

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



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção à Saúde da pessoa com Hipertensão e/ou com Diabetes  
mellitus na UBS Araújo Branco, Arroio Grande/RS**

**Robinson Samuel Moreira Antunez**

**Pelotas, 2015**

**Robinson Samuel Moreira Antunez**

**Melhoria da Atenção à Saúde da pessoa com Hipertensão e/ou com Diabetes mellitus na UBS Araújo Branco, Arroio Grande/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: Niviane Genz

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

A636m Antunez, Robinson Samuel Moreira

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão e/ou com Diabetes Mellitus na UBS Araújo Branco, Arroio Grande/RS / Robinson Samuel Moreira Antunez; Niviane Genz, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

76 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. Genz, Niviane, orient. II. Título

CDD : 362.1499

## **Agradecimentos**

A nossa orientadora no curso Sra. Niviane Genz.

Ao nosso supervisor Dr. Juraci Cesar.

A Secretaria de Saúde do município de Arroio Grande.

## Resumo

ANTUNEZ, Robinson Samuel Moreira. **Melhoria da Atenção à Saúde da pessoa com Hipertensão e/ou com Diabetes mellitus na UBS Araújo Branco, Arroio Grande/RS**. 2015. 76f. 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 Arterial Sistêmica e o Diabetes mellitus são doenças crônicas de alta prevalência no Brasil e no mundo e não escolhe idade, sexo, raça e nem padrão social para acometimento. Para que complicações como riscos de acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca, insuficiência renal, ataque cardíaco e amputações de membros inferiores possam ser evitadas é necessário que o diagnóstico e tratamento precoce sejam realizados. Assim, diante desta realidade, objetivando melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou com diabetes mellitus foi realizada uma intervenção na Unidade de Saúde Araújo Branco do Município de Arroio Grande/RS durante os meses de fevereiro e maio de 2015. Para a realização desta intervenção contamos apenas com uma técnica de enfermagem, o médico especializando (eu) e uma nutricionista volante. Somente a partir da oitava semana de intervenção houve o acréscimo de Agentes Comunitários de Saúde e de uma enfermeira à equipe, o que facilitou o processo de cadastramento e busca dos usuários hipertensos e/ou diabéticos pertencentes à área de abrangência. Mesmo diante da falta de uma equipe para a realização das atividades realizamos avaliação dos usuários para diagnóstico e acompanhamento adequado, pois oferecemos consultas semanais para avaliação dos mesmos, mantivemos registro adequado em ficha-espelho para monitoramento contínuo. A comunidade teve a oportunidade de conhecer o programa por meio de palestras realizadas no meio. Ao final das 12 semanas foram avaliados 112 usuários. Destes, 95 eram pessoas com hipertensão e 17 pessoas com diabetes mellitus; foi possível realizar exame clínico adequado conforme protocolo em 100% dos usuários com hipertensão e/ou com diabetes e manter os exames complementares em dia para 97,9% (93) dos hipertensos e a 100% (17) dos diabéticos cadastrados. Foi priorizada a prescrição de medicamentos da farmácia popular para todos os avaliados. Infelizmente não contamos com um odontólogo na unidade e os usuários dependem do serviço oferecido na Policlínica da cidade ou do serviço móvel de odontologia disponibilizado uma vez na semana no município. Diante disso a avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi realizada para 100% tanto de hipertensos como para diabéticos pelo médico especializando orientando a busca do serviço especializado. Estamos conscientes da importância das ações desenvolvidas na atenção básica, pois a medicina familiar deve centrar-se na pesquisa de fatores de risco, mudança de estilos de vida, promoção e prevenção à saúde, melhorando assim os indicadores de qualidade de vida da população.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Figura 1 – Unidade de Saúde Araújo Branco do município de Arroio Grande/RS, 2015.	12
Figura 2	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde na UBS Araújo Branco do Município de Arroio Grande/RS, 2015.	51
Figura 3	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde na UBS Araújo Branco do Município de Arroio Grande/RS.	51
Figura 4	Gráfico da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Araújo Branco do Município de Arroio Grande/RS.	53
Figura 5	Quadro demonstrativo dos resultados alcançados com a intervenção em saúde realizada na Unidade de Saúde Araújo Branco, no município de Arroio Grande/RS, 2015.	65

## Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
ESF	Estratégia da Saúde da Família
RS	Rio Grande do Sul
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SUS	Sistema Único de Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas

UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
-------	---------------------------------

UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS
---------	----------------------------

KM	Quilômetros
----	-------------

## Sumário

Apresentação .....	8
1 Análise Situacional .....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	16
2 Análise Estratégica.....	18
2.1 Justificativa.....	18
2.2 Objetivos e metas .....	19
2.2.1 Objetivo geral .....	19
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	20
2.3 Metodologia.....	22
2.3.1 Detalhamento das ações.....	22
2.3.2 Indicadores.....	34
2.3.3 Logística.....	40
2.3.4 Cronograma .....	42
3 Relatório da Intervenção .....	44
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	44
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	47
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	47
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	48
4 Avaliação da intervenção .....	49
4.1 Resultados .....	49
4.2 Discussão.....	58
5 Relatório da intervenção para gestores.....	61
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	66
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	69
Referências .....	71
Anexos .....	72



## **Apresentação**

O presente trabalho é parte das atividades desenvolvidas no curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, através da Universidade Federal de Pelotas/RS (UFPel) em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS)

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.

O projeto de intervenção que corresponde à Análise Estratégica é apresentado no segundo capítulo onde aponta-se a justificativa desta intervenção dentro da unidade e no contexto atual da doença crônica, mais especificamente na prevenção e detecção da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus com detalhamento das ações a serem realizadas.

No capítulo três apresentamos o Relatório da intervenção realizada em que se abordam as ações desenvolvidas, as não desenvolvidas, as dificuldades apresentadas e a análise da viabilidade de incorporação das ações na rotina do serviço.

A avaliação da intervenção é apresentada no quarto capítulo em duas partes. A primeira descreve os resultados e a segunda apresenta a discussão sobre os mesmos.

No capítulo cinco apresentamos o relatório para os gestores, seguido no capítulo seis do relatório para a comunidade e no capítulo sete apresentamos uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Ao final, apresentamos as referências utilizadas para a construção do projeto e os anexos que serviram de guia para a execução do mesmo.

## **1 Análise Situacional**

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

O município de Arroio Grande está localizado na microrregião de Jaguarão, estado do Rio Grande do Sul. A população, em 2012 foi estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013) em 18.368 habitantes, distribuídos em 2.518 km<sup>2</sup> de área.

Conforme o plano diretor vigente no município, a área urbana de Arroio Grande está dividida em regiões administrativas urbanas (bairros) e rurais (distritos). A área urbana apresenta-se dividida em bairros como Centro (Zona Central); Hospital Santa Casa (Zona Norte); Promorar (Zona Sul); São José (Zona Leste); São Gabriel (Zona Leste); Silvina Gonçalves (Zona Oeste); Getúlio Vargas (Zona Leste) e a divisão das áreas rurais (distritos) é Arroio Grande; Distrito de Mauá; Distrito das Pedreiras e Distrito de Santa Isabel do Sul.

A economia do município é baseada na agricultura. Os principais cultivos são de arroz e soja e na pecuária destaca-se a criação de bovinos e ovinos.

O município possui 7 Unidades de Saúde. Destas, 1 unidade é do tipo Estratégia de Saúde da Família e as demais são tradicionais. A Unidade de Saúde Vidal está localizada no centro da cidade e é do tipo tradicional e possui apenas o médico (eu) e uma técnica de enfermagem. A Secretaria da Saúde está, atualmente, fazendo a escolha dos Agentes Comunitários de Saúde e dos demais integrantes da equipe como a enfermeira. Ainda não conheço com detalhes precisos, quantos são homens, mulheres, crianças.

Até a minha chegada, o serviço de saúde contava somente com atenção da nutrição (que atende à demanda de todas as unidades de saúde do município) e da enfermagem. A minha presença ainda não é percebida pela maioria dos

moradores do bairro, mas já estamos juntamente com a técnica em enfermagem informando a comunidade sobre os dias e horários de atendimento, sendo este realizado de terça a sexta, das 8 às 17 horas.

Este é o meu segundo mês de trabalho na unidade (julho/2014), ainda estou conhecendo os companheiros de trabalho e os usuários, que ainda são poucos, tentando fazer uma boa entrevista inicial, coletando informação não só do próprio usuário do serviço de saúde como também da família, facilitando assim a atenção nas futuras consultas.

Em relação ao espaço físico do serviço de saúde tem uma pequena sala de espera (recepção), uma sala onde o técnico de enfermagem faz os procedimentos como verificação de sinais vitais e curativos, o consultório onde trabalha a nutricionista, o consultório médico e dois banheiros. Aos poucos, vamos recebendo materiais e medicações básicas para a população, pois temos uma ampla lista de medicações que ainda não é completa além de exames laboratoriais e de imagem outorgados pelo Sistema único de Saúde (SUS).

O planejamento para um futuro próximo é, juntamente com os outros médicos do programa (2), diminuir a busca ao serviço de pronto atendimento quando este não for necessário. A unidade possui uma estrutura física em bom estado, cômoda e básica, mas somos nós quem fazemos do ambiente um lugar ótimo de trabalho.

A organização não é a melhor, por questões do recente começo, não temos designados os dias e horários das visitas domiciliares, organização do atendimento clínico e das consultas de demanda espontânea.

As idéias são muitas tanto quanto a vontade de fazer um excelente trabalho neste bairro, trabalhando em equipe sempre, fazendo o melhor e o que está dentro da nossa possibilidade para que a população seja atingida com este projeto.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Arroio Grande é um município localizado na microrregião de Jaguarão, estado do Rio Grande do Sul. Sua população segundo estimativas do IBGE em 2012 era cerca de 18.368 habitantes, distribuídos em 2.518 km<sup>2</sup> de área. Em relação ao sistema de saúde pública, o município conta com 7 Unidade de Saúde,

1 Pronto Atendimento e uma Policlínica Municipal. No momento, está em construção mais uma Unidade Básica de Saúde localizada no Bairro Promorar.

O município não dispõe de Centro de Especialidades Odontológicas. Quanto à disponibilidade de atenção especializada temos cobertura para 4 especialidades (pediatria, cardiologia, ginecologia e nutrição). O município conta com 1 hospital sendo este a Santa Casa de Misericórdia de Arroio Grande com boa disponibilidade de exames laboratoriais e um Pronto atendimento Médico central. Estou vinculado à duas unidades de saúde (Araújo Branco e Vidal) com aproximadamente, 3.000 pessoas em cada. Ambas as unidades de saúde ficam localizadas na área urbana, situadas na periferia do município e seu modelo de atenção é tradicional, sob gestão plena do município e totalmente vinculada ao Sistema Único de Saúde.

As unidades têm condições de trabalho semelhantes, a estrutura física é composta por um consultório médico, uma sala de enfermagem e uma sala de espera. A estrutura não é adequada, mas a Secretaria de Saúde fez o máximo para corrigir esse problema. A equipe de saúde é composta por um médico, um enfermeiro e uma nutricionista (uma vez por semana) e estamos sem Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O atendimento é realizado das 8:30h ao meio dia e das 13:30h às 17h com uma demanda em torno de 30 pacientes por dia.

Além de atendimento prestado na Unidade realizamos visitas domiciliares a usuários que não podem vir até o serviço. As visitas acontecem semanalmente conforme a necessidade dos usuários. Neste momento não estamos realizando atividades como palestras, porque estamos sem estrutura física e muitos moram em áreas rurais e somente vêm à cidade para consultas. Realizamos uma palestra no dia 1º de setembro de 2014 sobre câncer de próstata no espaço comunitário aberta a toda a comunidade.

Os usuários que chegam ao consultório com uma doença que requer hospitalização encaminhamo-los para o pronto atendimento do município. Caso o atendimento não for resolutivo o usuário é encaminhado para a cidade de Pelotas. Neste momento, a demanda por atendimento é maior, pois por um longo período não havia médicos na unidade. As doenças mais frequentes são síndromes metabólicas, diabetes, hipertensão e infecções respiratórias. A maioria dos

usuários atendidos são mulheres com mais de 50 anos e em segundo lugar as crianças.

Em relação à estrutura física da Unidade, estas são associações de moradores, não projetadas para serem unidade de saúde, pois o consultório médico, a recepção, entradas e corredores são pequenos, não permitem a entrada de cadeiras de rodas, macas e nem comportam equipes muito grandes, as salas são pequenas, mal iluminadas, com precária estrutura e pouco mobiliário. Em dias chuvosos, úmidos e quentes a realização de consultas torna-se complicada, pois esses fatores afetam a estrutura, deixando o ambiente muito aquecido.



Figura 1 – Unidade de Saúde Araújo Branco do município de Arroio Grande/RS, 2015.

Em relação às atribuições da equipe não há participação do processo de territorialização e de mapeamento da área de atuação por parte da equipe, pois a mesma ainda é incompleta. Não há registros atualizados para realizar busca de informações sobre os usuários sendo necessário um recadastramento da população e, para isso, seria necessária a contratação de ACS. No momento apenas temos dados fornecidos pela Secretaria da Saúde.

A unidade não realiza atendimento pré-natal, consultas de puericultura e nem coleta de exames preventivos como o citopatológico. Este atendimento é prestado pela Policlínica do município por um ginecologista e um pediatra.

Dentre os 3.000 usuários estimados pertencentes à unidade Araújo Branco, em torno de 1.541 são do sexo feminino e 1.459 são masculinos com um total de 538 famílias cadastradas. Os menores de 1 ano totalizam 36 crianças, um total de 1.965 pessoas estão entre 15 e 59 anos e 411 são idosos com 60 anos ou mais.

O acolhimento é realizado no momento da chegada do usuário à unidade de saúde. Diariamente são disponibilizadas 30 fichas, sendo 15 para cada turno. São disponibilizados mais 5 atendimentos para casos urgentes que são reservados especialmente para crianças e/ou pacientes idosos com doenças crônicas descompensadas. Até o presente momento esta rotina funciona adequadamente suprimindo as necessidades dos usuários na medida do possível.

Os excessos de demanda espontânea são raros, se houver excesso da demanda para consulta médica procura-se atender o máximo de atendimento durante o horário de funcionamento da Unidade a fim de oferecer uma solução e, em casos de urgência e/ou emergência, os usuários são encaminhados para o pronto atendimento.

A estimativa do Caderno de Ações Programáticas (CAP) é de 36 crianças menores de um ano pertencentes à área de abrangência da unidade. No momento temos uma cobertura de 83% (30). Destas, 90% (27) estão com atraso da consulta agendada em mais de sete dias, mas 100% (30) estão com as consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, realizaram a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, realizaram teste do pezinho, estão em dia com monitoramento do crescimento e do desenvolvimento na última consulta, as mães e/ou responsáveis receberam orientações para o aleitamento materno exclusivo e para prevenção de acidentes, estão com as vacinas em dia e nenhuma recebeu avaliação da saúde bucal e nem realizaram triagem auditiva.

Em todo o mundo a mortalidade materna infantil é um problema grave. O Brasil é um país que apresenta um número elevado de mortes e uma das formas de melhorar esta situação é melhorando a atenção pré-natal e puerpério. As razões de mortalidade materna e os coeficientes de mortalidade infantil têm sido os indicadores de saúde mais utilizados quando o objetivo é avaliar não apenas a qualidade de saúde de uma determinada população, mas também o grau de desenvolvimento de uma nação. Estudos epidemiológicos consistentes poderão revelar informações valiosas sobre a qualidade da assistência prestada à mulher no ciclo grávido-puerperal, durante o pré-natal e também em nível das Unidades de saúde, como também a assistência prestada ao recém-nascido durante o

trabalho de parto e no parto, e ainda às crianças nos primeiros 365 dias de vida (BRASIL, 2012).

Em nossas duas Unidades de saúde não são realizadas consultas de atenção ao pré-natal e puerpério porque estas são realizadas por um Ginecologista e um Pediatra na Policlínica dedicada a esse tipo de atenção coordenada pela Secretaria de Saúde. Os dados apresentados no Caderno de Ações Programáticas foram recolhidos na referida Policlínica e correspondem às mulheres que moram em nossa área pertencente à Unidade Araújo Branco.

Da mesma forma o controle dos cânceres de colo uterino e de mama também são realizados na Policlínica pelo ginecologista. No entanto, realizamos atividades de educação em saúde, prevenção e promoção de saúde às mulheres em idade de realizarem os exames preventivos (citopatológico e mamografia).

Em relação à cobertura, segundo as estimativas teríamos um total de 826 mulheres entre 25 e 64 anos. Dentre as mulheres acompanhadas 100% estão com os exames citopatológicos em dia; com orientação sobre prevenção de câncer de colo de útero e exames coletados com amostras satisfatórias. No entanto, temos 185 casos que apresentaram resultados alterados e nenhuma delas se encontra com o exame citopatológico com mais de 6 meses de atraso. Os dados são uma estimativa sobre o total das consultas e sobre o total da população da área de trabalho, pois não temos registros completos.

O tipo de rastreamento do câncer de mama é oportunístico, temos 310 mulheres entre 50 e 69 anos. Os atendimentos às mulheres que realizam mamografias são registrados somente em prontuários clínicos, em caso de alguma alteração são encaminhadas para a consulta com o ginecologista, não temos arquivo específico para o registro dos resultados das mamografias, não existem profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão e coordenação das ações de controle de câncer de mama. No entanto, na consulta diária busca-se sempre realizar uma educação continua sobre esta doença e como preveni-la.

Os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do Controle do Câncer de Colo de Útero e Câncer de Mama em nossa UBS podem ser a descentralização da atenção, promover o controle oportuno, realizar mais

atividades educativas, envolver ativamente a população em processos de prevenção e tratamento destas doenças.

Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus são as causas mais freqüentes pela busca de consultas em nosso serviço de saúde. No Brasil e a nível mundial verifica-se um importante crescimento dessas doenças crônicas não transmissíveis. Estas doenças são apontadas como os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, que por sua vez constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira, motivo pelo qual representam agravos à Saúde Pública, dos quais 60% a 80% dos casos podem ser tratados na atenção básica (BRASIL, 2013).

Quanto aos usuários hipertensos, a estimativa seria de 671 pacientes com 20 anos ou mais residentes na área. Um total de 100% dos hipertensos acompanhados estão com os exames complementares periódicos em dia, orientação sobre práticas de atividades físicas e avaliação bucal em dia. A realização de atividades de educação em saúde, prevenção além de tratamento adequado aos usuários com estas patologias é de suma importância, pois o número de hipertensos em nossas consultas cada vez é maior.

O cuidado aos usuários com *Diabetes Mellitus* é realizado de forma contínua nas consultas diárias. As consultas são realizadas pelo médico e técnica de enfermagem, objetivando incentivar a promoção de hábitos saudáveis, controle de peso corporal, estimulação da prática regular de atividades físicas, orientação sobre os malefícios do tabagismo, entre outras.

Quanto à cobertura, a estimativa indica um total de 75 (39%) pessoas com diabetes com 20 anos ou mais. Destes, nenhum se encontra com atraso da consulta em mais de 7 dias e 32 (43%) estão com avaliação de saúde bucal em dia e 75 (100%) possui realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico; exames complementares periódicos em dia; orientação sobre prática de atividade física regular; orientação nutricional para alimentação saudável; exame físico dos pés nos últimos 3 meses, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses e medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses em dia.

O Brasil possui atualmente cerca de 13 milhões de idosos, que correspondem a 8,3% do total da população. Apesar disso, ainda é escasso o



conhecimento sobre suas características e das demandas de saúde decorrentes do seu perfil epidemiológico. A atenção à saúde dos idosos deve ser de forma diária e contínua (BRASIL, 2010).

As estimativas do Caderno de Ações Programáticas apresentam um total de 152 idosos com 60 anos ou mais residentes na área de cobertura. Destes 131 (86%) são hipertensos e 53 (35%) são diabéticos; 100% possuem caderneta de saúde da pessoa idosa, estão com o acompanhamento e avaliação de risco para morbimortalidade em dia. Não realizamos avaliação multidimensional rápida.

Fazendo uma avaliação dos aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção aos idosos em nossa Unidade, poderia ser implementado palestras para promoção e prevenção, tratamento e estudo sobre as características do domicílio, do nível de renda e de escolaridade entre os idosos, o índice de massa corporal, a prevalência de cegueira, surdez, paralisia e doença mental e de outros sintomas de saúde referidos por essa população, a procura por atendimento de saúde, a prevalência de internação e do tempo médio de permanência hospitalar dessa população. Estas informações podem ser úteis para o planejamento e o modelo de atenção à saúde, em nível individual ou coletivo da população idosa.

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

Por meio deste relatório, comprovo que os maiores desafios que tenho pela frente são em primeiro lugar organizar a equipe de saúde, pois esta é considerada um dos pilares mais importantes no trabalho diário tanto em atividades de educação em saúde quanto em promoção e prevenção. Além disso, centralizar a atenção em um local para ter maior controle sobre os recursos e trabalhar em função de um mesmo objetivo.

Em segundo lugar envolver a população de forma ativa nos aspectos de saúde comunitária como a transmissão de doenças infecto-contagiosas associadas à transmissão sexual entre outras não transmissíveis como o tabagismo e alcoolismo que é muito frequente em nossa área. Em terceiro, diminuir a incidência de doenças crônicas não transmissíveis como Diabetes tipo

2 e Hipertensão, trabalhando sobre os fatores de riscos, fortalecendo o trabalho educativo em grupos com maior risco que são os obesos, idosos, tabagistas, alcoolistas e grandes consumidores de sódio.

Em quarto lugar, poder realizar mais palestras educativas sobre as doenças mais frequentes em nossa área de trabalho, atualmente uma vez ao mês é realizado uma palestra educativa sobre temas propostos para população, já foram realizadas palestras sobre Câncer de Próstata, doenças mais prevalentes na população negra como anemia falciforme, câncer de mama, câncer de colo uterino e obesidade.

Acredito que com a chegada dos ACS poderemos mapear todo o território e poder conhecer a realidade dos usuários de nosso serviço de saúde e, assim organizar o processo de trabalho a fim de intervir promovendo qualidade de vida à população.

Os vínculos entre a equipe de saúde (médico, técnico enfermagem e nutricionista) e a população são fortalecidos pelo contato diário permitindo-nos conhecer as características demográficas e socioeconômicas para que possamos planejar ações no sentido de qualificar a saúde da população. Sabemos que é necessária a realização de atividades educativas para que a população possa tomar conhecimento sobre as patologias existentes e os cuidados para evitá-los ou amenizar as suas conseqüências.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são doenças crônicas de alta prevalência no Brasil e no mundo e não escolhe idade, sexo, raça e nem padrão social para acometimento. Para que complicações como riscos de acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca, insuficiência renal, ataque cardíaco e amputações de membros inferiores possam ser evitadas é necessário que o diagnóstico e tratamento precoce sejam realizados (BRASIL, 2013). No Brasil, a prevalência média de HAS auto-referida na população acima de 18 anos, segundo a Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel, 2011) é de 22,7% e a prevalência de diabetes é de 5,6%. Assim, considera-se relevante a mudança para hábitos e estilos de vida saudáveis para que as pessoas possam preservar a qualidade de vida.

Estas doenças são consideradas silenciosas, pois podem não manifestar sinais e sintomas no início da doença, sendo necessário a realização de exames complementares para a identificação das mesmas de forma precoce. Diante disso, é essencial a realização de ações de prevenção e promoção destas doenças na atenção primária junto à comunidade a fim de conscientizar a todos sobre a importância do acompanhamento regular, pois índices elevados de pressão arterial ao longo dos anos podem causar lesões em diversos órgãos-alvo (olhos, rins, coração e cérebro, por exemplo), devido à agressão ao endotélio vascular pela alta pressão nas pequenas artérias dos órgãos. Compreende-se que em muitos indivíduos a hipertensão se manifesta associada a outras patologias, o que aumenta o padrão de morbidade da mesma (BRASIL, 2013).

A Unidade de Saúde Araújo Branco encontra-se localizada na área urbana, no bairro Blanco Araujo. A equipe de saúde é formada por uma técnica de enfermagem, uma nutricionista e um clínico geral do Programa Mais Médicos (eu). A equipe ainda não possui enfermeiro e nem ACS; atende a uma população estimada de 3.000 mil usuários; possui uma sala para recepção, atendimento de enfermagem e uma sala para atendimento das consultas médicas e outra sala para atendimento da nutricionista.

A Unidade tem uma alta porcentagem de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou com *Diabetes milicos*, trabalhamos de forma diferenciada com a população especialmente entre os homens com 45 anos ou mais e com as mulheres em período de pós-menopausa. São realizadas atividades de educação em saúde por meio de palestras educativas. Inicialmente, trabalhamos com a população hipertensa incentivando-os a manterem uma dieta saudável bem como salientamos a importância da realização de atividade física.

Esta intervenção destaca-se necessária e importante porque os usuários cadastrados não possuem controle de suas doenças, não conhecem a importância de possíveis complicações provenientes das mesmas. Assim, destaca-se que é relevante a realização de ações quanto à promoção e prevenção dos fatores de risco além de incentivar os pacientes a manterem o controle clínico e laboratorial.

Pretende-se alcançar 60% de avaliação e cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos. A principal dificuldade se encontra na falta de profissionais para formação da equipe, pois a mesma ainda não é completa, mas procuraremos realizar a intervenção na busca de resultados satisfatórios quanto à qualificação da atenção à população hipertensa e/ou diabética pertencente à Unidade Araújo Branco.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a Atenção à Saúde das pessoas com hipertensão e/ou com *diabetes mellitus* na UBS Araújo Branco, Arroio Grande/RS.

### 2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

**Meta 1.1:** Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Meta 1.2:** Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Objetivo 4** – Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

**Objetivo 6** – Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas e visa aprimorar e organizar as ações de prevenção e controle da hipertensão arterial sistêmica e *diabetes mellitus*, na Unidade de Saúde Branco Araújo do município de Arroio Grande/RS. Para a realização dessa intervenção, foram planejadas ações nos eixos de Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica, levando-se em consideração as necessidades da população do território de abrangência, a viabilidade de aplicação das ações e a expectativa de obtenção de resultados. Participarão da intervenção todas as pessoas com hipertensão e/ou com *diabetes mellitus* pertencentes à unidade de saúde hoje estimadas em 210 hipertensos e 75 diabéticos.

### 2.3.1 Detalhamento das ações

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

**Meta 1.1 e 1.2–Cadastrar 80% dos hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.**

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde

**Detalhamento:** A realização do monitoramento dos usuários cadastrados no programa de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus será realizada pelo médico especializando e pela técnica de enfermagem avaliando semanalmente as ficha-espelho dos usuários que compareceram à unidade.

Organização e gestão do serviço: Garantir o registro dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa; melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM e garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

**Detalhamento:** Esta ação será desenvolvida pela técnica de enfermagem. O usuário ao chegar à unidade será acolhido e em seguida será realizada a verificação da pressão arterial, peso, circunferência do abdome e hemoglicoteste aos usuários diabéticos.

Engajamento Público: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde; informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

**Detalhamento:** Esta ação será desenvolvida pelo médico especializando e pela técnica de enfermagem com apoio da Secretaria da Saúde do município. Realizaremos palestras sob a temática ofertando conhecimento a todos os usuários em relação às patologias. Estas ações compreenderão promoção de hábitos de higiene bucal, alimentação saudável, prática de atividades físicas e informações sobre os fatores de risco responsáveis pelas doenças ou que podem levar ao descontrole das mesmas.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde e capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

**Detalhamento:** Será realizada a capacitação, sob responsabilidade do médico especializando, da técnica de enfermagem e dos ACS quando chegarem à equipe para que todas as ações sejam realizadas conforme preconizado e que o cadastramento seja realizado de forma adequada.

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

**Meta 2.1 e 2.1 – Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.**

**Ações por eixo:**



Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos.

**Detalhamento:** O monitoramento e avaliação em relação ao exame clínico será realizado pelo médico especializando utilizando o protocolo de atendimento do Ministério da Saúde do Programa de Atenção aos hipertensos e/ou diabéticos.

Organização e gestão do serviço: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e/ou diabéticos; organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde; estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais e dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

**Detalhamento:** O exame clínico será realizado pelo médico especializando no momento da consulta individual. A técnica de enfermagem avaliará o usuário no momento das mensurações. A avaliação da necessidade de atendimento odontológico também será realizada pelo médico especializando e o usuário será encaminhado para a Policlínica caso seja identificada a necessidade.

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

**Detalhamento:** A orientação aos usuários e comunidade em geral será realizada no momento das consultas e em palestras que serão realizadas durante a intervenção. O responsável será o médico especializando.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

**Detalhamento:** O encarregado pelo exame clínico, a princípio será o médico especializando na ausência da enfermeira da equipe.

**Meta 2.3 e 2.4 – Garantir a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.**

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e monitorar o número de hipertensos e/ou

diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

**Detalhamento:** O monitoramento dos exames por meio da verificação dos registros em ficha-espelho de cada usuário será realizado pelo médico especializando auxiliado pela técnica de enfermagem.

Organização e gestão do serviço: Garantir a solicitação dos exames complementares; garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo e estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

**Detalhamento:** Solicitaremos junto à gestão agilidade para agendamento e realização de exames.

Engajamento Público: Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares e orientar os pacientes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

**Detalhamento:** Os usuários serão orientados pelo médico especializando sobre a importância da realização dos exames laboratoriais para acompanhamento da qualidade da saúde e avaliação de riscos.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

**Detalhamento:** A técnica de enfermagem será capacitada pelo médico especializando por meio do protocolo de atendimento para hipertensos e/ou diabéticos do Ministério da Saúde para conhecer o protocolo de atendimento à população alvo da intervenção.

**Meta 2.5 e 2.6 – Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.**

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.

**Detalhamento:** Realizaremos uma avaliação dos medicamentos utilizados pelos usuários, contabilizando a quantidade de medicamento necessário por mês.

A técnica de enfermagem juntamente com o médico especializando serão os responsáveis pela solicitação dos medicamentos junto ao gestor do município.

Organização e gestão do serviço: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Detalhamento:** O controle de estoque de medicamentos (semanal), validade dos mesmos (mensal) e manutenção dos registros adequados das necessidades dos medicamentos (semestral) será responsabilidade da técnica de enfermagem.

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

**Detalhamento:** Orientaremos a todos os usuários quanto ao direito de terem acesso aos medicamentos. Esta ação será de responsabilidade do médico especializando no momento da consulta individual.

Qualificação da Prática Clínica: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou do diabetes e capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

**Detalhamento:** Buscaremos junto ao gestor municipal qualificação da prática clínica para o médico especializando e para a técnica de enfermagem por meio de capacitações sobre a ação programática proposta.

**Meta 2.7 e 2.8 – Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.**

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar os hipertensos e/ou diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

**Detalhamento:** O monitoramento será realizado pelo médico especializando junto à odontóloga da policlínica anotando na ficha-espelho do usuário.

Organização e gestão do serviço: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e/ou dos diabéticos;

organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e/ou dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Detalhamento:** O monitoramento será realizado pelo médico especializando na rotina de trabalho que após a avaliação médica encaminhará o usuário para avaliação odontológica na policlínica que oferece este atendimento no município.

Engajamento Público: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e/ou diabéticos.

**Detalhamento:** Realizaremos quinzenalmente palestras para a comunidade para oferecer orientações coletivas e por ocasião das consultas médicas reforçaremos as orientações de forma individual.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e/ou dos diabéticos.

**Detalhamento:** Manteremos contato com a odontóloga da policlínica para que nos capacite a fim de realizarmos de forma adequada a avaliação da necessidade de atendimento odontológico aos usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados no serviço.

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

**Meta 3.1 e 3.2 – Buscar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.**

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

**Detalhamento:** O cumprimento da periodicidade das consultas será avaliada e monitorada pela técnica de enfermagem sob supervisão do médico especializando por meio da avaliação das fichas-espelho preenchidas no momento da avaliação médica.

Organização e gestão do serviço: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os hipertensos e/ou diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

**Detalhamento:** As visitas domiciliares serão organizadas para serem realizadas de forma semanal ou sempre que necessário pelo médico especializando e pela técnica de enfermagem.

Engajamento Público: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e/ou de diabetes (se houver número excessivo de faltosos) e esclarecer aos portadores de hipertensão e/ou diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

**Detalhamento:** A comunidade será informada pelo médico especializando e pela técnica de enfermagem em palestras e encontros na comunidade.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e/ou diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

**Detalhamento:** Os ACS somente poderão ser capacitados para orientar a todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos quanto à periodicidade recomendada das consultas a partir do momento que farão da equipe.

#### **Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações**

**Meta 4.1 e 4.2 – Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.**

#### **Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

**Detalhamento:** O monitoramento da qualidade dos registros será realizado pelo médico especializando semanalmente por ocasião do preenchimento da planilha eletrônica para o curso.

Organização e gestão do serviço: Manter as informações do SIAB atualizadas; implantar a ficha de acompanhamento; pactuar com a equipe o registro das informações; definir responsável pelo monitoramento dos registros e 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:** A atualização das informações no SIAB será de responsabilidade do médico especializando e a organização dos registros será de responsabilidade da técnica de enfermagem.

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

**Detalhamento:** A orientação aos usuários quanto à manutenção dos registros e acesso a segunda via será realizada pelo médico especializando no momento da consulta individual.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos e capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

**Detalhamento:** A capacitação da técnica de enfermagem para preenchimento dos arquivos necessários será realizada pelo médico especializando antes do início da intervenção.

**Objetivo 5 – Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular**

**Meta 5.1 e 5.2 – Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.**

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de pacientes hipertensos e/ou diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

**Detalhamento:** O monitoramento da estratificação de risco será realizado pelo médico especializando em que avaliará o acompanhamento dos usuários em consulta por meio da ficha-espelho e dos arquivos do Programa de Atenção aos hipertensos e/ou diabéticos.

Organização e gestão do serviço: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

**Detalhamento:** A priorização do atendimento será avaliado em conjunto com o médico especializando e a técnica de enfermagem será a responsável pelo monitoramento do agendamento.

Engajamento Público: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

**Detalhamento:** O médico especializando no momento da consulta individual abordará sobre o nível de risco de cada usuário e esclarecerá a sobre a importância de mudanças de hábitos para o controle dos fatores de risco modificáveis e encaminhará para o atendimento da profissional nutricionista os casos que necessitem de acompanhamento.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo em especial a avaliação dos pés; capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação e capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

**Detalhamento:** A capacitação sobre identificação de lesões em pés e sinais de alerta que podem levar a danos em órgãos alvos será realizada pelo médico especializando a todos os membros da equipe a fim de que o atendimento possa ser realizado no momento da identificação de alguma alteração.

### **Objetivo 6 – Promover a saúde de hipertensos e diabéticos**

**Meta 6.1 e 6.1 – Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e/ou dos diabéticos.**

#### **Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e/ou aos diabéticos.

**Detalhamento:** O monitoramento será realizado pelo médico especializando junto à nutricionista uma vez na semana.

Organização e gestão do serviço: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

**Detalhamento:** Será mantido contato com a nutricionista que atende a demanda da unidade para que auxilie no desenvolvimento desta ação junto aos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Engajamento Público: Orientar hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

**Detalhamento:** Serão organizados momentos de palestras mensais com a profissional nutricionista para orientação aos usuários hipertensos e/ou diabéticos bem como organizar junto a ela uma agenda para atendimento individual.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

**Detalhamento:** A profissional nutricionista será convidada a capacitar o médico especializando e a técnica de enfermagem para que todos possam fornecer orientações adequadas quanto a alimentação saudável aos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 6.3 e 6.4 – Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos.**

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e/ou diabéticos.

**Detalhamento:** O monitoramento desta ação será realizada pelo médico especializando no momento da consulta individual anotando na ficha-espelho.

Organização e gestão do serviço: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

**Detalhamento:** Solicitaremos ao gestor do município a organização de práticas coletivas de orientação de atividade física e avaliaremos junto à gestão a possibilidade de alocar um educador físico para que na unidade sejam realizadas ações educativas neste sentido.

Engajamento Público: Orientar hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.



**Detalhamento:** Se não houver a possibilidade de contratação e/ou parceria com um profissional professor de educação física orientaremos os usuários quanto a importância de realização de atividades físicas para melhoria da qualidade de vida de todos os hipertensos e/ou diabéticos acompanhados pelo serviço.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

**Detalhamento:** Para capacitar a equipe em relação a prática de exercícios físicos para os usuários hipertensos e/ou diabéticos solicitaremos a parceria de um professor de educação física e/ou reabilitador físico junto à gestão.

**Meta 6.5 e 6.6 – Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos.**

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e/ou diabéticos.

**Detalhamento:** O médico especializando orientará sobre os riscos ocasionados pelo tabagismo e sobre maiores riscos para doenças cardiovasculares em hipertensos e/ou diabéticos.

Organização e gestão do serviço: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

**Detalhamento:** Será solicitado junto ao gestor a disponibilização de medicamentos para combate ao tabagismo em usuários hipertensos e/ou diabéticos objetivando abandonar o vício e, assim diminuindo os riscos para a saúde de todos.

Engajamento Público: Orientar os hipertensos e/ou diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

**Detalhamento:** Todos os usuários serão orientados por meio de palestras realizadas pelo médico especializando em conjunto com a equipe do NASF.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

**Detalhamento:** Para a qualificação da equipe quanto ao tratamento de usuários tabagistas solicitaremos parceria de um profissional psicólogo junto à gestão para orientação da equipe de como realizar o manejo dos usuários tabagistas.

**Meta 6.7 e 6.8 – Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos.**

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e/ou diabéticos.

**Detalhamento:** O médico especializando será o responsável pelo monitoramento da orientação sobre higiene bucal para os usuários hipertensos e/ou diabéticos por meio da revisão da ficha-espelho dos usuários em momento da consulta individual.

Organização e gestão do serviço: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

**Detalhamento:** Reservaremos um dia específico para a realização das consultas, sem prejuízo dos demais atendimentos, para agendando os usuários garantindo que o tempo médio de consulta seja suficiente para fazer avaliação integral dos mesmos. A organização da agenda será de responsabilidade da técnica de enfermagem em conjunto com o médico especializando.

Engajamento Público: Orientar os hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

**Detalhamento:** A orientação dos usuários e familiares será realizada pelo médico especializando e será solicitado ao odontólogo da Policlínica para que reforce as orientações no momento da avaliação individual. Também em momento de palestras a temática será lembrada.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

**Detalhamento:** Solicitaremos apoio da odontóloga da Policlínica para capacitar o médico especializando e a técnica de enfermagem para que todos possam oferecer orientações adequadas às pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus quanto à higiene bucal.

### 2.3.2 Indicadores

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

**Meta 1.1:** Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

**Meta 1.2:** Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

**Numerador:** Número de hipertensos com exame clínico apropriado

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

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

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

**Numerador:** Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Indicador 2.5:** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos priorizada.

**Numerador:** Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos.

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

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

**Indicador 2.6:** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos priorizada.

**Numerador:** Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos.

**Denominador:** Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Objetivo 4 –** Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

### 2.3.3 Logística

Para o desenvolvimento da ação programática atenção aos hipertensos e diabéticos utilizar-se-á os Cadernos de Atenção Básica “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Diabetes mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica” do Ministério da Saúde, 2013. A reavaliação do planejamento será realizado ao final de cada dia para solucionar dúvidas ou problemas que surgirem ao longo do dia.

Para monitoramento destes pacientes, as ações realizadas serão registradas no prontuário clínico do paciente, pois o serviço não possui prontuário eletrônico. Verificaremos se a ficha específica da historia clinica (ficha-espelho disponibilizada pelo curso) contém todos os dados necessários para o cálculo dos indicadores, caso for necessário a atualizaremos.

Para organizar o registro específico do programa, a técnica de enfermagem revisará os prontuários identificando todos os pacientes hipertensos e/ou diabéticos que consultaram no serviço, identificando quais são os pacientes que estão em atraso com mais de 6 meses nos exames laboratoriais e quais são os pacientes hipertensos que estão com mais de um mês sem controle da pressão arterial e quais são os usuários diabéticos que estão em atraso com mais de 3 meses quanto a avaliação das extremidades.

Com o objetivo de sensibilizar a comunidade, estimular a busca precoce para avaliação do serviço de saúde diante de quaisquer sinais e/ou sintomas bem como captação precoce de novos casos, promoção e prevenção quanto aos fatores de risco modificáveis e controle dos fatores não modificáveis manteremos contato com a população por meio de uma radio local, importante fonte comunicadora, que sempre está interessada em divulgar as ações em saúde.

Aproveitaremos a oportunidade para expor quais são os sintomas e sinais presentes nestas patologias e justificaremos a atenção prioritária dispensada a esta parcela da população em nossa UBS.

Como não disponibilizamos de ACS para o monitoramento da ação programática, somente a técnica de enfermagem revisará, diariamente, os prontuários clínicos e identificará os pacientes que estão em atraso nas consultas programadas e quanto à realização de exames clínicos como também quanto aos controles de rotina. Esperamos com esta ação qualificar a atenção à população hipertensa e/ou diabética pertencente à Unidade de Saúde Branco Araújo.





### **3 Relatório da Intervenção**

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

Primeiramente, destacamos que ao iniciarmos as atividades de intervenção na Unidade de Saúde da Família Branco Araújo, as mesmas estavam programadas para serem desenvolvidas em um período de 16 semanas. No entanto, este prazo foi reduzido para 12 semanas. Esta mudança foi necessária devido ao período de férias estendido do especializando e a não continuidade das ações da intervenção pela equipe neste período para poder, assim ajustar as defesas dos trabalhos de conclusão do curso ao calendário estabelecido com a Universidade.

A unidade está localizada no bairro Branco Araújo, área urbana e periférica do município de Arroio Grande/RS. Até a 8ª semana da intervenção o trabalho foi desenvolvido apenas com uma equipe de saúde formada por uma técnica de enfermagem e um clínico geral do Programa Mais Médicos (eu) e uma nutricionista volante (que não pertence à unidade, mas atende a demanda de todo o município). O atendimento ao público era realizado na unidade em 2 dias da semana e 2 dias na associação de moradores Vidal localizada no centro da cidade, mas o trabalho na associação foi interrompido devido às precárias condições da estrutura física. O atendimento era prioritariamente realizado por demanda espontânea atendendo a, aproximadamente, 30 usuários por dia (não eram todos hipertensos e/ou diabéticos), de terça a sexta-feira.

O percentual de usuários estimado para a Unidade Branco Araújo é de, aproximadamente 3.000 usuários. Destes, a estimativa era de 671 hipertensos e 75 diabéticos, ambos com 20 anos ou mais residentes na área de cobertura da unidade. Desde o princípio, foram realizadas diferentes ações para melhorar a saúde da população alvo, especialmente ações que pudessem contribuir para

modificar o estilo de vida e a forma de vida como o incentivo à realização de atividades físicas, abandono de hábitos tóxicos como tabagismo e uso de álcool e/ou outras drogas sociais bem como a manutenção de hábitos saudáveis na alimentação. Estas atividades foram realizadas na sala de conferências da casa da cultura da cidade com prévio agendamento com a instituição e convite à população.

A implementação da intervenção destacou-se como necessária e de suma importância nesta comunidade, pois tínhamos muitos usuários não cadastrados e os que estavam cadastrados não possuíam conhecimento adequado quanto às suas patologias. Além disso, muitos realizavam tratamentos inadequados e sem controle das patologias como também não tinham conhecimento das possíveis complicações provenientes das mesmas. Desta forma, a população foi incentivada para procurar ajuda em caso de quaisquer alterações e que mantivesse um adequado controle clínico e laboratorial.

O projeto de intervenção foi necessário e muito importante para um início de uma forma de trabalho mais organizado, sistêmico e de melhor qualidade para o grupo de usuários hipertensos e/ou diabéticos que até o início da intervenção não participavam de nenhum grupo específico direcionado para o cuidado de sua saúde. Por meio da intervenção foi possível oferecer monitoramento adequado com consultas agendadas além das por demanda espontânea bem como promoção e prevenção à saúde.

Inicialmente, a realização das atividades previstas foi complicada, pois não tínhamos o cadastro atualizado da população pertencente à área de cobertura. Assim, todos os usuários que compareciam à unidade, espontaneamente, foram avaliados e cadastrados, pois a equipe de saúde recebeu os ACS na última semana da intervenção. A partir desse momento, foi realizada a capacitação dos ACS e, estes iniciaram o trabalho dando prioridade ao processo de cadastramento dos moradores do bairro pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde e ao mesmo tempo estão contribuindo com ações de prevenção e promoção à saúde. O próximo passo é aguardar que as obras de construção da nova UBS sejam concluídas para que assim possamos oferecer um espaço adequado ao atendimento à população.

No início da intervenção o preenchimento das fichas-espelho e da planilha de coleta de dados foi um pouco difícil, pois os usuários não compreendiam e não cooperavam muito com o fornecimento dos dados ao médico especializando. A população achava que a intervenção poderia estar relacionada a aspectos políticos e que poderiam ser prejudicados ao fornecerem dados sobre si. Foi necessária a divulgação nos meios de comunicação como a rádio local e o jornal da cidade sobre o processo de intervenção que estava acontecendo na unidade solicitando o apoio por parte da população para que o mesmo pudesse ser realizado de forma efetiva. Hoje, com a chegada do ACS, o processo de cadastramento está mais fluido e, mesmo assim, alguns não são bem recebidos pela população em suas casas apesar de já ter ocorrido aceitação por grande parte da comunidade e o trabalho ter-se tornado mais produtivo.

Não conseguimos alcançar as metas estipuladas. No entanto, o primeiro passo foi dado e com a continuidade de um trabalho sistêmico e organizado baseado nos protocolos do Ministério da Saúde para atendimento à população hipertensa e/ou diabética a equipe espera alcançar as metas propostas.

Foram realizadas capacitações para os ACS para atualização sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus bem como sobre o preenchimento da ficha-espelho disponibilizada pelo curso de especialização em Saúde da Família e da ficha do Programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos para que possamos manter controle e monitoramento dos usuários em acompanhamento na unidade além de poder realizar a busca ativa dos faltosos às consultas.

Durante o período de intervenção avaliamos e cadastramos um total de 41,4% (95) de hipertensos e 22,7% (17) de diabéticos moradores da área. Sabemos que os percentuais ficaram muito abaixo do proposto no projeto, mas conseguimos melhorar o atendimento, aumentar o número de consultas, mesmo que por demanda espontânea, aumentar o número de fichas disponibilizadas para os usuários hipertensos e/ou diabéticos priorizando o atendimento a estes e após a chegada dos ACS já houve um acréscimo de usuários para consulta. Isto é resultado do trabalho realizado por eles junto à comunidade.

Quanto aos indicadores de qualidade a solicitação de exames complementares periódicos foi ofertado a 97,9% (93) dos hipertensos e a 100%

(17) dos diabéticos, mas o exame clínico em dia, a prescrição de medicamentos da farmácia popular, a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, a busca ativa aos faltosos mesmo sem ACS, o registro adequado na ficha de acompanhamento, a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, orientação sobre alimentação saudável, sobre a importância da prática de atividade física regular, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal foram realizados a 100% (95) hipertensos e a 100% (17) dos diabéticos acompanhados durante a intervenção.

A maioria dos medicamentos para o tratamento aos hipertensos e/ou diabéticos foram fornecidos pela farmácia popular de acordo com a necessidade de cada usuário, mas ainda não temos disponível na rede básica todos os medicamentos que estes necessitam para o tratamento.

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

As ações não desenvolvidas com bons resultados foram as relacionadas à avaliação e tratamento odontológico, pois contamos com um odontólogo que dedica somente um dia na semana para consulta aos usuários de nossa unidade na Policlínica do município e a demanda é muito grande por parte de toda a população. Diante desta realidade, apenas conseguimos realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico e fornecer orientações quanto à higiene bucal aos usuários acompanhados no período.

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

As maiores dificuldades para a realização das atividades propostas para a intervenção residiram no fato de não termos um cadastro atualizado no início da intervenção e também não havia nenhuma possibilidade de modificar essa situação no momento. Assim, trabalhar com números baseados em estatísticas é bastante difícil, pois a maioria das vezes estes não refletem a realidade da população e, para dificultar ainda mais o trabalho, não tínhamos um espaço físico adequado e nem uma equipe de saúde completa. Entretanto, não houve dificuldades para coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores.



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

Com a composição da equipe de saúde na semana 8 da intervenção deu-se início o cadastramento dos usuários pertencentes à área de abrangência da Unidade. Sabemos que temos muito trabalho ainda por fazer para organizar o serviço de forma satisfatória. Continuamos com a priorização das consultas aos usuários hipertensos e/ou diabéticos na unidade mantendo o atendimento por demanda espontânea e por agendamento. Nestas consultas mantemos o preenchimento das fichas-espelho dos usuários hipertensos e/ou diabéticos. As visitas domiciliares também continuam a ser realizadas aos usuários sem possibilidade de vir até a UBS e mantemos semanalmente a capacitação dos ACS para esclarecimento de dúvidas sobre o processo de trabalho. As ações da intervenção serão mantidas na Unidade para que os usuários possam ser monitorados melhorando a qualidade de vida de cada um.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Os resultados apresentados a seguir descrevem a intervenção realizada entre os meses de fevereiro e maio de 2015 para qualificar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus pertencentes à Unidade de Saúde Branco Araújo, no município de Arroio Grande/RS. A população total estimada para a área de cobertura da unidade é de aproximadamente 3.000 usuários.

Julgamos relevante realizar uma intervenção em saúde com a população alvo devido à falta de monitoramento e controle destas patologias entre os usuários portadores das mesmas. Verificamos abandono do tratamento assim que ocorre uma pequena melhora do quadro e, além disso, a maioria desconhece as complicações destas patologias pelo fato de não realizarem o tratamento da forma adequada.

Assim, destacamos que foi muito importante a realização de atividades que incentivaram a promoção e prevenção durante o processo de intervenção. Os dados utilizados na planilha de coleta de dados são os estimados pela Secretaria Municipal de Saúde, pois não contávamos com Agentes Comunitários de Saúde até as últimas semanas da intervenção e a partir de agora realizaremos o recadastramento da população, uma vez que nestas últimas quatro semanas da intervenção os ACS foram incorporados à equipe e foram capacitados para tal.

Dessa forma, não conseguimos cumprir com todas as ações propostas no cronograma, pois os demais membros da equipe apenas chegaram ao final da intervenção. Durante o processo de intervenção apenas o médico (eu) e uma

técnica de enfermagem eram os profissionais atuantes na unidade para realizar o atendimento às pessoas hipertensas e/ou diabéticos.

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

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

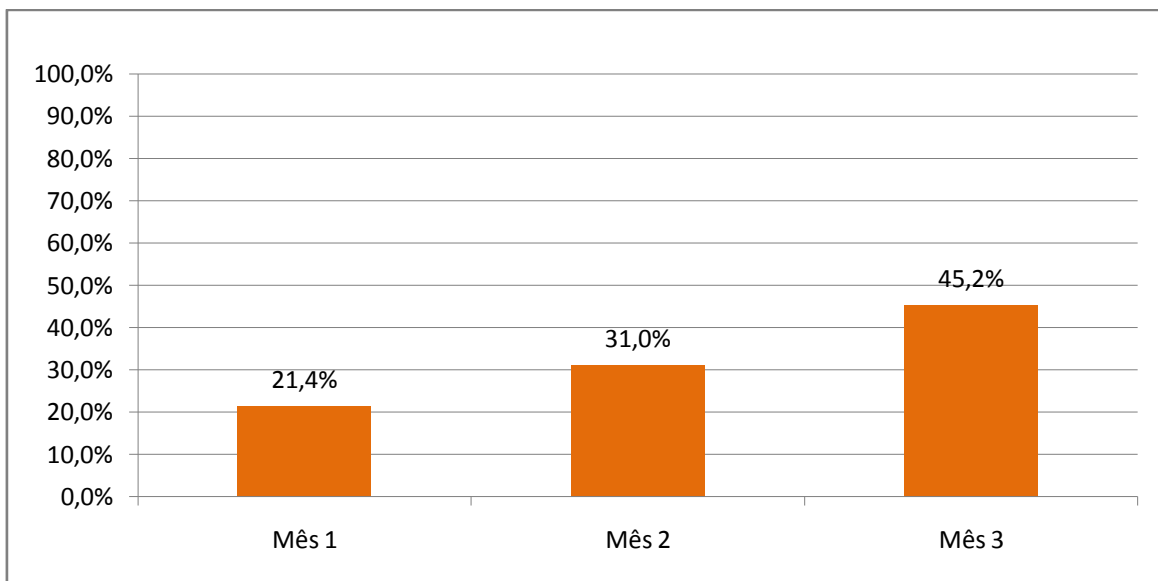
**Indicador 1.1:** Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

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

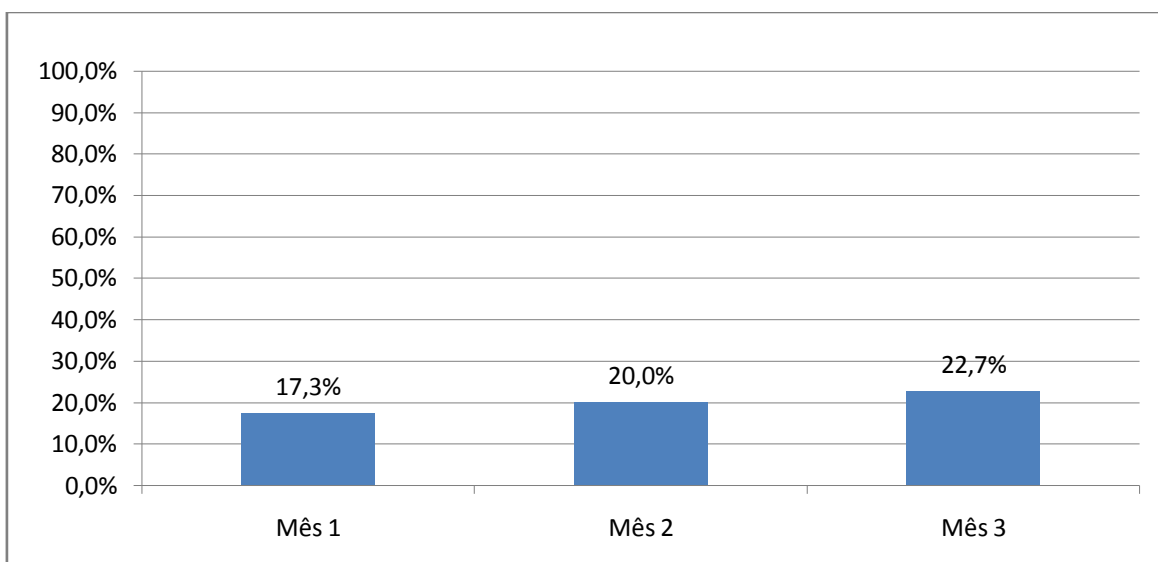
**Indicador 1.2:** Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Ficamos muito longe de cumprir com a meta proposta, mas observamos que aumentamos o número de hipertensos que recebem acompanhamento e tratamento em nosso serviço. Do total de 210 hipertensos previstos nas estimativas, cadastramos e avaliamos um percentual de 45,2% (95). No primeiro mês 21,4% (45), no segundo mês 31,0% (65) chegando ao terceiro mês com 45,2% (95). Dos usuários diabéticos cadastramos avaliamos um total de 22,7% (17) do total de 75 previstos na estimativa gerada pela planilha de coleta de dados. Assim, no primeiro mês um total de 17,3% (13), no segundo mês 20,0% (15) e o terceiro mês fechou com 22,7% (17) pessoas com diabetes avaliadas no serviço.

Estes percentuais certamente deverão ser melhorados com a continuidade de nosso trabalho com as pessoas hipertensas e/ou diabéticas, pois ao finalizarmos o cadastramento do total da população poderemos ter um ideia do total de hipertensos e/ou diabéticos pertencentes à unidade e realizar um planejamento efetivo para acompanhar a todos a fim de aumentar a qualidade de vida.



**Figura 1:** cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde na UBS Branco Araújo do Município de Arroio Grande/RS, 2015.



**Figura 2:** cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde na UBS Branco Araújo do Município de Arroio Grande/RS.

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

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

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

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

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

O exame clínico foi realizado conforme o protocolo a 45 usuários hipertensos no primeiro mês; a 65 usuários no segundo mês e a 95 no terceiro e último mês da intervenção. Assim, alcançamos a meta de 100% quanto à realização de exame clínico apropriado em usuários hipertensos acompanhados pelo serviço de saúde durante a intervenção.

Também foi realizado o exame clínico conforme protocolo a 13 usuários diabéticos no primeiro mês; a 15 usuários no segundo mês e a 17 no terceiro e último mês da intervenção. Assim, também alcançamos a meta de 100% quanto à realização de exame clínico apropriado em usuários diabéticos acompanhados pelo serviço de saúde durante a intervenção.

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

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

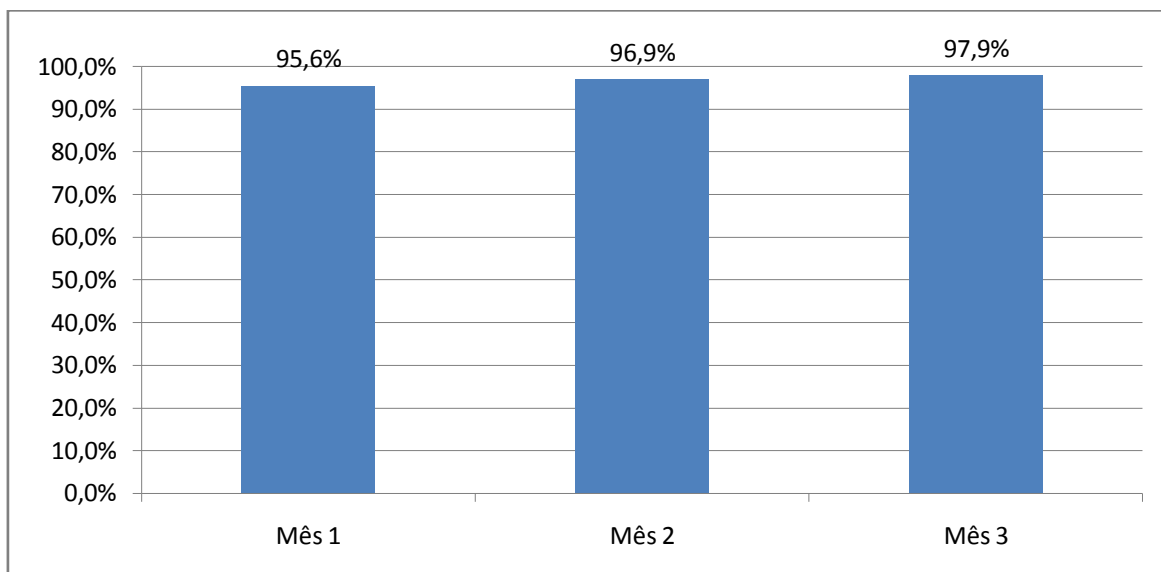
**Meta 2.4:** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Nem todos os usuários hipertensos acompanhados realizaram os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Conforme a **figura 3** um total de 95,6% (43) realizou os exames no primeiro mês; 96,9% (63) no segundo mês e 97,9% (93) no último mês da intervenção. Os dois usuários hipertensos que não retornaram com os resultados dos exames complementares são os que se mudaram para outra cidade, pois moravam em nosso bairro apenas por tempo determinado.

Dentre os usuários diabéticos acompanhados que realizaram os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, um total de 13 (100%) realizou os exames no primeiro mês; 15 (100%) no segundo mês e 17 (100%) no último mês da intervenção. Este fato deve-se ao acompanhamento efetivo por parte da equipe de saúde aos usuários lembrando-lhes da necessidade de

realizarem os seus exames e de retornarem ao serviço para apresentação dos mesmos.



**Figura 3:** proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Branco Araújo do Município de Arroio Grande/RS.

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

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

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

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

Todas as pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus que foram avaliados no serviço aceitaram fazer uso da medicação disponibilizada pela farmácia popular. Assim, a todos foi fornecida a prescrição dos medicamentos. No primeiro mês foi fornecida a prescrição dos medicamentos a um total de 45 usuários hipertensos; a 65 usuários no segundo mês e a 95 no terceiro e último mês da intervenção. Assim, alcançamos a meta de 100% quanto à prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada para os usuários hipertensos acompanhados pelo serviço de saúde durante a intervenção.

Também foi ofertada a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 13 usuários diabéticos no primeiro mês; a 15 usuários no segundo mês e a 17 no terceiro e último mês da intervenção. Assim, também alcançamos a meta de

100% quanto à prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada para os usuários diabéticos acompanhados pelo serviço de saúde durante a intervenção.

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

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

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

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

Um total de 100% (95) de usuários hipertensos e 100% (17) de usuários diabéticos acompanhados em nossa área foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico. A avaliação foi realizada no momento da consulta individual por mim e na presença de cáries, queixa de dor por parte do usuário ou em presença de pequenas lesões suspeitas na mucosa oral foi realizado o encaminhamento ao odontólogo da Policlínica ou ao serviço móvel (1 vez na semana) que era ofertado na cidade.

O município não disponibiliza atendimento odontológico nas unidades de saúde contando apenas, uma vez por semana, com um ônibus equipado com um consultório odontológico para atender a demanda de todo o município.

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

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

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

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

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

A proporção de faltosos às consultas com necessidade de busca ativa durante a intervenção foi de apenas 4 (100%) usuários hipertensos. Dentre os

usuários diabéticos avaliados, durante os três meses somente 1 (100%) usuário faltou à consulta agendada. Para todos os hipertensos e diabéticos foi necessário realizar busca ativa por meio de contato telefônico para um novo agendamento, ocasião em que todos compareceram à consulta.

**Objetivo 4** – Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

Para todos os hipertensos e diabéticos avaliados durante a intervenção foi preenchida a ficha-espelho disponibilizada pelo curso de especialização objetivando o monitoramento constante dos usuários na continuidade do cuidado. Assim, a meta foi cumprida na totalidade ao longo de todos os meses da intervenção ficando 45, 65 e 95 hipertensos com a ficha-espelho preenchida ao longo da intervenção no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente. E, quanto aos diabéticos um total de 13, 15 e 17 no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente mantendo também 100% dos acompanhados com a ficha-espelho preenchida.

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

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

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

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

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



A estratificação do risco cardiovascular foi realizada para 100% dos 95 usuários hipertensos e dos 17 usuários diabéticos avaliados durante a intervenção em nossa área de cobertura da unidade. A maioria dos usuários apresentavam riscos de infarto agudo do miocárdio e todos estão em acompanhamento contínuo junto ao serviço e os que necessitavam de um acompanhamento especializado foram encaminhadas conforme a necessidade. Todos os usuários receberam informações quanto aos fatores de riscos modificáveis e não modificáveis a fim de contribuir para a melhoria da qualidade de vida.

**Objetivo 6 – Promover a saúde de hipertensos e diabéticos**

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

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

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

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

Quanto à orientação nutricional sobre alimentação saudável as orientações foram fornecidas a 100% (95) dos hipertensos e a 100% (17) dos diabéticos. Em alguns casos, houve necessidade de realizar encaminhamento para uma avaliação da profissional nutricionista que atende 2 vezes por semana em nossa Unidade de Saúde.

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

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

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

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

Durante as consultas, ao longo da intervenção, 100% dos usuários hipertensos e dos diabéticos que foram avaliados receberam orientações sobre a

importância de realizarem atividades físicas regulares como uma forma de promover mudanças quanto ao estilo de vida, pois a atividade física pode prevenir complicações de doenças já existentes. Não foi realizada nenhuma atividade prática na comunidade devido à falta de um profissional da área para o desenvolvimento das atividades de forma segura para todos os usuários.

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

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

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

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

A 100% (95) dos usuários hipertensos e a 100% (17) dos usuários diabéticos receberam orientações sobre os riscos do tabagismo, aos fumantes orientamos sobre como parar de fumar e informamos sobre a possibilidade de uso da medicação que pode ser utilizada para abandonar o vício. Infelizmente, a Secretaria de Saúde do município ainda não disponibiliza destes medicamentos para auxiliar aqueles que desejam abandonar o vício.

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

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

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

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

Apesar de não termos em nossa equipe um profissional odontólogo, o médico (eu) e a técnica de enfermagem forneceram orientações a 100% (95) dos hipertensos e a 100% (17) dos usuários diabéticos acompanhados pelo serviço durante a intervenção quanto à importância de manterem uma higiene bucal adequada.

## 4.2 Discussão

A intervenção realizada na Unidade de Saúde Branco Araújo, no município de Arroio Grande/RS teve como objetivo promover a melhoria da qualidade de atenção às pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus pertencentes à área adstrita da unidade. A princípio, o processo de intervenção iniciou com o atendimento diário conforme rotina já estabelecida no serviço a todos os usuários que procuraram pelo atendimento de forma espontânea porque não contávamos com os ACS. A partir da oitava semana passamos a contar com o apoio dos ACS e assim iniciamos o cadastramento e busca dos usuários faltosos às consultas.

Quanto à realização dos exames complementares de rotina tivemos algumas dificuldades que foram solucionadas com o andamento da intervenção, pois os usuários passaram a entender a importância da realização dos mesmos. Foi realizada a busca ativa de todos os faltosos às consultas por meio de contato telefônico até a incorporação dos ACS à equipe e por meio de visitas domiciliares a partir a oitava semana da intervenção. Assim, ao final da intervenção foi possível realizar o cadastramento e avaliação de 45,2% (95) das pessoas com hipertensão e 22,7% (17) das pessoas com diabetes mellitus estimados para a área de abrangência da unidade.

Durante os meses da intervenção, todos os usuários cadastrados foram avaliados em consulta clínica e receberam orientações quanto aos cuidados com a saúde bucal, nutricional, importância do abandono dos vícios (tabagismo, álcool e/ou drogas) e sobre a importância de praticarem atividades físicas de forma regular e como todas estas ações podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida.

Com a implementação e uso da ficha-espelho disponibilizada pelo curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas realizamos o cadastramento e conseguimos realizar o controle dos usuários avaliados, pois até o momento em nosso serviço não existia nenhum tipo de registro dos usuários pertencentes à área e por meio desta conseguimos realizar um trabalho efetivo de cadastramento e, a partir de agora o monitoramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos pertencentes à unidade será mantido de

forma qualificada. Também conseguimos adesão de 100% da população cadastrada e avaliada para fazer uso da medicação disponibilizada na Farmácia popular para tratamento das patologias.

Em nossa Unidade foi disponibilizada para os usuários e para a equipe de saúde em forma impressa informações sobre as recomendações do Ministério da Saúde referentes ao Protocolo de hipertensão e diabetes para que todos pudessem estar atualizados sobre as patologias. Estas informações eram baseadas em atualidades sobre tratamento, medidas não medicamentosas, exames indicados para cada patologia e como prevenir complicações.

O médico ficou com a responsabilidade de solicitar e/ou realizar os exames de rotina, prescrever o tratamento adequado para cada usuário e trabalhar com a promoção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Quanto à prevenção e promoção o trabalho de orientações quanto à dieta foram realizadas pela nutricionista.

O médico também manteve o registro atualizado na ficha-espelho e com a formação da nova equipe foi facilitado o acompanhamento e monitoramento dos usuários faltosos às consultas bem como os exames em atraso não realizados pelos usuários que já haviam sido avaliados, aumentamos o número de visitas domiciliares e com isso foi implementada uma triagem para facilitar a consulta aos usuários que necessitavam de atendimento com maior urgência.

Durante a intervenção, os usuários hipertensos e/ou diabéticos passaram a ter prioridade no atendimento em nossa unidade e foi reorganizada a agenda para prestar um atendimento prioritário aos mesmos sem perder a qualidade de atendimento para os outros usuários.

O resultado de nosso trabalho já se pode ser percebido na comunidade, pois os usuários se sentem vinculados à unidade de forma que falam sobre suas problemáticas e como estas afetam sua vida diária. Além disso, entendem que é um benefício e não um sacrifício poder realizar de forma diária e gratuita um hemoglicoteste (HGT) em caso de ser um portador de diabetes mellitus e verificar a pressão arterial em caso de ser um portador de hipertensão e muitos destes usuários já atuam como promotores de saúde na própria comunidade.

A intervenção poderia ter obtido melhores resultados se tivéssemos uma equipe completa desde o início, mas a realidade foi outra. O trabalho desde o

princípio foi realizado de forma organizada, humanizada e conscientes de que trabalhávamos com uma população carente de atendimento e sem recursos humanos.

O próximo passo é finalizar o cadastramento da população da área de abrangência e continuaremos com este projeto mantendo o monitoramento, solicitação de exames, agendamento dos usuários e a investigação de novos casos de hipertensão e diabetes na comunidade a fim de melhorar a qualidade de vida das pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus em nossa área.

## 5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado Gestor de Saúde,

Foi realizada entre os meses de fevereiro e maio de 2015 na Unidade de Saúde Branco Araújo localizada no bairro Branco Araújo na área urbana do município de Arroio Grande uma intervenção em saúde objetivando a melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial e/ou com *diabetes mellitus*.

Até a 8ª semana da intervenção o trabalho foi desenvolvido com uma equipe de saúde formada por um médico do Programa Mais Médicos para o Brasil, uma técnica de enfermagem e uma nutricionista (um dia na semana) ofertando diariamente atendimento à população estimada em 3.000 usuários. Inicialmente trabalhávamos em duas unidades de saúde do mesmo bairro (Vidal e Branco Araújo). A intervenção foi realizada somente na Unidade de Saúde Branco Araújo, pois apresentava uma estrutura física mais adequada para o desenvolvimento das atividades.

A Unidade, segundo estimativas do Caderno de Ações Programáticas disponibilizado pelo curso de especialização possui 210 pessoas com hipertensão e 75 pessoas com diabetes, o que pode ser considerada uma alta taxa de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou com Diabetes mellitus para a área.

Foram realizadas atividades de educação em saúde por meio de palestras educativas em locais previamente agendados como escolas e espaço comunitário. Nas consultas regulares também ofertamos educação em saúde. O direcionamento das ações em educação em saúde foi focado na importância da manutenção de uma alimentação saudável, da realização da prática de atividades físicas regulares e da higiene bucal.

Esta intervenção foi de extrema importância para a comunidade, pois muitos dos usuários cadastrados não mantinham controle de suas patologias e desconheciam as possíveis complicações para a sua saúde provenientes destas. A intervenção possibilitou organizar o trabalho com o grupo de pessoas com hipertensão e/ou com diabetes e todos os avaliados passaram a ser monitorados pelo serviço de saúde. As fichas-espelho disponibilizadas pelo curso foram preenchidas adequadamente e nos auxiliaram no monitoramento. A realização da intervenção também alertou sobre a necessidade de desempenhar atividades de promoção e prevenção à saúde na comunidade, o que contribuiu favoravelmente para a conscientização da população.

Inicialmente, a realização do trabalho foi um pouco difícil porque quando chegamos à área já havia meses que o serviço não tinha médicos para acompanhamento da população na unidade e a demanda por consulta médica era muito alta e não tínhamos como priorizar o atendimento somente às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou com Diabetes mellitus porque todos nesse momento eram prioritários.

Ainda, não tínhamos uma equipe formada, o que dificultou o atendimento integral, pois a equipe de saúde foi formada apenas nas últimas 4 semanas da intervenção. Até o presente momento, não temos um cadastro atualizado de toda a população do bairro, apenas trabalhamos com estimativas e dados atualizados em parte. Os ACS já iniciaram o processo de cadastramento dos moradores do bairro pertencente à área de abrangência da Unidade de Saúde e já superamos 4.000 pessoas o que perfaz uma estimativa de 80% da população total do bairro.

Após a chegada dos demais membros da equipe (enfermeira e ACS) foram realizadas capacitações sobre saúde bucal, hipertensão arterial, diabetes mellitus além de capacitação sobre preenchimento adequado das fichas-espelho para que os dados pudessem ser coletados de forma adequada a fim de podermos manter um monitoramento adequado de todos os acompanhados no serviço.

Durante o período de intervenção cadastramos e avaliamos um total de 45,2% (95) de hipertensos e 22,7% (17) de diabéticos. Os percentuais ficaram muito abaixo do planejado. Realizamos muitas consultas por demanda espontânea e agendamento e priorizamos em parte o atendimento aos

hipertensos e/ou diabéticos, ampliando o número de consultas/dia para que mais pessoas pudessem receber atendimento.

Ainda temos dificuldade quanto ao agendamento de exames complementares e solicitamos à gestão um parecer quanto a isto, pois sabemos o quanto é importante que todos tenham seus exames em dia para um adequado monitoramento de sua saúde.

Informamos que manteremos a realização de visitas domiciliares, a fim de conscientizar a todos sobre a importância de manterem-se em acompanhamento e ofereceremos na unidade agendamento de consultas para o dia e horário mais adequado para cada um dos usuários do serviço. Sabemos da dificuldade que muitas pessoas têm de comparecer à unidade, pois muitas moram no campo, o que inviabiliza, às vezes, o comparecimento no dia e horário da consulta médica agendada e por isso a agenda estará sempre aberta com reserva para estes atendimentos.

Partilhamos com a gestão nossa preocupação quanto à falta de medicamentos para o tratamento fornecidos pela farmácia popular, pois apesar de estarem de acordo com a necessidade dos usuários, ainda temos alguns que não se encontram disponíveis na rede básica como, por exemplo, anti-hipertensivos combinados e medicação cardiológica.

Lamentamos pelo fato das ações relacionadas à saúde bucal não terem sido realizadas de forma completa, pois não disponibilizamos de um profissional odontólogo na unidade e as pessoas necessitam recorrer ao serviço na policlínica da cidade ou conseguir uma vaga no ônibus que oferece o atendimento uma vez na semana na cidade.

Assim, contamos com o compromisso da gestão para implantação do serviço de odontologia na nova Unidade de Saúde a fim de ofertar este atendimento no próprio serviço melhorando a qualidade da saúde bucal de nossa população. Informamos que em todas as consultas foi realizada a avaliação da necessidade de atendimento odontológico e realizado o encaminhamento ou sugerido a consulta com um odontólogo particular caso o usuário tivesse condições para isso.

Enfrentamos diversas dificuldades para a realização da intervenção como a inexistência de um cadastro atualizado da população pertencente à área de



abrangência da Unidade, a falta de uma equipe completa para a realização das atividades além da falta de uma infraestrutura física adequada, pois as obras das novas instalações ainda não foram concluídas e entregues à comunidade.

A seguir, apresentamos um quadro com os principais resultados da intervenção realizada na unidade de saúde.

Indicadores	Antes da intervenção HIPERTENSOS	Após a intervenção HIPERTENSOS	Antes da intervenção DIABÉTICOS	Após a intervenção DIABÉTICOS
Cobertura do programa de atenção ao hipertenso e/ou diabético na unidade de saúde.		45,2% (95)		22,7% (17)
Realização de exame clínico em hipertensos e/ou diabéticos		100% (208)		100% (17)
Realização de exames complementares em hipertensos e/ou diabéticos		97,9% (93)		100% (17)
Prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA aos hipertensos e/ou diabéticos		100% (208)		100% (17)
Avaliação da necessidade de atendimento odontológico de hipertensos e diabéticos		100% (208)		100% (17)
Busca de hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas		100%(4)		100%(1)
Registro adequado em fichas-espelho ou de acompanhamento de hipertensos e/ou diabéticos		100% (208)		100% (17)
Realização da estratificação do risco cardiovascular em hipertensos e/ou diabéticos		100% (208)		100% (17)
Orientação nutricional à hipertensos e/ou diabéticos		100% (208)		100% (17)

Orientação sobre a prática de atividade física a hipertensos e/ou diabéticos		100% (208)		100% (17)
Orientação sobre os riscos do tabagismo a hipertensos e/ou diabéticos		100% (208)		100% (17)
Orientações sobre higiene bucal a hipertensos e/ou diabéticos		100% (208)		100% (17)

Figura 4 – Quadro demonstrativo dos resultados alcançados com a intervenção em saúde realizada na Unidade de Saúde Araújo Branco, no município de Arroio Grande/RS, 2015.

Manteremos reunião semanal com a equipe e constante capacitação de toda a equipe para oferecer um atendimento conforme preconizado pelo Ministério da Saúde a toda a demanda do serviço. Comunicamos também à gestão que o trabalho iniciado com a intervenção será mantido na Unidade para que possamos monitorar os usuários hipertensos e/ou diabéticos oferecendo-lhes qualidade de vida.

A equipe de saúde coloca-se à disposição da gestão para esclarecimento de dúvidas sobre o trabalho realizado e destacamos que aceitamos sugestões que possam contribuir para a melhoria das atividades desenvolvidas na unidade a fim de melhorar nosso trabalho e que isto seja refletido em uma boa saúde para toda a população.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da Unidade Branco Araújo, Arroio Grande/RS

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

Prezada Comunidade,

A Unidade de Saúde Branco Araújo localizada na área urbana do município, no bairro Branco Araújo realizou uma intervenção em saúde focada na atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus com 20 anos ou mais entre os meses de fevereiro e maio de 2015 com duração de 12 semanas.

A equipe atuante na intervenção, no princípio, era composta apenas por um médico clínico geral do Programa Mais Médicos, uma técnica de enfermagem e uma nutricionista que atende a demanda de todo o município (somente um dia na semana em nossa unidade). Nas últimas 4 semanas da intervenção somaram à equipe uma enfermeira e 7 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A população estimada para a área era de aproximadamente 3.000 pessoas, mas estamos realizando o cadastramento da população após a chegada dos ACS e já alcançamos 4 mil pessoas e o mesmo ainda não está finalizado. Assim, poderemos realizar o planejamento adequado das ações a serem desenvolvidas a partir de agora.

Segundo as estimativas geradas pelo Caderno de Ações Programáticas disponibilizado pelo curso, a Unidade possui uma alta porcentagem de usuários hipertensos e/ou diabéticos, 671 e 192, respectivamente. Diante da falta de uma equipe completa e de uma estrutura física deficiente procuramos durante a intervenção ofertar um atendimento adequado de forma a satisfazer as necessidades dos usuários acompanhados. Realizamos palestras educativas em múltiplas oportunidades para a população em geral, incentivando os usuários

hipertensos e/ou diabéticos a manterem uma dieta saudável bem como manterem atividades físicas regulares para a melhoria da qualidade de vida.

Ao longo de toda a intervenção trabalhamos com agendamento das consultas, mas ao mesmo tempo não deixamos de atender a demanda espontânea. As fichas-espelho dos usuários avaliados foram preenchidas e guardadas separadamente do prontuário clínico permitindo que qualquer integrante da equipe a acessasse rapidamente para monitoramento.

Por enquanto as obras das novas instalações ainda não foram concluídas e com isso não conseguimos oferecer à comunidade um espaço adequado para o atendimento, mas esperamos que até o final deste ano a obra possa ser entregue à comunidade.

Ficamos muito longe do cumprimento das metas e objetivos propostos para serem alcançados durante o período da intervenção, mas com a continuidade das ações e com a equipe completa a comunidade poderá comparecer ao serviço, pois a equipe estará preparada para receber a todos e oferecer-lhes uma atenção qualificada em todos os sentidos.

Durante o período de intervenção cadastramos e avaliamos um total de 45,2% (95) de pessoas com hipertensão e 22,7% (17) de pessoas com diabetes. Os percentuais ficaram muito abaixo do planejado, mas informamos à comunidade que daremos continuidade ao desenvolvimento de todas as ações para alcançar a população total de hipertensos e/ou diabéticos pertencentes à área de abrangência da unidade Branco Araújo.

Solicitamos aos usuários que mantenham controle de suas patologias por meio do acompanhamento regular pelo serviço de saúde com realização dos exames complementares em dia para um controle efetivo das mesmas. Sabemos da dificuldade que o nosso município apresenta para o agendamento e realização dos mesmos, mas destacamos a importância da realização dos mesmos.

Manteremos a realização de visitas domiciliares para atualizar o cadastramento e realizar promoção à saúde. Também informamos a comunidade que a agenda do serviço se mantém aberta e que todos que necessitarem de atendimento o poderão agendar em qualquer momento de funcionamento da unidade.

Os medicamentos para o tratamento foram e continuam sendo fornecidos pela farmácia popular de acordo com a necessidade de cada usuário, mas ainda há a falta de alguns medicamentos (de uso cardiológico) que não se encontram disponíveis na rede básica e que estamos aguardando resposta por parte da gestão quanto a isso.

Quanto à saúde bucal ofertamos à população ações de avaliação da necessidade de avaliação do atendimento odontológico e educação sobre a importância da higiene bucal, mas o atendimento odontológico não foi possível ofertar, pois não contamos com odontólogo na unidade e o município dispõe o atendimento centralizado na policlínica e junto a um ônibus móvel que oferece atendimento uma vez por semana para a população de toda a cidade. Quando a nova unidade estiver pronta há a previsão de que um odontólogo trabalhará na equipe e assim conseguiremos ofertar acompanhamento à saúde bucal de nossa população de forma adequada.

Todas as sextas-feiras realizamos reunião com a equipe de saúde a fim de identificar problemas surgidos no trabalho durante a semana e, assim discutir soluções em busca de novas formas de trabalho a fim de melhorar cada dia a qualidade no atendimento prestado à população. O trabalho iniciado com a intervenção será mantido na Unidade para que possamos monitorar a todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos oferecendo-lhes qualidade de vida e melhorar cada dia mais a saúde de todos. A equipe de saúde também está sempre disposta a ouvir novas propostas de trabalho a fim de qualificar o serviço e que estas melhorias possam se traduzir em uma saúde qualificada para a população.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da Unidade Branco Araújo, Arroio Grande/RS

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

Fazendo uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem eu posso dizer que foi muito bom. Creio que quando se fala em aprendizagem não se pode falar somente sobre o processo educativo, pois desde o momento que em nascemos começamos a aprender e este processo culmina quando deixamos de existir.

Em meu caso, como sou Uruguaio e não tinha muito contato com a sociedade Brasileira, desde o momento que cheguei ao Brasil teve início o meu processo de aprendizagem, pois tive que me adaptar a um novo idioma, a uma nova cultura, a uma nova forma de vida e a um novo trabalho. Desde o primeiro momento tive que aprender como se trabalha no Sistema de Saúde brasileiro, como se deve falar com uma pessoa que não fala a tua língua ou pior ainda que, muitas vezes, é analfabeta. Sobretudo tive que aprender a traduzir todos meus conhecimentos para poder aplicá-los e transmitir os mesmos em cada dia de meu trabalho. Muitos desses processos foram fáceis e ocorreram de forma automática, mas muitos deles foram acontecendo lentamente e com muito esforço.

Falando pontualmente do processo de aprendizagem do especializando destaco que aprendi muitas coisas, tive a oportunidade de comparar desde um ponto de vista objetivo quanto ao processo de trabalho no Brasil quanto as formas de trabalho que um país tão grande necessita se adaptar para poder dar conta de uma sociedade com uma diversidade social, cultural e econômica tão variada. Eu gostei do trabalho sistêmico e monitorado por meio de orientadores e tutores via online.

Desde que iniciou o processo educativo escolhendo um tema de trabalho até o desenvolvimento das práticas clínicas semanais o processo foi muito

motivador e interessante o que permitiu uma aprendizagem contínua que nunca foi monótono e/ou complicado.

Resumindo, posso dizer que meu processo pessoal de aprendizagem foi muito bom em todos os pontos de vista tanto social, acadêmico como profissional.

Obrigado por tudo

## Referências

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: **diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica: **controle dos Cânceres do Colo do útero e de Mama**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 124p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: **crecimento e desenvolvimento**. Brasília. Ministério da Saúde, 1ª Edição, 2012.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **CENSO DEMOGRÁFICO 2012**. Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Instituto Nacional de Câncer (Inca). Estimativa 2012: **incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Inca; 2011.



## **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>  
Prof<sup>a</sup> Ana Cláudia Gastal Fassa

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

Prezada Pesquisadora;

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

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

## Anexo B – Planilha de coleta de dados

2014\_11\_06 Coleta de dados HAS e DM - Microsoft Excel

Calibri 11

Fonte Alinhamento Número Estilos de Célula

AutoSoma Preencher Limpar Classificar e Filtrar Localizar e Selecionar

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1																	
Indicadores para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamento?	Todos os medicamentos estão sãõ da lista do Hipertido ou da Família Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
21																	
22																	
23																	
24																	
25																	
26																	
27																	
28																	
29																	

Pronto Referências Circulares

PT 59% 23:30 15/07/2015



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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

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

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante