

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MODALIDADE À DISTÂNCIA



**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DOS ADULTOS COM HIPERTENSÃO  
ARTERIAL SISTÊMICA E/OU DIABETE MELLITUS NA UBS/ESF ATLÂNTICO,  
ERECHIM/RS**

HENRIQUE BORDIN SCHMIDT

Pelotas, 2015

HENRIQUE BORDIN SCHMIDT

**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DOS ADULTOS COM HIPERTENSÃO  
ARTERIAL SISTÊMICA E/OU DIABETE MELLITUS NA UBS/ESF ATLÂNTICO,  
ERECHIM/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Especialização  
em Saúde da Família – Modalidade a  
Distância – UFPEL/UNASUS, como  
requisito para a obtenção do título de  
Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Rosângela de Leon Veleda de Souza

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas  
Catalogação na Publicação**

S351m Schmidt, Henrique Bordin

Melhoria da atenção à saúde dos adultos com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabete mellitus na UBS/ESF Atlântico, Erechim, RS / Henrique Bordin Schmidt; Rosângela de Leon Veleda de Souza, orientadora. — Pelotas, 2015.

126 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. Diabetes mellitus. 4. Hipertensão arterial. I. Souza, Rosângela de Leon Veleda de, orient. II. Título.

CDD : 362.14

**Dedico esse trabalho aos profissionais de saúde  
e à comunidade da UBS Atlântico de Erechim.**

## **Agradecimentos**

Agradeço à vida pela experiência desse momento.

Agradeço à minha família, especialmente ao meu pai e médico Alberto André Pippi Schmidt e à minha mãe e psicóloga Eluisa Leocádia Bordin Schmidt, os quais desde cedo me incentivaram aos estudos.

Agradeço aos meus pais e irmãos pela paciência, pela ajuda, principalmente nas tabelas e planilhas, e por não me deixarem desistir nos momentos de fraqueza.

Agradeço aos colegas e demais profissionais da UBS Atlântico de Erechim.

Agradeço à Secretaria Municipal de Saúde de Erechim pela oportunidade de trabalho.

Obrigado.

*“Compartilhe felicidade, propague o amor, viva em família, valorize as amizades, tenha saúde, seja alegre, aproveite a vida. Conheça o novo, admire o passado, construa seu futuro. Obrigado vida, por me conceder esta oportunidade”.*

*(HENRIQUE BORDIN SCHMIDT)*

## Lista de Figuras

Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade Básica de Saúde Atlântico, Erechim - RS.....	82
Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade Básica de Saúde Atlântico, Erechim - RS.....	83
Figura 3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na Unidade Básica de Saúde Atlântico, Erechim - RS.....	84
Figura 4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na Unidade Básica de Saúde Atlântico, Erechim - RS.....	85
Figura 5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na Unidade Básica de Saúde Atlântico, Erechim - RS.....	86
Figura 6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na Unidade Básica de Saúde Atlântico, Erechim - RS.....	87
Figura 7: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular na Unidade Básica de Saúde Atlântico, Erechim - RS.....	90
Figura 8: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular na Unidade Básica de Saúde Atlântico, Erechim - RS.....	91

## Lista de Abreviaturas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
APS	Atenção Primária em Saúde
CP	Citopatológico
CAPS II E AD	Centro de Saúde Mental
CRAS	Centro de Referência Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado Assistência Social
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESF Bucal	Odontólogo e auxiliar de dentista
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MS	Ministério da Saúde
NIC	Neoplasia intra-epitelial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão arterial
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
RS	Rio Grande do Sul
SES	Secretaria de Saúde
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SISCAN	Sistema de Informação sobre o Câncer
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA-24h	Unidade de Pronto-Atendimento
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
URI	Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai



## SUMÁRIO

	Pág.
<b>Resumo.....</b>	<b>09</b>
<b>Apresentação.....</b>	<b>10</b>
<b>1. Análise Situacional.....</b>	<b>11</b>
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	14
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	34
<b>2. Análise Estratégica – Projeto de Intervenção.....</b>	<b>35</b>
2.1 Justificativa.....	35
2.2 Objetivos e Metas.....	38
2.2.1 Objetivos gerais.....	38
2.2.2 Objetivos.....	38
2.2.3 Metas.....	38
2.3 Metodologia.....	40
2.3.1 Detalhamento das ações.....	40
2.3.2 Indicadores.....	65
2.3.3 Logística.....	70
2.3.4 Cronograma.....	75
<b>3. Relatório da Intervenção.....</b>	<b>76</b>
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	76
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	78
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	79
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	79
<b>4. Avaliação da intervenção.....</b>	<b>81</b>
4.1 Resultados.....	81

4.2 Discussão.....	94
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	97
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	99
<b>5. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....</b>	<b>102</b>
<b>6. Referências Bibliográficas.....</b>	<b>104</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>107</b>
Anexo A – Planilha Objetivos e Metas.....	108
Anexo B – Ficha Espelho.....	113
Anexo C – Planilha de coleta de dados.....	114
Anexo D – Documento Comitê de Ética.....	117
<b>Apêndices.....</b>	<b>118</b>
Apêndice A – Fotos Estrutura Física UBS Atlântico.....	119
Apêndice B – Folder palestra Grupo de hipertensos e diabéticos.....	125
Apêndice C – Controle da PA e do HGT.....	125

## Resumo

SCHMIDT, Henrique Bordin. **Melhoria da Atenção à Saúde dos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabete Mellitus na UBS/ESF Atlântico no município de Erechim-RS.** 2015. 126f. Trabalho Acadêmico (Especialização) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

Este trabalho objetivou melhorar a atenção à saúde dos adultos com 20 anos ou mais portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabete Mellitus pertencentes à área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Atlântico de Erechim-RS.. Foi estruturado em 12 semanas, seguindo um cronograma pré-estabelecido. Foram elaboradas ações nos quatro eixos pedagógicos (organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e avaliação) e adotados referenciais teóricos do Ministério da Saúde (2013). Para a coleta dos dados foram utilizados prontuários clínicos e fichas espelho. O projeto atingiu uma cobertura de 62,8% para HAS e 68,3% para DM, com participação de 490 hipertensos e 138 diabéticos. A meta estipulada era de 60% HAS e 65% DM com resultado satisfatório ao final da intervenção. A maioria dos indicadores de qualidade ficou próxima ou igual a 100%. A proporção de usuários que estão com exames laboratoriais e aqueles com estratificação de risco cardiovascular em dia ficaram abaixo dessa média, gerando 77% a 85% de cobertura para esses indicadores. Houve melhorias na atenção básica do território, mudanças no fluxo, no atendimento, no acesso e na qualidade da assistência à saúde da população. As ações propostas foram incorporadas à rotina da Unidade, sendo um processo linear em busca de atingir as metas e os objetivos propostos. Devemos o progresso do projeto ao trabalho intenso e colaborativo dos profissionais envolvidos.

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

## **Apresentação**

Este trabalho trata-se de um projeto de intervenção realizado no Município de Erechim – RS, que teve o objetivo de melhorar a atenção dos hipertensos e diabéticos com 20 anos ou mais cadastrados na Unidade Básica de Saúde Atlântico. O documento apresenta a análise situacional da unidade, a análise estratégica, o projeto de intervenção, a avaliação da intervenção, a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e a implementação da intervenção.

Ele integra tais etapas em seis seções. A primeira está composta pelo Relatório da Análise Situacional, na qual é feito um relato da realidade da atenção básica do município e da unidade alvo deste trabalho; a segunda pela Análise Estratégica – Projeto de Intervenção, na qual é descrito justificativa, objetivos e metodologia do trabalho; a terceira pelo Relatório da Intervenção, onde é realizada uma análise do processo de trabalho, dificuldades encontradas e perspectivas futuras; a quarta pelo Relatório dos Resultados da Intervenção, na qual descrevemos os resultados e os analisamos em uma discussão, além de ser apresentado dois relatórios: um para a comunidade e outro para os gestores. Na quinta seção, é realizada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e implementação da intervenção, e por último, na sexta seção, temos as referências bibliográficas utilizadas no trabalho.

## **1. Análise Situacional**

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

A Unidade Básica de Saúde (UBS) em que eu trabalho é a UBS Atlântico, localizada na cidade de Erechim - RS. Ela abrange uma área que contempla sete bairros da cidade e possui atendimento nas especialidades médicas de clínica geral, pediatria, Ginecologia - Obstetrícia e atendimento odontológico. O horário de funcionamento é das 7h30min às 11h30min e das 13h às 17h, não havendo turno no período da noite.

Nesta UBS são realizados os atendimentos na atenção básica à saúde, priorizando a gestante, a criança e o idoso. São nelas também que são realizadas as coletas para exames laboratoriais básicos e a distribuição de medicamentos básicos. Depois de realizada a consulta básica, os usuários, caso seja necessário, são encaminhados para atendimento especializado no Centro de Especialidades Médicas ou, se for o caso, para o Centro de Atenção Psicossocial e outros serviços afins, como: fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia, assistência social, entre outros. São realizados procedimentos odontológicos tanto na área preventiva quanto curativa. Também são desenvolvidas atividades de enfermagem como retirada de pontos, curativos, verificação de pressão arterial (PA), temperatura, peso, aplicações de medicação intramuscular, coleta de material para exames laboratoriais, distribuição de medicação mediante a apresentação de receita médica da rede básica de saúde, com orientação sobre dose, horários e via de administração, nebulizações, consultas de enfermagem, aplicação de vacinas do esquema básico para crianças e adultos, visitas domiciliares onde atuam as equipes de Estratégias de Saúde da Família.

A UBS Atlântico também desenvolve grupos de gestantes, hipertensos, Grupos de Planejamento Familiar, adolescentes e puericultura. Um dia da semana é dedicado para atendimento domiciliar aos usuários mais acamados e debilitados que não podem comparecer à UBS.

Basicamente as funções da Unidade Básica de Saúde Atlântico são:

- a) Consultas médicas ambulatoriais;

- b) Procedimentos odontológicos;
- c) Coleta para exames de laboratório;
- d) Curativos e aplicações de injeções;
- e) Imunizações - aplicações de vacinas;
- f) Verificação da pressão arterial;
- g) Coleta de preventivos;
- h) Exames em gestantes;
- i) Encaminhamento para consultas médicas no centro de especialidades e no ambulatório de saúde mental;
- j) Encaminhamento para exames de média e alta complexidade;
- k) Distribuição de medicamentos.

Ela comporta duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), totalizando dez Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dois médicos da ESF, uma pediatra, uma ginecologista, duas enfermeiras, dois auxiliares de enfermagem, quatro técnicos de enfermagem, um odontólogo e um auxiliar de saúde bucal (ESF bucal), uma estagiária da área administrativa, um agente executivo especializado, uma zeladora e uma higienizadora.

A unidade está sendo ampliada, pois com duas equipes ficou pequena, sendo que, enquanto a ampliação não é finalizada, um dos médicos da ESF precisa atender em uma sala improvisada duas manhãs por semana. Esta sala, além de ser utilizada para este fim, é sala de nebulização e estoque de medicamentos. Mesmo assim, conseguimos fazer um bom trabalho nela, perante algumas adaptações.

Temos ainda a recepção e a farmácia dividindo o mesmo espaço físico, o que dificulta um pouco o trabalho, mas não o impossibilita de ser realizado. A ampliação tende a resolver estas questões.

As vistas domiciliares são realizadas um turno por semana com o médico de cada equipe, acompanhado da enfermeira ou da técnica de enfermagem e, de um ACS. Tais tarefas são definidas em reuniões semanais de cada equipe, aonde são apontados os usuários prioritários para cada semana, sendo que tais visitas são solicitadas pelos familiares ou apontadas pela própria equipe da UBS e da

ESF. Há os usuários que necessitam de cuidados continuados, que são acompanhados pela equipe semanal ou quinzenalmente.

As consultas para os médicos da UBS são agendadas todas as sextas feiras sempre para a semana seguinte, tornando o tempo de espera menor do que se fossem agendadas todos os dias. As coletas de citopatológico (CP) são feitas durante dois turnos por semana, pelas enfermeiras, mediante agendamento.

Na UBS são realizados grupos mensais com gestantes, hipertensos e diabéticos, saúde da mulher e planejamento familiar. São realizados grupo de Vivências e Rodaterapia (para triagem de usuários para atendimento psicológico) quinzenalmente. As reuniões de equipe da UBS ocorrem conforme necessidade, no mínimo uma vez ao mês.

O limite de consultas médicas por turno, exceto em dias de reunião, é de dezesseis fichas, sendo seis agendadas, seis demanda e quatro triagem das enfermeiras. Cada enfermeira atende a demanda da sua equipe, principalmente os usuários que ficaram sem ficha para atendimento médico, mas na falta de uma destas profissionais, a outra enfermeira atende todos os usuários, ou seja, o acolhimento é realizado a todos. Quando a enfermeira junto com o médico avalia o usuário e a situação foge da atenção básica, ou mesmo, quando se esgotam as fichas médicas, encaminhamos para o plantão da Fundação Hospitalar Santa Teresinha de Erechim, que atende os usuários do SUS, ou encaminhamos para agendamento.

De acordo com as necessidades, são dados os encaminhamentos aos setores específicos disponíveis a nível municipal, como por exemplo: Centro de Referência da Mulher, Centro de Referência Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado Assistência Social (CREAS), Centro de Saúde Mental (CAPS II E AD), Epidemiologia, entre outros.

Os encaminhamentos para os setores de especialidade são feitos a partir de um encaminhamento feito por escrito pelo médico clínico da UBS, para após ser feito o agendamento na secretaria municipal de saúde do município.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

Erechim é uma cidade que se localiza ao norte do Rio Grande do Sul (RS), na região do Alto Uruguai, e apresenta uma população de cerca de 98.000 habitantes. A cidade é a vigésima primeira mais populosa do RS e vem subindo de posições a cada década. A população urbana soma 94,8% e a rural 5,2%. Este índice de povoamento urbano é quase 10% maior do que em todo o estado (IBGE, 2010).

São doze Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município de Erechim e o hospital referência para o encaminhamento e atendimento dos usuários é o Hospital Santa Terezinha. Ainda não há disponibilidade de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou Unidade de Pronto-Atendimento (UPA-24h) na cidade. A atenção especializada e a realização de exames complementares são realizadas através de encaminhamento pra a Secretaria de Saúde (SES) do município.

A UBS em que eu trabalho é a UBS Atlântico. Ela abrange uma área urbana que contempla sete bairros da cidade e possui atendimento nas especialidades médicas de Clínica Geral, Pediatria, Ginecologia - Obstetrícia e atendimento odontológico. O horário de funcionamento é das 7h30min às 11h30min e das 13h às 17h, de Segunda à Sexta, não havendo turno no período da noite. Ela comporta duas equipes ESF – a equipe Roxa (a qual eu sou o médico responsável) e a equipe Verde - totalizando dez ACS, dois médicos da ESF, uma pediatra, uma ginecologista, duas enfermeiras, dois auxiliares de enfermagem, quatro técnicos de enfermagem, uma odontóloga e um auxiliar de saúde bucal (ESF bucal), uma estagiária da área administrativa, um agente executivo especializado, uma zeladora, acadêmicas do curso de Enfermagem da Universidade local (URI – Campus de Erechim) e uma higienizadora.

No início deste ano a área física da UBS foi ampliada, o que permitiu um melhor atendimento e suporte aos usuários nos dias de hoje, já que a população adstrita da unidade é de aproximadamente 8.700 pessoas, salientando que o número cresce a cada dia, por ser um local de fácil acesso e com baixo nível de



marginalidade e de pobreza.

Atualmente a área física, a estrutura e as instalações da UBS Atlântico são muito boas, principalmente se compararmos com os demais postos de saúde da cidade e da região. Ela possui vários consultórios, banheiros higienizados, amplos corredores, salas adequadas e bem iluminadas, ar condicionados, limpeza e higiene adequada, serviço de coleta de lixo, sala de espera grande, sala de reuniões, sala de curativo, rampas de acesso, etc. A farmácia poderia ser um pouco maior e ter um espaço próprio e reservado, uma vez que o seu ambiente é o mesmo da recepção e armazenamento de prontuários.

Respondendo ao questionário “Estrutura Física da minha UBS” organizado por Silveira (2014a) pude perceber que o posto de saúde no qual eu trabalho contempla a maioria das instalações regulamentadas e citadas no manual Brasil (2008), conforme registro fotográfico – apêndice A. Isso tem sido favorável na prestação do meu serviço como médico uma vez que as pessoas doentes conseguem fácil acesso a mim e isso não se torna uma barreira para elas não irem consultar ou deixar de procurar atendimento médico para suas doenças e seus problemas.

No que se refere a equipamentos e instrumentos, a UBS Atlântico contempla a maioria destes itens em condições satisfatórias de uso, tanto na área médica quanto na área odontológica. Segundo a minha análise, o dentista dispõe de todos os equipamentos citados no questionário o que é excelente para o usuário e para a saúde bucal da população. Já o médico não dispõe de lâmina de bisturi, material para sutura, microscópio e oftalmoscópio.

Outro ponto positivo é que esta UBS possui um sistema de manutenção eficaz. Anualmente os aparelhos são examinados, calibrados, repostos, trocados e/ou descartados. Isso ocorre tanto com os equipamentos utilizados pelos profissionais de saúde quanto com os instrumentos de comunicação, informação e informática. Quando necessitamos de uma urgência para a troca ou ajustes rápidos desses equipamentos, profissionais capacitados são acionados e agendam um horário para efetuar tal tarefa.

Quanto à vestimenta e identificação na UBS Atlântico, basicamente,

tentamos manter um ambiente de trabalho que contemple as exigências da ANVISA.

Vários são os medicamentos disponíveis no posto de saúde Atlântico. Eles são em quantidades suficientes para suprir a maioria das doenças prevalentes da sociedade. Quando não dispomos de algum medicamento o usuário é orientado a adquirir o mesmo na Secretaria Municipal de Saúde. Se por acaso o medicamento não contemplar a lista dos medicamentos do município ou não está disponível pelo Sistema Único de Saúde (SUS) a equipe informa os diversos locais onde o usuário pode conseguir o determinado fármaco (como Farmácia Popular, por exemplo). Uma lista de medicamentos (cadastrados no REMAME) é disponibilizada ao médico para que ele esteja ciente acerca dos medicamentos disponíveis na rede básica. preservativos estão disponíveis na recepção a qualquer pessoa e informações de uso e sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis também são fornecidas, bem como orientação e/ou atendimento pelos profissionais da saúde quando necessário.

A UBS Atlântico aplica a maioria das vacinas do calendário do Programa Nacional de Imunizações, com exceção da Pneumocócica 23 valente. Nos períodos de campanha vacinal (como a vacina Influenza H1N1, por exemplo) também participa ativamente na imunização preventiva. Realiza coleta de vários tipos de exames laboratoriais, e agenda ou encaminha a maioria dos exames diagnósticos. O usuário tem acesso à maioria das especialidades médicas através de agendamento via Secretaria Municipal da Saúde. Infelizmente, algumas dessas especialidades não estão disponíveis pelo SUS no Município de Erechim, e as que estão, muitas vezes, ultrapassam o período de seis meses desde encaminhamento até a realização consulta. Esse aspecto precisa muito ser melhorado. Não é tanto um problema da UBS em si, mas sim do sistema como um todo.

O município de Erechim ainda não dispõe de Unidade de Pronto Atendimento de 24 horas (UPA-24h). Por isso, as urgências e emergências são encaminhadas ao hospital Santa Terezinha de Erechim, hospital referência. Não precisa de autorização, nem mesmo contato prévio do médico com a equipe do

hospital. Basta um encaminhamento escrito. Quando o caso é grave, carros ou mesmo ambulâncias são disponibilizadas para o transporte seguro do usuário até o hospital. Quando estes não estão disponíveis ou estão realizando outros atendimentos, a equipe da UBS solicita o atendimento da SAMU.

Não há materiais bibliográficos ou livros didáticos fornecidos pela Secretaria Municipal ou mesmo pela UBS para as áreas clínicas. Cada profissional fica encarregado em trazer seu material, caso julgue necessário. Protocolos de algumas doenças mais prevalentes ou de algumas doenças de notificação compulsória estão disponíveis na UBS.

No que se refere a equipamentos e instrumentos, a UBS Atlântico não disponibiliza ao médico lâmina de bisturi, material para sutura, microscópio e oftalmoscópio. Creio que os dois últimos itens não são de extrema importância em uma UBS cuja fundamentação teórica, prática e objetivos é a porta de entrada e promoção da saúde para as doenças mais prevalentes da sociedade. No entanto, os dois primeiros poderiam ser incluídos como materiais básicos, visto que tenho condições e conhecimento suficiente para realizar pequenos procedimentos cirúrgicos (usuários vítimas de acidentes perfuro-cortantes, por exemplo), o que beneficiaria muito o usuário, pois ele não precisaria se deslocar até o pronto-socorro do hospital referência e enfrentar filas para ter tal procedimento realizado.

O sistema de informática disponibiliza o serviço de Internet ao médico para que ele possa estudar e/ou consultar dúvidas clínicas mais rapidamente, além de proporcionar acesso ao prontuário eletrônico dos usuários. Da mesma maneira, os profissionais da saúde tem fácil acesso ao sistema telefônico e sites de consultoria do Telessaúde, o que possibilita a busca de novos conhecimentos.

Apesar de o meu posto de saúde dispor de medicamentos em quantidades suficientes para suprir a maioria das doenças prevalentes da sociedade, muitos deles acabam terminando rapidamente pela demanda excessiva da população e, às vezes, sua reposição demora mais do que o habitual, causando transtorno ao usuário que deve procurar outro estabelecimento para adquirir o fármaco. Algumas medicações que exigem um maior controle de venda, de uso e de distribuição estão disponíveis na Secretaria de Saúde o que

por um lado requisita o deslocamento do usuário até o centro da cidade para conseguir o remédio, mas por outro permite um melhor armazenamento e controle. Ainda quanto às medicações, os profissionais da equipe auxiliam na programação de compra conforme as necessidades da UBS.

No que diz respeito à solicitação de exames laboratoriais ou de diagnóstico o médico acaba se deparando com algumas dificuldades. Na UBS Atlântico, por exemplo, há exames que eu não posso solicitar. Outros estão disponíveis, porém em quantidades restritas no período de um mês. Muitas vezes, o sistema nega alguns exames solicitados por mim e o usuário tem de esperar o próximo mês ou pior, não consegue fazer o exame. Isso posterga o diagnóstico de determinada patologia, inviabiliza o tratamento da doença, frustra o enfermo que continuará com o problema e dificulta a relação médico-usuário.

Há algumas especialidades médicas que não estão disponíveis pelo SUS no Município de Erechim. Isso é um grave problema, visto que o médico fica sem conseguir encaminhar o usuário e, conseqüentemente, sem solucionar o seu problema. O médico da UBS acaba tendo que fazer a função do especialista, só que muitos medicamentos, exames e procedimentos só podem ser prescritos ou solicitados pelo especialista, o que acaba inviabilizando e dificultando o tratamento do usuário.

Quando o médico tem que encaminhar o usuário para o pronto-socorro encontra algumas dificuldades já que o hospital de referência para o encaminhamento das urgências e emergências está sempre lotado e não consegue suprir as necessidades da população. Já recebi várias reclamações por parte dos usuários. Um aspecto importante a ser analisados também é que usuário ainda não tem informação suficiente para discernir o que é um caso para ser resolvido no hospital e o que é um caso para ser resolvido no posto de saúde. Acho que o serviço da UPA-24h precisa ser implantado urgentemente para auxiliar e melhorar o sistema de saúde da região.

Considera-se que ainda assim alguns serviços podem ser ampliados e agregados à UBS tais como o atendimento médico e serviço de ensino como estagiários de educação física, farmácia, fonoaudiologia e serviço social. Apesar

dessas limitações este posto de saúde responde aos principais objetivos do SUS, pois ele desempenha com eficiência a função de porta de entrada do usuário no sistema, bem como responde com eficácia aos princípios fundamentais do SUS: universalidade, integralidade e equidade. Não possuímos NASF, porém, segundo informações, a implantação deste serviço está sendo estudada.

Os serviços de saúde disponibilizados no município, levando em conta o crescimento populacional, necessitam de ampliação, não somente nos aspectos físicos das UBSs e Hospitais, mas também no aumento da oferta de serviço especializado principalmente e, também, na ampliação das equipes de ESF. Cabe dizer que várias UBSs estão ganhando novas instalações e estão sendo ampliadas e reformadas para uma melhor qualidade no atendimento à população. Porém, a estrutura física não tem efeito nenhum sem a equipe, ou seja, não adianta ter espaço para atender o usuário e não ser possível fazer um atendimento completo por excesso de demanda interna, ficando falhas nas atividades pertinentes à ESF.

Na UBS Atlântico existem algumas áreas que não recebem visita de ACS devido à distância e dificuldade de acesso, o que também acaba interferindo na qualidade do serviço, principalmente no que diz respeito ao cuidado continuado e acompanhamento dos usuários que necessitam. A demanda para pediatra e para ginecologista é grande, sendo que o ideal seria disponibilizar mais um ou dois turnos de atendimento para cada profissional. Apesar da demanda para o médico da ESF ser grande, consigo participar dos grupos e fazer visitas domiciliares em um turno por semana, sem grandes impedimentos.

Estamos desenvolvendo um trabalho bom, satisfatório, junto a este público-alvo, em conjunto com as ACS e parte da equipe, porém ajustes podem ser feitos, visando uma melhor qualidade e um trabalho mais completo. O envolvimento maior do médico pode ser melhorado, pois são profissionais respeitados pela comunidade; o registro das atividades realizadas para avaliação posterior da equipe também se faz necessário, pois no momento não utilizamos nenhum, sendo que desenvolvemos o trabalho, mas não sabemos muitas vezes o impacto das ações na comunidade. Sem saber os resultados não é possível

melhorar a qualidade do serviço.

Na UBS são realizados os atendimentos na atenção básica à saúde, priorizando a gestante, a criança e o idoso. São nelas também que são realizadas as coletas para exames laboratoriais básicos e a distribuição de medicamentos básicos. Depois de realizada a consulta básica, os usuários, caso seja necessário, são encaminhados para atendimento especializado no Centro de Especialidades Médicas ou, se for o caso, para o Centro de Atenção Psicossocial e outros serviços afins, como: Fisioterapia, Nutrição, Fonoaudiologia, Assistência Social, entre outros. São realizados procedimentos odontológicos tanto na área preventiva quanto curativa.

Também são desenvolvidas atividades de enfermagem como retirada de pontos, curativos, verificação de pressão arterial, temperatura, peso, aplicações de medicação intramuscular, coleta de material para exames laboratoriais, distribuição de medicação mediante a apresentação de receita médica da rede básica de saúde, com orientação sobre dose, horários e via de administração, nebulizações, consultas de enfermagem, aplicação de vacinas do esquema básico para crianças e adultos, visitas domiciliares onde atuam as equipes de Estratégias de Saúde da Família.

Grupos mensais são realizados com gestantes, hipertensos, diabéticos, saúde da mulher, planejamento familiar, adolescentes e puericultura. São realizados grupo de Vivências e Rodaterapia (para triagem de usuários para atendimento psicológico) quinzenalmente. As reuniões de equipe da UBS ocorrem conforme necessidade, no mínimo uma vez ao mês.

Basicamente as funções da Unidade Básica de Saúde Atlântico são:

- a) Consultas médicas ambulatoriais;
- b) Procedimentos odontológicos;
- c) Coleta para exames de laboratório;
- d) Curativos e aplicações de injeções;
- e) Imunizações - aplicações de vacinas;
- f) Verificação de pressão arterial;
- g) Coletas de preventivos;

- h) Exames em gestantes;
- i) Encaminhamento para consultas médicas no centro de especialidades e no ambulatório de saúde mental;
- j) Encaminhamento para exames de média e alta complexidade;
- k) Distribuição de medicamentos.

Temos ainda a recepção e a farmácia dividindo o mesmo espaço físico, o que dificulta um pouco o trabalho, mas não o impossibilita de ser realizado. Já existe um projeto de ampliação para construção de uma área reservada exclusivamente para a Farmácia, o que tenderia a resolver estas questões.

As vistas domiciliares são realizadas um turno por semana com o médico de cada equipe, acompanhado da enfermeira ou da técnica de enfermagem e, de um ACS. Tais tarefas são definidas em reuniões semanais de cada equipe, aonde são apontados os usuários prioritários para cada semana, sendo que tais visitas são solicitadas pelos familiares ou apontadas pela própria equipe da UBS e da ESF. Há os usuários que necessitam de cuidados continuados, que são acompanhados pela equipe semanal ou quinzenalmente.

As consultas para os médicos da UBS são agendadas todas as Sextas-feiras sempre para a semana seguinte, tornando o tempo de espera menor do que se fossem agendadas todos os dias. Após nove anos de existência da UBS, os usuários da equipe Roxa (da qual eu sou o médico responsável), têm suas consultas agendadas com horário marcado, desde que eu assumi o trabalho em Março deste ano. Essa iniciativa foi proposta por mim e, com certeza, vem contribuindo para a melhoria do agendamento, do atendimento à população e do funcionamento da UBS. As coletas de exame citopatológico (CP) são feitas durante dois turnos por semana, pelas enfermeiras, mediante agendamento.

O limite de consultas médicas por turno, exceto em dias de reunião, é de dezesseis fichas, sendo seis agendadas, seis demanda e quatro triagem das enfermeiras. Cada enfermeira atende a demanda da sua equipe, principalmente os usuários que ficaram sem ficha para atendimento médico, mas na falta de uma destas profissionais, a outra enfermeira atende todos os usuários, ou seja, o acolhimento é realizado a todos. Quando a enfermeira junto com o médico avalia o

usuário e a situação foge da atenção básica, ou mesmo, quando se esgotam as fichas médicas, encaminhamos para o plantão da Fundação Hospitalar Santa Teresinha de Erechim, que atende os usuários do SUS, ou encaminhamos para agendamento. De acordo com as necessidades, são dados os encaminhamentos aos setores específicos disponíveis a nível municipal.

O engajamento público dentro da Unidade Básica de Saúde (UBS) existe através da participação nos grupos promovidos, sendo essa escassa. Não existe de fato um grupo para discussão sobre o funcionamento da UBS aonde haja a participação de representantes da comunidade e do serviço de saúde. As orientações ocorrem por meio das visitas domiciliares das ACS nas famílias. Quando ocorre uma mudança de maior importância no funcionamento da unidade são estes profissionais que a divulgam, juntamente com falas nas salas de espera e cartazes visíveis no local. Também mantemos contato com o presidente da Associação de Moradores, colocando-o a par das mudanças e justificando as mesmas, pois esta pessoa é um dos elos de ligação equipe – usuários.

As modificações e adaptações do serviço são realizadas de acordo com os retornos das pesquisas de satisfação realizadas pela ouvidoria, pelos relatos trazidos pela comunidade diretamente à equipe de enfermagem ou à coordenadora do serviço, ou pela própria equipe, quando identificada a necessidade de mudanças. Mesmo com estes mecanismos de escuta, muitos usuários deixam de manifestar suas idéias, sejam elas críticas ou sugestões, por medo de serem apontados como usuários – problema e serem vítimas de um mau atendimento por parte dos profissionais da UBS. Os que se utilizam de tais meios, geralmente só reclamam, exigindo que o serviço funcione como eles acham que tem que funcionar, e não como deve ser, o que frustra o profissional, que está sempre trabalhando em prol da promoção à saúde. Assim, mesmo em grupos com temas definidos, como, por exemplo Saúde da Mulher, passamos informações pertinentes ao funcionamento da UBS e esclarecemos dúvidas que surgirem.

Mesmo não havendo um conselho que incentive a participação da população adscrita nesta UBS, acredito que os mecanismos disponíveis, se



utilizados, contribuem para o engajamento público acerca do serviço, mas como não existe um espaço único para essas discussões, as pessoas acabam sentindo-se inibidas em participar na construção de uma melhor forma de atendimento do serviço, que afinal, é utilizado por eles.

Quanto ao termo “saúde aliada à educação”, que sempre foram importantes para a formação de um cidadão saudável e uma reflexão sobre o papel da equipe de saúde da UBS, nos conduz a pensar que é necessária a integração deste binômio. Para isso, os profissionais de saúde que trabalham na UBS Atlântico podem colocar em prática as estratégias propostas pelo programa do caderno Brasil (2009) - podendo iniciar indo à escola e através de uma integração com os professores diagnosticar os fatores de risco, vulnerabilidade e resiliência dos alunos inseridos em uma determinada comunidade.

Para a UBS Atlântico é muito importante que haja uma parceria entre o setor de Educação e o setor da Saúde, destacando que esta pode se ampliar para envolver outros parceiros na construção de um território mais saudável, de uma comunidade mais saudável, de uma escola mais saudável, fortalecendo as múltiplas instâncias de controle social e o compromisso da comunidade para agir em defesa da vida. Assim, confirmar-se-iam os princípios estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica, na qual as equipes de ESF auxiliariam na coordenação do cuidado dos escolares, além do desafio de um processo de trabalho que considere a integralidade das ações, o cuidado longitudinal e o acesso dos escolares às ações específicas do Programa Saúde na Escola, considerando suas diretrizes e prioridades em cooperação com os profissionais da educação.

A nossa ESF apresenta-se bastante participativa em relação ao planejamento e desenvolvimento de ações para enfrentamento de problemas encontrados diariamente em nossa área de atuação, rotina quinzenal (às vezes semanal) em nossas reuniões de equipe de ESF. As reuniões gerais UBS Atlântico ocorrem conforme a necessidade, pois os profissionais da saúde entendem que muitas vezes não existem assuntos que denotem a necessidade de reunir toda a equipe e, conseqüentemente, fechar a portas da UBS. Reunimos os

profissionais que se encaixam no momento, fazendo uma explanação rápida do assunto e discutindo-o com eles.

O desenvolvimento de ações programadas de prevenção e promoção à saúde em espaços comunitários envolvendo toda a equipe de ESF encontra-se um tanto falha, pois apesar de utilizarmos tais espaços (igreja, salão paroquial) para desenvolver grupos de educação em saúde mensalmente, são sempre as mesmas pessoas que participam. Além disso, alguns profissionais parecem esquivar-se da responsabilidade de conduzir os grupos, talvez por insegurança, por achar que não faz parte do seu trabalho ou até mesmo porque a equipe não lhe dá a oportunidade. Entendo que oportunizar a participação de todos os profissionais nas ações desenvolvidas com a população seja uma maneira de valorizar cada um pela sua experiência laboral, estimulando e incentivando uma constante atualização em seus conhecimentos. Os grupos também são elos com a comunidade em geral, contribuindo para o fortalecimento de vínculos com a equipe.

Quanto ao NASF, ainda não foi implantado em nosso município, porém sei que há um projeto para tal ação. Pelas informações que leio sobre tal assunto, acredito que é um apoio necessário a todos os municípios, pois são mais profissionais atuando na resolução de casos complicados, com mais apoio às equipes de ESF, que, em sua maioria, já estão sobrecarregadas, protelando a tomada de decisões frente a muitos problemas encontrados em suas áreas de atuação.

Uma das possibilidades que auxiliariam no melhor enfrentamento de dificuldades encontradas em áreas de ESF é a implantação do NASF no município, que conforme falei anteriormente, já está em processo de discussão no Município de Erechim.

A questão das atividades coletivas de educação em saúde também precisa ser repensada em relação a quem as desenvolve, introduzindo os diferentes profissionais da equipe na atuação junto à comunidade. Uma maneira que encontramos de chamar a população para os grupos é a confecção de convites, contendo data, local, horário, assunto e profissional que o ministrará, que

tem se mostrado uma ação bastante positiva. Isso vem sendo feito há dois meses e a quantidade de pessoas já aumentou, pois a qualidade dos assuntos e a diversidade profissional contribuíram para isso. O papel da enfermeira coordenadora da equipe de ESF é muito importante para estimular a participação de todos nas ações e incentivar todos a mostrarem seus conhecimentos, e, tendo alguma dificuldade, a equipe está ali para dar suporte necessário. Essa complementação só é possível quando as ações são discutidas com antecedência no grande grupo, por isso a importância das reuniões semanais - quinzenais das equipes de ESF, aonde todos têm a possibilidade de colocar o que pensa ou suas propostas para a semana seguinte de trabalho. É o momento no qual estabelecemos prioridades e planejamos ações para o futuro e, que deve ser usado também para avaliarmos nossas condutas até o momento e o efeito delas na nossa rotina e na vida dos usuários.

O acolhimento na UBS Atlântico é realizado por todos os profissionais inseridos no serviço, pois o usuário chega na UBS e passa pela recepção; os que irão passar por consulta médica são encaminhados para a verificação de sinais vitais com a equipe de enfermagem; há usuários que vêm para coleta de exames laboratoriais, outros para vacinação, muitos para consulta de enfermagem e, claro, há sempre os que não conseguem atendimento médico, mas insistem no atendimento imediato, não aceitam o agendamento para consulta médica posterior e, conseqüentemente são direcionados para atendimento com as enfermeiras. O usuário é então avaliado, dependendo da solicitação, que pode ser uma renovação de receita de medicações de uso contínuo até um problema agudo. A enfermagem realiza a triagem e define o melhor encaminhamento.

Segundo Brasil (2012a) pude concluir que as ações voltadas à Saúde da Criança na UBS Atlântico poderiam ser melhoradas. Na verdade, o atendimento à puericultura é realizado duas vezes por semana pela pediatra, mediante a consulta agendada e a também demanda espontânea. As crianças que não procuram atendimento neste dia são atendidas pelos médicos clínico-gerais da ESF conforme demanda, ou ainda são avaliadas pelas enfermeiras. Cada profissional segue seu protocolo de atendimento.

Consultei o médico pediatra e ele me informou que segue as recomendações do MS e da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Eu também, quando realizo atendimento sigo esses dois protocolos. O atendimento odontológico também é agendado e a auxiliar de saúde bucal faz trabalho junto às escolas, visando orientação nesse campo. Mensalmente são realizadas as pesagens do SISVAN, aonde os responsáveis, que nem sempre são os pais, são atendidos juntamente com as crianças, a fim de avaliarmos estado nutricional, crescimento e desenvolvimento das mesmas, bem como dar orientações pertinentes a cada caso, inclusive verificando as carteiras de vacinas das crianças. Um grupo voltado à puericultura não existe, sendo que fazemos atendimento individual e multiprofissional. Dessa maneira, o que podemos fazer é utilizar o próprio dia da pesagem para fazer um grupo de orientação. Em resumo, estamos desenvolvendo um trabalho bom, satisfatório, junto a este público-alvo, em conjunto com as ACS e toda a equipe, porém, ajustes podem ser feitos, visando uma melhor qualidade e um trabalho mais completo.

A ampliação do número de equipes de ESF nesta UBS, bem como a vinda de mais médicos pediatras trabalhando em período integral ou trabalhando mais horas melhoraria a qualidade da atenção à Saúde da Criança. Atualmente somos duas equipes ESF, sendo eu o único médico por enquanto. Um pediatra fazendo apenas 4h semanal aliado a um médico ESF é muito pouco para uma área que abrange uma população de 8700 pessoas. Além de haver falta de equipes, a cobertura também está atingindo pouco mais da metade da população da área. No que diz respeito ao item “à primeira consulta ocorrer após o sétimo dia” conforme Unasus (2014a) poderíamos orientar melhor os pais durante o pré-natal e informá-los da importância das consultas de puericultura que devem ser em um total de sete segundo o Ministério da Saúde (MS). Muitos pais e também profissionais de saúde (inclusive médicos pediatras) desconhecem o serviço de saúde bucal para crianças menores de um ano na UBS. Troca de informações e encaminhamento por parte dos profissionais de saúde solucionaria ou melhoraria esse problema.

Em relação à “Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco” percebo que nosso serviço está dentro do esperado, pois os profissionais da equipe realizam os

atendimentos às gestantes no pré-natal estendendo-o até o puerpério. Há também uma orientação em todas as fases que precedem e que seguem o parto. Esse atendimento inicia com o cadastramento da gestante no SIS Pré-natal, solicitação dos exames de sangue do primeiro trimestre, realização dos testes rápidos de Sífilis e HIV, agendamento de consulta odontológica e pré natal, aferição de PA e peso, bem como orientações pertinentes a cada caso. O atendimento do profissional ginecologista na UBS é preferencial a gestantes e puérperas, sendo os atendimentos realizados em duas manhãs por semana. No caso de problemas agudos, férias da ginecologista ou intercorrências, as gestantes são avaliadas pelas enfermeiras, direcionando o atendimento aos profissionais da UBS, ou são encaminhadas ao pronto-socorro (pronto atendimento) do Hospital Santa Terezinha no município. Os grupos de gestantes são mensais, com orientações multiprofissionais. A UBS bem como os demais profissionais da saúde seguem as orientações e obrigações do MS, várias citadas no material Brasil (2012b) disponível para leitura. Os registros são computados através de planilhas manuais, no computador e a UBS possui um “Caderno” exclusivo somente para gestantes que estão fazendo acompanhamento pré-natal na UBS. Através dessas planilhas e dados computados, desse “Caderno” que contém as informações sobre as gestantes, bem como das visitas domiciliares e acompanhamento domiciliar feito pelas ACS é que os profissionais da saúde monitoram as ações.

A inserção de mais equipes de ESF para abranger as áreas descobertas e inovação nas maneiras de abordar os assuntos nos grupos de gestantes poderia melhorar a qualidade da assistência prestada ao pré-natal. Quanto aos 8% das gestantes que iniciaram o pré-natal após o primeiro trimestre creio que esse é um problema difícil de ser resolvido, visto que se a usuário não sabe que está grávida, ou quer esconder a gravidez, ou não suspeitou da gestação ou não quer consultar e não procurou o posto de saúde não temos como dar um suporte inicial adequado para essa gestante. É função dos profissionais da UBS acompanhar a gestante e fazer busca ativa às gestantes cadastradas que por algum motivo não estão consultando ou fazendo o pré-natal corretamente. Também é importante desenvolver estratégias para orientar as mulheres em idade fértil sobre métodos

anticoncepcionais e medidas a serem tomadas em caso de atraso menstrual.

Quanto ao controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama percebo que a UBS Atlântico consegue desenvolver ações voltadas à saúde da mulher, fazendo com que a maioria delas se comprometa com a própria saúde, procurando a UBS para realizar o exame preventivo de câncer de colo uterino, o exame clínico das mamas e a mamografia. Sempre proporcionamos orientações quanto a maneiras de melhorar a qualidade de vida e tiramos dúvidas sobre sua saúde.

A prevenção do câncer de colo uterino através do exame CP, bem como ações de rastreamento do câncer de mama (exame clínico das mamas e/ou solicitação de mamografia) são realizadas quatro vezes por semana pelos profissionais da UBS, em turnos diferentes mediante a consulta agendada e a também demanda espontânea. Todos os profissionais da saúde que trabalham diariamente no posto de saúde são treinados e detêm conhecimento suficiente para realizar ações voltadas para a prevenção dos cânceres acima citados, porém a coleta de exames CP e o exame das mamas são realizados pelos enfermeiros e pelos médicos ginecologistas. Quando o último não está presente ou quando a demanda é muito grande, o médico da ESF também realiza tais tarefas. Esses profissionais seguem o protocolo de atendimento do MS (o mesmo fornecido para a leitura desta tarefa) e do Instituto Nacional do Câncer (INCA).

A coleta do exame preventivo de câncer de colo uterino é feita na UBS, devendo este ser retirado pela mulher, a fim de orientarmos e entrelaçarmos o resultado com possíveis queixas ginecológicas relatadas pela usuária, visando uma melhor conduta (ginecologista da UBS, ginecologista do setor de Epidemiologia, clínico, coleta programada). As mulheres que apresentarem no resultado células atípicas, neoplasia intra-epitelial (NIC) I, II ou III, são contatadas por telefone ou através dos ACS, para procurarem a UBS a fim de agendarmos consulta com ginecologista do setor de epidemiologia para avaliação, pois este é o protocolo do município e os materiais para “conização” e demais procedimentos estão localizados em tal setor, com uma profissional médica que atende tais casos.

Todos os exames são registrados e arquivados em prontuários específicos

(um para coleta do CP e outro para mamografia) e no sistema de informação sobre o câncer (SISCAN) eletrônico. Esses arquivos são revisados mensalmente pelo enfermeiro.

A UBS Atlântico também realiza reuniões mensais para o planejamento, gestão e coordenação do programa das ações de controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama. A equipe é capacitada profissionalmente para orientar as mulheres sobre a importância da realização de exames periódicos para a prevenção do câncer e as ACS são treinadas a fazer busca ativa às usuárias que estão com exames de rastreamento atrasados ou que não querem vir à UBS. Além disso, “grupos da Saúde da Mulher” são realizados uma vez por mês para deixar a população ciente da importância da prevenção do Câncer de Colo de Útero e de Mama.

Busca ativa por parte das ACS e orientações aos usuários através de palestras ou grupos é a melhor estratégia para garantir uma melhor prevenção. Isso é realizado na UBS Atlântico. Como mencionado anteriormente, as mulheres com CP ou mamografia alterados são encaminhadas ao setor de epidemiologia para consulta ginecológica, já com a folha de seguimento padronizada pelo SISCOLO e/ou SISMAMA, sendo que recebemos relatórios periódicos que nos deixam informados quanto ao seguimento de cada usuário. Obtemos informação também através das ACS e das próprias usuárias, que ao procurarem a UBS por outros motivos são questionadas sobre as definições de seu caso, pois temos anotações nos prontuários das usuárias que retiram os preventivos na UBS. Um problema que ocorre na minha UBS é que algumas mulheres, principalmente as mais velhas e as grávidas têm resistência em fazer a coleta do CP (muitas pensam que vai prejudicar a gravidez ou trazer malefícios ao feto) e muitas se negam e não querem, mesmo com as ACS realizando busca ativa e mesmo os profissionais de saúde fornecendo orientações necessárias. Outro grupo de usuários são as histerectomizadas, que acham que porque fizeram cirurgia não precisam mais realizar a prevenção, sendo que muitas vezes nesse tipo de cirurgia se preserva o colo uterino e mesmo se ele foi retirado, segundo o manual do MS há indicação de realizar coleta do fundo de saco. Ainda mais um problema

que ocorre na minha UBS é que algumas usuárias, principalmente as mais jovens, têm resistência em fazer a mamografia e muitas se negam e não querem, mesmo com as ACS realizando busca ativa e mesmo os profissionais de saúde fornecendo orientações necessárias.

A Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) são duas doenças muito prevalentes na população brasileira e praticamente são as principais causas de atendimento médico da UBS Atlântico. A HAS é uma doença que contribui para efeitos adversos à saúde como distúrbios gestacionais, mortes prematuras, infarto agudo do miocárdio, aterosclerose, inúmeros problemas cardiovasculares, insuficiência renal e acidente vascular encefálico. Não menos importante, a DM também gera várias complicações no organismo do indivíduo, sendo considerada a doença que lidera a causa de cegueira, insuficiência renal e amputações, principalmente dos membros inferiores, e aumenta a chance de uma pessoa vir a morrer em decorrência de eventos cardiovasculares (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

A UBS Atlântico organiza e promove ações voltadas à HAS e à DM através de atendimento médico, orientações gerais, palestras, encontro de grupos e do Hiperdia (um dia inteiro reservado a atendimento e orientações quanto às doenças mais prevalentes), realizado uma vez por mês. Todos os profissionais que trabalham na UBS estão envolvidos no cuidado dessas doenças e diariamente tentam desenvolver estratégias para prevenir a HAS e a DM, apesar das ações desenvolvidas não terem um retorno satisfatório por parte da população que muitas vezes não valoriza o trabalho da equipe. Tanto os médicos, como os demais profissionais seguem o protocolo específico do Ministério da Saúde 2012 (última edição até agora disponibilizada pela Secretaria do Município) para prevenir, diagnosticar, tratar e estratificar o risco de complicações ou e problemas cardiovasculares ocasionadas por ambas as doenças citadas anteriormente.

Apesar de não sair com consulta agendada da UBS, é disponibilizado o atendimento diário aos portadores de HAS e DM, não somente a nível médico, mas também multiprofissional. As consultas são agendadas de semana para semana, além de haver atendimento para demanda espontânea todos os dias e



turnos. A UBS Atlântico também oferece grupos mensais para orientações diversas, não somente voltadas diretamente ao assunto da doença em questão, mas sim relacionadas à vida diária da população-alvo. Apesar disso, infelizmente a participação da comunidade é escassa. Oferecemos orientações, conhecimento e promoção à saúde, o que para nós é primordial, mas algumas vezes o usuário não valoriza a nossa iniciativa. Muitas vezes, no grupo de Hipertensão, aparecem duas ou três pessoas. Poderíamos fazer a entrega de medicações de uso contínuo no grupo, ou fazer renovação de receitas, o que já foi feito em outros momentos mas com isso perder-se-ia a função da promoção à saúde. O que tenho claro, é que a equipe toda se empenha em realizar todo um trabalho de promoção à saúde e os que precisariam usufruir dele para uma melhora na sua qualidade de vida, não o fazem. Já tentamos fazer convites impressos, ampliar a divulgação dos grupos, não trabalhando somente assuntos voltados à hipertensão e diabetes, mas sim assuntos diferenciados, com o auxílio dos acadêmicos do curso de fisioterapia, que fazem exercícios e brincadeiras com os participantes, sendo o resultado o mesmo: duas ou três pessoas no grupo.

Penso que poderíamos criar uma abordagem que envolvesse os demais profissionais inseridos na UBS através da capacitação profissional de todos os integrantes da equipe para estimular mais o usuário a participar das atividades e ações promovidas (Hipertensão, palestras e reuniões de grupos) através de cartazes e divulgação prévia das atividades. Busca ativa por parte das ACS àqueles usuários que não estão com os exames em dia ou que não tem medicamentos uma vez que a receita esteja vencida também seria uma estratégia plausível. Isso é realizado na UBS Atlântico, mas ainda não é valorizado pelo usuário. Um ponto positivo da UBS Atlântico é que o usuário mesmo tendo um atraso no agendamento da consulta médica tem suas medicações e exames entregues no tempo certo, já que proporcionamos medicamentos e exames ou solicitamos ao médico para que este prescreva medicamentos (uma caixa para que o usuário não fique sem remédio até consultar, por exemplo), sendo que a renovação de receitas e reavaliação da resposta ao tratamento se dá a cada seis meses ou, se necessário, antes.

Assim como nas ações sugeridas na HAS, poderíamos desenvolver as mesmas ações para o DM. Uma diferença em relação à HAS é que a Secretaria da Saúde (responsável pela distribuição da insulina no tratamento da DM) não fornece insulina sem receita - por alguns dias até conseguir agendar a consulta - como se faz na UBS Atlântico em relação à HAS. Por isso, o “atraso da consulta agendada” é menor na DM em comparação com a HAS e o usuário se organiza e se antecipa para marcar a consulta médica antes que a medicação se esgote. Como na HAS, as medicações de uso contínuo para DM são fornecidas em receita com validade para seis meses.

Em relação à Saúde Bucal a UBS Atlântico consegue desenvolver a maioria das ações de estratégia na minimização e ou eliminação das sequelas funcionais, estéticas e psicológicas oriundas das doenças bucais e no custo advindo do tratamento. Vejo que as atividades de educação e promoção à saúde bucal estão sendo desenvolvidas pela equipe, em conjunto sempre com as ACSs. No entanto, como também ocorre com os outros profissionais, os atendimentos ficam muito voltados para a demanda que vem até a UBS, o que talvez acabe por dificultar a execução de um trabalho mais completo voltado à ESF. Mesmo assim, a equipe divide as tarefas e não vejo falhas que denotem a necessidade de uma melhora.

No que se refere ao Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa percebo que a UBS Atlântico consegue desenvolver as ações do tipo: evitar a fragilidade, promover Avaliação Multidimensional, estimular a participação em atividades físicas regulares, oferecer orientação nutricional adequada e avaliar a Saúde Bucal. Além disso, a equipe profissional do Posto de Saúde Atlântico tenta fazer com que a maioria deles se comprometa com a própria saúde, procurando a UBS para realizar exames de rotina e receber atendimento médico tanto para doenças crônicas quanto para quadros agudas de urgência ou emergência.

A UBS Atlântico organiza e promove ações voltadas à Saúde do Idoso por meio de atendimento médico, orientações gerais, palestras, encontro de grupos e do Hiperdia, realizado uma vez por mês. Todos os profissionais que trabalham na UBS estão envolvidos no cuidado das doenças crônicas dessa parcela

populacional e diariamente tentam desenvolver estratégias para prevenir o adoecimento desses usuários.

Apesar de não sair com consulta agendada da UBS, é disponibilizado o atendimento diário aos idosos, não somente a nível médico, mas também multiprofissional. As consultas são agendadas de semana para semana, além de haver atendimento para demanda espontânea todos os dias e turnos. A UBS Atlântico também oferece grupos mensais para orientações diversas relacionadas à vida diária da população-alvo. Oferecemos orientações, conhecimento e promoção à saúde.

Outro aspecto positivo da UBS Atlântico é a distribuição da Caderneta do Idoso a todos os usuários acima de 65 anos desde o ano de 2013. Nela são registradas informações importantes acerca das condições da saúde do idoso e auxilia os profissionais de saúde sobre quais as ações necessárias para que a população dessa faixa etária tenha um envelhecimento ativo e saudável.

Registros específicos para controle do fluxo deste público na UBS, permitindo uma melhor avaliação da qualidade da assistência prestada pela equipe, visando à melhoria na qualidade de vida dos mesmos poderiam contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção aos idosos. Apesar de a UBS Atlântico lançar mão da Caderneta do Idoso, essa muitas vezes está com os dados incompletos ou desatualizados, e muitos usuários a perdem, esquecem-na em casa sempre ou mesmo não a possuem ainda.

Desde o ano passado, os profissionais da ESF Atlântico criaram uma espécie de Ficha de Avaliação do Idoso para complementar a Caderneta. Ela é atualizada pelos profissionais de saúde e pelos ACS. Através dela, os dados do usuário (que são quase os mesmo que contemplados na Caderneta) ficam registrados em uma folha separada, a qual pode ser arquivada e mantida na própria UBS. Apesar de não estarem totalmente completas e existirem usuários sem essa ficha, ela pode ser útil em algum momento para análise de dados, projetos de pesquisa, estudos clínicos e até mesmo indicador da qualidade das ações promovidas pela UBS.

Sendo assim, concluo que o posto de saúde Atlântico, além de ter uma

estrutura física adequada, exerce com muita presteza e responsabilidade ações de prevenção das doenças mais prevalentes e responde aos principais objetivos do SUS no que se refere à Atenção Primária em Saúde. Com certeza, a equipe de profissionais da UBS Atlântico se esforça diariamente para desempenhar com eficiência a função de porta de entrada do usuário no sistema, bem como responde com eficácia aos princípios doutrinários do SUS: Universalidade, Integralidade e Equidade.

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

No texto 1 (Análise Situacional da UBS/ESF - texto escrito na Semana de Ambientação) foram abordados basicamente os temas estrutura física da UBS, funcionamento da ESF, atividades realizadas pelos profissionais de saúde, funções da UBS, modo de atendimento e agendamento de consultas. Em virtude de ser o início do curso e de eu estar me ambientando ao sistema de trabalho e funcionamento da UBS, muitos dos dados foram abordados de uma forma mais superficial quando comparados com o relatório final redigido acima.

No texto 2 (Relatório de Análise Situacional – UBS Atlântico), além de relatar todos os itens do texto 1 de uma forma mais complexa, outros temas também foram destacados de uma forma mais “madura” e aprofundada. No relatório fui capaz de expressar o resultado de toda a minha vivência de três meses de trabalho no posto de saúde Atlântico e pude descrever o resultado das atividades e tarefas realizadas durante o Curso UNASUS Ufpel. Além disso, pude documentar as diversas ações programáticas realizadas com os usuários (pontos positivos; pontos negativos; falhas; inovações; o que é preciso mudar; o que é preciso melhorar; entre outros) e assim consegui desenvolver um relatório conciso e informativo que é capaz de mostrar de uma maneira mais abrangente e completa como se encontra realmente a situação da promoção da saúde na UBS Atlântico de Erechim.

## 2. Análise Estratégica - Projeto de Intervenção

### 2.1. Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são duas doenças muito prevalentes na população brasileira e praticamente são as principais causas de atendimento médico na Atenção Básica de Saúde. A HAS é uma doença que contribui para efeitos adversos à saúde como distúrbios gestacionais, mortes prematuras, infarto agudo do miocárdio, aterosclerose, inúmeros problemas cardiovasculares, insuficiência renal e acidente vascular encefálico. Não menos importante, a DM também gera várias complicações no organismo do indivíduo, sendo considerada a doença que lidera a causa de cegueira, insuficiência renal e amputações, principalmente dos membros inferiores, e aumenta a chance de uma pessoa vir a morrer em decorrência de eventos cardiovasculares (BRASIL, 2013c; BRASIL, 2013d).

Segundo Negrão & Barreto (2006), a HAS representa um dos principais fatores de risco para morbidade e mortalidade cardiovascular no Brasil e idade superior a 65 anos, raça negra, excesso de peso, obesidade, elevada ingestão de sal, excessiva ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e histórico familiar são fatores de risco envolvidos no aparecimento desta enfermidade (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010). Sabe-se também que ela pode ser adiada ou até mesmo evitada através da prevenção da obesidade, redução moderada da ingestão de sódio, níveis mais elevados de atividade física e restrição do consumo excessivo de álcool (FILHO *et al*, 2007).

O DM é uma condição grave, debilitante e que requer tratamento contínuo. Trata-se de uma doença crônica cada vez mais presente, afetando aproximadamente 171 milhões de indivíduos em todo o mundo e com perspectiva de alcançar 366 milhões de indivíduos no ano de 2030 (WILD *et al*, 2004). Conforme informações do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, o DM aparece como a sexta causa primária de internações hospitalares e contribui de forma

expressiva para outros fatores causais de internamento, tais como cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca, colecistopatia, acidente vascular cerebral e HAS (SILVESTRE, 1997).

Essas patologias por serem, na maior parte do seu curso, assintomáticas, seu diagnóstico e tratamento são frequentemente negligenciados, somando-se a isso a baixa adesão, por parte dos pacientes, às orientações e aos tratamentos prescritos. Constatou-se também a importância do Programa Hiperdia na adesão aos tratamentos farmacológico e não farmacológico, bem como, o papel fundamental deste, na redução dos possíveis agravos aos usuários acometidos pelo DM e/ou HAS, ao atuar na prevenção e controle dessas patologias (LIMA; GAIA; FERREIRA, 2012).

Em vista disso, a Secretaria Estadual de Saúde dos Municípios (SES) juntamente com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e seus profissionais devem criar projetos e desenvolver ações concretas que priorizem a atenção e assistência aos usuários hipertensos e diabéticos por meio da atenção básica, como forma de prevenir agravos e promover saúde e qualidade de vida a estes indivíduos.

A UBS Atlântico abrange uma área urbana que contempla sete bairros da cidade e possui aproximadamente 8.700 pessoas cadastradas. Do total dessa população, 1944 adultos (com “20 anos ou mais residentes na área”) são hipertensos e 555 são diabéticos, segundo indicadores gerados por Unasus (2014b). No entanto, segundo os dados de cadastramento da UBS e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Erechim, estes indicadores estariam superestimados e não condizentes com a realidade.

A estrutura física da UBS é adequada com recursos básicos necessários para o atendimento e para o acesso dos hipertensos e diabéticos, visto que ela contempla a maioria das instalações regulamentadas e citadas no “Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde” (BRASIL, 2008).

Ela comporta duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) – a equipe Roxa (a qual eu sou o médico responsável) e a equipe Verde - totalizando dez agentes comunitários de saúde (ACS), dois médicos da ESF, uma pediatra,

uma ginecologista, duas enfermeiras, dois auxiliares de enfermagem, quatro técnicos de enfermagem, uma odontóloga e um auxiliar de saúde bucal, uma estagiária da área administrativa, um agente executivo especializado, uma zeladora, acadêmicos e uma higienizadora. Diariamente usuários hipertensos e diabéticos são atendidos nas diversas especialidades médicas de Clínica Geral, Pediatria, Ginecologia - Obstetrícia e atendimento odontológico.

Segundo os dados colhidos por mim nas tarefas anteriores através de análise dos indicadores de cadastramento atualizado da UBS e da SMS de Erechim, o bairro Atlântico abrange uma população de 780 indivíduos com HAS e 202 indivíduos com DM, diferentemente dos dados gerados pelo CAP. Do total desses usuários, evidenciou-se que a UBS cobre 40% dos usuários hipertensos (312 indivíduos) e 36% dos usuários diabéticos (73 indivíduos), após coleta de dados do mapeamento e cadastro das ACS após busca ativa diária. Desejo ampliar esses números com a minha intervenção e estipular um aumento da cobertura dos usuários da UBS para 60% HAS e 65% DM, visto que são doenças altamente prevalentes em qualquer ESF e necessitam de uma cobertura mais adequada. Uma vez que a UBS Atlântico possui duas equipes ESF, terei de me esforçar em dobro para atingir os resultados esperados, e talvez essa população cadastrada muito grande (8.700 pessoas) seja um fator limitante para o êxito de todas as minhas metas e objetivos.

A UBS Atlântico já organiza e promove ações voltadas à HAS e à DM através de atendimento médico, orientações gerais, palestras, encontro de grupos e do Hiperdia, realizado uma vez por mês. Apesar de não sair com consulta agendada da UBS, é disponibilizado o atendimento diário aos portadores de HAS e DM, não somente a nível médico, mas também multiprofissional. A UBS Atlântico também oferece grupos mensais para orientações diversas, não somente voltadas diretamente ao assunto da doença em questão, mas sim relacionadas à vida diária da população-alvo.

O objetivo da minha intervenção é melhorar a situação da HAS e do DM na UBS Atlântico, visto que são duas doenças muito prevalentes e são fatores de risco para inúmeras outras comorbidades.

## **2.2. Objetivos e Metas**

### **2.2.1. Objetivo geral**

Melhorar a atenção aos adultos com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS/ESF Atlântico – Erechim/RS.

### **2.2.2. Objetivos específicos**

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

### **2.2.3 Metas**

1. Relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.
  - Meta 1: Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;
  - Meta 2: Cadastrar 65% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
  
2. Relativas ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.
  - Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.;
  - Meta 4: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos;
  - Meta 5: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;
  - Meta 6: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;



- Meta 7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;
  - Meta 8: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;
  - Meta 9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos;
  - Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.
3. Relativas ao objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.
- Meta 11: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada;
  - Meta 12: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.
4. Relativas ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações.
- Meta 13: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;
  - Meta 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
5. Relativas ao objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.
- Meta 15: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;
  - Meta 16: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
6. Relativas ao objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

- Meta 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos;
- Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos;
- Meta 19: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos;
- Meta 20: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos;
- Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos;
- Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos;
- Meta 23: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos;
- Meta 24: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

## **2.3. Metodologia**

### **2.3.1. Detalhamento de ações**

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

Meta 1: Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;

Meta 2: Cadastrar 65% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

## **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: As ACS e as Enfermeiras verificarão quantos hipertensos e

diabéticos cada uma tem cadastrado de acordo com as fichas de cadastro já utilizadas pela UBS e programarão a ampliação dessa cobertura. O médico e a enfermeira farão a revisão das fichas-espelho semanalmente.

### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

Ação: Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: As ACS farão busca ativa aos usuários não cadastrados e juntamente com as enfermeiras registrarão esses usuários.

Ação: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM.

Detalhamento: Porta Aberta do serviço aos hipertensos e diabéticos. Atendimento será realizado por técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos. Usuários com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno.

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

Detalhamento: Técnicos responsáveis verificarão se os aparelhos estão aprovados e seguem os padrões do *INMETRO* (Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia).

Ação: Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: Técnicos responsáveis verificarão se os aparelhos e as pilhas estão aprovados, carregadas e seguem os padrões do *INMETRO* (Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia). Técnicas de enfermagem e enfermeiras controlarão o número de fitas e agulhas para que estas estejam adequadas de acordo com a demanda.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

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

Detalhamento: As ACS informarão à comunidade acerca dos grupos de hipertensos e diabéticos já existentes, do Hiperdia, de palestras sobre essas doenças e sobre o programa desenvolvido. Durante a consulta médica o médico informará os usuários. Demais profissionais da UBS serão estimulados e mobilizados a informar e a realizar folders e avisos a toda população.

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

Detalhamento: As ACS informarão a comunidade. Durante a consulta médica o médico orientará os usuários. Demais profissionais da UBS serão estimulados e mobilizados a informar e a realizar folders e avisos a toda população. Os grupos de hipertensos e diabéticos já existentes, o Hiperdia, as palestras sobre essas doenças e sobre o programa desenvolvido também darão esse suporte.

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

Detalhamento: As ACS informarão a comunidade. Durante a consulta médica o médico orientará os usuários. Demais profissionais da UBS serão estimulados e mobilizados a informar e a realizar folders e avisos a toda população. Os grupos de hipertensos e diabéticos já existentes, o Hiperdia, as palestras sobre essas doenças e sobre o programa desenvolvido também darão esse suporte.

Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: As ACS informarão a comunidade. Durante a consulta médica o médico orientará os usuários. Demais profissionais da UBS serão estimulados e mobilizados a informar e a realizar folders e avisos a toda população. Os grupos de hipertensos e diabéticos já existentes, o Hiperdia, as palestras sobre essas doenças e sobre o programa desenvolvido também darão esse suporte.

## **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Detalhamento: O médico e a enfermeira realizarão reunião semanal ou quando houver necessidade para treinamento adequado e capacitação para que toda a equipe exerça esta atividade. Orientações conforme o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde 2013, cadernos 36 e 37 (BRASIL, 2013c; BRASIL, 2013d). A SES do município de Erechim e o Gestor também serão informados de tal necessidade de atualização e aprimoramento.

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira realizarão reunião semanal ou quando houver necessidade para treinamento adequado e capacitação para que toda a equipe exerça esta atividade. Orientações conforme o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde 2013, cadernos 36 e 37 (BRASIL, 2013c; BRASIL, 2013d). A SES do município de Erechim e o Gestor também serão informados de tal necessidade de atualização e aprimoramento.

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira realizarão reunião semanal ou quando houver necessidade para treinamento adequado e capacitação para que toda a equipe exerça esta atividade. Orientações conforme o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde 2013, cadernos 36 e 37 (BRASIL, 2013c; BRASIL, 2013d). A SES do município de Erechim e o Gestor também serão informados de tal necessidade de atualização e aprimoramento.

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

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.;

Meta 4: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos;

## **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Médico exercerá essa função. Médico e enfermeiro também ficarão responsáveis pela análise do prontuário da UBS e preenchimento das Fichas Espelho (Anexo B) para controle dessa ação.

## **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Cada um exercerá atividades de acordo com sua função. O médico e o enfermeiro ficarão responsáveis por essa definição. Exemplo: ACS fará cadastro; Técnicas aferirão PA, peso, temperatura, altura, farão hemoglicoteste (HGT), colherão exames laboratoriais, administrarão medicações, etc.; Enfermeiro fará atendimento da demanda e triagem; Médico fará atendimento das consultas, emergências e demanda triada por enfermeiros; Dentista fará atendimento odontológico.

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

Detalhamento: Médico e enfermeiro organizarão reunião para treinamento adequado e capacitação para exercer esta atividade. Capacitação e orientações conforme o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde 2013, cadernos 36 e 37 (BRASIL, 2013c; BRASIL, 2013d) antes das intervenção através de reuniões das equipes ESF.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: Reunião semanal ou quando houver necessidade para treinamento adequado e atualização para exercer as atividades. Médico e enfermeiro ficam responsáveis por essa ação.

Ação: Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: A SES do município de Erechim e o Gestor serão informados para que providenciem e deixem a disposição nos computadores e materiais impressos a versão atualizada do protocolo.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

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

Detalhamento: As ACS informarão a comunidade. Durante a consulta médica o médico orientará os usuários. Demais profissionais da UBS serão estimulados e mobilizados a informar e a realizar folders e avisos a toda população. Os grupos de hipertensos e diabéticos já existentes, o Hiperdia, as palestras sobre essas doenças e sobre o programa desenvolvido também darão esse suporte.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: O médico e a enfermeira realizarão reunião semanal ou quando houver necessidade para treinamento adequado e capacitação para que toda a equipe exerça esta atividade. Orientações conforme o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde 2013, cadernos 36 e 37 (BRASIL, 2013c; BRASIL, 2013d). A SES do município de Erechim e o Gestor também serão informados de tal necessidade de atualização e aprimoramento.

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

Meta 5: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;

Meta 6: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

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

Detalhamento: Médico exercerá essa função. Médico e enfermeiro também ficarão responsáveis pela análise do prontuário da UBS e preenchimento das Fichas Espelho (Anexo B) para controle dessa ação.

Ação: Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Médico exercerá essa função. Médico e enfermeiro também ficarão responsáveis pela análise do prontuário da UBS e preenchimento das Fichas Espelho (Anexo B) para controle dessa ação.

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

Detalhamento: Médico exercerá essa função. Médico e enfermeiro também ficarão responsáveis pela análise do prontuário da UBS e preenchimento das Fichas Espelho (Anexo B) para controle dessa ação.

Ação: Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Médico exercerá essa função. Médico e enfermeiro também ficarão responsáveis pela análise do prontuário da UBS e preenchimento das Fichas Espelho (Anexo B) para controle dessa ação.

## **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: Médico e enfermeiro comunicarão a SES do município de Erechim e o Gestor da importância para que tal ação seja realizada.

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

Detalhamento: Médico e enfermeiro comunicarão a SES do município de Erechim



e o Gestor da importância para que tal ação seja realizada.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta aos exames complementares preconizados.

Detalhamento: Médico e enfermeiro grifarão com caneta marca texto quando os exames complementares não estiverem em dia ou estiverem incompletos.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira realizarão reunião semanal ou quando houver necessidade para treinamento adequado e capacitação para que toda a equipe exerça esta atividade. Orientações conforme o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde 2013, cadernos 36 e 37 (BRASIL, 2013c; BRASIL, 2013d). A SES do município de Erechim e o Gestor também serão informados de tal necessidade de atualização e aprimoramento.

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

Meta 7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

Meta 8: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

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

Detalhamento: Técnica de enfermagem, enfermeira e auxiliar de farmácia ficarão responsáveis por tal ação, preenchendo os registros do sistema local e fornecendo medicamentos aos usuários de acordo com a prescrição médica.

### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: Auxiliar de farmácia mensalmente ficará responsável por tal ação.

Avisará a SES do município de Erechim e o Gestor quanto ao controle dos estoques e validade dos medicamentos.

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

Detalhamento: Técnica de enfermagem, enfermeira e auxiliar de farmácia ficarão responsáveis por tal ação, preenchendo os registros do sistema local.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento: As ACS informarão a comunidade. Durante a consulta médica o médico orientará os usuários. Demais profissionais da UBS serão estimulados e mobilizados a informar e a realizar folders e avisos a toda população. Os grupos de hipertensos e diabéticos já existentes, o Hiperdia, as palestras sobre essas doenças e sobre o programa desenvolvido também darão esse suporte.

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

Detalhamento: As ACS informarão a comunidade. Durante a consulta médica o médico orientará os usuários. Demais profissionais da UBS serão estimulados e mobilizados a informar e a realizar folders e avisos a toda população. Os grupos de hipertensos e diabéticos já existentes, o Hiperdia, as palestras sobre essas doenças e sobre o programa desenvolvido também darão esse suporte.

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

Detalhamento: As ACS informarão a comunidade. Durante a consulta médica o médico orientará os usuários. Demais profissionais da UBS serão estimulados e mobilizados a informar e a realizar folders e avisos a toda população. Os grupos

de hipertensos e diabéticos já existentes, o Hiperdia, as palestras sobre essas doenças e sobre o programa desenvolvido também darão esse suporte.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.

Detalhamento: O médico e a enfermeira realizarão reunião semanal ou quando houver necessidade para treinamento adequado e capacitação para que toda a equipe exerça esta atividade. Orientações conforme o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde 2013, cadernos 36 e 37 (BRASIL, 2013c; BRASIL, 2013d). A SES do município de Erechim e o Gestor também serão informados de tal necessidade de atualização e aprimoramento.

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira realizarão reunião semanal ou quando houver necessidade para treinamento adequado e capacitação para que toda a equipe exerça esta atividade. Orientações conforme o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde 2013, cadernos 36 e 37 (BRASIL, 2013c; BRASIL, 2013d). A SES do município de Erechim e o Gestor também serão informados de tal necessidade de atualização e aprimoramento.

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

Meta 9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos;

Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Ação: Monitorar o acesso ao atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Médico, enfermeiro, dentista e auxiliar de dentista estarão responsáveis por tal ação através dos registros em prontuário e fichas-espelho.

### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

Ação: Manter um registro das necessidades de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Médico, enfermeiro, dentista e auxiliar de dentista estarão responsáveis por tal ação através dos registros em prontuário e fichas-espelho.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de atendimento odontológico.

Detalhamento: As ACS informarão a comunidade. Durante a consulta médica o médico orientará os usuários. Durante a consulta odontológica o dentista e o auxiliar bucal orientarão os usuários. Demais profissionais da UBS serão estimulados e mobilizados a informar e a realizar folders e avisos a toda população. Os grupos de hipertensos e diabéticos já existentes, o Hiperdia, as palestras sobre essas doenças e sobre o programa desenvolvido também darão esse suporte. As visitas às escolas pela dentista e auxiliar bucal também disponibilizarão informações aos usuários e seus familiares.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

Ação: Realizar atualização e capacitação do profissional dentista para avaliação do usuário portador de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: O médico e a enfermeira realizarão reunião semanal ou quando houver necessidade para treinamento adequado e capacitação para que toda a equipe exerça esta atividade. Orientações conforme o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde 2013, cadernos 36 e 37 (BRASIL, 2013c; BRASIL, 2013d). A SES do município de Erechim e o Gestor também serão informados de tal necessidade de atualização e aprimoramento.

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

Meta 11: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada;

Meta 12: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

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

Detalhamento: Médico, enfermeiro e agente executivo exercerão essa função por meio de análise da agenda, do prontuário da UBS, dos registros e dados preenchidos nas Fichas Espelho (Anexo B).

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: As ACS e as enfermeiras, juntamente com o Agente Executivo responsável pelo agendamento, e demais membros da equipe verificarão quais hipertensos e diabéticos não estão vindo às consultas (ou faltaram às consultas) e farão busca ativa ou agendarão visitas domiciliares nas Quintas-feiras (turno da manhã) e Sextas-feiras (turno da manhã) – dias de visita domiciliares da equipe Roxa e Verde, respectivamente.

Ação: Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: As ACS informarão o Agente Executivo da UBS responsável pelo agendamento e solicitarão agendamento de um horário para esses usuários.

**ENGAJAMENTO PÚBLICO**

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento: As ACS informarão a comunidade. Durante a consulta médica o

médico orientará os usuários. Demais profissionais da UBS serão estimulados e mobilizados a informar e a realizar folders e avisos a toda população. Os grupos de hipertensos e diabéticos já existentes, o Hiperdia, as palestras sobre essas doenças e sobre o programa desenvolvido também darão esse suporte.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabéticos (se houver número excessivo de faltosos).

Detalhamento: As ACS e as equipes ESF irão questionar tais estratégias nos dias de visita domiciliar ou busca ativa e informarão os demais profissionais nas reuniões semanais. Durante as consultas médicas e de enfermagem e agendamento de consultas os demais profissionais da UBS exercerão tal ação.

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

Detalhamento: As ACS informarão a comunidade. Durante a consulta médica o médico orientará os usuários. Demais profissionais da UBS serão estimulados e mobilizados a informar e a realizar folders e avisos a toda população. Os grupos de hipertensos e diabéticos já existentes, o Hiperdia, as palestras sobre essas doenças e sobre o programa desenvolvido também darão esse suporte.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

Ação: Treinar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: O médico e a enfermeira realizarão reunião semanal ou quando houver necessidade para treinamento adequado e capacitação para que as ACS exerçam esta atividade. Durante as reuniões da equipe será discutida com as ACS e demais profissionais da saúde a importância de informar aos usuários quanto a agendamento de consultas e procura por atendimento médico semestralmente ou anualmente, dependendo do caso. Orientações conforme o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde 2013, cadernos 36 e 37 (BRASIL, 2013c; BRASIL, 2013d). A SES do município de Erechim e o Gestor também serão informados de

tal necessidade de atualização e aprimoramento.

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

Meta 13: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

Meta 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

#### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão o monitoramento dos registros das fichas-espelho e dos prontuários semanalmente.

#### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: Enfermeira repassará mensalmente à SES de Erechim e ao Gestor as informações adquiridas, como já vem ocorrendo na UBS Atlântico.

Ação: Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.

Detalhamento: Implantação das Fichas Espelho (Anexo B) e planilhas específicas com as informações do usuário.

Ações: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Enfermeira pactuará o registro das informações por meio de reunião semanal com as ACS e a equipes ESF.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: A enfermeira chefe das equipes ESF será responsável, como já ocorrem com os outros registros existentes na UBS Atlântico.

Ação: 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: Médico e enfermeiro grifarão com caneta marca texto quando tais ações não estiverem em dia ou estiverem sendo realizadas

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

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

Detalhamento: As ACS informarão a comunidade. Durante a consulta médica o médico orientará os usuários. Demais profissionais da UBS serão estimulados e mobilizados a informar e a realizar folders e avisos a toda população. Os grupos de hipertensos e diabéticos já existentes, o Hiperdia, as palestras sobre essas doenças e sobre o programa desenvolvido também darão esse suporte.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira realizarão reunião semanal ou quando houver necessidade para treinamento adequado e capacitação para que toda a equipe exerça esta atividade. Orientações conforme o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde 2013, cadernos 36 e 37 (BRASIL, 2013c; BRASIL, 2013d). A SES do município de Erechim e o Gestor também serão informados de tal necessidade de atualização e aprimoramento.

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira realizarão reunião semanal ou quando houver necessidade para treinamento adequado e capacitação para que toda a equipe exerça esta atividade. Orientações conforme o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde 2013, cadernos 36 e 37 (BRASIL, 2013c; BRASIL, 2013d).



A SES do município de Erechim e o Gestor também serão informados de tal necessidade de atualização e aprimoramento.

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

Meta 15: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

Meta 16: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Ação: Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: Médico e enfermeira analisarão registros do prontuário da UBS e preenchimento das Fichas Espelho (Anexo B).

### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

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

Detalhamento: Médico e enfermeiro informarão o Agente Executivo da UBS responsável pelo agendamento para que ele agende um horário para esses usuários. Esses usuários terão consultas mais rigorosas e, dependendo do caso, controle trimestral ao invés de semestral ou anual.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Médico e enfermeiro informarão o Agente Executivo da UBS responsável pelo agendamento para que ele agende um horário para esses usuários. As ACS entrarão em contato com os usuários para programar e agendar um horário de atendimento.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

Ação: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do

acompanhamento regular.

Detalhamento: As ACS informarão a comunidade. Durante a consulta médica o médico orientará os usuários. Demais profissionais da UBS serão estimulados e mobilizados a informar e a realizar folders e avisos a toda população. Os grupos de hipertensos e diabéticos já existentes, o Hiperdia, as palestras sobre essas doenças e sobre o programa desenvolvido também darão esse suporte.

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

Detalhamento: As ACS informarão a comunidade. Durante a consulta médica o médico orientará os usuários. Demais profissionais da UBS serão estimulados e mobilizados a informar e a realizar folders e avisos a toda população. Os grupos de hipertensos e diabéticos já existentes, o Hiperdia, as palestras sobre essas doenças e sobre o programa desenvolvido também darão esse suporte.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira realizarão reunião semanal ou quando houver necessidade para treinamento adequado e capacitação para que toda a equipe exerça esta atividade. Orientações conforme o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde 2013, cadernos 36 e 37 (BRASIL, 2013c; BRASIL, 2013d). A SES do município de Erechim e o Gestor também serão informados de tal necessidade de atualização e aprimoramento.

Ação: 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.

Detalhamento: O médico e a enfermeira realizarão reunião semanal ou quando houver necessidade para treinamento adequado e capacitação para que toda a equipe exerça esta atividade. Orientações conforme o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde 2013, cadernos 36 e 37 (BRASIL, 2013c; BRASIL, 2013d).

A SES do município de Erechim e o Gestor também serão informados de tal necessidade de atualização e aprimoramento.

Ação: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento: Médico e enfermeiro ficarão responsáveis mostrarão, ensinarão, orientarão e informarão aos demais profissionais sobre a importância dos escores e protocolos a serem seguidos. Reunião semanal para treinamento adequado e capacitação para exercer esta atividade. Durante as reuniões da equipe será discutida com os profissionais da saúde sobre o assunto acima. A SES do município de Erechim e o Gestor também serão informados de tal necessidade de atualização e aprimoramento.

Ação: Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: O médico e a enfermeira realizarão reunião semanal ou quando houver necessidade para treinamento adequado e capacitação para que toda a equipe exerça esta atividade. Orientações conforme o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde 2013, cadernos 36 e 37 (BRASIL, 2013c; BRASIL, 2013d). A SES do município de Erechim e o Gestor também serão informados de tal necessidade de atualização e aprimoramento.

### **Objetivo 6 - Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.**

Meta 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos;

Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos;

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão o monitoramento dos registros das

fichas-espelho e dos prontuários semanalmente.

### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: Equipe ESF organizará palestras e “mini-palestras” em sala de espera. ACS informarão a comunidade. Demais profissionais da UBS serão estimulados e mobilizados a informar e a realizar folders e avisos a toda população. Os grupos de hipertensos e diabéticos já existentes, o Hiperdia, as palestras sobre essas doenças e sobre o programa desenvolvido também darão esse suporte. Informar a SES do município de Erechim e o Gestor da necessidade de palestras com Nutricionistas e maior facilidade no encaminhamento a esse profissional, visto que às vezes o usuário demora para conseguir uma avaliação com esse especialista.

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

Detalhamento: Médico, enfermeiro e equipe ESF informarão a SES do município de Erechim e o Gestor da necessidade de palestras com Nutricionistas e maior facilidade no encaminhamento a esse profissional, visto que às vezes o usuário demora para conseguir uma avaliação com esse especialista. Criar vínculo com a Universidade (URI) para que possa ser criada uma parceria com os professores e alunos da Nutrição.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

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

Detalhamento: Através das ACS, que informarão a comunidade; dos grupos de hipertensos e diabéticos já existentes; do Hiperdia; reunião com o Chefe da Comunidade existente nos bairros; de palestras sobre essas doenças (eu já palestrei sobre “Alimentação Saudável e Atividade Física”, por exemplo); durante a consulta médica e do atendimento dos demais profissionais que trabalham na

UBS, que serão estimulados e mobilizados durante as reuniões das equipes.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira realizarão reunião semanal ou quando houver necessidade para treinamento adequado e capacitação para que toda a equipe exerça esta atividade. Orientações conforme o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde 2013, cadernos 36 e 37 (BRASIL, 2013c; BRASIL, 2013d). A SES do município de Erechim e o Gestor também serão informados de tal necessidade de atualização e aprimoramento.

### **Objetivo 6 - Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.**

Meta 19: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos;

Meta 20: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos;

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão o monitoramento dos registros das fichas-espelho e dos prontuários semanalmente.

### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: Equipe ESF organizará palestras e “mini-palestras” em sala de espera. ACS informarão a comunidade. Demais profissionais da UBS serão estimulados e mobilizados a informar e a realizar folders e avisos a toda população. Os grupos de hipertensos e diabéticos já existentes, o Hiperdia, as palestras sobre essas doenças e sobre o programa desenvolvido também darão

esse suporte. Informar a SES do município de Erechim e o Gestor da necessidade de manter as atividades com Educadores Físicos. A UBS Atlântico já exerce esta atividade. Toda sexta-feira no turno da manhã há o grupo de caminhadas e exercício físico com um educador físico.

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

Detalhamento: A UBS Atlântico já exerce esta atividade. Estimular a continuidade desta atividade. Toda sexta-feira no turno da manhã há o grupo de caminhadas e exercício físico com um educador físico. Tentar buscar uma nova parceria com alunos de Educação Física da Universidade de Erechim (URI) ou alguma outra instituição ou academia.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

Ação: Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Toda sexta-feira no turno da manhã há o grupo de caminhadas e exercício físico que pode reforçar essa orientação. Através das ACS, que informarão a comunidade; dos grupos de hipertensos e diabéticos já existentes; do Hiperdia; reunião com o Chefe da Comunidade existente nos bairros; de palestras sobre essas doenças (eu já palestrei sobre “Alimentação Saudável e Atividade Física”, por exemplo); durante a consulta médica e do atendimento dos demais profissionais que trabalham na UBS, que serão estimulados e mobilizados durante as reuniões das equipes.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira realizarão reunião semanal ou quando houver necessidade para treinamento adequado e capacitação para que toda a equipe exerça esta atividade. Orientações conforme o Caderno de Atenção Básica

do Ministério da Saúde 2013, cadernos 36 e 37 (BRASIL, 2013c; BRASIL, 2013d). A SES do município de Erechim e o Gestor também serão informados de tal necessidade de atualização e aprimoramento.

### **Objetivo 6 - Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.**

Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos;

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos;

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão o monitoramento dos registros das fichas-espelho e dos prontuários semanalmente.

### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

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

Detalhamento: Médico, enfermeiro e equipe ESF informarão a SES do município de Erechim e o Gestor de tal necessidade. No momento estamos sem medicamentos para o "abandono do tabagismo", visto que o grupo não está funcionando – está "parado". Reforçar a importância da reativação desse grupo. Durante as reuniões da equipe será discutida com os profissionais da saúde sobre o assunto acima.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

Ação: Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: As ACS informarão a comunidade. Durante a consulta médica o médico orientará os usuários. Demais profissionais da UBS serão estimulados e

mobilizados a informar e a realizar folders e avisos a toda população. O grupo Anti-tabagismo, os grupos de hipertensos e diabéticos já existentes, o Hiperdia, as palestras sobre essas doenças e sobre o programa desenvolvido também darão esse suporte.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

Ação: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Detalhamento: O médico e a enfermeira realizarão reunião semanal ou quando houver necessidade para treinamento adequado e capacitação para que toda a equipe exerça esta atividade. Orientações conforme o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde 2013, cadernos 36 e 37 (BRASIL, 2013c; BRASIL, 2013d). A SES do município de Erechim e o Gestor também serão informados de tal necessidade de atualização e aprimoramento.

### **Objetivo 6 - Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.**

Meta 23: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos;

Meta 24: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Ação: Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista.

Detalhamento: A dentista juntamente com o médico e a enfermeira farão o monitoramento dos registros das fichas-espelho e dos prontuários semanalmente.

### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

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

Detalhamento: Odontólogo, auxiliar de dentista, médico e enfermeiro informarão o Agente Executivo da UBS responsável pelo agendamento para que ele agende um horário para esses usuários. As ACS e a auxiliar de dentista entrarão em



contato com os usuários para programar e agendar um horário de atendimento. Fornecer encaminhamento ao dentista.

Ação: Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.

Detalhamento: Odontóloga, auxiliar de dentista, médico e enfermeiro informarão o Agente Executivo da UBS responsável pelo agendamento para que ele agende um horário para esses usuários. Esses usuários terão consultas mais rigorosas e, dependendo do caso, controle semanal, mensal, trimestral ao invés de semestral ou anual, dependendo da necessidade. Fornecer também encaminhamento ao dentista.

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

Detalhamento: Odontóloga, auxiliar de dentista, médico e enfermeiro informarão o Agente Executivo da UBS responsável pelo agendamento para que ele agende um horário para esses usuários. Fornecer encaminhamento ao dentista.

Ação: Demandar junto ao gestor ofertas de consultas com dentista para estes usuários.

Detalhamento: Odontóloga, auxiliar de dentista, médico e enfermeiro serão responsáveis por tal ação. Esses usuários já recebem atendimento odontológico na UBS Atlântico. Durante as reuniões da equipe será discutida com o dentista e os demais profissionais da saúde sobre o assunto acima.

## **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

Ação: Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.

Detalhamento: Através das ACS, que ouvirão a comunidade; dos grupos de hipertensos e diabéticos já existentes; do Hiperdia; reunião com o Chefe da Comunidade existente nos bairros; de palestras sobre essas doenças; durante a

consulta médica e do atendimento dos demais profissionais que trabalham na UBS, que serão estimulados e mobilizados durante as reuniões das equipes.

Ação: Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

Detalhamento: Através das ACS, que ouvirão a comunidade; dos grupos de hipertensos e diabéticos já existentes; do Hiperdia; reunião com o Chefe da Comunidade existente nos bairros; de palestras sobre essas doenças; durante a consulta médica e do atendimento dos demais profissionais que trabalham na UBS, que serão estimulados e mobilizados durante as reuniões das equipes.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

Ação: Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso e diabético.

Detalhamento: O dentista e o auxiliar de dentista, juntamente com o médico e a enfermeira, realizarão reunião semanal ou quando houver necessidade para treinamento adequado e capacitação para que toda a equipe exerça esta atividade. Orientações conforme o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde 2013, cadernos 36 e 37 (BRASIL, 2013c; BRASIL, 2013d). A SES do município de Erechim e o Gestor também serão informados de tal necessidade de atualização e aprimoramento.

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

Detalhamento: O dentista e o auxiliar de dentista, juntamente com o médico e a enfermeira, realizarão reunião semanal ou quando houver necessidade para treinamento adequado e capacitação para que toda a equipe exerça esta atividade. Orientações conforme o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde 2013, cadernos 36 e 37 (BRASIL, 2013c; BRASIL, 2013d). A SES do município de Erechim e o Gestor também serão informados de tal necessidade de atualização e aprimoramento.

### **2.3.2. Indicadores**

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

Indicador referente à meta 1

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.

Indicador referente à meta 2

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.**

Indicador referente à meta 3

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

Indicador referente à meta 4

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

Indicador referente à meta 5

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.

Indicador referente à meta 6

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.

Indicador referente à meta 7

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

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

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

Indicador referente à meta 8

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Indicador referente à meta 9

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.

Indicador referente à meta 10

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.**

Indicador referente à meta 11

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.

Indicador referente à meta 12

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.**

Indicador referente à meta 13

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.

Indicador referente à meta 14

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

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

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

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

Indicador referente à meta 15

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.

Indicador referente à meta 16

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.**

Indicador referente à meta 17

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador referente à meta 18

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador referente à meta 19

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador referente à meta 20

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador referente à meta 21

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador referente à meta 22

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador referente à meta 23

6.7. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador referente à meta 24

6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3. Logística**

Para realizar a intervenção no Programa de Hipertensão Arterial e Diabete Mellitus serão utilizados os Cadernos de Atenção Básica de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabete Mellitus do Ministério da Saúde (ano 2013), cadernos 37 e 36, respectivamente. Será utilizada uma ficha espelho para hipertenso e diabético disponibilizada pelo Curso UNASUS Ufpel (Anexo B). Essa ficha prevê a coleta de informações conforme o protocolo do MS. Pretende-se estipular uma meta de 60% para HAS (468 usuários) e 65% para DM (132 usuários). Será realizado contato com o gestor municipal para dispor de inicialmente 1000 fichas, considerando que alguns usuários apresentam ambas as comorbidades. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada planilha eletrônica de



coleta de dados disponibilizada pelo Curso UNASUS Ufpel (Anexo C).

Para organizar o registro destes usuários a Enfermeira e as ACS verificarão quantos hipertensos cada uma tem cadastrado de acordo com as fichas de cadastro já utilizadas pela UBS e registrarão os dados do usuário nas fichas espelho. Os usuários que ainda não estão cadastrados serão cadastrados e terão seus dados registrados na ficha espelho. Ao mesmo tempo será realizado o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre o controle da pressão arterial e da glicemia, consultas de rotina, exames clínicos e laboratoriais.

A intervenção iniciará através da capacitação sobre o Manual técnico para HAS e DM, versão atualizada impressa na unidade de saúde. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS. Para isso serão reservadas 2 horas semanais no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Durante essas reuniões, tópicos e dúvidas acerca dos Cadernos serão discutidos. A enfermeira e o médico capacitarão a equipe para a verificação da PA e HGT de forma criteriosa, incluindo o uso adequado do manguito e o manuseio correto do medidor de HGT.

O acolhimento dos hipertensos e diabéticos que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem através da verificação da pressão arterial (PA), peso, altura e hemoglicoteste (HGT), quando necessário de acordo com a sintomatologia do usuário. Usuários com problemas agudos ou valores de PA e HGT alterados serão atendidos no mesmo turno. As ACS ficarão responsáveis pela busca ativa dos usuários não cadastrados ou que não comparecerem às consultas. Em reunião de equipe mensal será verificado o número de usuários cadastrados e registrados. O Agente Executivo da UBS ficará responsável pelo agendamento e de um horário para esses usuários.

Para sensibilizar a população serão realizadas palestras mensais organizadas por integrantes da equipe ESF na igreja ou nas escolas ou no pavilhão da comunidade sobre essas doenças e suas comorbidades. As ACS darão orientações acerca da HAS e do DM nas visitas domiciliares. Mais informações aos usuários serão disponibilizadas por meio dos grupos de hipertensos e diabéticos já existentes, do Hiperdia (dia reservado para orientações e atividades educativas sobre as doenças), durante a consulta médica e do

atendimento dos demais profissionais que trabalham na UBS, que serão estimulados e mobilizados durante as reuniões das equipes. Será solicitado o apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de hipertensos e diabéticos e esclarecer à população sobre a importância do acompanhamento regular e dos fatores de risco para o desenvolvimento da HAS e DM, alertando quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Para o monitoramento da ação programática, semanalmente a enfermeira examinará as fichas espelho identificando controle da pressão arterial e da glicemia, consultas de rotina, exames clínicos e laboratoriais. O ACS fará busca ativa dos hipertensos e diabéticos não cadastrados. Estima-se cadastramento de 13 hipertensos por semana, totalizando 52 por mês, e de 5 diabéticos por semana, totalizando 20 por mês.

Ao fazer a busca o usuário será orientado a agendar um horário para consulta médica que ocorre diariamente na UBS ou visita médica domiciliar nas Quintas-feiras, turno da manhã. Ao final de cada semana as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na Planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizada pelo Curso UNASUS Ufpel (Anexo C). Esta planilha será entregue semanalmente de forma atualizada como forma de tarefa do curso juntamente com o diário de cada semana.

Para melhorar a qualidade de atenção a hipertensos e/ou diabéticos o exame clínico dos usuários seguirá orientações (BRASIL, 2013c; BRASIL, 2013d). Cada um exercerá atividades de acordo com sua função. Exemplo: ACS fará cadastro; Técnicas aferirão PA, peso, temperatura, altura, farão hemoglicoteste (HGT), colherão exames laboratoriais, administrarão medicações, etc.; Enfermeiro fará atendimento da demanda e triagem; Médico fará atendimento das consultas, emergências e demanda triada por enfermeiros; Dentista fará atendimento odontológico. A secretaria de saúde do município será informada sobre a importância e necessidade de garantir os exames complementares definidos no protocolo, solicitando disponibilidade e número adequado dos mesmos. A auxiliar

farmacêutica realizará o controle de estoque dos medicamentos através dos registros da Farmácia da UBS e será responsável pela entrega, registro, retenção da segunda via da prescrição, solicitação de medicamentos que estão em falta, etc. A equipe, nos seus atendimentos, também orientará os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Quanto ao monitoramento e avaliação das informações registradas as equipes e os profissionais serão capacitados nas reuniões da UBS quanto ao adequado e correto preenchimento dos registros para que não haja falhas. A enfermeira chefe das equipes ESF será responsável por essa atividade, como já ocorrem com os outros registros existentes na UBS Atlântico.

Para mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular serão utilizadas as fichas espelho e a equipe será capacitada para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, seguindo o Manual do MS (BRASIL, 2013c; BRASIL, 2013d). Durante as reuniões da equipe será discutido e feito treinamento prático com os profissionais da saúde sobre o assunto acima.

Para promover a saúde dos hipertensos e diabéticos serão adotados os seguintes procedimentos: encaminhamento para atendimento nutricional, orientação para atividade física a ser realizada pelo educador físico (toda sexta-feira no turno da manhã há o grupo de caminhadas e exercício físico), orientação pela equipe sobre os riscos e malefícios do tabagismo, atenção à saúde bucal através de agendamento para atendimento odontológico, palestras sobre alimentação saudável e atividade física.

Todo usuário hipertenso e diabético será estratificado segundo o IMC (Índice de Massa Corporal). Aqueles que estiverem com sobrepeso e obesidade ou que apresentarem dislipidemia serão encaminhados ao nutricionista para uma melhor orientação e plano dietético. Eles também serão orientados a participar da atividade física realizada pelo educador físico e pela equipe da ESF.

O usuário que fuma será estimulado a cessar o tabagismo através de orientação nas consultas médicas, visitas domiciliares e palestras. Serão encaminhados ao grupo do tabagismo da UBS para um suporte multiprofissional

e, quando for necessário, receberão medicação Bupropiona e/ou goma de mascar e/ou adesivos de nicotina.

Quando os diversos profissionais de saúde (em atividades ou consultas com os usuários da comunidade) suspeitarem ou diagnosticarem problemas de saúde bucal, os usuários hipertensos e diabéticos serão encaminhados e orientados a agendar consulta com o dentista.

Para orientar a população serão realizadas palestras mensais organizadas por integrantes da equipe ESF na igreja ou nas escolas ou no pavilhão da comunidade sobre essas doenças e suas comorbidades, englobando a importância da alimentação saudável e atividade física na vida do usuário portador de HAS e DM.



### **3. Relatório da Intervenção**

#### **3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas:**

A intervenção teve início no dia 08 de Agosto de 2014 e perdurou por doze semanas. Antes de iniciar o projeto eu já havia entrado em contato com o Gestor Municipal e com a Secretaria Municipal, informado a equipe sobre os objetivos do projeto e como seriam as semanas dali em diante, realizado reunião com os demais profissionais da saúde da UBS Atlântico e estabelecido o papel de cada profissional na ação programática. Houve a capacitação dos profissionais da equipe através da discussão dos Materiais e Protocolos do MS sobre HAS e DM, organização e criação de formas para atender e cadastrar os usuários, agendamento de palestras no Grupo de Hipertensos e Diabéticos da UBS e prioridade no atendimento médico aos usuários do projeto. A comunidade havia sido comunicada através de divulgação oral, escrita no mural da UBS e através das ACS para deixar a população a par do projeto que será desenvolvido. Foram também solicitadas impressões das Fichas Espelho (300 cópias). Enfim, tudo ocorreu de acordo com a Logística e o Cronograma do projeto.

Os usuários eram informados pela ACS na semana anterior por meio de busca ativa que deveria comparecer à UBS para realizar uma consulta, com seu horário devidamente agendado. Suas Fichas Espelho (FE) eram preenchidas com cadastro (todos os seus dados), realizado previamente pelas ACS, e triagem (Estatura, Peso, Perímetro Braquial e PA), realizada pelas técnicas de enfermagem. Eu e os demais médicos realizávamos o exame físico, avaliando o risco cardiovascular, o IMC, os exames laboratoriais e as medicações em uso. Além dos agendados, usuários da demanda que eram portadores de HAS e/ou DM também tinham suas FE preenchidas. Toda a equipe (eu, mais outros dois médicos, ACSs, enfermeiras, técnicos de enfermagem, dentista, auxiliar bucal, auxiliar administrativo e agente executivo) se engajou e trabalhou intempestivamente durante os três meses que se passaram. Ministrei palestras,

sala de espera, participei de rodaterapias e outros eventos que envolvessem os usuários do projeto, como o Grupo de Hipertensos e Diabéticos.

Encontrei algumas dificuldades durante as semanas no que diz respeito a alguns aspectos da FE HAS-DM. Existiam algumas medicações que estavam disponíveis no SUS, no protocolo utilizado por mim, na farmácia popular e na farmácia da UBS e da Secretaria Municipal de Saúde que não constavam na FE. A alternativa criada foi preencher a mão o restante das drogas, caso não estivesse na lista, visto que existe um espaço (linhas em branco) para isso. O único inconveniente era que isso tomava mais tempo do que se elas já estivessem ali escritas, já disponíveis como as demais. A Planilha de Coleta de Dados também era complicada de manusear, nem todos os usuários ficavam gravados de um mês para o outro e eu tinha que ficar sempre “procurando / localizando” o indivíduo antes de acrescentá-lo para que não houvesse repetição da amostragem.

Outro ponto negativo ao longo do projeto foi que enfermeira responsável pela gestão da SMS de Erechim havia comentado que estavam sendo solicitados muitos exames laboratoriais na UBS Atlântico, e que o ideal seria termos mais “cautela” e diminuir o número de pedidos uma vez que a UBS Atlântico estava ultrapassando o número de cotas. Nós médicos da UBS Atlântico continuamos trabalhando seriamente conscientes da nossa responsabilidade e solicitando os exames que achávamos necessário, mas talvez esse problema dos exames e toda essa situação em que a saúde se encontra tenham influenciado no bom andamento do projeto, pois alguns usuários demoraram mais para retornar esperando cotas do mês seguinte. Em contrapartida, após o início da intervenção havíamos conseguido um aumento do número de testes “Hemoglobina Glicada” para os diabéticos, o que promoveu uma melhoria do acompanhamento laboratorial e otimização do tratamento desses usuários.

As ACS sempre relatavam que o cadastramento estava evoluindo bem e faziam busca ativa em várias moradias. Persistiu a dificuldade em contatar e cadastrar aqueles usuários que trabalham o dia todo e que nunca estavam em casa nos horários de funcionamento da UBS o que dificultou o alcance de meta

mais alta que a estipulada pelo projeto. Outro ponto negativo que elas comentavam era que algumas pessoas possuem convênios de saúde ou fazem acompanhamento da sua doença (HAS e/ou DM) com outros médicos (em consultórios particulares ou conveniados, por exemplo) e por isso não procuravam nunca atendimento na UBS; outros também não queriam comparecer ou participar do esquema de agendamento para atendimento, acompanhamento e preenchimento de fichas espelho desenvolvido no projeto. Isso em parte impediu o real desenvolvimento do projeto e pode gerar vieses no final, além de deixar a equipe “impotente”, sem alternativas, visto que não podíamos obrigar a comunidade a consultar ou participar do projeto se eles não queriam ou não tinham interesse.

### **3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas:**

Nenhuma das atividades previstas deixou de ser realizada. Todas seguiram os protocolos preconizados (Cadernos de Atenção Básica de Hipertensão Arterial e Diabete Mellitus do Ministério da Saúde, ano 2013, cadernos 36 e 37), estiveram de acordo com o Cronograma proposto na Logística do projeto e ocorreram conforme planejado. O que facilitou o bom andamento do projeto foi eu ter me preparado antes e me organizado bem - tudo conforme o cronograma. Isso facilitou muito a dinâmica dos atendimentos durante as semanas, uma vez que a equipe estava preparada e cada um sabia o que tinha que fazer e quais eram as suas funções. Em alguns momentos tive dificuldade, principalmente porque tinha que conciliar o atendimento aos usuários do projeto (que demandavam muito tempo) com a demanda espontânea, que na UBS Atlântico é sempre grande. Normalmente usava a minha câmera fotográfica ou o celular como suporte para a minha “memória orgânica”, e também anotava em algumas folhas rascunho ou nas próprias fichas espelho de alguns usuários.



### **3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores:**

No que diz respeito à coleta e à sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores posso dizer que encontrei dificuldades. Inicialmente porque as orientações que me foram passadas quanto ao preenchimento da planilha sofreram modificações ao longo das semanas. Desde o início do projeto, ainda na logística, havia comentado ao curso e ao orientador que os dados gerados pelo “Caderno das Ações Programáticas (CAP) UNASUS Ufpel” estavam superestimados para a UBS Atlântico e que aqueles valores não eram fidedignos, uma vez que em reuniões com as ACSs elas me comentavam que já haviam cadastrado quase todos os usuários portadores de HAS e DM das suas áreas e que aquele número de usuários hipertensos e diabéticos produzidos pelo CAP não condiziam com a realidade. Ao reformular a Planilha de Coleta de Dados UNASUS (Anexo C) e analisar os dados dos cadastramentos das ACS durante a intervenção cheguei à conclusão de que existiam 780 usuários hipertensos e 202 usuários diabéticos na UBS Atlântico após três meses de busca ativa.

### **3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço:**

A grande importância do projeto é que ele serviu de estímulo para que a lição e os ensinamentos deixados por ele promovam ainda mais a melhoria da saúde dos usuários hipertensos e diabéticos da UBS Atlântico. A intervenção foi incorporada a rotina da UBS por meio do uso das fichas-espelho e monitoramento das ações através da planilha-eletrônica. Tenho certeza que o Projeto de Intervenção sobre HAS e DM nesta UBS perdurará enraizado e duradouro através do conhecimento adquirido por mim e por todos os profissionais de saúde. As

fichas-espelho promoverão um maior acompanhamento do usuário, visto que os dados ali preenchidos são de fácil e rápido acesso. Continuaremos a transmitir essa experiência e esses ensinamentos teórico-práticos a todos os usuários e a toda comunidade da UBS Atlântico de Erechim.

#### **4. Avaliação da Intervenção**

A intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde dos adultos portadores de Hipertensão Arterial (HAS) e Diabete Mellitus (DM) na Unidade Básica de Saúde Atlântico, Erechim - RS. A seguir serão apresentados os resultados após 12 semanas de execução.

##### **4.1 Resultados**

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

**Meta 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.

Na área adstrita existem 780 pessoas portadoras de HAS sendo avaliado um total de 490 usuários durante as 12 semanas de intervenção. No primeiro mês da intervenção inscrevemos no programa 197 hipertensos (25,3%), no segundo mês 289 (37,1%) e no terceiro mês 490 (62,8%), demonstrando a evolução positiva da intervenção e o empenho de toda a equipe no processo (Figura 1).

Atingimos e ultrapassamos a meta em 2,8% acima do estabelecido. Talvez o que dificultou para que alcançássemos uma meta ainda maior foi a falta de conscientização por parte dos usuários que por algum motivo não procuram o atendimento da UBS ou consultam com profissionais de outros serviços.

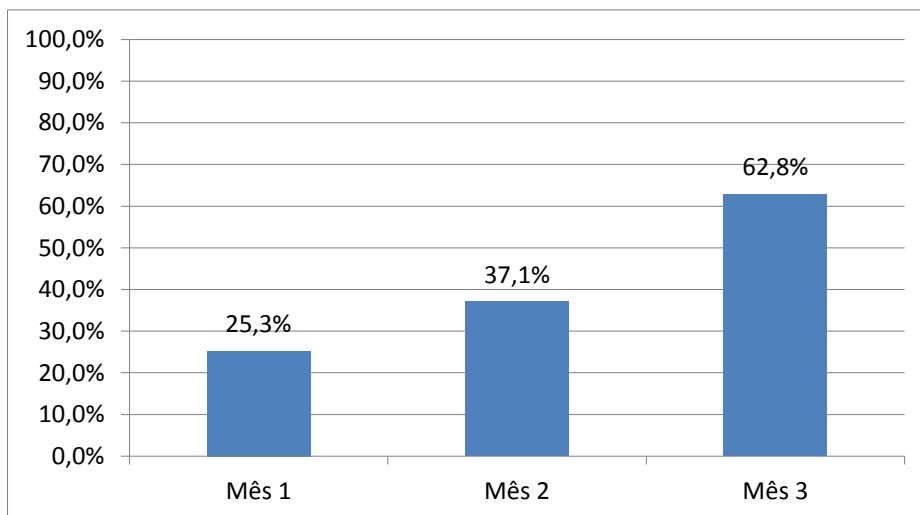


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade Básica de Saúde Atlântico, Erechim - RS.

**Meta 2:** Cadastrar 65% 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.

Na área adstrita existem 202 pessoas portadoras de DM sendo avaliado um total de 138 usuários durante as 12 semanas de intervenção. No primeiro mês de intervenção dos 202 diabéticos cadastrados, tivemos 62 diabéticos atendidos (30,7%), no segundo mês 85 (42,1%) e no terceiro mês 138 (68,3%) como o evidenciado na Figura 2.

Atingimos e ultrapassamos a meta em 3,3%, visto que a população diabética era em menor número que a hipertensa e também porque muitos hipertensos eram também portadores de DM. Talvez o que dificultou para que alcançássemos uma meta ainda maior foi a falta de conscientização por parte dos usuários que por algum motivo não procuram o atendimento da UBS ou consultam com profissionais de outros serviços.

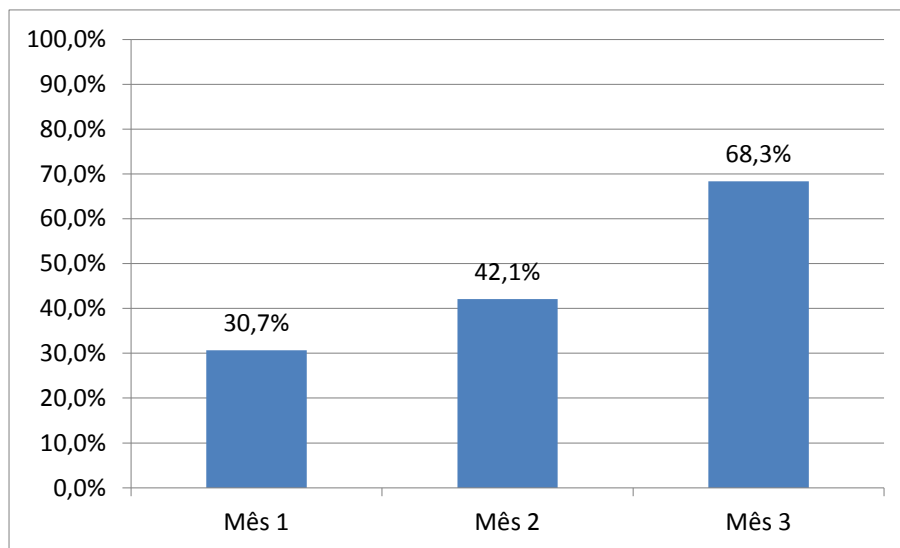


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade Básica de Saúde Atlântico, Erechim - RS.

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

**Meta 3:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.;

**Indicador 2.1.** Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Todos os usuários cadastrados (100%) foram examinados e estavam com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo nos três meses de intervenção. Isso ocorreu de forma satisfatória visto que foram definidas atribuições para cada membro da equipe e houve capacitação para que todos realizassem exame clínico apropriado.

**Meta 4:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos;

**Indicador 2.2.** Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Todos os usuários cadastrados (100%) foram examinados e estavam com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo nos três meses de intervenção. Isso ocorreu de forma satisfatória visto que foram definidas atribuições para cada membro da equipe e houve capacitação para que todos realizassem exame clínico apropriado.

**Meta 5:** 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.

No primeiro mês de intervenção 97 hipertensos (49,2%) estavam com os exames complementares em dia, no segundo mês 167 (57,8%) e no terceiro mês 385 (78,6%) conforme apresenta a Figura 3. É plausível que esses dois indicadores estejam abaixo do limite desejado, que seriam os 100%, já que alguns usuários estavam com exames desatualizados e novos exames foram solicitados. Quando esses usuários trouxerem esses exames na consulta de revisão, a tendência é que esses valores aumentem.

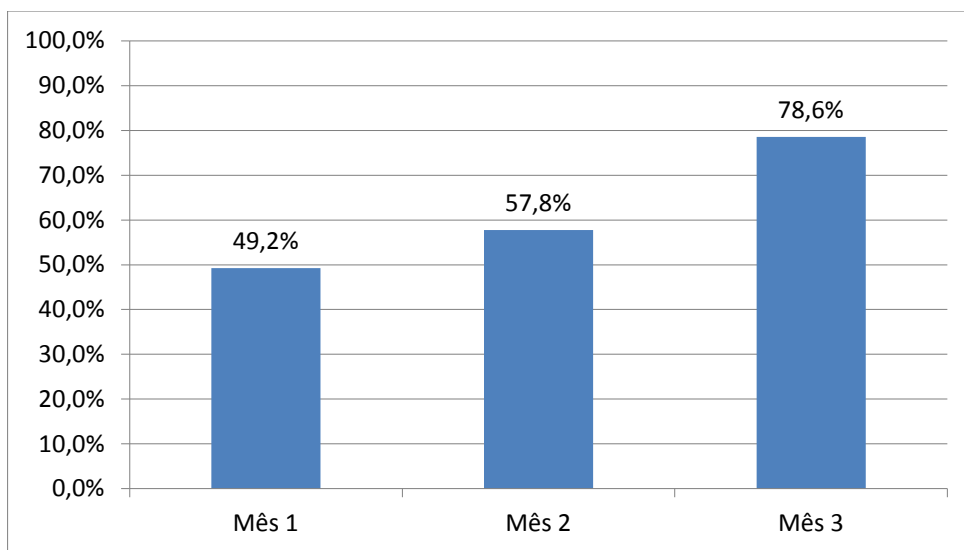


Figura 3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na Unidade Básica de Saúde Atlântico, Erechim - RS.

**Meta 6:** 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.

No primeiro mês de intervenção 41 diabéticos (66,1%) estavam com os exames complementares em dia, no segundo mês 60 (70,6%) e no terceiro mês 118 (85,5%) de acordo com a Figura 4. É plausível que esses dois indicadores estejam abaixo do limite desejado, que seriam os 100%, já que alguns usuários

estavam com exames desatualizados e novos exames foram solicitados. Quando esses usuários trouxeram esses exames na consulta de revisão, a tendência é que esses valores aumentem.

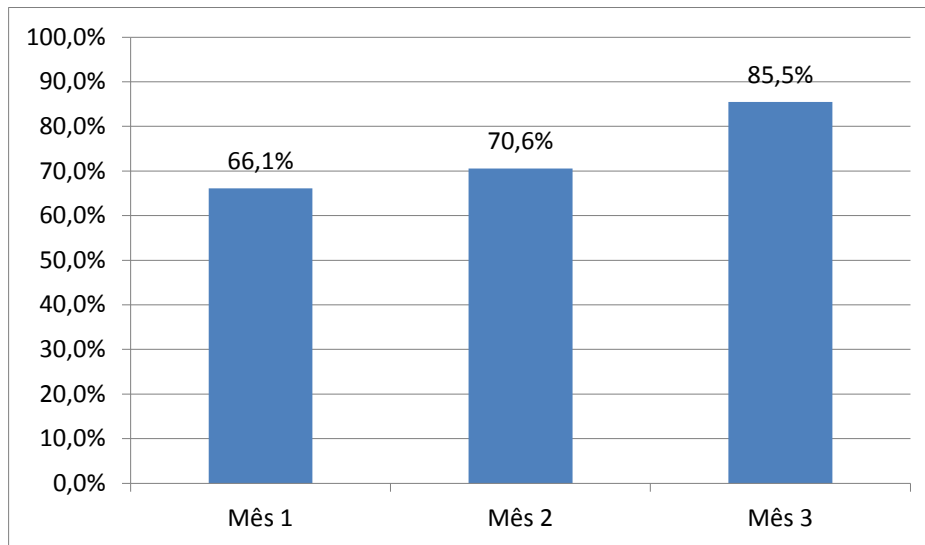


Figura 4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na Unidade Básica de Saúde Atlântico, Erechim - RS.

**Meta 7:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

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

No primeiro mês de intervenção 183 hipertensos (93,4%) estavam usando os medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, no segundo mês 268 (93,4%) e no terceiro mês 466 (95,5%) como é apresentado na Figura 5. Isso ocorre porque alguns usuários necessitam usar medicamentos específicos que não constam na rede popular para adquirir um controle adequado a sua doença.

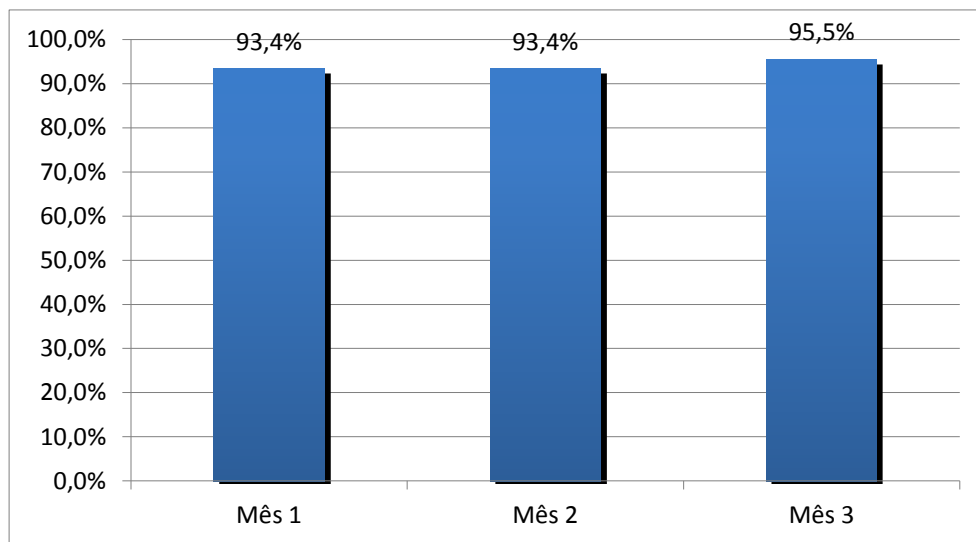


Figura 5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na Unidade Básica de Saúde Atlântico, Erechim - RS.

**Meta 8:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

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

No primeiro mês de intervenção 56 diabéticos (90,3%) estavam usando os medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, no segundo mês 78 (91,8%) e no terceiro mês 130 (94,2%) de acordo com a Figura 6. Isso ocorre porque alguns usuários necessitam usar medicamentos específicos que não constam na rede popular para adquirir um controle adequado a sua doença.



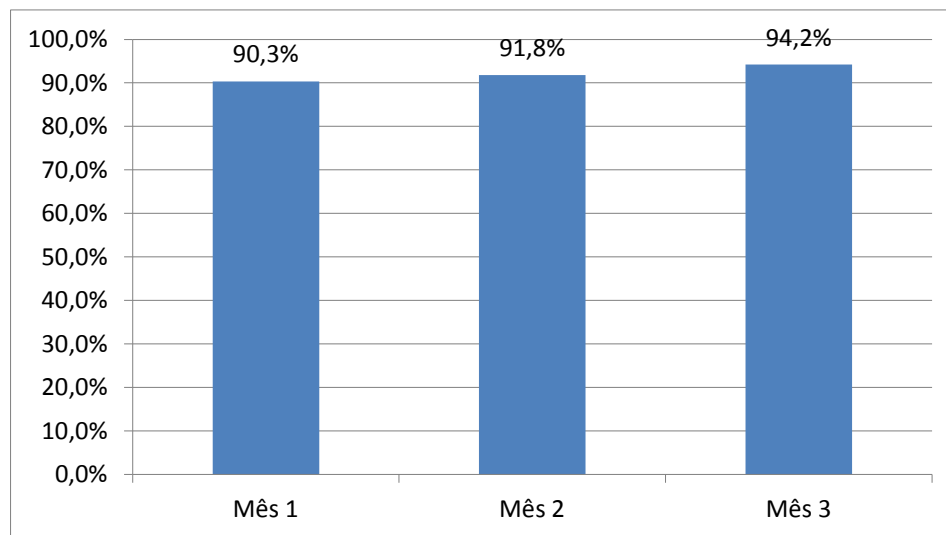


Figura 6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na Unidade Básica de Saúde Atlântico, Erechim - RS.

**Meta 9:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos;

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

Todos os usuários hipertensos cadastrados (100%) tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico nos três meses de intervenção. Isso ocorreu de forma satisfatória visto que foram definidas atribuições para cada membro da equipe e houve capacitação para que todos realizassem exame clínico apropriado.

**Meta 10:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

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

Todos os usuários diabéticos cadastrados (100%) tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico nos três meses de intervenção. Isso ocorreu de forma satisfatória visto que foram definidas atribuições para cada membro da equipe e houve capacitação para que todos realizassem exame clínico apropriado.

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

**Meta 11:** 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.

Foi realizada busca ativa a todos os usuários hipertensos faltosos às consultas médicas (100%) nos três meses de intervenção. Isso ocorreu de forma satisfatória visto que semanalmente, nas reuniões de equipe, as ACS eram informadas sobre a realização das buscas ativas àqueles usuários que por algum motivo não compareciam às consultas.

**Meta 12:** 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.

Foi realizada busca ativa a todos os usuários diabéticos faltosos às consultas médicas (100%) nos três meses de intervenção. Isso ocorreu de forma satisfatória visto que semanalmente, nas reuniões de equipe, as ACS eram informadas sobre a realização das buscas ativas àqueles usuários que por algum motivo não compareciam às consultas.

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

**Meta 13:** 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.

Todos os usuários hipertensos cadastrados (100%) tiveram registro adequado na ficha de acompanhamento nos três meses de intervenção. Isso ocorreu de forma satisfatória visto que foram definidas atribuições para cada membro da equipe e houve capacitação para que todos realizassem essa tarefa

de uma maneira apropriada.

**Meta 14:** 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.

Todos os usuários diabéticos cadastrados (100%) tiveram registro adequado na ficha de acompanhamento nos três meses de intervenção. Isso ocorreu de forma satisfatória visto que foram definidas atribuições para cada membro da equipe e houve capacitação para que todos realizassem essa tarefa de uma maneira apropriada.

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

**Meta 15:** 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.

No primeiro mês de intervenção 93 hipertensos (47,2%) estavam com estratificação de risco cardiovascular em dia, no segundo mês 161 (55,7%) e no terceiro mês 387 (77,1%) conforme apresenta a Figura 7. É plausível que esses dois indicadores estejam abaixo do limite desejado, que seriam os 100%, já que alguns usuários estavam com exames desatualizados e novos exames foram solicitados. Quando esses usuários trouxerem esses exames na consulta de revisão, a tendência é que esses valores aumentem e, conseqüentemente, a estratificação do risco cardiovascular deles também poderá ser calculada, pois para o cálculo do escore de Framingham esteja atualizado são necessários alguns dados laboratoriais (colesterol total e HDL).

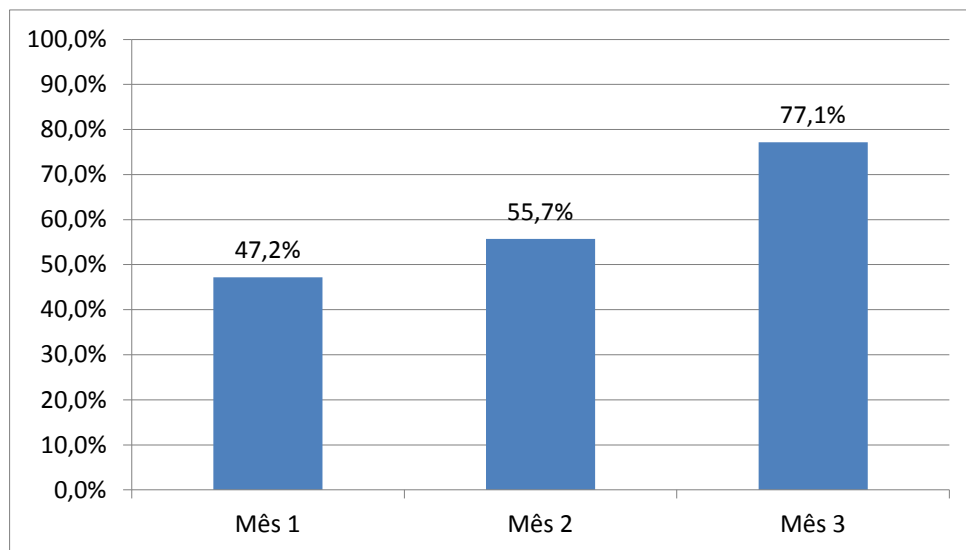


Figura 7: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular na Unidade Básica de Saúde Atlântico, Erechim - RS.

**Meta 16:** 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.

No primeiro mês de intervenção 38 diabéticos (61,3%) estavam com estratificação de risco cardiovascular em dia, no segundo mês 57 (67,1%) e no terceiro mês 115 (83,3%) de acordo com a Figura 8. É plausível que esses dois indicadores estejam abaixo do limite desejado, que seriam os 100%, já que alguns usuários estavam com exames desatualizados e novos exames foram solicitados. Quando esses usuários trouxerem esses exames na consulta de revisão, a tendência é que esses valores aumentem e, conseqüentemente, a estratificação do risco cardiovascular deles também poderá ser calculada, pois para o cálculo do escore de Framingham esteja atualizado são necessários alguns dados laboratoriais (colesterol total e HDL).

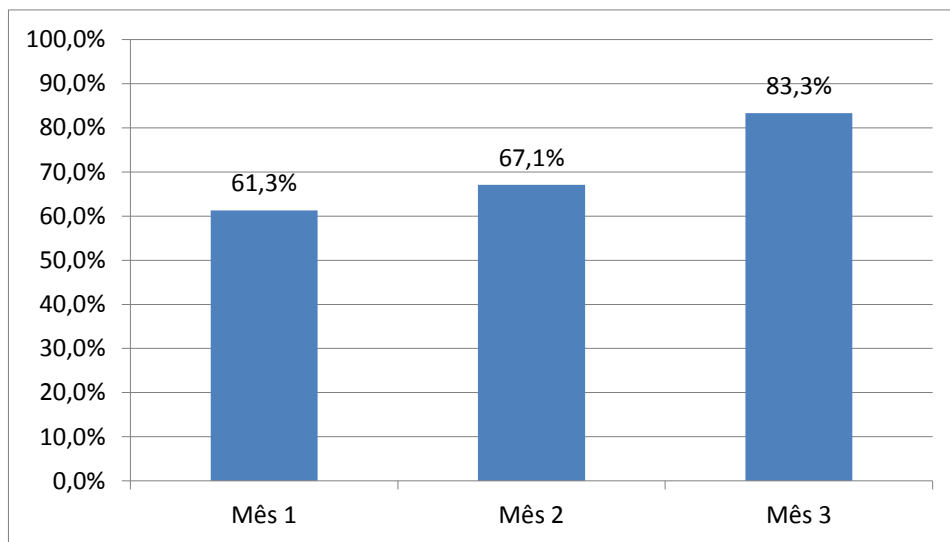


Figura 8: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular na Unidade Básica de Saúde Atlântico, Erechim - RS.

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

**Meta 17:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos;

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

Todos os usuários hipertensos cadastrados (100%) tiveram orientação nutricional sobre alimentação saudável nos três meses de intervenção. Isso ocorreu de forma satisfatória visto que foram definidas atribuições para cada membro da equipe e houve capacitação para que todos realizassem orientação nutricional corretamente.

**Meta 18:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos;

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

Todos os usuários diabéticos cadastrados (100%) tiveram orientação nutricional sobre alimentação saudável nos três meses de intervenção. Isso ocorreu de forma satisfatória visto que foram definidas atribuições para cada membro da equipe e houve capacitação para que todos realizassem orientação

nutricional corretamente.

**Meta 19:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos;

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

Todos os usuários hipertensos cadastrados (100%) tiveram orientação nutricional sobre prática regular de atividade física nos três meses de intervenção. Isso ocorreu de forma satisfatória visto que foram definidas atribuições para cada membro da equipe e houve capacitação para que todos realizassem orientação sobre prática regular de atividade física corretamente.

**Meta 20:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos;

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

Todos os usuários diabéticos cadastrados (100%) tiveram orientação nutricional sobre prática regular de atividade física nos três meses de intervenção. Isso ocorreu de forma satisfatória visto que foram definidas atribuições para cada membro da equipe e houve capacitação para que todos realizassem orientação sobre prática regular de atividade física corretamente.

**Meta 21:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos;

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

Todos os usuários hipertensos cadastrados (100%) tiveram orientação nutricional sobre os riscos do tabagismo nos três meses de intervenção. Isso ocorreu de forma satisfatória visto que foram definidas atribuições para cada membro da equipe e houve capacitação para que todos realizassem orientação sobre os riscos do tabagismo corretamente.

**Meta 22:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos;

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

Todos os usuários diabéticos cadastrados (100%) tiveram orientação nutricional sobre os riscos do tabagismo nos três meses de intervenção. Isso ocorreu de forma satisfatória visto que foram definidas atribuições para cada membro da equipe e houve capacitação para que todos realizassem orientação sobre os riscos do tabagismo corretamente.

**Meta 23:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos;

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

Todos os usuários hipertensos cadastrados (100%) tiveram orientação nutricional sobre higiene bucal nos três meses de intervenção. Isso ocorreu de forma satisfatória visto que foram definidas atribuições para cada membro da equipe e houve capacitação para que todos realizassem orientação sobre higiene bucal corretamente, além de o projeto ter contado com o auxílio da dentista e da equipe da Saúde Bucal da UBS.

**Meta 24:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

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

Todos os usuários diabéticos cadastrados (100%) tiveram orientação nutricional sobre higiene bucal nos três meses de intervenção. Isso ocorreu de forma satisfatória visto que foram definidas atribuições para cada membro da equipe e houve capacitação para que todos realizassem orientação sobre higiene bucal corretamente, além de o projeto ter contado com o auxílio da dentista e da equipe da Saúde Bucal da UBS.

## 4.2 Discussão

O projeto de intervenção sobre HAS/DM desenvolvido na UBS Atlântico de Erechim - RS atingiu uma cobertura de 62,8% para HAS e 68,3% para DM após 12 semanas de trabalho, tendo efetuado atendimento médico conforme protocolos e preenchimento das FE de 490 hipertensos e 138 diabéticos. A meta estipulada no início do trabalho era de 60% HAS e 65% DM, ou seja, houve um resultado satisfatório ao final da intervenção. Além disso, a maioria dos outros indicadores, que são os indicadores de qualidade, ficou próxima ou igual a 100%. Apenas os itens “proporção de usuários que estão com exames laboratoriais em dia” e “proporção de usuários com estratificação de risco cardiovascular em dia” ficaram abaixo dessa média, visto que os dados gerados apontam 78,6% para hipertensos e 85,5% para diabéticos e 77,1% para hipertensos e 83,3% para diabéticos, respectivamente. É plausível que esses dois últimos dados estejam abaixo do limite desejado, que seriam os 100%, já que alguns usuários estavam com exames desatualizados e novos exames foram solicitados. Quando esses usuários trouxerem esses exames na consulta de revisão, a tendência é que esses valores aumentem e, conseqüentemente, a estratificação do risco cardiovascular deles também poderá ser calculada, pois para o cálculo do score de Framingham esteja atualizado são necessários alguns dados laboratoriais (colesterol total e HDL). Portanto, pode-se inferir que a meta atingiu resultado satisfatório e que o nível de qualidade à prestação de serviços foi excelente.

O projeto desenvolvido ao longo do curso foi de grande importância para a melhoria da atenção básica no território. Foi possível propiciar mudanças no fluxo, no atendimento, no acesso, na qualidade da assistência entre outros. Não foram atendidas todas as metas propostas, porém a intervenção está em continuidade e temos então, a possibilidade de atingi-las.

Houve integração da equipe multiprofissional, sendo mais frequentes as trocas de experiências, os estudos, em conjunto, de casos clínicos de usuários da área, o feedback de ações e encaminhamentos e a melhora da comunicação entre os profissionais e os usuários. A capacitação realizada promoveu discussões



positivas, estabelecimentos de fluxos e protocolos de atendimento. O detalhamento das atribuições de cada membro da equipe resultou em uma melhor definição das tarefas diárias. Além disso, a intervenção despertou o interesse de outros membros da equipe para também realizarem a especialização assim que novas turmas estiverem disponíveis.

A separação e organização dos prontuários dos hipertensos e diabéticos de acordo com as respectivas fichas espelho (FE) facilitaram o acesso às informações dos usuários aos demais profissionais, poupando tempo na busca de informações e/ou no atendimento dos mesmos. A sistematização da agenda das enfermeiras e do médico facilitou o entendimento da equipe da recepção, responsáveis pelo agendamento, para terem governabilidade nas marcações de consultas de retorno e de primeiro atendimento. A busca ativa por parte das ACS para aqueles usuários faltosos estimulou ainda mais os trabalhos. A identificação de alterações durante consulta médica ocorreu com maior frequência, já que a FE de acompanhamento oferecia um roteiro para o profissional, facilitando e otimizando os atendimentos. A equipe de odontologia ficou mais próxima dos outros profissionais, mais participativa, com dimensionamento de suas ações para os hipertensos e diabéticos também.

Com o aumento dos números de atendimentos, mais usuários portadores de HAS/DM puderam participar das consultas médicas e terem acesso aos serviços prestados pela Unidade à comunidade. Os usuários descompensados que tinham exames laboratoriais ou exame físico alterado puderam ter um melhor acompanhamento e manejo terapêutico. Os usuários tiveram acesso à informação sobre prevenção de agravos de saúde, alimentação saudável, combate ao tabagismo, atividade física regular, saúde bucal, entre outras orientações, por meio das “mini-palestras” em sala de espera ou do Grupo de Hipertensos e Diabéticos.

Foram ampliadas as buscas em relação aos usuários não cadastrados, e atualização dos seus cadastros, possibilitando dessa maneira um melhor controle da prevalência e incidência da HAS e DM. Com a intensificação dos cuidados e prevenção de agravos aos usuários portadores de HAS e DM a comunidade

poderá desfrutar de uma vida mais saudável e consciente.

Caso a intervenção fosse realizada neste momento, algumas medidas diferentes seriam tomadas, como: organização da agenda, melhor distribuição das ações, estreitamento ainda maior do vínculo com a comunidade e com o conselho local. Busca de mais o apoio da gestão em relação à liberação de exames, que no início estavam escassos. Cobrança na realização de mais reuniões de equipe e de planejamento. Ter mais tempo para a realização das ações e das capacitações. Atender menos demanda para ter menos sobrecarga de trabalho e mais aproveitamento em relação ao curso e ao projeto.

Quanto à viabilidade de incorporar a intervenção à rotina do serviço e quais as melhorias que se pretende fazer para o futuro pode-se dizer que a intervenção está totalmente incorporada à rotina da UBS e da comunidade e a equipe recebeu bem as mudanças de forma gradativa, sendo o começo mais trabalhoso. Pretendemos intensificar as ações e não deixar que as mesmas percam a continuidade. Manteremos as ações do Grupo de Hipertensos e Diabéticos e das “mini-palestras” em sala de espera que fortalecerão ainda mais a intervenção.

Como próximo passo, pretende-se ampliar o número de médicos na UBS para que um número maior de usuários receba atendimento adequado, inclusive os que necessitam de visitas domiciliares e atuar mais nas ações coletivas e individuais. Intensificar o atendimento aos portadores de HAS e/ou DM descompensados ou com doença de difícil controle, incentivar a mudança no estilo de vida (dieta, atividade física, lazer, vida saudável) e aumentar a cobertura do programa aos hipertensos e diabéticos na UBS Atlântico também é um dos objetivos para o futuro. Talvez se houver a inauguração do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), poderemos ampliar o atendimento na especialidade de nutrição e estimular sua participação nas atividades dos grupos e ações coletivas. Buscar com a gestão, apoio para estender o protocolo de atendimento ao hipertenso e diabético, para todas as Unidades de Saúde da Família (ESF) do município de Erechim – RS também seria uma alternativa para a melhora no atendimento aos usuários.

### 4.3 Relatório da intervenção para Gestores

Após a análise situacional realizada na UBS Atlântico de Erechim - RS pode-se perceber pontos de melhoria que poderiam ser trabalhados em um projeto de intervenção. Assim, o projeto foi direcionado aos adultos com 20 anos ou mais portadores de HAS e/ou DM pertencentes na área de abrangência da Unidade, com o objetivo geral de ampliar a cobertura e qualificar a atenção à saúde do usuário hipertenso e diabético nessa faixa etária. Desta forma, as principais ações desenvolvidas foram: saúde bucal, promoção da atividade física regular, orientação nutricional, combate ao tabagismo, consultas em dia, estratificação do risco cardiovascular, prevenção de complicações e diminuição das comorbidades associadas às doenças acima relatadas.

A intervenção foi desenvolvida durante 12 semanas, contando com um cronograma pré-definido que norteava as ações semanais. A estimativa de hipertensos moradores da área era de 780 na faixa etária de 20 anos ou mais, sendo que durante os três meses acompanhamos 490 (62,8%) portadores de HAS. No que diz respeito a DM, a estimativa de diabéticos moradores da área era de 202 na faixa etária de 20 anos ou mais, sendo que durante os três meses acompanhamos 138 (68,3%) portadores de DM. Além disso, a maioria dos indicadores de qualidade ficou próxima ou igual a 100%, evidenciando a qualidade da assistência prestada. O planejamento das ações juntamente com a equipe se fez necessária, bem como a organização dos prontuários e das fichas espelho (FE) de acompanhamento médico, a qual ficaram anexadas ao prontuário médico dos usuários, facilitando assim o acesso.

Foi organizada a agenda da equipe para os atendimentos aos usuários, procurando adequar os horários para que essa população pudesse ser assistida. Após essa organização fizemos contato com a Secretaria Municipal de Saúde, explicitando ao Gestor e aos responsáveis como seriam os atendimentos, e aos usuários, através de busca ativa das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) que informavam acerca do projeto e agendavam as consultas. A receptividade da gestão foi ótima sendo fornecido tudo o que foi solicitado (impressão de protocolos

atualizados, cópia das FE, facilidade e disponibilização de exames, etc) para melhor andamento.

Ao longo do projeto a enfermeira responsável pela gestão da SMS de Erechim havia comentado que estavam sendo solicitados muitos exames laboratoriais na UBS Atlântico, e que o ideal seria termos mais “cautela” e diminuir o número de pedidos uma vez que a UBS Atlântico estava ultrapassando o número de cotas. O número de “hemoglobinas glicadas” disponível na rede básica, por exemplo, era de três exames ao mês para cada médico. Também tínhamos um número reduzido de exames laboratoriais gerais de rotina. Isso inviabilizava o controle das doenças crônicas como HAS e DM, bem como suas comorbidades. Após o início da intervenção havíamos conseguido um aumento do número de testes “hemoglobina glicada” para 16 exames ao mês para cada médico, além de uma maior disponibilidade de cotas para os exames laboratoriais gerais de rotina, o que promoveu uma melhoria do acompanhamento laboratorial, controle das doenças e suas comorbidades e maior otimização do tratamento clínico dos usuários. Certamente, essa iniciativa possibilitará alcançar 100% da meta no futuro.

Antes da intervenção também não havia uma sistematização, triagem ou uma padronização no atendimento aos hipertensos e diabéticos. Cada enfermeira realizava seu controle e atividades como achava correto, porém, quando era necessário levantar algum dado não era possível por falta ou omissão de informação. Também era o médico que, na maioria das vezes, solicitava a aferição da pressão arterial (PA) ou da medida do hemoglicoteste (HGT) quando achava necessário. Não havia uma triagem padronizada. Após a intervenção todo usuário que chegava para ser atendido e fosse hipertenso e/ou diabético tinha sua PA aferida e/ou seu HGT medido antes de passar para a consulta médica.

Todos os profissionais da Unidade foram capacitados, e utilizamos como referência os Cadernos de Atenção Básica de Hipertensão Arterial e Diabete Mellitus do Ministério da Saúde (ano 2013), cadernos 37 e 36, respectivamente. As ACS, além da capacitação citada anteriormente, foram capacitadas para realizarem a abordagem no domicílio e para busca ativa dos faltosos.

Foram realizadas salas de espera em todas as semanas abordando temas específicos das doenças, além de palestras mensais ministradas por mim no Grupo de Hipertensos e Diabéticos. Contamos com a colaboração positiva ao projeto de intervenção dos representantes comunitários, que inclusive são muito atuantes na discussão de assuntos relacionados à saúde que envolve a população da UBS Atlântico.

Não conseguimos, no decorrer da intervenção, atingir todas as metas previamente propostas. Um dos motivos é a UBS ter uma área de abrangência e uma população coberta muito grande, além de uma demanda diária de atendimento enorme. O perfil da população da área, o qual é caracterizado por pessoas de classe baixa, média e alta, universitários, trabalhadores e com plano de saúde complementar, diminui o acesso e a procura desses usuários à UBS e, conseqüentemente, ao projeto. Porém as ações propostas na intervenção foram incorporadas à rotina da Unidade, assim poderemos continuar em busca de atingir as metas e os objetivos propostos. No geral, a equipe conseguiu atingir e ultrapassar algumas metas, devido ao trabalho intenso e a colaboração importante dos profissionais. A colaboração e o apoio da gestão foram de extrema importância, e contamos com essa colaboração para que possamos continuar desenvolvendo um trabalho de melhoria da atenção básica.

#### **4.4 Relatório da intervenção para Comunidade**

A UBS Atlântico de Erechim - RS desenvolveu após o levantamento de problemas e necessidade de melhorias em relação às doenças HAS e DM um projeto de intervenção que envolveu adultos portadores de Hipertensão Arterial e Diabete Mellitus que frequentam a Unidade e pertencentes à área de abrangência, com proposta inicial de três meses e que já foi possível a continuidade do trabalho após as doze semanas de projeto.

O projeto de intervenção atingiu uma cobertura de 62,8% para HAS e 68,3% para DM após 12 semanas de trabalho, tendo efetuado atendimento

médico conforme protocolos e preenchimento das FE de 490 hipertensos e 138 diabéticos. A meta de cobertura estipulada era de 60% HAS e 65% DM.

A participação da comunidade foi muito importante, desde a frequência dos usuários durante as consultas médicas, o número pequeno de faltas após busca ativa das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) nas casas e o comparecimento da população às atividades realizadas (Grupo de Hipertensos e Diabéticos, “mini-palestras”, atividade física, etc) após divulgação e convocação prévia. Em vista disso, é importante que a comunidade continue apoiando e participando das ações ofertadas pela equipe para que se alcancem bons resultados no futuro.

Muitas ações foram desenvolvidas para esses usuários: foi possível o aumento de fichas para atendimento e número de consultas dos profissionais médicos, enfermeiros e dentista, foi facilitado o agendamento das consultas e atendimento odontológico para os portadores de HAS e/ou DM, além de terem sido desenvolvidas diversas atividades informativas bem como otimização do tratamento e melhor acompanhamento das doenças. Todas as semanas a equipe da Unidade realizava triagem e prestava atendimento a essa parcela da população, desde atendimento médico até avaliação e controle regular da pressão arterial (PA) e hemoglicoteste (HGT).

Fizemos reuniões com o Gestor e com os representantes da Secretaria Municipal de Saúde de Erechim bem como com o Conselho Local de Saúde (representante comunitário), explicamos como seria e como estava sendo implantado o projeto, e quais resultados gostaríamos de atingir.

Foram realizadas várias salas de espera, com temas variados e objetivando fornecer informações para melhoria no cuidado da hipertensão e do diabetes. Fizemos palestras e incentivamos em todas as consultas médicas a importância do uso correto e regular das medicações e orientamos mudança do estilo de vida, atividade física regular, alimentação saudável, cessação do tabagismo, entre outros aspectos importantes para a melhoria da saúde, diminuição das comorbidades, prevenção de complicações e otimização do tratamento.

Não conseguimos atingir todos os resultados que esperávamos, porém os que atingimos foram de grande proveito para os portadores de HAS e/ou DM e para a comunidade. A intervenção foi incorporada à rotina da UBS e poderemos atingir todas as metas com o passar do tempo.

Gostaríamos de agradecer a participação da comunidade no projeto de intervenção à saúde do hipertenso e diabético, por todas as sugestões, críticas e propostas de melhoria que foram levantadas. A equipe da Unidade de Saúde Atlântico de Erechim está se esforçando a cada dia para termos um melhor controle das doenças HAS e DM, e principalmente para que a população aprenda que a prevenção adequada é o pilar mais importante.

## **5. Reflexão Crítica sobre Processo Pessoal de Aprendizagem**

Por meio do desenvolvimento do meu trabalho no curso UNASUS Ufpel pude melhorar e modificar o sistema de funcionamento da UBS Atlântico de Erechim na qual estou trabalhando, e assim promover conhecimento e criar projetos para a melhoria da saúde da população. A estrutura física e as condições de funcionamento já implantadas na UBS facilitaram o meu trabalho como médico e me deram subsídios suficientes para poder desenvolver um projeto naquela comunidade. Percebi algumas falhas no início do projeto, mas com o decorrer da intervenção pude analisar e discutir esses problemas com a minha orientadora e com os demais colegas do curso, para depois levar esse conhecimento para os integrantes da minha equipe na UBS e modificar os erros existentes.

O curso também desenvolveu muitas atividades na área clínica por intermédio dos casos clínicos semanais, os estudos de prática clínica, os casos interativos e os fóruns onde foi possível discutir casos, compartilhar vivências, trocar experiências e tirar dúvidas com outros participantes. Participei de todas essas atividades desde o início para depois ir focando meus objetivos em um único tópico/assunto e, dessa forma, desenvolver um projeto de intervenção sobre HAS e DM.

Essa foi minha primeira experiência na atenção básica como profissional. A intervenção ajudou muito na organização e planejamento da assistência e acredito que este seja o ponto mais relevante, porque com planejamento e organização é mais fácil de alcançar objetivos e metas pré-estabelecidas. Quando iniciei as atividades na UBS assumi o grupo de hipertensos e diabéticos desde o início dos trabalhos e continuei com o mesmo grupo durante todos esses meses. Todo mês procurava trazer algo diferente, palestras dinâmicas e atividades. Foi muito satisfatório ver a interação e engajamentos dos usuários, participando, questionando e aprendendo.

Logo no início das atividades não pensei que encontraria tantas dificuldades, principalmente relacionadas à obtenção de todos os dados requeridos pelo curso. No decorrer das primeiras unidades percebi que a própria



dificuldade nessa busca já se configurava num dado. E essa percepção foi a que dominou desde o início do curso: a sensação de que havia muito trabalho a ser feito para que se iniciasse um trabalho em equipe de uma forma organizada. O crescimento tanto pessoal quanto profissional se faz perceber ao realizar os relatórios de conclusão e ao analisar os resultados obtidos, onde se percebe o quanto melhoramos a saúde no local onde fomos inseridos. Com certeza a qualidade do serviço ofertado aos usuários foi a melhor já existente durante esse ano.

A intervenção coordenada por mim, com o apoio de toda a equipe de saúde, certamente qualificou o atendimento aos hipertensos e diabéticos onde atuo, sendo que as ações implementadas já estão tendo continuidade. A especialização ampliou meus conhecimentos em saúde pública e o projeto me permitiu ser agente de mudança em uma importante área da Atenção Primária. Estou muito satisfeito com os resultados obtidos e com todos os conhecimentos que a especialização proporcionou, os quais enriqueceram em muito minha vida profissional. Tive que ser muito organizado e pontual para conseguir cumprir todas as tarefas no prazo estipulado; ser mais correto, mais prudente e mais resolutivo nos meus atendimentos. Atualizei-me e expandi meus conhecimentos por meio da leitura dos protocolos e de diversos outros materiais. Enfim, a especialização proporcionou mudanças importantes pessoal e profissionalmente.

## 6. Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde: saúde da família/ Ministério da Saúde, Secretaria de atenção à saúde, Departamento de atenção básica – 2.ed.-Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Caderno de Atenção Básica n.24. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012a.

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, 2012b.

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, 2013a.

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, 2013b.

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, 2013c.

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, 2013d.

FILHO,C,F. et al. Benefícios do exercício físico na hipertensão arterial sistêmica. **Arq Med. ABC**, v.32, n.2, p.82-87, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Cidades**. <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em 04 nov. 2014. Fonte: Censo Demográfico, 2010.

LIMA, A; GAIA, E; FERREIRA, M. A importância do Programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família do município de Serra Talhada - PE, para adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso e dietético. **Saúde Coletiva em Debate**, 2(1), 30-29, dez. 2012.

NEGRÃO,C.E; BARRETO,A.C.P. **Cardiologia do Exercício - Do atleta ao cardiopata**. 2. ed.,Barueri – SP: Manole, 2006.

SILVEIRA, S. et al. Questionário Estrutura Física UBS I – UNA-SUS Ufpel, 2014a.

SILVEIRA, S. et al. Questionário Estrutura Física da UBS II - UNASUS Ufpel, 2014b.

SILVESTRE, J. Hospitalizações SUS 1997. Coordenadoria da Atenção à Saúde do Idoso. Ministério da Saúde; 1997.

UNASUS Ufpel, 2014a. Caderno de Ações Programáticas – Ministério da Saúde.

UNASUS Ufpel, 2014b. Caderno de Ações Programáticas – Ministério da Saúde.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL; **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, 2010; 95 (1 supl.1): 1-51.

WILD, S; ROGLIC, G; GREEN, A; SICREE, R; KING, H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. **Diabetes Care**, 2004; 27(5):1047-53.

## **Anexos**

## Anexo A: Planilha de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações

F19

Departamento de Medicina Social UFPEL UNASUS

Especialização em Saúde da Família - EaD

Esta é a PLANILHA DE OBJETIVOS, METAS, INDICADORES E AÇÕES para a SAÚDE DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS, desenvolvida no âmbito do curso de Especialização em Saúde da Família da UFPEL - modalidade a distância.

Preparamos esta ferramenta para ajudar você a estruturar SEU PROJETO DE INTERVENÇÃO. Esta versão contém os OBJETIVOS, METAS e INDICADORES.

Veja inicialmente a aba SÍNTESE. Ela resume os objetivos específicos, as metas e os indicadores. O ponto de partida são os Objetivos. Eles se referem à cobertura, qualidade, adesão, registro, avaliação de risco e promoção da saúde. Eles estão separados em abas e identificados na primeira linha de cada aba.

Em seguida, observe as abas relativas a cada um dos objetivos específicos. Para cada um deles é necessário que você tenha uma ou mais METAS (Coluna A).

Para cada Meta, é necessário ter um ou mais INDICADORES, (Colunas B e C). As metas e os indicadores apresentam numeração relacionada a cada objetivo.

Apresentação Síntese 1.Cobertura 1.Ações 2.Qualidade 2.Ações 3.Adesão

B3 1.2. Cadastrar 65% (132 usuários) dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial

A	B	C
Objetivos	Metas	Indicadores
1. Cobertura	1.1. Cadastrar 60% (468 usuários) dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.	1.1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.
	1.2. Cadastrar 65% (132 usuários) dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.	1.2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.
2. Qualidade	2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.	2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com protocolo.
	2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.	2.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com protocolo.
	2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	2.3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia com o protocolo.
	2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	2.4. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia com o protocolo.
	2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos.	2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

Apresentação Síntese 1.Cobertura 1.Ações 2.Qualidade 2.Ações 3.Adesão

A1 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A	B	C	D	E
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO	ENGAJAMENTO PÚBLICO	QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.</li> <li>Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS.</li> <li>Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.</li> <li>Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.</li> <li>Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.</li> <li>Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de diabetes.</li> <li>Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.</li> <li>Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.</li> <li>Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.</li> </ul>	

Apresentação Síntese 1.Cobertura 1.Ações 2.Qualidade 2.Ações 3.Adesão

AS			
1.2. Cadastrar 65% (132 usuários) dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial			
Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos			
METAS		INDICADORES	
1.1. Cadastrar 60% (468 usuários) dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.	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.	
1.2. Cadastrar 65% (132 usuários) dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.	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.	

A1			
Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos			
METAS		INDICADORES	
2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.	2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado. Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.	
2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.	2.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado. Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.	
2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	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	

A1			
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO			
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO	ENGAJAMENTO PÚBLICO	QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA
<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos.</li> <li>Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.</li> <li>Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.</li> <li>Disponer de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes diabéticos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes diabéticos.</li> <li>Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.</li> <li>Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.</li> <li>Disponer de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Garantir a solicitação dos exames complementares.</li> <li>Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde</li> </ul>



A2 METAS			
Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa			
METAS		INDICADORES	
3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.	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.	
3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.	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.	

A1 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO			
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO	ENGAJAMENTO PÚBLICO	QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA
<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos</li> <li>Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.</li> <li>Divulgar a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).</li> <li>Educar os portadores de hipertensão e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Treinar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos</li> <li>Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.</li> <li>Divulgar a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos).</li> <li>Educar os portadores de diabetes e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Treinar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.</li> </ul>

A1 Objetivo 4. Melhorar o registro das informações			
METAS		INDICADORES	
4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.	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.	
4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.	4.2. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.	
		Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.	



A1 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO							
	A	B	C	D	E	F	G
1	<b>MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO</b> • Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.	<b>ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO</b> • Manter as informações do SIAB atualizadas. • Implantar planilha/registro específico de acompanhamento. • Pactuar com a equipe o registro das informações. • Definir responsável pelo monitoramento/registros. • 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.	<b>ENGAJAMENTO PÚBLICO</b> • Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.	<b>QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA</b> • Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso. • Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.			
2	• Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.	• Manter as informações do SIAB atualizadas. • Implantar planilha/registro específico de acompanhamento. • Pactuar com a equipe o registro das informações. • Definir responsável pelo monitoramento/registros. • 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	• Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.	• Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do diabético. • Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.			

A1 Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular				
	A	B	C	D
1	<b>Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular</b>			
2	<b>METAS</b>	<b>INDICADORES</b>		
3	5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.	5.1. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.	Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.	
4			Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.	
5	5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.	5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.	Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.	
6			Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.	
7				
8				
9				

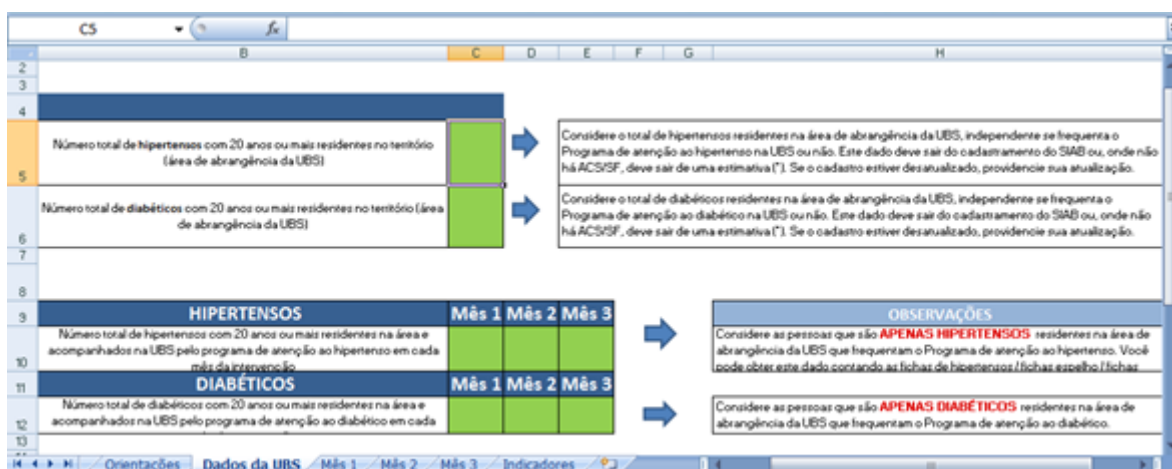
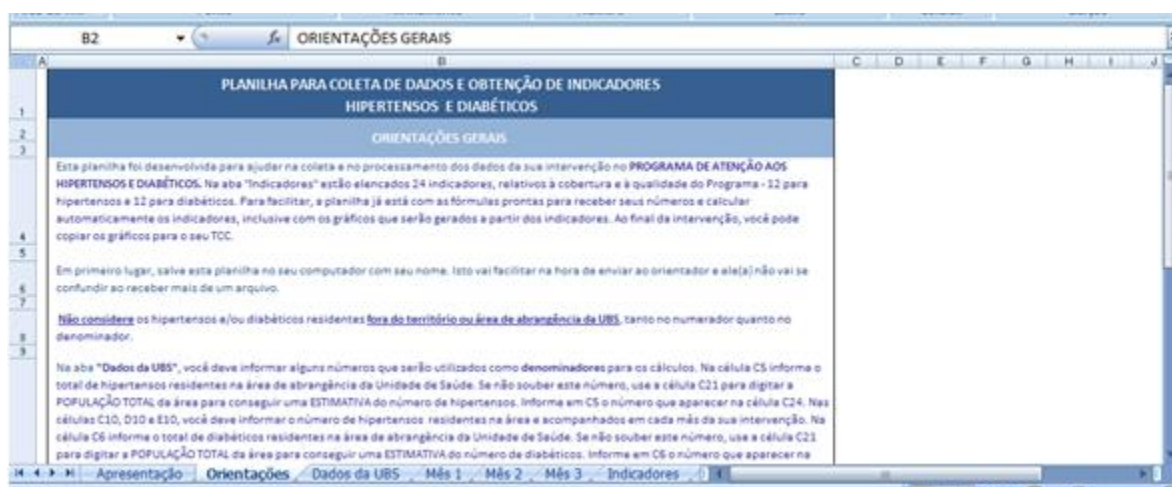
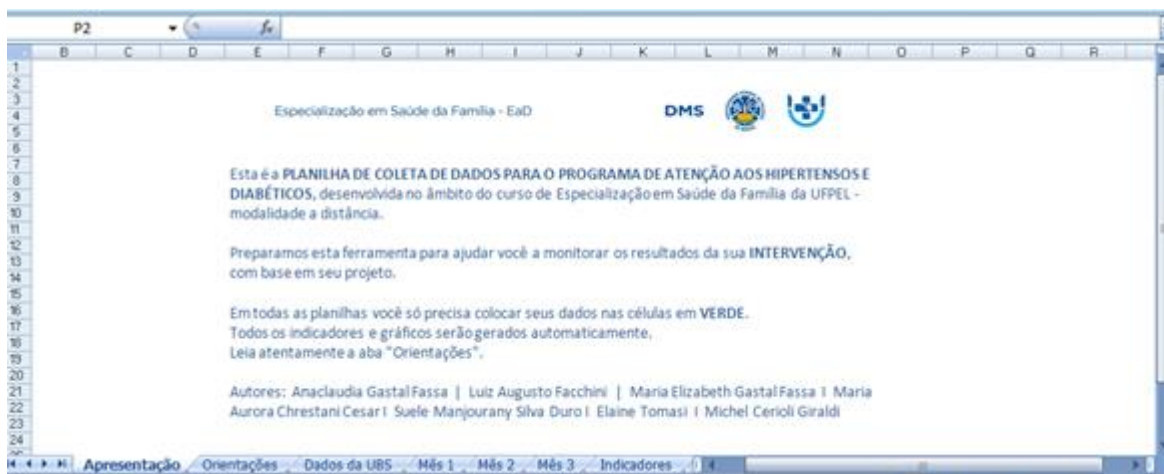
A1 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO								
	A	B	C	D	E	F	G	H
1	<b>MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO</b>	<b>ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO</b>	<b>ENGAJAMENTO PÚBLICO</b>	<b>QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA</b>				
2	• Monitorar o número de pacientes hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.	• Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco. • Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.	• Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. • Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).	• Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. • Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação. • Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.				
3	• Monitorar o número de pacientes diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.	• Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco. • Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.	• Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. • Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).	• Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação do pé. • Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação. • Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.				

B5 6.2. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.			
A	B	C	D
<b>Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos</b>			
<b>METAS</b>	<b>INDICADORES</b>		
6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.	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.	
6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.	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.	
6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.	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	

A1 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO			
A	B	C	D
<b>MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO</b>	<b>ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO</b>	<b>ENGAJAMENTO PÚBLICO</b>	<b>QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA</b>
• Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos com o dentista.	• Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso. • Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico. • Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes.	• Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde. • Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.	• Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso.
• Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos diabéticos com o dentista.	• Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso. • Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico. • Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes.	• Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde. • Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.	• Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso.
• Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.	• Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável. • Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.	• Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.	• Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável. • Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde. • Capacitar a equipe da unidade de



## Anexo C: Planilha de coleta de dados





Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1											
Dados para Coletar	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 medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Família Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	
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	
1	1										
2	2										
3	3										
4	4										
5	5										
6	6										
7	7										
8	8										
9	9										
10	10										
11	11										
12	12										

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 2											
Dados para Coletar	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 medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Família Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	
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	
1	1		0								
2	2		0								
3	3		0								
4	4		0								
5	5		0								
6	6		0								
7	7		0								
8	8		0								
9	9		0								
10	10		0								
11	11		0								
12	12		0								

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 3											
Dados para Coletar	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 medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Família Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	
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	
1	1		0								
2	2		0								
3	3		0								
4	4		0								
5	5		0								
6	6		0								
7	7		0								
8	8		0								
9	9		0								
10	10		0								
11	11		0								
12	12		0								

B1 INDICADORES

### INDICADORES

**1.1** **Submissão de programas de atuação em Escolas em âmbito de saúde**

Mês	Mês 2	Mês 3
0	0	0
000	000	000

Gráfico: Submissão de programas de atuação em Escolas em âmbito de saúde

**1.2** **Submissão de programas de atuação em Escolas em âmbito de saúde**

Mês	Mês 2	Mês 3
0	0	0
000	000	000

Gráfico: Submissão de programas de atuação em Escolas em âmbito de saúde

**2.1** **Preparação de Escolas para o início de aulas em âmbito de saúde**

Mês	Mês 2	Mês 3
0	0	0
0	0	0

Gráfico: Preparação de Escolas para o início de aulas em âmbito de saúde

**2.2** **Preparação de Escolas para o início de aulas em âmbito de saúde**

Mês	Mês 2	Mês 3
0	0	0
0	0	0

Gráfico: Preparação de Escolas para o início de aulas em âmbito de saúde

VOLTAR

Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Indicadores

**Anexo D: Documento Comitê de Ética**

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

---

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Pro<sup>a</sup> Ana Cláudia 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.

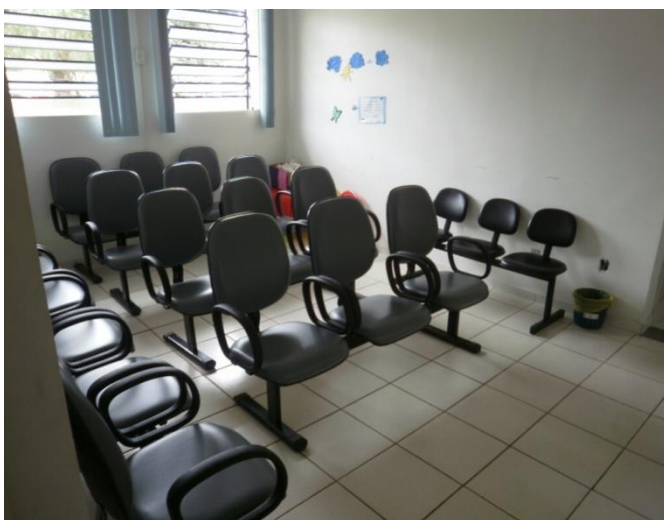
*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

---



## Apêndices



**Apêndice A – Fotos Estrutura Física UBS Atlântico**













**Apêndice B** – Folder palestra Grupo de hipertensos e diabéticos

**GRUPO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS**  
apresenta:

**O QUÊ O USUÁRIO  
PRECISA SABER SOBRE  
HIPERTENSÃO  
E DIABETES**

Palestrante:  
**Dr. Henrique Bordin Schmidt**  
(Médico UBS Atlântico)

Venha aprender mais sobre a sua doença!  
(A equipe estará medindo a pressão no local)

Data: 21 de Agosto de 2014 - Quinta-feira.  
Local: Pavilhão do Ginásio ao lado da UBS.  
Hora: 14 horas

**Apêndice C – Controle da PA e do HGT****UBS ATLÂNTICO  
CONTROLE PRESSÃO E HGT****MÉDICO.....**

DATA	HORA	PRESSÃO	HGT

**ASSINATURA E CARIMBO**