças à participação ativa de muitos de vocês que fazem parte da Vila, aos quais a equipe esta muito agradecida pela participação, pelo entendimento das ações, e da importância das mesmas, mas necessitamos que toda a comunidade nos ajude para manter estas ações, divulgando, comparecendo à unidade, nos ajudando na realização das atividades, sendo parte ativa de todo o que fazemos na unidade para melhorar a saúde de toda a população. Esta intervenção também permitiu uma maior proximidade entre a comunidade e a equipe, demonstrando que na união das partes é mais fácil alcançar objetivos e melhorar a qualidade de vida das pessoas.

## **5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

Quando comecei esta etapa nova de trabalho no Brasil, só tinha poucos meses de formado e escassa experiência profissional, as expectativas eram gigantes, tudo era um desafio, mas nos desafios esta a possibilidade de desenvolvimento, de amadurecimento. E essas expectativas iniciais foram dando certo com o passar das semanas. O curso gerou também algumas dúvidas no início, com a dificuldade no idioma, que foram melhorando com o passar do tempo, com as tarefas, o que permitiu ir ganhando mais confiança. Com maior segurança fui avançando devagar até conseguir dar conta do planejado. Hoje acredito firmemente que o curso cumpriu com as expectativas iniciais.

Da forma que foi estruturado, de semana em semana, favoreceu o conhecimento da unidade e da população da área de abrangência, das necessidades, das fortalezas, de quais eram os maiores problemas onde tínhamos que fazer um maior esforço para satisfazer as necessidades dessa população. E isto é muito importante, nenhum trabalho poderá ser satisfatório se não se conhece a realidade da população, a demografia, a incidência e prevalência das principais doenças, e as possibilidades de solução para esses problemas. Além das tarefas que permitiram este conhecimento, os casos clínicos promoveram o aumento dos conhecimentos de medicina em geral, incentivando a procura de novas informações, de novos conhecimentos, os quais são fundamentais na medicina, que exige atualização praticamente sistemática.

O curso incentivou o trabalho em equipe, demonstrando que é a forma correta de trabalhar na atenção primária, que é a metodologia necessária para conseguir mudanças na vida dos usuários que transforme sua realidade, gerando maiores níveis de compromisso com a sua saúde e da comunidade. Acredito que cada um de nós que estamos participando do curso, já há um ano e meio, temos recebido a



sorte de poder acrescentar nossa capacidade profissional em vários aspectos, primeiro como já manifestei, a visão de trabalho em equipe, onde cada um tem uma função importante para ajudar o usuário, desde a atendente até o médico e os especialistas, assim como a gestão política da saúde.

Quando estamos trabalhando com doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão e o diabetes, é vital trabalhar em equipe para dar continuidade ao trabalho, tendo em consideração que estes usuários necessitam de uma continuidade, já que é um trabalho a longo tempo. A outra forma que acrescentamos nossa capacidade foi com os estudos das diferentes doenças, de como trabalhar com estes usuários na Estratégia de Saúde da Família, da forma de encaminhar diariamente este trabalho, que é muito diferente de como se realize no segundo nível de atenção. Com estas possibilidades temos crescido muito, o que culmina sendo em favor de nossos usuários, porque podemos brindar um maior e mais completo cuidado à sua saúde, que em definitiva é nossa função desde que formamos parte de uma equipe de saúde.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Cadernos de Atenção Básica, n.37. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Cadernos de Atenção Básica, n.36. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160p.

HARRISON, TINSLEY et al. Princípios de Medicina Interna, 16.ed. 2006. Disponível em: [HTTP://www.harrisonmedicina.com/resource.TOC.aspx](http://www.harrisonmedicina.com/resource.TOC.aspx) Acesso em: 24 nov. 2014.

ROCA, Reinaldo et al. Temas de Medicina Interna. 4. ed. La Habana, Editorial Ciencias Medicas, 2002. 327p.

## Apêndice A: Fotos



Equipe na unidade.



Equipe no assentamento do MST.



Usuários realizando “zumba”.

## **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<sup>a</sup>  
Pro<sup>a</sup> Ana Cláudia Gestal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

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

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

## Anexo B - Planilha de coleta de dados

Digite apenas nas células em VERDE.

Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência de UBS)		→		Considere o total de hipertensos residentes na área de abrangência de UBS, independente se frequentam o Programa de atenção ao hipertenso na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACUS/SE, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.	
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência de UBS)		→		Considere o total de diabéticos residentes na área de abrangência de UBS, independente se frequentam o Programa de atenção ao diabético na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACUS/SE, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.	

HIPERTENSOS		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	OBSERVAÇÕES	
Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês de intervenção						→ Considere as pessoas que são APENAS HIPERTENSOS residentes na área de abrangência de UBS que frequentam o Programa de atenção ao hipertenso. Você pode obter esse dado contendo as fichas de diagnóstico, fichas de avaliação, fichas de evolução.	
DIABÉTICOS		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	→	
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada mês de intervenção						Considere as pessoas que são APENAS DIABÉTICOS residentes na área de abrangência de UBS que frequentam o Programa de atenção ao diabético.	

*Estimativa no território		→		Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.	
População total					
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% de população total)					
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (22,7%) (VIGITEL, 2011)				→ Este seria o número total estimado de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C5.	
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICOS (5,6%) (VIGITEL, 2011)				→ Este seria o número total estimado de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C6.	







## **Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias**

Eu, Sebastian Esteves Finozzi, médico, CRM 4300402 e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

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

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

\_\_\_\_\_  
Sebastian Esteves Finozzi

Nome

Contato:

Telefone: ( 55 ) 97110125

Endereço Eletrônico: sef.93@hotmail.com

Endereço físico da UBS: Alvaro Kruehl S/N Passo Novo

Endereço de e-mail do orientador:

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_

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