

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



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica  
e/ou diabetes mellitus na UBS Aldo Arioli, Erechim/RS**

**Ana Yajaira Gil Betancourt**

**Pelotas, 2015**

**Ana Yajaira Gil Betancourt**

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica  
e/ou diabetes mellitus na UBS Aldo Arioli, Erechim/RS**

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

Orientadora: Niviane Genz

Co-orientadora: Patrícia Germânia da Silva

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

B562m Betancourt, Ana Yajaira Gil

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Aldo Arioli, Erechim/RS / Ana Yajaira Gil Betancourt; Niviane Genz, orientador(a); Patrícia Germânia da Silva, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

80 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Genz, Niviane, orient. II. Silva, Patrícia Germânia da, coorient. III. Título

CDD : 362.14

À minha filha que com seu amor e paciência me acompanhou neste caminhar, à minha mãe que, apesar da distância, está sempre presente em meu coração e a toda minha família que com seu apoio me encorajou a seguir adiante.

## **Agradecimentos**

A toda minha equipe de saúde que com seu esforço e colaboração fizeram possível este trabalho, a meu cunhado Antonio, a meus colegas, e especialmente a minha orientadora Niviane porque me ajudou no momento que mais precisei.

## Resumo

BETANCOURT, Ana Yajaira Gil. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Aldo Arioli, Erechim/RS.** 2015. 80f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus são considerados como grave problema de saúde pública. A primeira é a porta de entrada para múltiplas doenças como cardiopatias hipertensivas, aterosclerose, trombose, doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Já entre as complicações do diabetes, as doenças cardiovasculares e renais estão entre as mais custosas, em termos de sofrimento humano como de gastos para os sistemas de saúde. O presente trabalho caracteriza-se como uma intervenção típica em Atenção Primária à Saúde na UBS Aldo Arioli, Erechim RS, Brasil. O trabalho foi desenvolvido em doze semanas. O objetivo principal foi melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes baseado nas orientações das proposições e Protocolos do Ministério da Saúde (2013) sobre as referidas doenças. As ações foram traçadas dentro dos quatro eixos pedagógicos como qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e avaliação e organização da gestão do serviço. A intervenção motivou grandemente a especializanda, pois uma alta porcentagem dos usuários da UBS são portadores de hipertensão e/ou diabetes e somente ao solicitar o sedimento urinário e a microalbuminúria como exames laboratoriais de rotina podemos prevenir complicações graves como a insuficiência renal. O indicador de cobertura do Programa de atenção à saúde da pessoa com hipertensão alcançou no mês 1 da intervenção 5,8% (35), no mês 2 um total de 8,6% (52) e no mês 3 alcançamos 11,5% (70) do total de 608. Já o indicador de cobertura do programa de atenção à saúde da pessoa com diabetes no mês 1 atingiu 10,0% (15), no mês 2 foi de 11,3% (17) e no mês 3 alcançamos 14,7% (22) do total de 150. Junto à comunidade foram realizadas diversas atividades de promoção à saúde relacionadas ao manejo adequado das doenças crônicas como hipertensão e/ou diabetes. Os usuários foram educados e orientados para o (re)conhecimento das mesmas quanto aos riscos derivados do controle inadequado. Com este trabalho buscamos educar a população para que possa desfrutar de uma qualidade de vida melhorada com mudanças de hábitos alimentares, realização de prática regular de atividade física de acordo com as limitações de cada um. Ao final percebemos uma melhoria significativa, tanto no nível de conhecimento, como na adoção de estilos de vida saudáveis, cumprimento regular e estável dos tratamentos prescritos, com conseqüente melhoria da qualidade de vida e uma ótima preparação para evitar os riscos e as complicações destas doenças.

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

## Lista de Figuras

|          |  |    |
|----------|--|----|
| Figura 1 | Quadro dos Dados gerados pelo CAP a partir da inclusão do número aproximado do total de usuários pertencentes à área de abrangência da UBS Aldo Arioli, Erechim, RS, 2015. | 13 |
| Figura 2 | Gráfico da cobertura do programa de atenção à pessoa com hipertensão na unidade de saúde Aldo Arioli, Erechim/RS, 2015.  | 56 |
| Figura 3 | Gráfico da cobertura do programa de atenção à pessoa com hipertensão na unidade de saúde Aldo Arioli, Erechim/RS, 2015.  | 56 |
| Figura 4 | Gráfico da proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo no município de Erechim/RS, 2015.   | 58 |
| Figura 5 | Gráfico da proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo no município de Erechim/RS, 2015.  | 58 |
| Figura 6 | Gráfico da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada no município de Erechim/RS, 2015.  | 59 |
| Figura 7 | Gráfico da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada no município de Erechim/RS, 2015.   | 60 |
| Figura 8 | Gráfico da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico no município de Erechim/RS, 2015.   | 61 |
| Figura 9 | Gráfico da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico no município de Erechim/RS, 2015.  | 61 |

## **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos**

|         |   |
|---------|---|
| ACS     | Agente Comunitário de Saúde                     |
| APS     | Atenção Primária à Saúde                        |
| CAP     | Caderno de Ações Programáticas                  |
| DM      | Diabetes mellitus                               |
| ESF     | Estratégia da Saúde da Família                  |
| HAS     | Hipertensão Arterial Sistêmica                  |
| HC      | Hospital de Caridade                            |
| IBGE    | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| OMS     | Organização Mundial de Saúde                    |
| PSA     | Antígeno Prostático Específico                  |
| RS      | Rio Grande do Sul                               |
| SUS     | Sistema Único de Saúde                          |
| UBS     | Unidade Básica de Saúde                         |
| UFPEL   | Universidade Federal de Pelotas                 |
| UNA-SUS | Universidade Aberta do SUS                      |
| UTI     | Unidade de Tratamento Intensivo                 |



## Sumário

|   |    |
|---|----|
| Apresentação .....  | 8  |
| 1 Análise Situacional .....   | 9  |
| 1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....   | 9  |
| 1.2 Relatório da Análise Situacional.....   | 10 |
| 1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional ..... | 21 |
| 2 Análise Estratégica.....  | 22 |
| 2.1 Justificativa.....  | 22 |
| 2.2 Objetivos e metas .....   | 23 |
| 2.2.1 Objetivo geral .....  | 23 |
| 2.2.2 Objetivos específicos e metas.....  | 23 |
| 2.3 Metodologia.....  | 25 |
| 2.3.1 Detalhamento das ações.....   | 26 |
| 2.3.2 Indicadores.....  | 38 |
| 2.3.3 Logística.....  | 45 |
| 2.3.4 Cronograma .....  | 47 |
| 3 Relatório da Intervenção .....  | 49 |
| 3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....   | 49 |
| 3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....   | 52 |
| 3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....                            | 52 |
| 3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....                         | 53 |
| 4 Avaliação da intervenção .....  | 54 |
| 4.1 Resultados .....  | 54 |
| 4.2 Discussão.....  | 65 |
| 5 Relatório da intervenção para gestores.....   | 69 |
| 6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....  | 72 |
| 7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....                           | 74 |
| Referências .....   | 76 |
| Anexos .....  | 77 |

## **Apresentação**

O presente trabalho é apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel) em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e teve como objetivo geral qualificar o Programa de atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou com diabetes mellitus na Unidade de Saúde Aldo Arioli de Erechim/RS.

No primeiro capítulo é apresentado a análise situacional exibindo a descrição do município ao qual pertence a unidade, bem como a descrição da mesma, além de uma análise do processo de atenção à saúde realizado nesta.

No segundo capítulo, descreve-se a análise estratégica realizada junto ao serviço para identificação da realidade deste, apresentando e detalhando os objetivos, as metas, a metodologia utilizada, as ações propostas para a intervenção e o cronograma para a execução das ações.

No terceiro capítulo, é exposto o relatório de intervenção demonstrando as ações previstas no projeto que foram e não foram desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados, e uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

O quarto capítulo apresenta uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados. O quinto e sexto capítulos exibem o relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade, respectivamente.

No capítulo sete é expressada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. E no final se alega a bibliografia utilizada para a construção deste projeto, bem como os anexos que serviram para orientar o desenvolvimento deste trabalho quanto à melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou com diabetes mellitus pertencente à área de cobertura da referida Unidade de Saúde.

## **1 Análise Situacional**

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

O município de Erechim/RS possui 12 Unidades de Saúde. Destas, uma é a Unidade Básica de Saúde (UBS) Aldo Arioli em que trabalho. A unidade possui 2 equipes de saúde com Estratégia de Saúde da Família (ESF) e cada equipe atende a uma demanda de, aproximadamente 4 mil usuários. Cada equipe possui médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) além do odontólogo, mas não contamos com auxiliar de saúde bucal.

Quanto aos principais problemas de saúde da comunidade verificamos uma alta porcentagem das pessoas que sofrem de Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, artralguas e mialgias. Muitos vêm em busca de medicamentos para depressão o que é muito alarmante uma vez que estão poli medicados e não querem deixar a medicação, mas seguem deprimidos após anos de uso dos mesmos medicamentos.

As atividades que a equipe desenvolve com a comunidade são variadas e entre elas podem ser mencionadas rodaterapias, atividades educativas, visitas domiciliares pelo médico e equipe de enfermagem utilizando o transporte de secretaria de saúde, visitas às crianças recém-nascidas, solicitação de mamografia e coleta de exames citopatológicos de colo uterino duas vezes na semana pela enfermeira, preferencialmente agendados. Também realizamos coletas de exames e encontros de grupos de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Os medicamentos básicos existentes na UBS ajudam muito aos usuários e quando não disponibilizamos na unidade são solicitados à farmácia central. A coleta de amostra de exames laboratoriais de rotina também é realizada na unidade e outros exames como tomografia e ressonância magnética somente são agendados quando solicitados pelo neurologista ou neurocirurgião para os quais não há mais

consultas até 2015. Assim como este exemplo muitos outros exames similares de especialidades são semelhantes.

O equipamento e instrumental na UBS é adequado ao que as equipes necessitam para dispensar o cuidado na atenção básica, as consultas são agendadas e usamos prontuário eletrônico com detalhamento do atendimento no formato Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Prescrição (SOAP).

Em relação aos materiais de consumo e insumos, os disponibilizamos na unidade de forma satisfatória. Não obstante, os testes diagnósticos são restringidos em pequena quantidade como, por exemplo, o teste de Antígeno Prostático Específico (PSA) que deve ser realizado em todo homem maior de 40 anos ou mais, mas não o conseguimos realizar porque é limitado. Da mesma forma acontece com Tomografias e Ressonância magnética. Além disso, não temos Especialistas nas áreas de Endocrinologia, Nefrologia, Dermatologia pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e muitos usuários necessitam destes.

Quanto às carências da UBS, destaco a falta de médicos e/ou serviços de especialistas, pois pelo pouco tempo que estou atendendo nesta unidade foram encontrados muitos usuários com diagnósticos de diabetes descompensadas, cardíacos com falta de ajuste de medicamentos e revisões, e ainda a dificuldade para a realização dos exames especializados. É preciso encaminhá-los para a realização destes, mas todos enfrentam uma fila de espera muito grande e por esta razão é difícil uma atenção adequada como merecem. Temos muito trabalho a ser realizado.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O município de Erechim está localizado ao Norte do Rio Grande do Sul, na Região do Alto Uruguai, sobre a cordilheira da Serra Geral, caracterizado por um clima subtropical úmido. Faz limites ao norte com os municípios de Aratiba e Três Arroios; ao sul com os municípios de Getúlio Vargas e Erebango; a leste com os municípios de Gaurama e Áurea e a oeste com os municípios de Paulo Bento e Barão de Cotegipe. Considerado um centro sub-regional no país e é a segunda cidade mais populosa do norte do estado, com 101.122 habitantes, superada apenas pelo município de Passo Fundo.

A economia erechinense baseia-se principalmente no setor industrial, cuja representatividade é atualmente de 37,53%. No entanto, a atividade que é menos

representada, a do setor primário, é de grande importância pela diversidade de sua produção.

Segundo estimativa projetada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 2009, Erechim apresentava uma população de 101.122 habitantes, o que correspondia a 0,86% da população rio-grandense e 42,7% da Região Norte do estado. A cidade é a vigésima primeira mais populosa do Rio Grande do Sul e vem subindo de posições a cada década. A área territorial é de 431 km<sup>2</sup> e a densidade demográfica equivale a 223 habitantes. 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.

Já a divisão por sexo assemelha-se ao padrão rio-grandense, pois as taxas são muito semelhantes entre homens e mulheres com leve predomínio das mulheres e a estrutura etária tem pouca participação de jovens e idosos e, conseqüentemente, maior por parte de adultos, que somam 65,9% da população. Entre 1985 e 2006 registrou-se um crescimento de 37%, cerca de 1,5% anual, índice considerado alto comparado ao de outros municípios do Rio Grande do Sul.

O sistema de saúde possui dois grandes hospitais: a Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim. O Santa Terezinha é um Hospital Geral de Referência Regional para o Sistema Único de Saúde para a região da 11<sup>a</sup> Coordenadoria Regional de Saúde que compreende 31 municípios. É referência para toda a Região Norte do Estado no tratamento do Câncer mantendo o Centro de Alta Complexidade em Oncologia que abriga os serviços de Quimioterapia, Radioterapia e Centro de Referência da Mulher. Conta com 175 leitos. Possui um Pronto Socorro para atendimento de urgências e emergências nas 24 horas do dia, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Pediátrica e Neonatal e UTI Geral Adulto. Conta com equipamentos médicos de última geração e profissionais altamente qualificados.

Ainda tem o Hospital de Caridade (HC) de Erechim que se caracteriza desde sua origem como uma instituição filantrópica sem fins lucrativos. É Voltado ao atendimento de pacientes da saúde suplementar, privada e assistência hospitalar gratuita, o HC disponibiliza um atendimento qualificado e resolutivo a toda comunidade regional, através de serviços de internação hospitalar, cirurgia, ambulatório e pronto-socorro, diagnóstico laboratorial e diagnóstico por imagem, entre outros.

Na atenção primária contamos com 12 Unidades de Saúde das quais 7 são ESF e 5 são UBS tradicionais. A Unidade é do tipo ESF e possui aproximadamente 4.915 usuários. A UBS Aldo Arioli está situada na área urbana da cidade e está vinculada ao SUS. Temos um índice muito grande de idosos e acamados que demanda muitas visitas domiciliares, pois estes não possuem condições de se deslocar até a UBS. Há também um acompanhamento aos recém-nascidos (um programa que já havia implantado no município) além das atividades de grupos para poder conscientizar a comunidade quanto aos problemas de saúde mais comuns como depressivos e dependentes de medicamentos.

A Unidade de Saúde Aldo Arioli do município de Erechim/RS conta com uma Equipe de Saúde cujo tamanho é adequado à população pertencente à área de abrangência. A UBS na qual estou trabalhando possui duas Equipes de Estratégia de Saúde da Família, ambas estão compostas por um Médico de Família, uma enfermeira e 8 ACS e uma Técnica de Enfermagem. Conta ainda, para oferecer um melhor atendimento à população, um Médico clínico geral, um pediatra e um ginecologista. Também possui um Odontólogo, um Psicólogo que oferecem à comunidade um bom serviço, atendendo às necessidades da população do território de abrangência.

A população pertencente à unidade é de, aproximadamente, 4.915 usuários. Baseados no Manual da Estrutura da UBS a infraestrutura da UBS Aldo Arioli é muito similar, mas ainda não possui todas as áreas. A unidade conta com uma sala de recepção onde trabalham 2 técnicos administrativos, que são as primeiras pessoas que recebem e agendam diariamente as consultas. Uma sala de espera com ar condicionado, cadeiras confortáveis, uma TV, Também temos uma sala de coleta de amostras para análise laboratorial em que diariamente são agendados, em média, 15 usuários e, além disso, ainda realizamos coletas domiciliares às sextas feiras a partir das 7:30h para os acamados e/ou impossibilitados de comparecerem à UBS.

Temos uma sala de triagem para pesar, medir, aferir pressão arterial, verificação de temperatura e ainda uma sala de curativos, uma farmácia ou sala de dispensação de medicações padronizadas (itens necessários básicos), 1 consultório odontológico (com agendamentos às sextas-feiras), 4 consultórios médicos (2 médicos de ESF, 1 Pediatra, 1 Ginecologista e 1 Médico clínico para atender o excedente). Ainda, contamos com 2 salas de enfermagem, uma acumula duas

funções equipe de ESF e Coordenação da UBS, também contamos com 5 Técnicos de enfermagem, sendo 2 da equipe de ESF, uma sala de reuniões, uma copa e banheiros para funcionários e usuários.

Quanto à distribuição da população por faixa etária apresentamos a seguinte distribuição, segundo o Caderno de Ações Programáticas (CAP):

| <b>Grupo populacional</b>                   | <b>Estimativa</b> | <b>UBS</b> |
|---|-------------------|------------|
| Mulheres em idade fértil (10-49 anos)       | 1524              | 1571       |
| Mulheres entre 25 e 64 anos                 | 1353              | 1353       |
| Mulheres entre 50 e 69 anos                 | 507               | 507        |
| Gestantes na área - 1,5% da população total | 73.725            | 36         |
| Menores de 1 ano                            | 59                | 26         |
| Menores de 5 anos                           | 118               | 210        |
| Pessoas de 5 a 14 anos                      | 729               | 529        |
| Pessoas de 15 a 59 anos                     | 3220              | 3326       |
| Pessoas com 60 anos ou mais                 | 671               | 580        |
| Pessoas entre 20 e 59 anos                  | 2817              | 1612       |
| Pessoas com 20 anos ou mais                 | 3488              | 2462       |
| Pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão | 1099              | 608        |
| Pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes    | 314               | 150        |

Quadro 1 – Dados gerados pelo CAP a partir da inclusão do número aproximado do total de usuários pertencentes à área de abrangência da UBS Aldo Arioli, Erechim, RS, 2015.

A equipe de médicos ainda é insuficiente, pois a demanda da comunidade é muito grande e requer mais médicos para poder garantir saúde a cada cidadão, pois a unidade atende em todos os turnos de segunda à sexta-feira em torno de 150 usuários por turno. A demanda espontânea é organizada de maneira a atender a todas as necessidades da população. O processo inicia pelo atendimento na recepção, passa pelo atendimento da equipe de enfermagem e avaliação médica, quando necessário. Infelizmente, ainda há excesso de demanda espontânea para os profissionais da unidade e procuramos atender por meio da realização de uma triagem efetiva para que possa ser priorizado o atendimento aos casos mais urgentes de forma imediata.

O atendimento inicia pelo acolhimento a partir do momento que o usuário chega à unidade de saúde. É importante ouvi-lo atentamente na busca de conhecer

suas reais necessidades a fim de poder supri-las de forma satisfatória. Este, por sua vez, não é algo que seja simples de ser realizado, pois este deve ser ofertado por profissionais capacitados para tal. Em nosso serviço o acolhimento é realizado pela equipe de enfermagem, preferencialmente.

Quanto à saúde da criança, o serviço de saúde atende à demanda de crianças de zero a 72 meses adstritas à unidade. Não há atendimento à crianças fora da área de cobertura. A estimativa do CAP é de 59 crianças menores de um ano pertencentes à área de abrangência da unidade. No momento temos uma cobertura de 44% (26). Destas, 26,9% (7) está com a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida e 92,4% (24) estão com as consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, estão com o monitoramento do crescimento e do desenvolvimento na última consulta, está em dia com as vacinas e as mães e/ou responsáveis receberam orientações para o aleitamento materno exclusivo e para prevenção de acidentes, 7,6% (2) das crianças está com atraso da consulta agendada em mais de sete dias, 26,9% (7) realizaram teste do pezinho, 76,9% (20) foi avaliada quanto à saúde bucal e nenhuma realizou triagem auditiva.

As consultas de puericultura são realizadas pelo médico clínico geral e pelas enfermeiras, com agendamento prévio, às quintas-feiras pela manhã. Após a consulta, a criança sai com a próxima consulta programada. Além das consultas programadas existe demanda de crianças com problemas de saúde agudos. Todas são atendidas pela equipe de saúde no dia em que buscam pelo serviço. No entanto, não há excesso de demanda para os problemas de saúde agudos.

Para o atendimento de puericultura é utilizado o protocolo produzido pelo Ministério de Saúde no ano 2012. Às crianças faltosas são realizadas visitas domiciliares, a princípio, pelos Agentes Comunitários de Saúde agendando uma nova consulta.

Além do desenvolvimento das atividades apresentadas outras ações quanto ao cuidado às crianças na puericultura são realizadas como diagnóstico e tratamento de problemas clínicos geral, prevenção de anemia, violência, imunizações e hábitos alimentares saudáveis. Recomenda-se também a utilização do sulfato ferroso para prevenção da anemia. E, em caso de necessidade, após avaliação médica as crianças são encaminhadas para atendimento nas especialidades, serviço de pronto atendimento e pronto socorro.



Todos os atendimentos às crianças são registrados no prontuário clínico e ficha espelho de vacinas. Ainda não temos um arquivo específico para os atendimentos da puericultura. A caderneta de saúde da criança sempre é atualizada em todas as consultas destacando para os pais e/ou responsáveis quanto à importância da alimentação saudável, significado do posicionamento da criança na curva de crescimento, desenvolvimento neuropsicomotor, enfatizando a necessidade de manter o calendário vacinal atualizado.

Na unidade há programa como o Bolsa Família e grupo de mães das crianças acompanhadas na puericultura. O planejamento, gestão e coordenação do programa de puericultura é realizado pela enfermeira, mensalmente, verificando se as consultas estão em dia, número de crianças faltosas, registros de vacinas. A avaliação e monitoramento do programa de puericultura é realizado por dois pediatras que realizam consultas todos os dias de manhã e às quintas à tarde.

Já o pré-natal é realizado por 2 gineco-obstetras onde são acompanhadas um total de 36 (49%) gestantes da estimativa de 73 gestantes para a área de cobertura segundo o CAP, valor superestimado. Das 36 gestantes acompanhadas 38,8% (14) iniciou o pré-natal no 1º trimestre e 33,3% (12) estão com as consultas em dia de acordo com o calendário do Ministério da Saúde e a 100% (36) foi solicitado na 1ª consulta os exames laboratoriais preconizados, foi prescrito sulfato ferroso bem como foram fornecidas orientações para aleitamento materno exclusivo bem como foram avaliadas quanto à saúde bucal; também 100% (36) das gestantes acompanhadas realizaram o exame ginecológico por trimestre recomendado, recebeu a dose da vacina Hepatite B e a vacina antitetânica, ambas conforme protocolo.

Já o indicador de cobertura da atenção ao puerpério é de 34% (20) do total de 59 puérperas estimadas para a área de abrangência da unidade com indicadores de qualidade de 90% (18) quanto à realização da consulta puerperal antes dos 42 dias pós-parto e registro da consulta realizada. A 100% (20) foram ofertadas orientações quanto aos cuidados básicos do recém-nascido, sobre aleitamento materno exclusivo, sobre planejamento familiar, também 100% (20) realizaram exame ginecológico, exame das mamas, do abdome e foram avaliadas quanto à intercorrências bem como quanto ao estado psíquico.

Temos baixa demanda quanto à necessidade de atendimento de urgências à gestantes e puérperas que são atendidas pela médica especializanda na ausência

do ginecologista. Disponibilizamos 2 fichas além dos agendamentos para este atendimento, se necessário. Em todas as consultas são fornecidas orientações quanto à importância da manutenção de dieta adequada, da realização de atividades físicas bem como orientações quanto ao preparo para o período de parto e pós parto.

Constatamos que é necessário aumentar o número de turnos para atendimento às gestantes e puérperas pela ginecologista, pois as mesmas preferem ser atendidas pela ginecologista apesar de ofertamos atendimento clínico geral. Além disso, faz-se necessário a realização de rodas de conversas, atividades educativas sobre os mais diversos temas que envolvem esta tão importante fase da vida da mulher e do bebê que a mesma está gerando.

Na área de atenção à saúde da mulher temos um total de 1.353 mulheres entre 25 e 64 anos estimadas pelo CAP para a área de cobertura da Unidade de Saúde. Destas, acompanhamos 1.353 (100%) mulheres residentes e cadastradas. Das acompanhadas, 63,5% (860) estão com o exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia e 62,2% (842) tiveram exames coletados com amostras satisfatórias, apenas 1,3% (18) das mulheres apresentou células representativas da junção escamocolunar na amostra coletada; 36,4% (493) das mulheres estão com o exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso; 1,3% (18) das mulheres está com o exame citopatológico para câncer de colo de útero alterado. Um total de 63,5% (860) das mulheres possui avaliação de risco para câncer de colo de útero e 100% (1.353) receberam orientação sobre prevenção de câncer de colo de útero e sobre doenças sexualmente transmissíveis.

Todas as mulheres que são acompanhadas pelo serviço são estimuladas a manterem um acompanhamento efetivo e a realizarem os exames preventivos conforme o recomendado pelo Ministério da Saúde e a sempre buscarem orientação de algum profissional de saúde na presença de alguma alteração constatada, pois o câncer de colo de útero e o de mama são os dois tipos de neoplasias que mais atingem as mulheres, tendo maior oportunidade de cura se forem precocemente identificados e receberem tratamento adequado. O câncer do colo de útero tem cura em 100% dos casos quando são detectados precocemente e na UBS a coleta de exame preventivo é realizado por 2 enfermeiras que fazem a coleta 2 dias da semana, terça pela manhã e quinta à tarde e elas também fazem a solicitação de mamografia às mulheres.

O momento de consulta de enfermagem é também acompanhado pela médica ginecologista e/ou clínica geral (eu) e junto à coleta do material para exame citológico são fornecidas orientações com o objetivo de qualificar a saúde da mulher. Assim que os resultados retornam à unidade é agendado um momento de consulta médica para avaliação dos mesmos e, em caso de necessidade, o início de tratamento.

Não utilizamos nenhum registro específico das mulheres que realizam os exames preventivos. Os resultados são registrados no prontuário médico. Necessitamos organizar este processo, pois segundo a recomendação do Ministério da Saúde estamos muito aquém do mínimo. Além disso, julgamos importante a capacitação da equipe para atender a esta demanda do serviço bem como conscientizar a população sobre a importância da realização destes exames preventivos, pois neste momento é somente realizado pelas enfermeiras.

Quanto à ação de prevenção do câncer de mama encaminhamos as mulheres para a realização de mamografia. Do total de 507 mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área de abrangência da unidade, são acompanhadas 100% (507) das mulheres residentes e cadastradas na unidade. Um total de 64,5% (327) das mulheres está com mamografia em dia e do total de mulheres acompanhadas, 35,5% (180) estão com a mamografia com mais de 3 meses em atraso e 100% (507) receberam orientação sobre prevenção do câncer de mama e foram avaliadas quanto ao risco para câncer de mama. No entanto, ainda faz-se necessário a realização de campanhas educativas promovendo esta ação, pois ainda há muito desconhecimento entre as mulheres.

Constata-se que é importante capacitar a equipe para que esta possa oferecer orientações adequadas a todas as mulheres que buscam pelo serviço de saúde Aldo Arioli, pois neste momento a avaliação é realizada apenas pelas 2 gineco-obstetras com especialidade em mama oferecendo às mulheres uma atenção integral.

Em relação à atenção aos hipertensos e/ou diabéticos temos conhecimento de que há um número bastante expressivo, pois atendemos muitos usuários por dia, com estas patologias, mas os dados apresentados pelo CAP não correspondem à realidade do serviço. Alguns já estão em acompanhamento há um bom tempo, mas há aqueles que ainda nem sequer o iniciaram apesar de apresentarem sinais e/ou sintomas.

Temos um total superestimado de 1099 pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) com 20 anos ou mais segundo o CAP. Destas, acompanhamos na Unidade um total de 55,5% (608) das pessoas com hipertensão residentes e cadastrados. A realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico foi realizada a 100% (608) das pessoas com hipertensão acompanhadas. Um total de 100% (608) também receberam orientações sobre prática de atividade física regular, receberam orientações nutricionais para uma alimentação saudável, 82,1% (499,1) estão com os exames complementares periódicos em dia; 39,7% (241) possui avaliação de saúde bucal e está com atraso das consultas em mais de sete dias.

Já em relação ao Diabetes Mellitus (DM) a cobertura está em 47,7% (150) do total superestimado de 314 diabéticos para a área segundo o CAP. A 100% (150) foi realizada a estratificação de risco cardiovascular; exame físico dos pés nos últimos 3 meses, registro de realização de palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses, medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses, ofertada orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável, um total de 73,1% (106) estão com os exames complementares periódicos em dia, 68,9% (100) receberam avaliação de saúde bucal e 34,4% (50) está em atraso da consulta agendada em mais de sete dias.

Percebe-se que há uma necessidade prioritária para UBS que tenha Especialistas para nos assessorar na Atenção Básica como, por exemplo, Cardiologista e Endocrinologista ainda que seja uma vez na semana já que temos uma alta porcentagem de hipertensos e diabéticos como se pode observar. Assim como usuários com transtornos tireóideos que precisam de acompanhamento de especialista oferecendo aos uma atenção integral.

Quanto à saúde dos idosos acompanhamos 580 idosos perfazendo 86% da estimativa de 671 pessoas com 60 anos ou mais. Dentre os acompanhados, 43,3% (252) dos idosos são hipertensos e 17,2% (100) dos idosos são diabéticos. Em nossa Unidade nenhum dos idosos acompanhados possui caderneta de saúde da pessoa idosa e 12,1% (70) possui Avaliação Multidimensional rápida; 84,5% (490) possui avaliação de risco para morbimortalidade realizada, possui investigação de indicadores de fragilização na velhice e recebeu orientações sobre a importância da realização de atividades físicas regulares; 39,6% (230) possui avaliação de saúde

bucal; 87,1% (505) está com o acompanhamento em dia e 86,2% (500) receberam orientações sobre hábitos alimentares saudáveis.

O acolhimento à pessoa idosa é realizado pela equipe de enfermagem da unidade de saúde de forma preferencial. Junto ao acolhimento são verificados sinais vitais como pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória. Além disso, verifica-se também glicemia capilar, peso e altura. Percebe-se a necessidade da prestação de um atendimento com atenção qualificada envolvendo e responsabilizando a população também pelo autocuidado.

A maioria dos usuários da unidade pertencente ao grupo dos idosos apresenta-se com suas patologias descompensadas, pois não mantêm o seguimento de forma adequada e também não desenvolvem nenhum tipo de atividade física, apresentando a idade como fator de impedimento para tais atividades. Incentivamos para que todos os idosos mantenham o acompanhamento em dia de suas consultas bem como o controle dos seus sinais vitais e exames complementares além de consultas ginecológicas para as mulheres e consultas de nutrição.

Ainda, os incentivamos em todos os nossos encontros a agendarem uma consulta para avaliação odontológica a fim de melhorar a sua qualidade de vida, pois a saúde começa pela boca. Sempre ao saírem das consultas, a próxima já é agendada para que prossigam no acompanhamento.

Sempre há disponibilidade de fichas para atendimento às urgências que possam vir a surgir sendo as mais comuns a tensão arterial elevada e a taxa de glicemia alterada. Não há excesso desta demanda. Caso não seja possível o controle destas alterações os idosos são encaminhados para o serviço de referência (hospital) para o atendimento especializado.

Ainda não temos protocolos de atendimento para os idosos, estamos estudando os cadernos de atenção básica e, pretendemos desenvolver os mesmos conforme recomendado pelo Ministério da Saúde. Não há grupos de idosos na unidade, mas estamos pensando na possibilidade da organização dos mesmos para o desenvolvimento de atividades de promoção e prevenção de saúde bem como para o desenvolvimento de atividades físicas e recreativas. Trabalhamos no sentido de motivá-los a manter as vacinas em dia, bem como os controles pressóricos e glicêmicos investindo na promoção de hábitos alimentares saudáveis e saúde bucal.

Realizamos, em média, 8 visitas domiciliares por turno. Estas são realizadas duas vezes por semana, às segundas-feiras pela manhã e também às quartas-feiras pela manhã, se houver demanda, pois temos mais médicos na unidade e podemos sair para realizar visitas sem prejuízo ao atendimento. São visitados todos os usuários idosos, especialmente os acamados ou os que apresentam dificuldades de locomoção para irem até o serviço de saúde.

Entretanto, quando os idosos apresentam alguma possibilidade de movimentarem-se, estimula-se os mesmos para que venham até a unidade, pois assim também podem sentirem-se úteis. Julgamos importante a visita domiciliar, pois podemos observar como este idoso está sendo cuidado pela sua família e, identificar irregularidades, caso estas estejam presentes. O momento da visita domiciliar também é utilizado para fornecer orientações a todos os familiares que convivem com este idoso.

Quanto aos cuidados de saúde bucal destacamos que é importante consideramos o acompanhamento odontológico como uma das melhores formas de prevenção de cáries, gengivite, periodontite, entre outros problemas bucais além de ajudar a prevenir o mau-hálito (halitose). A higiene bucal é necessária para todas as pessoas manterem a saúde bucal. A frequente e cuidadosa escovação dos dentes juntamente com o uso de fio dental e creme dental que ajuda a prevenir o acúmulo de placas bacterianas e tártaro, os quais podem ocasionar cáries. Os dentes devem ser escovados no mínimo três vezes por dia, de preferência sempre após as refeições e antes de dormir e deve-se usar fio dental pelo menos uma vez por dia.

A limpeza regular dos dentes por um dentista é importante para remover a placa que pode se desenvolver até mesmo com a cuidadosa escovação e uso de fio dental, especialmente nas áreas que são difíceis acessos.

Na UBS existe um consultório odontológico onde atendem 2 odontólogos. As consultas deles são agendadas na sexta-feira. Os atendimentos são realizados todos os dias da semana. As consultas a pré-escolares e escolares são efetuadas em escolas pelo dentista que trabalha nessa instituição. Em relação às consultas das gestantes, ainda possuem temor de realizar consultas odontológicas, pois pensam que enquanto estão gestando e poderá afetar ao produto da gestação. E os idosos querem ou requerem próteses dentárias e estas não são realizadas na UBS. Os atendimentos não programados de emergência são atendidos e orientados a agendarem uma consulta.

Não disponibilizamos de dados quanto à saúde bucal, pois os odontólogos não possuem registros das informações solicitadas pelo CAP.

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

Fazendo uma comparação entre o texto inicial e o texto da análise situacional fica evidente que existem diferenças, pois agora tenho maior conhecimento da situação atual das necessidades da UBS e da população pertencente à Unidade Aldo Arioli bem como deixou claro a necessidade de fazer um planejamento efetivo para organizar o processo de trabalho, pois a mesma por ser mais específica, destacou em detalhes o trabalho feito na Unidade dando-nos uma visão ampliada de nossa realidade. Com a realização da análise também constatamos que é muito importante mantermos registros de todos os dados dos usuários para que possamos realizar um acompanhamento efetivo e de qualidade a fim de garantir qualidade de vida a todos por meio das ações desenvolvidas na Atenção Básica.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A HAS é considerada como um grave problema de saúde pública. No Brasil, a prevalência varia entre 22% e 44% para adultos, sendo em torno de 50% entre 60 e 69 anos e 75% entre pessoas com mais de 70 anos. É considerada a porta de entrada para múltiplas doenças como cardiopatias hipertensivas, aterosclerose, trombose, doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010). No Brasil, dados da vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas, por inquérito telefônico, em 2011, mostraram que a prevalência de diabetes auto-referida na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011. Apesar do aumento de casos entre os homens, de 4,4% em 2006 para 5,2% em 2011, as mulheres apresentam uma maior proporção da doença correspondendo a 6% dessa população.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que o número total de pessoas com diabetes no mundo elevar-se-á, de 171 milhões em 2000 para 366 milhões em 2030; apenas no Brasil, de 4,5 milhões para 11,3 milhões, no mesmo período, tornando-se o oitavo país no mundo com o maior número de pessoas com diabetes (RATHMANN; GIANI, 2004). Entre as complicações do diabetes, as doenças cardiovasculares e renais estão entre as mais custosas, em termos de sofrimento humano como de gastos para os sistemas de saúde (SOWERS, EPSTEIN, FROHLICH, 2001).

A Unidade de Saúde Aldo Arioli do município de Erechim/RS conta com duas Equipes de Saúde cujo tamanho é adequado à população pertencente à área de abrangência. Cada uma das equipes é composta por um Médico de Família, uma enfermeira e 8 ACS, uma Técnica de Enfermagem. Conta ainda



com um Médico clínico geral, um pediatra e um ginecologista, um odontólogo, um psicólogo que oferecem à comunidade um bom atendimento das necessidades da população do território de abrangência. A área física da unidade possui recepção, 4 consultórios médicos, um consultório odontológico, sala de enfermagem, sala de curativos, sala de vacinas, sala da coordenação, farmácia, copa, banheiros para usuários e para uso dos membros das equipes.

Temos em nosso meio muitas pessoas que ainda desconhecem o diagnóstico de hipertensão arterial e/ou diabetes. E, diante da necessidade de evitar complicações futuras decorrentes da hipertensão e/ou do diabetes pretendemos implementar como rotina no serviço de saúde a realização do teste de microalbuminúria a fim de detectar precocemente alguma alteração renal entre os usuários portadores destas doenças. Diante disso, destaca-se a importância de realizar uma parceria com o laboratório para que todos os usuários com hipertensão e/ou diabetes mellitus que obtiveram diagnóstico de HAS e/ou DM o realizam visando qualificar a atenção à saúde da população hipertensa e/ou diabética pertencente ao serviço de saúde Aldo Arioli.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Aldo Arioli, Erechim/RS.

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

**Objetivo 1** – Ampliar a cobertura ao usuário com hipertensão e/ou diabetes.

**Meta 1.1:** Cadastrar 100% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção ao usuário com Hipertensão Arterial Sistêmica e ao usuário com Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

**Meta 1.2:** Cadastrar 100% dos usuários com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção ao usuário com Hipertensão Arterial Sistêmica e ao usuário com Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

**Objetivo 2** – Melhorar a qualidade da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

**Meta 2.1:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão.

**Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com diabetes.

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

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

**Meta 2.5:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

**Meta 2.6:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

**Objetivo 3** – Melhorar a adesão de usuários com hipertensão e/ou diabetes ao programa.

**Meta 3.1:** Buscar 100% dos usuários com hipertensão faltosos às consultas na Unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Meta 3.2:** Buscar 100% dos usuários com diabetes faltosos às consultas na Unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

**Meta 4.1:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

**Meta 4.2:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

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

**Meta 5.1:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

**Meta 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

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

**Meta 6.1:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com hipertensão.

**Meta 6.2:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com diabetes.

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

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

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

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

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

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

### **2.3 Metodologia**

Este projeto foi estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas e visa aprimorar e organizar as ações de prevenção e controle da HAS e DM em usuários pertencentes à Unidade de Saúde Aldo Arioli do município de Erechim/RS. Para a realização dessa intervenção, foram planejadas ações nos eixos de Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica, levando-se em consideração as necessidades da população do território de abrangência, a

viabilidade de aplicação das ações e a expectativa de obtenção de resultados. Serão convidadas a participar da intervenção a população de 608 pessoas com hipertensão e/ou as 150 pessoas com diabetes mellitus pertencentes à área de cobertura da unidade segundo cadastros na Unidade.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

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

**Meta 1.1 e 1.2 – Cadastrar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.**

**Ações por eixo:**

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

**Detalhamento:** A realização do monitoramento dos usuários cadastrados no programa de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus será realizada pela médica especializanda e pelo enfermeiro avaliando semanalmente as ficha-espelho dos usuários que compareceram à unidade com participação especial das ACS, responsáveis pela atualização do cadastramento destes usuários.

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

**Detalhamento:** A enfermeira da unidade será a responsável pelo acolhimento dos usuários no serviço. Após acolhimento, o usuário será encaminhado para verificação da pressão arterial, peso, circunferência do abdome e hemoglicoteste aos usuários diabéticos sob responsabilidade da técnica de enfermagem.

Engajamento Público: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde; informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; orientar a comunidade sobre a

importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

**Detalhamento:** A médica especializanda em conjunto com equipe será a encarregada de realizar atividades educativas sob a temática ofertando conhecimento a todos os usuários em relação as doenças e de como conviver com as mesmas mantendo qualidade de vida. Estas ações compreenderão promoção de hábitos de higiene e alimentação saudável com informações sobre os fatores de risco e sobre os fatores responsáveis que podem levar ao descontrole das mesmas.

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

**Detalhamento:** Será realizada a capacitação a toda a equipe de saúde pela médica especializanda e pela enfermeira. As orientações serão direcionadas ao trabalho que será desenvolvido bem como sobre a periodicidade das consultas à população alvo da intervenção. A enfermeira capacitará a equipe de técnicos em enfermagem quanto à técnica de verificação de pressão arterial e realização do Hemoglicoteste em pessoas com diabetes mellitus.

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

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

**Ações por eixo:**

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

**Detalhamento:** O monitoramento e avaliação em relação ao exame clínico será realizado pela médica especializanda utilizando o protocolo de atendimento de usuários já acompanhados pelo Programa de Atenção aos hipertensos e/ou diabéticos.

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

**Detalhamento:** O exame clínico será realizado pela médica especializanda no momento da consulta individual ao usuário. Os mesmos profissionais também responsáveis pela capacitação dos demais membros da equipe sobre o protocolo de atendimento o qual também será disponibilizado em versão impressa na unidade para esclarecimento de dúvidas em qualquer momento.

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

**Detalhamento:** A orientação aos usuários e comunidade em geral será realizada no momento das consultas e em atividades educativas que serão realizadas durante a intervenção. Os responsáveis serão a médica especializanda e a enfermeira da Unidade de Estratégia de Saúde da Família.

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

**Detalhamento:** A capacitação da equipe será realizada semanalmente em reuniões de equipe. A encarregada será a médica especializanda e a enfermeira da equipe.

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

**Ações por eixo:**

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

**Detalhamento:** O monitoramento dos exames será realizado pela médica especializanda no momento da consulta individual.

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

**Detalhamento:** Será solicitado ao gestor local agilidade para a realização dos exames laboratoriais garantindo realização dos mesmos a todos os usuários avaliados.

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

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

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

**Detalhamento:** A equipe será capacitada sob responsabilidade da enfermeira da unidade utilizando o protocolo de atendimento para hipertensos e/ou diabéticos disponibilizado pelo Ministério da Saúde bem como serão apresentadas e discutidas as ações para o cumprimento do protocolo de atendimento à população alvo da intervenção durante as capacitações.

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

**Ações por eixo:**

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

**Detalhamento:** A técnica de enfermagem será a responsável por monitorar o acesso dos usuários aos medicamentos mantendo controle do estoque e validade dos mesmos. O enfermeiro da unidade será responsável pela solicitação dos medicamentos junto ao gestor do município.

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

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

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

**Detalhamento:** No momento da consulta individual e por ocasião das visitas domiciliares pelas ACS todos os usuários serão orientados quanto ao direito de terem acesso aos medicamentos. Esta ação será de responsabilidade de toda a equipe de saúde da unidade.

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

**Detalhamento:** Solicitaremos junto ao gestor municipal qualificação da prática clínica para que toda a equipe possa ser qualificada por meio de capacitações sobre a ação programática proposta.

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

**Ações por eixo:**

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

**Detalhamento:** O monitoramento será realizado pela médica especializanda junto à odontóloga da unidade por meio da ficha-espelho do usuário.

Organização e gestão do serviço: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e/ou dos diabéticos; organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do



atendimento dos hipertensos e/ou dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Detalhamento:** O monitoramento será realizado pela médica especializanda no momento da consulta individual e que após a avaliação médica encaminhará o usuário para avaliação odontológica, se possível no mesmo dia.

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

**Detalhamento:** Solicitaremos à odontóloga da unidade de saúde para que quinzenalmente sejam realizadas atividades educativas para a comunidade além de oferecer orientações individuais por ocasião das consultas.

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

**Detalhamento:** A equipe será capacitada pela odontóloga em momento de reuniões da equipe nos momentos destinados para capacitação.

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

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

**Ações por eixo:**

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

**Detalhamento:** O cumprimento da periodicidade das consultas será avaliado e monitorado pela enfermeira, pela médica especializanda e pela recepcionista que será a encarregada pelo agendamento das consultas. Esta ação também deverá ser acompanhada pelas ACS que serão as responsáveis pela busca ativa dos usuários.

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

**Detalhamento:** As visitas domiciliares serão organizadas para serem realizadas de forma semanal em conjunto com os ACS, enfermeiras e médica especializanda.

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

**Detalhamento**: A comunidade será informada pela equipe de saúde por meio das ACS durante visitas domiciliares, pela médica especializanda e enfermeira da Unidade no momento em que o usuário comparecer à unidade em busca de algum atendimento.

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

**Detalhamento**: Os ACS serão capacitados pela enfermeira para que possam orientar a todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos quanto à periodicidade recomendada das consultas em momentos de visitas domiciliares.

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

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

##### **Ações por eixo:**

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

**Detalhamento**: O monitoramento da qualidade dos registros será realizado pela médica especializanda e pela enfermeira no momento de consulta individual e uma revisão quinzenal para reavaliação.

Organização e gestão do serviço: Manter as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) atualizadas; implantar a ficha de acompanhamento; pactuar com a equipe o registro das informações; definir responsável pelo monitoramento dos registros e organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

**Detalhamento**: A atualização das informações no SIAB será de responsabilidade da enfermeira e a organização dos registros será de

responsabilidade dos demais membros da equipe assim como a atualização do prontuário eletrônico.

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

**Detalhamento**: A orientação aos usuários quanto à manutenção dos registros e acesso a segunda via quando necessário será realizada pela enfermeira da equipe com apoio da médica especializanda no momento da consulta.

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

**Detalhamento**: A equipe será capacitada para preenchimento dos registros necessários pela médica especializanda e será supervisionada pela enfermeira da equipe.

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

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

**Ações por eixo:**

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

**Detalhamento**: O monitoramento da estratificação de risco será realizado pela médica especializanda no momento da consulta individual em que avaliará o acompanhamento dos usuários lançando os dados na ficha-espelho para acompanhamento dos usuários no Programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos.

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

**Detalhamento:** A priorização do atendimento será avaliada em conjunto com os ACS, a médica especializanda, a enfermeira e a recepcionista da unidade que também será a responsável pelo monitoramento do agendamento.

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

**Detalhamento:** Os usuários serão alertados quanto ao seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento regular bem como sobre o controle dos fatores de risco modificáveis em atividades educativas, sala de espera, visitas domiciliares e em momentos de consulta individual. Todos os membros da equipe serão responsáveis pela execução das ações.

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

**Detalhamento:** A equipe será capacitada para identificação de lesões em pés e sinais de alerta que podem levar a danos em órgãos alvos. Esta capacitação a todos os membros da equipe será de responsabilidade da médica especializanda a fim de que o atendimento possa ser realizado no momento da identificação de alguma alteração.

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

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

### **Ações por eixo:**

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

**Detalhamento:** O monitoramento será realizado pela enfermeira e pela médica especializanda devido à ausência do profissional nutricionista na unidade.

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

**Detalhamento:** Solicitaremos à nutricionista do município para que auxilie no desenvolvimento desta ação mensalmente junto à equipe de saúde.

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

**Detalhamento:** Serão organizados momentos de atividades educativas junto à nutricionista (que atende a demanda do município) para orientação aos usuários hipertensos e/ou diabéticos em e caso de necessidade de consulta individual com a nutricionista solicitaremos o apoio da mesma e estas orientações também serão reforçadas pela médica especializanda e pela enfermeira que também disponibilizarão informações sobre alimentação saudável.

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

**Detalhamento:** Solicitaremos que a profissional nutricionista capacite os demais membros da equipe para que todos possam fornecer orientações adequadas quanto a alimentação saudável.

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

**Ações por eixo:**

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

**Detalhamento:** O monitoramento desta ação será realizado pela enfermeira junto aos usuários acompanhados pelas estudantes de enfermagem da Universidade Regional Integrada (URI) e manterá o registro em fichas-espelho de cada usuário para monitoramento de quem realiza prática de atividade física.

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

**Detalhamento:** Manteremos contato com estudantes de enfermagem para organizarmos práticas coletivas de orientação de atividade física avaliando a possibilidade de convidar um educador físico para que nos auxilie em ações educativas.

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

**Detalhamento:** Orientamos em momentos de consulta individual a todos os usuários quanto à importância de realização de atividades físicas e para que possam realizá-las de forma adequada.

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

**Detalhamento:** Para capacitar a equipe em relação à prática de exercícios físicos aos usuários hipertensos e/ou diabéticos solicitaremos as estudantes de enfermagem para que capacitem aos demais membros a fim de que possam ser fornecidas orientações adequadas aos usuários acompanhados.

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

**Ações por eixo:**

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

**Detalhamento:** A médica especializanda e a enfermeira da equipe orientarão aos usuários no momento da consulta individual sobre os riscos ocasionados pelo tabagismo e sobre maiores riscos para doenças cardiovasculares em hipertensos e/ou diabéticos. Caso o usuário demonstrar interesse em abandonar o vício realizaremos encaminhamento para a psicóloga que dá suporte à equipe para um acompanhamento mais efetivo.

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

**Detalhamento:** Solicitaremos junto ao gestor o fornecimento de medicamentos para combater o tabagismo em usuários hipertensos e/ou diabéticos que desejam abandonar o vício diminuindo assim os riscos para a saúde.

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

**Detalhamento:** Todos os usuários serão orientados por meio de consulta individual realizadas pela médica especializanda e quando necessário serão encaminhados ao serviço de psicologia disponibilizado pela unidade.

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

**Detalhamento:** Para a qualificação da equipe para o tratamento de usuários tabagistas solicitaremos apoio da psicóloga para que possa orientar e capacitar a equipe quanto ao manejo adequado de usuários tabagistas.

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

**Ações por eixo:**

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

**Detalhamento:** A médica especializanda será a responsável pelo monitoramento junto à odontóloga quanto à orientação sobre higiene bucal para os usuários hipertensos e/ou diabéticos. O controle será realizado por meio da revisão da ficha-espelho dos usuários.

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

**Detalhamento:** Organizaremos junto à odontóloga a possibilidade de atendimento odontológico dos usuários no mesmo dia em que comparecerão à unidade para avaliação médica.

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

**Detalhamento:** A orientação dos usuários e familiares será realizada pelo odontólogo no momento da realização das consultas e por meio de atividades educativas na comunidade.

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

**Detalhamento:** A odontóloga da unidade será convidada a capacitar os demais membros da equipe para que todos possam oferecer orientações

adequadas às pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus quanto à higiene bucal.

### **2.3.2 Indicadores**

**Objetivo 1**– Ampliar a cobertura ao usuário com hipertensão e/ou diabetes.

**Meta 1.1:** Cadastrar 100% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção ao usuário com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

**Indicador 1.1:** Cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão na Unidade de Saúde.

**Numerador:** Número de usuários com hipertensão 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 usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde.

**Meta 1.2:** Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção ao usuário com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

**Indicador 1.2:** Cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes na Unidade de Saúde.

**Numerador:** Número de usuários com diabetes 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 usuários com diabetes residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde.

**Objetivo 2** – Melhorar a qualidade da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

**Meta 2.1:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão.

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



**Numerador:** Número de usuários com hipertensão com exame clínico apropriado

**Denominador:** Número total de usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

**Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com diabetes.

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

**Numerador:** Número de usuários com diabetes com exame clínico apropriado.

**Denominador:** Número total de usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

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

**Denominador:** Número total de usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

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

**Denominador:** Número total de usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

**Meta 2.5:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

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

**Numerador:** Número de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

**Denominador:** Número de usuários com hipertensão e/ou diabetes com prescrição de medicamentos.

**Meta 2.6:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

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

**Numerador:** Número de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

**Denominador:** Número de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos.

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

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

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

**Denominador:** Número total de usuários com hipertensão inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde.

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

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

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

**Denominador:** Número total de usuários com diabetes inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde.

**Objetivo 3** – Melhorar a adesão de usuários com hipertensão e/ou diabetes ao programa.

**Meta 3.1:** Buscar 100% dos usuários com hipertensão faltosos às consultas na Unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

**Denominador:** Número total de usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde faltosos às consultas.

**Meta 3.2:** Buscar 100% dos usuários com diabetes faltosos às consultas na Unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

**Denominador:** Número total de usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde faltosos às consultas.

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

**Meta 4.1:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

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

**Numerador:** Número de usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Denominador:** Número total de usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

**Meta 4.2:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

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

**Numerador:** Número de usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Denominador:** Número total de usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

**Objetivo 5 –** Mapear usuários com hipertensão e/ou diabetes de risco para doença cardiovascular.

**Meta 5.1:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

**Indicador 5.1:** Proporção de usuários com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

**Numerador:** Número de usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde com estratificação do risco cardiovascular.

**Denominador:** Número total de usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

**Meta 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

**Indicador 5.2:** Proporção de usuários com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

**Numerador:** Número de usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde com estratificação do risco cardiovascular.

**Denominador:** Número total de usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

**Objetivo 6 –** Promover a saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes.

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

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

**Numerador:** Número de usuários com hipertensão que receberam orientação sobre alimentação saudável.

**Denominador:** Número de usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

**Meta 6.2:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com diabetes.

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

**Numerador:** Número de usuários com diabetes que receberam orientação sobre alimentação saudável.

**Denominador:** Número de usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

**Numerador:** Número de usuários com hipertensão que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

**Denominador:** Número de usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

**Numerador:** Número de usuários com diabetes que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

**Denominador:** Número de usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

**Numerador:** Número de usuários com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

**Denominador:** Número de usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

**Numerador:** Número de usuários com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

**Denominador:** Número de usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

**Numerador:** Número de usuários com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal.

**Denominador:** Número de usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

**Numerador:** Número de usuários com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

**Denominador:** Número de usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

### **2.3.3 Logística**

Para realizar a intervenção no sentido de qualificar o Programa de Atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes utilizar-se-á os Cadernos de Atenção Básica “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Diabetes mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica” do Ministério da Saúde, 2013.

O cadastramento, por ocasião da consulta e avaliação médica será realizado por meio do preenchimento da ficha-espelho (Anexo C) disponibilizada pelo curso. Esta ficha também será utilizada para o monitoramento de todos os usuários com hipertensão e/ou diabetes. Semanalmente, a enfermeira em conjunto com a médica especializanda revisará todas as fichas em busca de usuários que estejam em atraso com as consultas, vacinas, exames de rotina e/ou complementares, entre outros.

Solicitaremos à Secretaria da Saúde do município a impressão de todas as fichas-espelho para cadastramento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes pertencentes à área de abrangência da unidade. Temos em nossos cadastros na Unidade um total de 608 pessoas com HAS e 150 com DM. Pretendemos cadastrar e avaliar 100% dos usuários.

O processo de intervenção já foi discutido com a equipe por ocasião da análise situacional da unidade. Dessa forma, a intervenção terá início com a capacitação dos membros da equipe sobre o Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus para que todos possam utilizar esta referência na atenção aos hipertensos e diabéticos. Para este momento, utilizaremos o espaço das reuniões de equipe que acontecem semanalmente. Solicitaremos que cada membro da equipe estude uma parte do manual técnico para expor o conteúdo aos demais membros da equipe havendo trocas de conhecimento entre todos.

Os usuários serão atendidos por meio de agendamento. As emergências terão prioridade no atendimento em qualquer turno. Todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos avaliados sairão da unidade com a próxima consulta

agendada. O acolhimento aos hipertensos e/ou diabéticos que buscarem pelo serviço será realizado pela enfermeira, técnica, ACS, médico, dentista. Para os usuários faltosos serão organizadas buscas ativas com agendamento da consulta para dia e horário que o mesmo possa comparecer ao serviço. Serão reservadas 10 consultas por semana para atendimento dos usuários provenientes dessas buscas.

Solicitaremos apoio ao gestor municipal e buscaremos contato com representantes da comunidade para apresentar o projeto enfatizando a importância do acompanhamento desta parcela da população para a qualificação de sua saúde.

Para o desenvolvimento de ações de educação em saúde à população utilizaremos o método de atividades educativas em grupo de HAS-DM na própria unidade de saúde e em associações de bairro, mensalmente. Solicitaremos às ACS, em suas visitas, para que relembrem aos usuários hipertensos e/ou diabéticos sobre a importância de manterem-se em acompanhamento regular no serviço de saúde.

Todas as informações coletadas nas fichas-espelho serão semanalmente consolidadas para a planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso.







### **3 Relatório da Intervenção**

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

Para a intervenção em saúde realizada na Unidade Básica de Saúde Aldo Arioli do município de Erechim/RS entre os meses de junho a agosto de 2015 direcionada às pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus. Tínhamos em nossos cadastros um total de 608 pessoas com hipertensão e de 150 pessoas portadores de diabetes entre aproximadamente 5 mil usuários residentes na área de abrangência da unidade.

Destacamos inicialmente que as atividades de intervenção haviam sido programadas para serem desenvolvidas em 16 semanas. No entanto, a intervenção foi realizada em 12 semanas por orientação da Coordenação do Curso com o objetivo de se adequar e ajustar ao Calendário da Turma 8, já que houve a realização do período de férias previstas no Programa Mais Médicos para o Brasil. As metas estabelecidas no projeto também previam a realização da intervenção em 16 semanas. Esta redução foi proposta a fim de ajustar as defesas dos trabalhos de conclusão do curso ao calendário estabelecido pela Universidade Federal de Pelotas/RS, mas não houve prejuízo das ações realizadas para a comunidade.

Levando em consideração a alta prevalência dessa parcela populacional, para a intervenção optamos em trabalhar com o grupo de portadores de hipertensão e/ou diabetes residentes na área adstrita da UBS que tinham 5 anos ou menos de conhecimento da existência de sua doença. Na área da UBS residem aproximadamente 70 pessoas com hipertensão que tem até 5 anos de diagnóstico de sua doença e 25 pessoas com diabetes que tem até 5 anos de diagnóstico de sua doença. Ao longo dos três meses de intervenção alcançamos cobertura de 11,5% que corresponde a 70 usuários com hipertensão do total de 608 e 14,7% de pessoas com diabetes que corresponde a 22 usuários do total de 150. Pode-se

observar que a cobertura foi muito baixa, pois do total aproximado de pessoas que temos nos registros (4.915) apenas 1.612 pessoas frequentam o serviço e mantêm-se em acompanhamento regular. Se contabilizássemos apenas estas pessoas nossa cobertura teria sido muito maior.

O objetivo geral da intervenção foi melhorar o Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus na UBS Aldo Arioli. Neste sentido, me sinto muito contente por ter cumprido este objetivo, pois consegui mapear a maioria das pessoas com hipertensão e/ou com diabetes adstritos à área de atuação. Melhoramos o cadastro e conseqüentemente conseguimos melhorar os registros de informações de saúde dos usuários avaliados com a utilização da ficha-espelho disponibilizada pelo curso, para a prevenção e o cuidado à saúde de todos melhoramos a qualidade de atenção prestada por meio de um cuidado mais humanizado e integral a todos.

Ainda para dar continuidade à melhoria da qualidade da atenção aos usuários com HAS e/ou DM, foi realizado exame clínico apropriado em todos os usuários cadastrados com HAS e DM e mantido o monitoramento do número de pessoas com HAS e DM com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde e a sua periodicidade recomendada. Também foi verificada a necessidade de atendimento odontológico e realizado o seu devido encaminhamento.

Como ponto positivo da intervenção destacamos a adesão das pessoas com hipertensão e/ou diabetes e da equipe ao desenvolvimento das ações bem como o entusiasmo demonstrado em cada encontro para a realização das atividades propostas.

Entre as dificuldades vivenciadas durante todo o período foi a falta de tempo para fazer a intervenção, pois eu tive muitas dificuldades para dar início à mesma já que minha primeira orientadora não permitiu iniciar a intervenção no período em que eu deveria tê-la iniciada devido à ajustes necessários no projeto quanto à população alvo que eu não conseguia entender conforme as solicitações enviadas por parte da mesma. Assim, o início da intervenção somente foi possível mais tarde após liberação por parte do apoio pedagógico do curso. Após o início não havia possibilidades de adiantar as semanas da intervenção, pois cada semana necessitava ser realizada separadamente até completar 12 semanas.

Em nosso primeiro encontro contamos com a presença das pessoas com hipertensão e/ou diabetes e da equipe multidisciplinar de saúde, composta por médica, enfermeiras, ACS e coordenadora da Unidade de Saúde. Fomos muito bem acolhidos pelo grupo que aceitaram de muito bom grado a nossa proposta. Na segunda semana já contávamos com 21 cadastros. Ao final, totalizamos 70 usuários com hipertensão e 22 usuários com diabetes cadastrados e acompanhados. Todos aderiram às consultas agendadas, não necessitando realizar busca ativa, sempre compareceram muito entusiasmados a cada consulta.

Particularmente achei muito interessante a avaliação global dos usuários durante as consultas, além de ser um instrumento amplo que permite uma visão geral da pessoa, colabora para a facilidade de preencher e não esquecer nenhum item da planilha. As visitas domiciliares realizadas também foram muito válidas para a aproximação da equipe com a família dos usuários que geralmente são idosos, neste momento a pessoa pode ser avaliada como um todo, levando em consideração seu estilo de vida, os riscos e barreiras arquitetônicas no domicílio, o apoio psicológico para a família respeitando suas peculiaridades.

Posso afirmar com certeza que esta intervenção está sendo muito valiosa tanto para os usuários, quanto para nós profissionais de saúde, pelo fato de estarmos tendo a oportunidade de olhar para eles como um todo, no seu contexto, com sua rede de apoio, sua família. Assistir aos usuários de forma integral permite observar e detectar situações como a falta de diálogo entre eles e os próprios familiares, situações que vem à tona na consulta em forma de doença. As pessoas de uma maneira geral precisam sentir-se bem, úteis, trocar informações, serem respeitadas, o fato de termos implementado a intervenção no grupo de pessoas com hipertensão e/ou diabetes demonstrou quanto eles valorizam o fato de serem cuidados com amor, isto eleva a autoestima deles e com isso conseguimos formar um vínculo maior.

Durante a intervenção abordamos a importância de se ter conhecimento e consciência de ser portador de uma doença crônica como a diabetes mellitus e a hipertensão arterial sistêmica e especialmente quando já se é idoso. Ser portador de uma dessas patologias acarreta a necessidade de mudanças no estilo de vida, hábitos alimentares, usos de medicamentos de maneira adequada, prática regular de atividade física. Desse modo, ao longo dos encontros e nas consultas promoveu-se a importância de prevenir o surgimento dessas patologias, objetivando

proporcionar qualidade de vida aos usuários. Pois, sabe-se que promovendo saúde, os serviços de saúde terão futuramente um gasto e um número muito menor de hospitalizações, além de diminuir o número de pessoas com sequelas e incapacidades.

Para nós profissionais da saúde é muito gratificante ver o resultado do esforço e dedicação, ou seja, plantar e poder colher os frutos, mesmo sendo a longo prazo. A equipe multidisciplinar da UBS Aldo Arioli mostrou satisfação e dedicação para a implementação da intervenção na unidade.

Os encontros de capacitação da equipe também foram muito proveitosos, pois discutimos as ações a serem realizadas por cada um dos integrantes da equipe. As ACS foram capacitadas para realizarem cadastro e preencherem os dados das fichas-espelho de forma adequada, também falamos sobre a importância de fazer os exames laboratoriais em especial a microalbuminúria e sedimento urinário para os usuários acompanhados com a finalidade de prever os problemas de insuficiência renal. Conversamos com os usuários sobre a importância de manterem adequada alimentação e, além disso, também falamos sobre os malefícios do tabagismo e sobre a importância da saúde bucal além dos efeitos negativos do uso de antidepressivos por um período muito prolongado.

Outro aspecto negativo refere-se ao fato de que somente disponibilizaram 10 microalbuminúrias por mês para minha UBS, mas mesmo assim podemos considerar que esta quantidade é muito positiva já que somente disponibilizavam 30 microalbuminúrias para todo o município e esta ação foi incorporada à rotina de avaliação e solicitação de exames para os usuários com hipertensão e/ou diabetes em nossa UBS.

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

Apesar das dificuldades enfrentadas ao longo da intervenção nenhuma das ações previstas no cronograma deixou de ser desenvolvida, pois crescemos e superamos juntos todas as dificuldades.

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

Não apresentamos nenhuma dificuldade quanto ao preenchimento da ficha-espelho, da planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso e/ou de

interpretação dos gráficos da planilha para realizar a análise dos dados, pois todas são de fácil compreensão e manejo.

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

As ações já estão incorporadas à rotina do serviço da Unidade de Saúde Aldo Arioli do município de Erechim/RS, pois houve uma boa aceitação das mesmas por parte da comunidade, dos usuários integrantes do grupo do Programa de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos bem como por parte da equipe de saúde.

Além disso, o apoio recebido por parte da gestão municipal que garantiu todo o material necessário para a intervenção foi de suma importância além da garantia da realização dos exames de microalbuminúria como rotina para prevenir danos aos rins.

Agora seguiremos com o trabalho para acompanhar a todos os usuários portadores de HAS e/ou DM que pertencem à área de abrangência da Unidade de Saúde.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Erechim é um município do Estado Rio Grande do Sul, localizado ao Norte do estado, conta com uma população de 96.105 habitantes, de acordo com o último Censo do IBGE, o município se estende por 430,7 km<sup>2</sup> e é considerado um centro sub-regional no país, pois é a segunda cidade mais populosa do norte do estado.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Aldo Arioli conta com uma população de 4.915 pessoas cadastradas na unidade. Destes, temos em nossos cadastros um total de 608 pessoas com hipertensão e 150 pessoas com diabetes mellitus. Levando em consideração a alta prevalência dessa parcela populacional, na intervenção optamos em trabalhar com as pessoas com hipertensão e/ou diabetes residentes na área adstrita da UBS que tinham conhecimento da existência de sua doença há 5 anos ou menos.

Na área da UBS, tínhamos conhecimento de que residiam aproximadamente 60 pessoas com hipertensão e 25 pessoas com diabetes que tem até 5 anos de evolução de sua doença. Ao longo desses três meses de intervenção encontramos mais pessoas com hipertensão do que imaginávamos, pois acompanhamos a 70 pessoas com hipertensão e 22 pessoas com diabetes.

Para a realização da intervenção estipulamos vários objetivos e metas a fim de melhorar a atenção à saúde das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou com Diabetes Mellitus na UBS Aldo Arioli, no município de Erechim, RS.

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

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



**Indicador 1.1:** Cobertura do programa de atenção à pessoa com hipertensão na unidade de saúde.

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

**Indicador 1.2:** Cobertura do programa de atenção à pessoa com diabetes na unidade de saúde.

Durante o primeiro mês da intervenção o ponto positivo de maior destaque foi a adesão dos hipertensos e/ou diabéticos e da equipe para as ações propostas para a intervenção e, além disso, conseguimos uma reunião com Secretário da Saúde e com o gestor municipal para aumentar o número de exames mensais de microalbuminúria, o que foi muito positivo.

As maiores dificuldades encontradas durante todo o período foi o atraso para dar início à intervenção. Assim, conforme as **Figuras 1 e 2**, ao longo do primeiro mês, alcançamos 5,8% (35/608) da cobertura do programa de atenção à pessoa com hipertensão e a 10,0% (15/150) da cobertura do programa de atenção à pessoa com diabetes na unidade de saúde. Se realizarmos o cálculo de cobertura sobre a população com 5 anos ou menos de diagnóstico (alvo da intervenção), ao longo do primeiro mês teríamos 50% (35/70) de pessoas com hipertensão acompanhada e 60% (15/25) do total de pessoas com diabetes acompanhadas.

No segundo mês da intervenção entrei em período de férias e as ações foram desenvolvidas pelos demais membros da equipe. A partir da semana 7 retornei ao trabalho e prosseguimos com o desenvolvimento das ações propostas para a intervenção alcançando no segundo mês 8,6% (51/608) da cobertura do programa de atenção à pessoa com hipertensão e a 11,3% (16/150) da cobertura do programa de atenção à pessoa com diabetes na unidade de saúde. Se realizarmos o cálculo de cobertura sobre a população com 5 anos ou menos de diagnóstico, ao longo do segundo mês teríamos 74,3% (51/70) de pessoas com hipertensão acompanhada e 68% (16/25) do total de pessoas com diabetes acompanhadas.

No terceiro mês da intervenção já conseguimos atingir 11,5% (70/608) da cobertura total do programa de atenção à pessoa com hipertensão e a 14,7% (22) da cobertura total do programa de atenção à pessoa com diabetes na unidade de saúde. Se realizarmos o cálculo de cobertura sobre a população com 5 anos ou menos de diagnóstico, ao longo do terceiro mês teríamos 100% (70/70) de pessoas

com hipertensão acompanhadas e 88% (22/25) do total de pessoas com diabetes acompanhadas.

Apesar do pouco tempo de implantação dessa ação na unidade o resultado da intervenção foi surpreendente entre o grupo escolhido para dar início às ações e, a partir de agora com a continuidade das ações ampliaremos ainda mais o índice de acompanhamento do restante do grupo alvo.

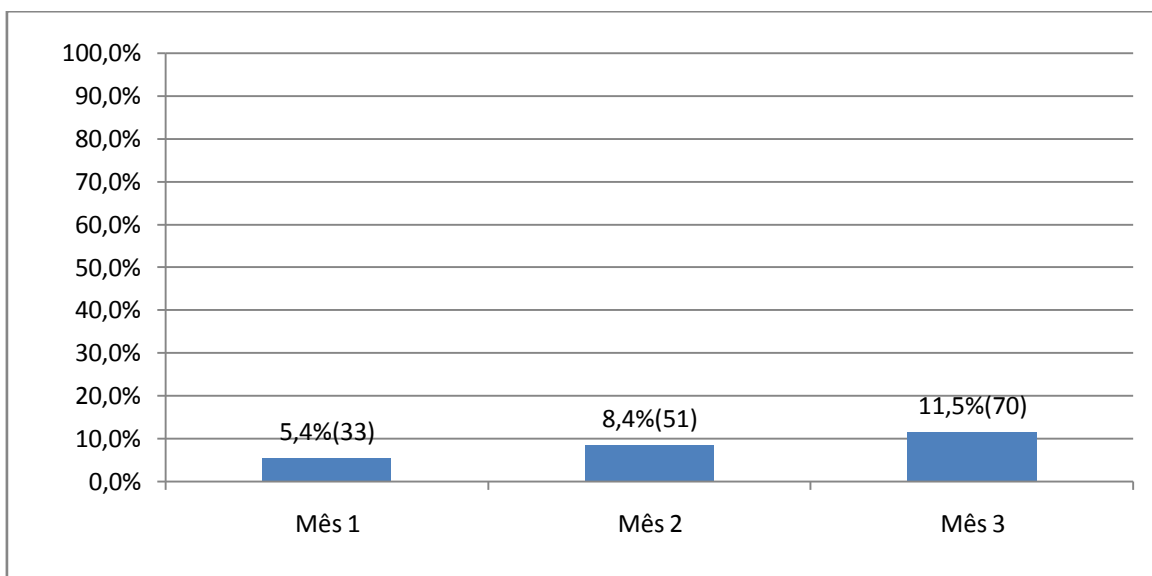


Figura 2 – Cobertura do programa de atenção à pessoa com hipertensão na unidade de saúde Aldo Arioli, Erechim, RS, 2015.

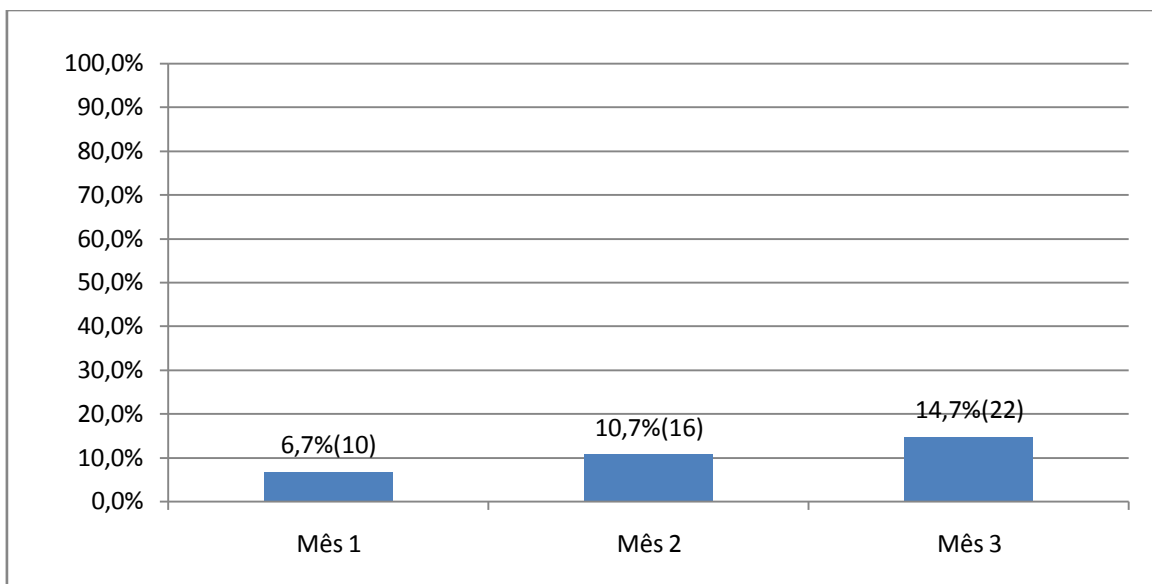


Figura 3 – Cobertura do programa de atenção à pessoa com diabetes na unidade de saúde Aldo Arioli, Erechim, RS, 2015.

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

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

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

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

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

Durante a intervenção os usuários cadastrados no grupo do Programa de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos em acompanhamento pela equipe foram avaliados e realizou-se o exame clínico de acordo o protocolo de atendimento pelo Ministério da Saúde para hipertensos e/ou diabéticos pode-se observar que em esta ação alcançamos 100% (70) das pessoas hipertensas e 100% (22) das pessoas com diabetes.

Assim, durante o primeiro mês realizamos exame clínico em 100% (33) das pessoas com hipertensão e em 100% (10) das pessoas com diabetes mellitus. No segundo mês avaliamos 100% (51) das pessoas com hipertensão e a 100% (16) das pessoas com diabetes e concluímos o terceiro mês mantivemos 100% (70) das pessoas com hipertensão e 100% (22) das pessoas com diabetes mellitus com o exame clínico apropriado realizado. O exame clínico apropriado foi realizado pela médica no momento da consulta individual.

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

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

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

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

Os exames complementares foram solicitados pela médica no momento da consulta individual. Assim, ao longo do primeiro mês solicitamos exames complementares a 78,8% (26) das pessoas com hipertensão e a 80,0% (8) pessoas com diabetes mellitus. No segundo mês, os exames foram solicitados a 86,4% (44) pessoas com hipertensão e a 81,3% (13) das pessoas com diabetes e, no terceiro mês solicitamos também a 100% dos acompanhados alcançando 70 pessoas com hipertensão e a 100% (22) das pessoas com diabetes mellitus realizaram os exames complementares em dia conforme preconizado pelo protocolo de acompanhamento.

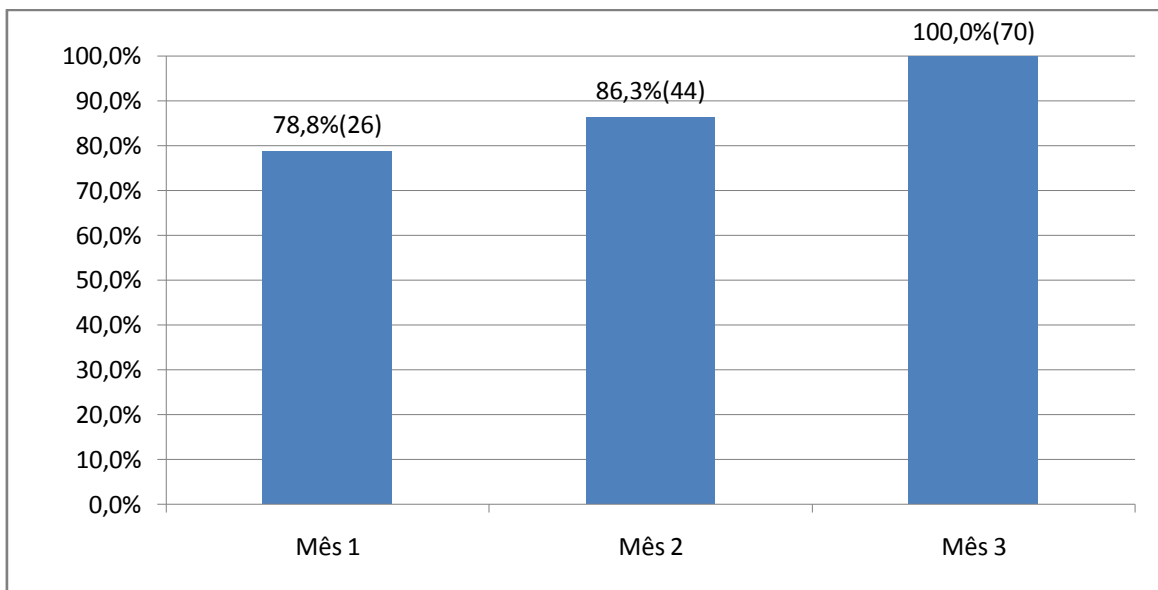


Figura 4 – Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo no município de Erechim, RS, 2015.

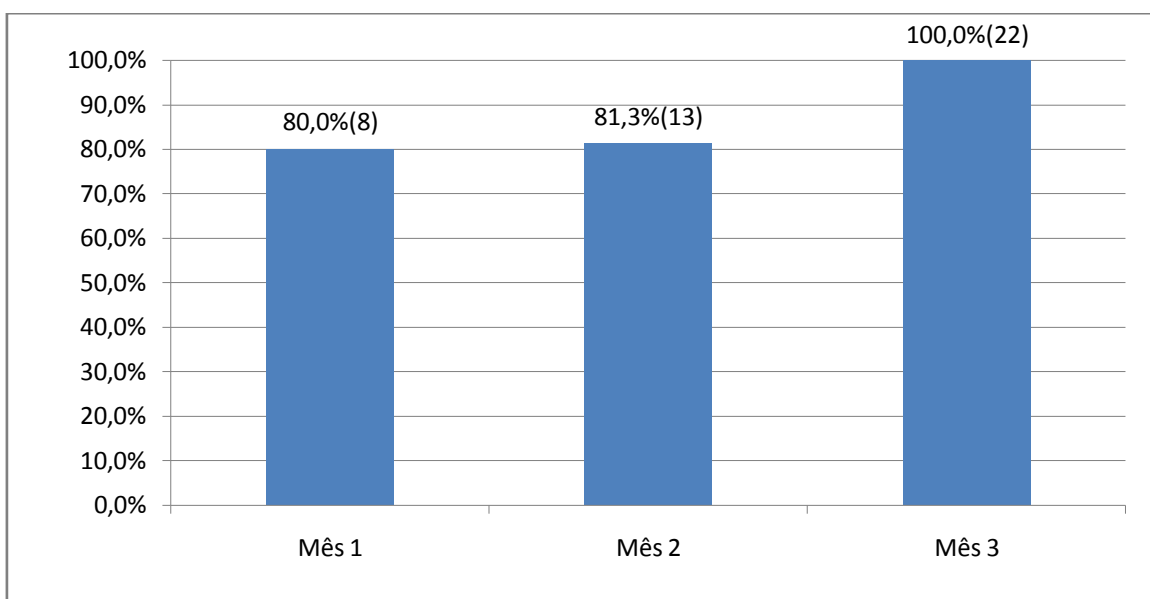


Figura 5 – Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo no município de Erechim, RS, 2015.

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

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

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

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

A intervenção possibilitou fornecer prescrições de medicamentos da Farmácia Popular priorizada durante o primeiro mês a 69,7% (23) das pessoas com hipertensão e a 70,0% (7) das pessoas com diabetes em acompanhamento. No segundo mês 76,5% (39) das pessoas com hipertensão e 81,3% (13) com diabetes mellitus estavam em uso de medicação da Farmácia Popular. No terceiro mês, a prescrição foi repassada para 81,4% (57) das pessoas com hipertensão e a 81,8% (18) das pessoas com diabetes mellitus.

A totalidade dos com hipertensão e/ou com diabetes mellitus não estavam em uso da medicação priorizada pela Farmácia Popular devido que alguns deles tinham tratamentos indicados por cardiologista e endocrinologistas previamente ao estudo pôr o que se decide manter as mesmas indicações.

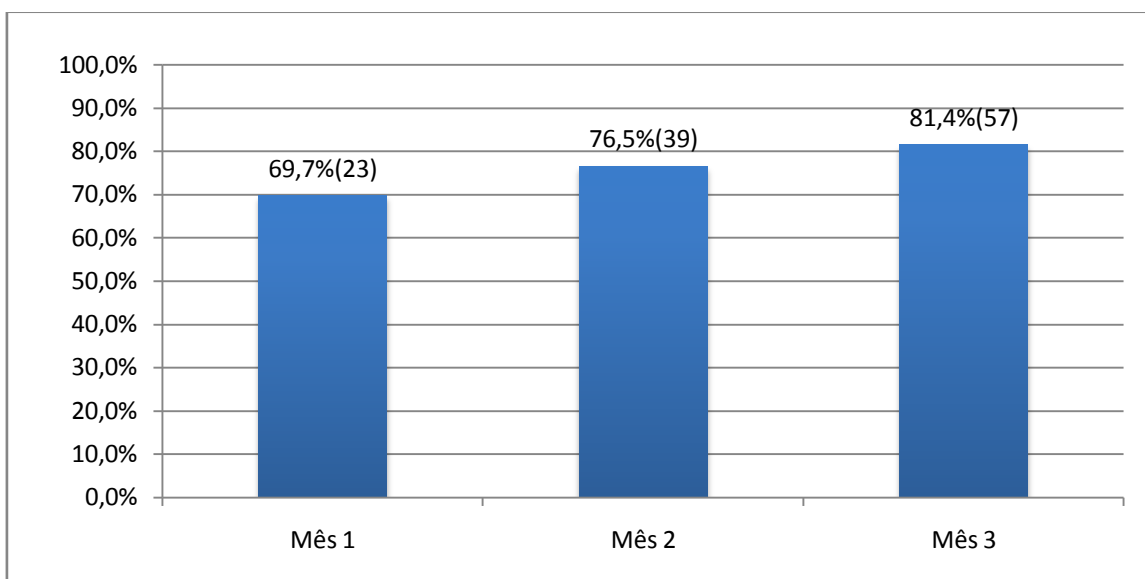


Figura 6 – Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada no município de Erechim, RS, 2015.

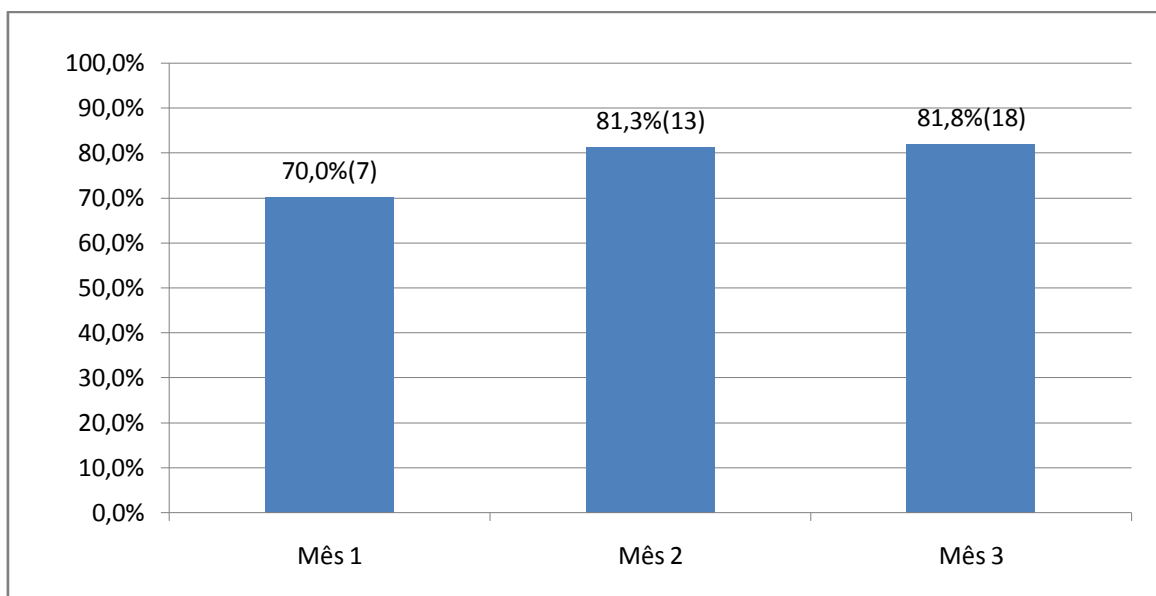


Figura 7– Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada no município de Erechim, RS, 2015.

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

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

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

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

Durante a intervenção os cadastrados no grupo de hipertensos e/ou diabéticos em acompanhamento pela equipe foram avaliados pelo odontólogo da unidade quanto à necessidade de atendimento odontológico. Assim, durante o primeiro mês 15,2% (5) dos hipertensos e 20,2% (2) dos diabéticos em atendimento foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico. No segundo mês, um total de 88,2% (45) das pessoas com hipertensão e 87,5% (14) das pessoas com diabetes também foram avaliados. E no terceiro mês 100% (70) usuários hipertensos e 95,5% (21) usuários com diabetes foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico.

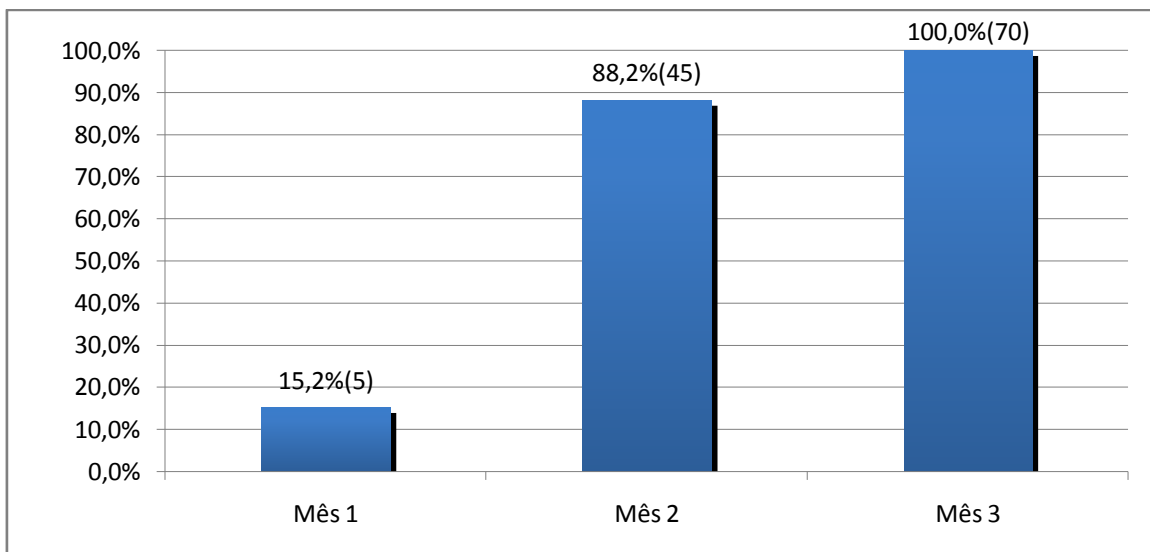


Figura 8 – Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico no município de Erechim, RS, 2015.

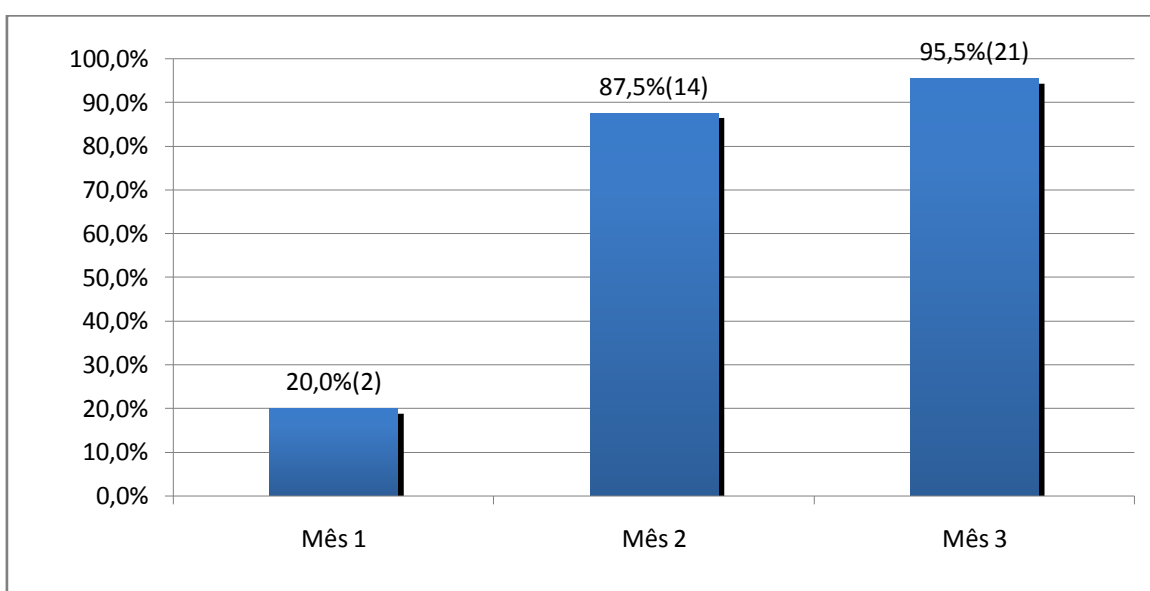


Figura 9 – Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico no município de Erechim, RS, 2015.

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

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

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

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

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

Tínhamos como meta buscar 100% das pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus faltosos às consultas. A meta foi cumprida em sua totalidade já que os agendados foram motivados a comparecerem à consulta e, assim não tivemos faltosos às consultas.

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

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

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

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

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

A ficha de acompanhamento foi preenchida adequadamente pela médica no momento da consulta individual. Assim, no primeiro mês 100% (33) das pessoas com hipertensão avaliadas e 100% (10) das pessoas com diabetes mellitus estavam com os registros adequados na ficha de acompanhamento. No segundo mês também 100% (51) dos usuários hipertensos e 100% (16) das pessoas com diabetes estavam com registros adequados na ficha de acompanhamento. Ao longo do terceiro da intervenção mantivemos 100% (70) das pessoas com hipertensão e 100% (22) das pessoas com diabetes mellitus avaliadas com registro adequado na ficha de acompanhamento. Para este registro utilizamos a ficha-espelho disponibilizada pelo curso.

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

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

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

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

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



A estratificação de risco cardiovascular também foi realizada pela médica especializanda no momento da consulta individual. Assim, durante o primeiro mês a 100% (33) dos hipertensos e a 100% (10) dos diabéticos avaliados foi realizada a estratificação de risco cardiovascular. No segundo mês, mantivemos 100% (51) dos hipertensos e 100% (16) dos diabéticos com estratificação de risco cardiovascular realizada por ocasião da consulta individual. Ao longo do terceiro mês a meta foi mantida e a 100% (70) das pessoas com hipertensão e a 100% (22) das pessoas com diabetes mellitus foi realizada a estratificação de risco cardiovascular conforme o preconizado pelo protocolo.

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

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

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

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

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

Durante a intervenção foi fornecido orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus acompanhadas. Ao longo do primeiro mês a 100% (33) dos hipertensos e a 100% (10) dos diabéticos avaliados foram ofertadas orientações nutricionais. No segundo mês, mantivemos 100% (51) dos hipertensos e 100% (16) dos diabéticos com orientação nutricional. No terceiro mês a meta foi mantida e 100% (70) das pessoas com hipertensão e 100% (22) das pessoas com diabetes mellitus receberam orientações nutricionais

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

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

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

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

Durante a intervenção também foi fornecido orientação quanto à importância de manter atividade física de forma regular a 100% das pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus acompanhadas. Ao longo do primeiro mês 100% (33) dos hipertensos e 100% (10) dos diabéticos avaliados receberam orientações quanto à prática de atividades físicas. No segundo mês, mantivemos 100% (51) dos hipertensos e 100% (16) dos diabéticos com orientação sobre a necessidade de práticas de atividade física. Ao longo do terceiro mês a meta foi mantida e 100% (70) das pessoas com hipertensão e 100% (22) das pessoas com diabetes mellitus receberam orientações sobre prática regular de exercícios físicos. Tivemos o apoio da equipe de estudantes de enfermagem da URI para estas atividades.

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

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

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

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

A orientação sobre os riscos do tabagismo foi ofertada a 100% das pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus acompanhadas. Ao longo do primeiro mês 100% (33) dos hipertensos e 100% (10) dos diabéticos avaliados receberam orientações sobre os riscos do tabagismo. No segundo mês, mantivemos 100% (51) dos hipertensos e 100% (16) dos diabéticos com orientação sobre os riscos a que estão expostos enquanto tabagistas. Ao longo do terceiro mês a meta foi mantida e 100% (70) das pessoas com hipertensão e 100% (22) das pessoas com diabetes mellitus receberam orientações sobre os riscos do tabagismo.

Estas orientações foram fornecidas nas reuniões de grupo de hipertensos e diabéticos pela médica especializanda assim como durante as visitas domiciliares e também pela enfermeira e pelos ACS.

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

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

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

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

A orientação sobre higiene bucal foi dispensada a 100% das pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus acompanhadas no serviço de saúde durante a intervenção. Ao longo do primeiro mês 100% (33) das pessoas com hipertensão e 100% (10) das pessoas com diabetes avaliados receberam orientações sobre a importância da manutenção da higiene bucal para a qualidade de sua saúde. No segundo mês, mantivemos 100% (51) dos hipertensos e 100% (16) dos diabéticos com orientação sobre higiene bucal. Durante o terceiro mês a meta foi mantida e 100% (70) das pessoas com hipertensão e 100% (22) das pessoas com diabetes mellitus receberam orientações sobre higiene bucal.

As orientações sobre higiene bucal foram fornecidas em momentos de consultas individuais realizadas pela médica especializada, pela enfermeira e pelo odontólogo.

## **4.2 Discussão**

Durante a intervenção foram atualizados todos os prontuários dos usuários com hipertensão e/ou diabetes e para aqueles que ainda não possuíam um prontuário realizamos a abertura do mesmo para que o monitoramento efetivo possa ser continuado. Em momento de reuniões da equipe durante as semanas da Intervenção realizamos capacitações da equipe bem como mantivemos o monitoramento das ações realizadas. Também foram coletados junto aos usuários avaliados, durante as consultas individuais, os dados contidos na ficha-espelho para serem digitados pela médica da equipe de saúde da UBS na planilha eletrônica de coleta de dados. Da estimativa de 608 pessoas com hipertensão e 150 pessoas com diabetes, avaliamos 70 portadores de hipertensão e 22 de diabetes durante a intervenção, totalizando 92 usuários.

Para a intervenção tínhamos diferentes objetivos cada um com suas metas, ações e indicadores para avaliação da cobertura, exame clínico, exames complementares assim como cada um dos objetivos propostos para cada um dos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Assim, as ações foram realizadas de acordo com o cronograma estabelecido.

Também, foram realizadas capacitações em forma de atividades educativas sobre hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, cuidado dos pés, alimentação adequada à portadores de hipertensão e/ou diabetes, entre outros temas relacionados às doenças em momento de reuniões de trabalho da equipe,

assim como foram realizadas atualizações dos profissionais da equipe de saúde para cadastros de usuários com hipertensão e/ou diabetes e sobre os dados da intervenção em geral.

Durante o trabalho da intervenção não foi desenvolvida a cobertura estimada de 100% do programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes, mas se conseguimos alcançar 11,5% (70) das pessoas com hipertensão e 14,7% (22) das pessoas com diabetes na UBS. Pode-se observar que a cobertura foi muito baixa, mas isso acontece porque realmente a população que busca ou frequenta a UBS é de apenas 1.612 pessoas. Na UBS há registro de 70 pessoas com hipertensão e 25 pessoas com diabetes com diagnóstico há cinco anos ou menos. Para a realização da intervenção estipulamos vários objetivos e metas a fim de melhorar a atenção à saúde das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou com Diabetes Mellitus na UBS Aldo Arioli, no município de Erechim, RS e isto foi possível na realidade, pois conseguimos que todas as pessoas com conhecimento de sua doença de 5 anos ou menos foram avaliadas e foi-lhes solicitado a microalbuminúria como rotina de laboratório. Graças à participação de toda a Equipe de saúde a intervenção mostrou os resultados anteriormente expostos.

Quanto aos exames complementares, os dados de todos foram avaliados no momento das consultas individuais e anotados nos prontuários. Por ocasião da realização de visitas domiciliares, também avaliamos os resultados dos exames já realizados e posteriormente os repassamos para os prontuários.

Em todos os usuários com hipertensão e/ou diabetes foi realizada a estratificação do risco cardiovascular e foram classificados em baixo, moderado ou alto risco e aqueles que apresentaram um risco maior foram acompanhados de forma diferenciada com um maior número de consultas planejadas.

Foram realizadas várias atividades de educação em saúde durante as consultas, nas visitas domiciliares e em atividades de grupos com usuários com hipertensão e/ou diabetes sobre realização de atividades físicas, manutenção de uma saúde bucal adequada. Destacamos também formas de orientação nutricional de alimentação saudável, assim como importância de ter conhecimento dos danos que ocasiona o tabagismo, entre outros temas que surgiram durante as reuniões.

Resumindo, com a intervenção junto à ação programática de atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus em nossa UBS Aldo Arioli,

conseguimos aumentar a cobertura do Programa e o cadastramento foi possível pela ajuda dos ACS, pela realização de consultas médicas feitas pela médica especializanda e pela pesquisa ativa na comunidade por meio das visitas domiciliares realizadas por toda a equipe de saúde da UBS.

A intervenção propiciou uma melhoria na qualidade da atenção aos usuários cadastrados por meio da realização de educação para a saúde, prescrição de tratamento com os medicamentos disponíveis na UBS e na Farmácia Popular. Conseguimos aumentar a adesão dos usuários ao programa por meio da realização de todas as atividades propostas no cronograma e das diferentes ações promovidas durante a intervenção.

A intervenção também propiciou à equipe de saúde aumentar ainda mais seus conhecimentos sobre estas doenças, organizar melhor o trabalho com os usuários que sofrem da doença. Este conhecimento adquirido permite realizar uma intervenção ampliando a seleção de usuários com até 10 anos de conhecimento da sua doença para assim promover qualidade de vida aos mesmos. As atribuições de cada profissional ficaram mais bem estabelecidas, cada profissional soube quais eram suas atribuições segundo os protocolos do Ministério de Saúde em relação ao cadastramento, acompanhamento, tratamento e redução das complicações.

Através da intervenção foi possível entrar mais em contato com a comunidade, com as famílias e com o próprio portador das doenças referidas e oferecer promoção e educação em saúde. Conhecer as preocupações, as necessidades mais sentidas pela população em relação às doenças e outras originadas por complicações provenientes das mesmas como a insuficiência renal crônica que afeta a qualidade de vida do portador e de sua família, assim como também acontece com aqueles que sofrem de doenças cardiológicas, entre outras.

E, de forma geral, melhorou a integração de toda a equipe no atendimento aos usuários da área da abrangência da UBS. A Secretaria de Saúde garantiu transporte para conduzir-nos aos domicílios dos usuários que não possuíam condições de comparecer à unidade e necessitavam de uma avaliação por meio da visita domiciliar bem como garantiu a realização de exames laboratoriais como a microalbuminúria, entre outros.

Continuaremos o trabalho iniciado com a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes até alcançarmos 100% deste grupo além da

implementação da qualificação de outras ações programáticas na unidade iniciando pela qualificação da atenção à saúde da pessoa idosa.

## **5 Relatório da intervenção para gestores**

A intervenção em saúde realizada entre os meses de junho a agosto de 2015 visou a melhoria da atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes na UBS Aldo Arioli do município de Erechim/RS. A mesma foi organizada para ser realizada em 16 semanas. No entanto, foi reduzida para 12 semanas por orientação da Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família da UFPel em parceria com a Universidade Aberta do SUS objetivando a adequação e ajustamento ao Calendário da Turma 8, devido ao período de férias da especializanda durante o desenvolvimento da intervenção, mas não houve prejuízos para a comunidade.

Dentro das metas estabelecidas, melhoramos a qualidade do atendimento prestado aos usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus com 5 anos ou menos de evolução das suas doenças. Realizamos o exame clínico em cada um dos usuários acompanhados bem como solicitamos os exames complementares de acordo com o protocolo, ofertamos prescrição de medicamentos da farmácia popular, quando considerado pertinente e necessário. Conseguimos melhorar a adesão das pessoas com hipertensão e/ou diabetes ao programa e, além disso, melhoramos o registro das informações na UBS das pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastrados na unidade contribuindo assim para melhoria do monitoramento e acompanhamento dos mesmos.

Com a realização das ações desenvolvidas durante a intervenção conseguimos implementar como parte da rotina de trabalho da equipe na unidade solicitando a todas as pessoas com hipertensão e/ou diabetes em acompanhamento para que realizassem como mais um dos exames complementares de rotina a microalbuminúria para que assim pudessemos detectar precocemente a insuficiência renal, o qual apresenta-se como uma doença muito grave e frequente entre as pessoas que apresentam estas doenças.

Foram desenvolvidas diferentes ações que já fazem parte da rotina de trabalho, tais como: cadastro continuado das pessoas com hipertensão e/ou diabetes pertencentes à área adstrita, acolhimento e acompanhamento adequado das pessoas com hipertensão e/ou diabetes, atendimento clínico humanizado com solicitação de exames complementares já mencionados, realização de exame clínico e de estratificação de risco cardiovascular, prescrição de medicamentos da farmácia popular; encaminhamento para tratamento odontológico e avaliação especializada quando necessário, encontros de grupos de educação em saúde; orientação sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular e orientações quanto aos riscos e malefícios do tabagismo. Para o adequado registro das informações utilizamos como instrumento a planilha de coleta de dados utilizados pela equipe da ESF. Semanalmente, todas as ações foram monitoradas permitindo avaliar o cumprimento das metas proposta através dos indicadores propostos.

É importante destacar que durante a intervenção, houve uma melhoria na atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes de nossa área de abrangência junto à Unidade de saúde. Com a intervenção conseguimos cadastrar 70 (11,5%) usuários com hipertensão e 22 (14,7%) pessoas com diabetes e que estão sendo acompanhados em nossa UBS com 5 anos ou menos de diagnóstico da doença. Isto foi possível com o trabalho unido da equipe e por meio do cadastro contínuo de todas as pessoas com hipertensão e/ou diabetes de nossa área de abrangência, promovemos aumento da frequência de consultas regulares, também ofertamos consultas programadas por meio das visitas domiciliares, aumentamos as atividades de educação em saúde junto à comunidade e junto aos grupos de pessoas com hipertensão e/ou diabetes. Assim, a maioria dos usuários ficou satisfeito com as orientações recebidas quanto à alimentação saudável. Além da oferta individual sobre alimentação saudável, ofertamos orientações nos encontros com a comunidade sobre a importância da prática regular de atividade física e sobre a importância de manter níveis normais de colesterol, triglicérides, glicose e pressão arterial normais.

O trabalho para arrecadar as informações foi realizado de forma satisfatória com ajuda da equipe que visitou casa a casa da maioria dos usuários preenchendo os resultados dos exames realizados por eles com prazo de validade de um ano ou no momento da consulta médica individual em que também foi preenchido o prontuário eletrônico de cada um deles.



É importante enfatizar à gestão neste momento sobre a importância da realização da testagem de microalbuminúria para que possamos seguir com o apoio de vossa parte a fim de podermos aumentar ainda mais o número de microalbuminúria mensal e podermos estender a solicitação deste exame na rotina do serviço a todas as pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Colocamo-nos à disposição da gestão para quaisquer outros esclarecimentos acerca da intervenção realizada e esperamos poder contar com o vosso apoio para continuidade do trabalho com a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes até alcançarmos 100% deste grupo além da implementação da qualificação de outras ações programáticas na unidade iniciando pela qualificação da atenção à saúde da pessoa idosa.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da UBS Aldo Arioli, Erechim/RS

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

Com o objetivo de qualificar a atenção à saúde das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, foi realizada uma intervenção em saúde pelo período de 12 semanas na UBS Aldo Arioli, com a realização de ações e metas planejadas em 4 eixos pedagógicos estabelecidos pelo curso baseados em monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Para isso, contamos com o envolvimento dos seguintes profissionais: médico, enfermeira, técnico de enfermagem, ACS e Odontólogo formando uma equipe de saúde, além do apoio recebido por parte da comunidade que foi fundamental para a equipe bem como a participação da população-alvo da referida intervenção realizada.

O público-alvo foram 608 usuários com Hipertensão e 150 com Diabetes Mellitus. Com a intervenção conseguimos cadastrar e acompanhar 70 usuários com hipertensão (11,5%) e 22 usuários com diabetes (14,7%) ambos com conhecimento de 5 anos ou menos das suas doenças. Também realizamos diferentes estratégias de educação em saúde durante as consultas clínicas, permitindo que todos conhecessem mais a respeito de sua doença incentivando-os a tornarem-se responsáveis pelo seu cuidado junto à sua família. Além disso, nas reuniões de grupo de hipertensos e/ou diabéticos estimulávamos que falassem para os demais sobre as dúvidas que tinham acerca da evolução da doença e também realizamos ações de promoção à saúde com orientações sobre a importância da avaliação odontológica, alimentação saudável, prática de atividade física regular e sobre os riscos e malefícios do tabagismo com a finalidade de diminuir o risco de complicações causadas pelas doenças referidas. Além disso, objetivamos melhorar a qualidade do atendimento prestado a estes usuários por meio da realização do exame clínico laboratorial de acordo com o protocolo e solicitação da

microalbuminúria e prescrição de medicamentos da farmácia popular, quando pertinente.

Com a intervenção também melhoramos o registro das informações na UBS dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde, contribuindo significativamente para o monitoramento da intervenção e acompanhamento dos usuários. Com a realização desta intervenção, as ações desenvolvidas durante a mesma foram implementadas como parte do trabalho de rotina da equipe na unidade, incentivando também o desenvolvimento de outros Programas em nossa área, tais como atenção  pessoa idosa.

Agradecemos o envolvimento de toda a comunidade nas ações desenvolvidas durante o processo de intervenção e convidamos a todos para que continuem a fazer uso do serviço disponibilizado pela unidade a fim de manterem qualidade de vida.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da UBS Aldo Arioli, Erechim/RS

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

Quanto ao meu processo pessoal de aprendizagem posso dizer que tem sido excelente desde o momento em que eu decidi vir para trabalhar no Brasil como parte do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Muitas expectativas me acompanharam a partir deste momento como a oportunidade de conhecer uma nova língua, um sistema de saúde similar ao que eu trabalho há 28 anos como médica Magister em Medicina Familiar, assim como também o grande interesse em conhecer a cultura de um povo diferente.

Desde o início do curso fui enriquecendo meus conhecimentos e desenvolvi uma forma similar de fazer aquilo que estava acostumada. Desde que cheguei ao Brasil o meu principal objetivo foi e continua sendo ajudar a melhorar o estado de saúde da população brasileira que tão gentilmente me acolheu e tem me acolhido de maneira muito especial. Por esta razão sinto uma grande satisfação de fazer parte de um programa tão importante e efetivo como este.

Enfrentei algumas dificuldades para poder dar início ao meu trabalho quanto à parte orientacional disponibilizada inicialmente pelo curso, mas a mesma foi superada com a mudança de orientação e apoio da maravilhosa equipe de saúde com a qual tenho o grande prazer de poder trabalhar. Assim, conseguimos levar saúde todos os dias para a população pertencente à área de abrangência da unidade.

Com este curso foi possível conhecer os principais problemas do Sistema Único de Saúde. Além disso, conseguimos identificar as deficiências que existiam na UBS Aldo Arioli e a importância de desenvolver uma atenção integral, possibilitando um acesso universal e contínuo aos seus serviços com qualidade, também aprendemos a importância de manter boas relações com os usuários e garantimos a sua participação social e comunitária no cuidado da sua saúde, da família e da comunidade. É importante destacar a participação da toda equipe, das enfermeiras e

das agentes de saúde, na organização dos serviços da área, garantindo as ações de prevenção de doenças por meio de promoções de boas práticas para o bem-estar deles; sendo esta a principal função da atenção básica.

Neste curso pode perceber como atua o Sistema Único de Saúde, seus princípios de integralidade, equidade e universalidade e como se evidencia no nosso trabalho para o benefício de todos os usuários e assim todos os brasileiros tenham acesso a eles. Um importante fato a ser destacado é que conseguimos a incorporação da microalbuminúria como um exame de laboratório de rotina em pessoas com hipertensão e/ou diabetes com 5 anos ou menos de conhecimento da sua doença para assim poder diminuir uma das consequências como é a insuficiência renal. Ainda falta muito caminho para andar pela frente, mas tenho a certeza de que com os conhecimentos e experiências adquiridas neste curso, nosso trabalho será cada vez mais aprimorado para garantir uma atenção com maior qualidade, conseguindo assim melhorar os indicadores de saúde da comunidade Aldo Arioli.

## Referências

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

\_\_\_\_\_. 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. 160 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2011: **vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

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

RATHMANN W, GIANI G. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. **Diabetes Care**. 2004; 27(10):1047-53

SOWERS JR, EPSTEIN M, FROHLICH ED. Diabetes, Hypertension, and cardiovascular disease: an update. **Hypertension**. 2001; 37(4):1053-59.

FREITAS LRS de, GARCIA LP. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde** [online]. 2012, vol.21, n.1, pp. 07-19.

## **Anexos**

## Anexo A – Documento do comitê de ética

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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Srª

Profª 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  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL



### Anexo B – Planilha de coleta de dados

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

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1

|    | A             | B                  | C                | D                 | E                        | F                       | G   | H   | I                                       | J  | K   | L   | M   | N   | O   | P   | Q   | R   | S   |   |
|----|---------------|--------------------|------------------|-------------------|--------------------------|-------------------------|---|---|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1  |               | Número do paciente | Nome do paciente | Idade do paciente | O paciente é hipertenso? | O paciente é diabético? | O paciente está como esta em dia de acordo com o protocolo? | O paciente está com exames complementares em dia de acordo com o protocolo? | O paciente necessita tomar medicamento? | Todos os medicamentos estão sendo tomados? | O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico? | O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico? | O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico? | O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico? | O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico? | O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico? | O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico? | O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico? | O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico? | O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico? |
| 2  | Indicador     |                    |                  | Em anos           | 0- Não<br>1- Sim         | 0- Não<br>1- Sim        | 0- Não<br>1- Sim  | 0- Não<br>1- Sim  | 0- Não<br>1- Sim                        | 0- Não<br>1- Sim                           | 0- Não<br>1- Sim  | 0- Não<br>1- Sim  | 0- Não<br>1- Sim  | 0- Não<br>1- Sim  | 0- Não<br>1- Sim  | 0- Não<br>1- Sim  | 0- Não<br>1- Sim  | 0- Não<br>1- Sim  | 0- Não<br>1- Sim  |   |
| 3  | de            |                    | Nome             |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 4  | preenchimento |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 5  |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 6  |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 7  |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 8  |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 9  |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 10 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 11 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 12 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 13 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 14 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 15 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 16 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 17 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 18 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 19 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 20 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 21 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 22 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 23 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 24 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 25 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 26 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 27 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 28 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 29 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 30 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 31 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 32 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 33 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 34 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 35 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 36 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 37 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 38 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 39 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 40 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 41 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 42 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 43 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 44 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 45 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 46 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 47 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 48 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 49 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 50 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 51 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 52 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 53 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 54 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 55 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 56 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 57 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 58 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 59 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 60 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 61 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 62 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 63 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 64 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 65 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 66 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 67 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 68 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 69 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 70 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 71 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 72 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 73 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 74 |               |                    |                  |                   |                          |                         |   |   |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

21:32 25/05/2015

