

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**MICHELE FRANÇA PEREIRA**

**INTERVENÇÃO NO ACOLHIMENTO E ACOMPANHAMENTO DOS  
USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E  
DIABETES MELLITUS DA UBS BELA VISTA/CONTAGEM/MG**

**Belo Horizonte/Minas Gerais**

**2015**

**MICHELE FRANÇA PEREIRA**

**INTERVENÇÃO NO ACOLHIMENTO E ACOMPANHAMENTO DOS  
USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E  
DIABETES MELLITUS DA UBS BELA VISTA/CONTAGEM/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Estratégia de Saúde de Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup>. Maria Marta Amâncio Amorim

**Belo Horizonte/Minas Gerais**

**2015**



**MICHELE FRANÇA PEREIRA**

**INTERVENÇÃO NO ACOLHIMENTO E ACOMPANHAMENTO DOS  
USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E  
DIABETES MELLITUS DA UBS BELA VISTA/CONTAGEM/MG**

**Banca examinadora**

Examinador 1. Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Marta Amancio Amorim

Examinador 2. Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Matilde Meire Miranda Cadete

Aprovado em Belo Horizonte, .....2015

## **DEDICATÓRIA**

A minha família e aos meus amigos que me acompanham e me apoiam sempre.

## **AGRADECIMENTOS**

A minha tutora Doutora Maria Marta Amancio Amorim pelos ensinamentos e apoio.

A minha equipe por todo incentivo e carinho.

“O futuro pertence àquele que acredita na beleza de seus sonhos“.

Eleanor Roosevelt.

## RESUMO

Um dos grandes desafios para a promoção do impacto da morbimortalidade da população que apresenta Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) é a garantia do seu acompanhamento sistemático e uma qualificação na intersectorialidade das ações quando da construção de um modelo de serviço que conduza a uma melhor qualidade de vida. A Unidade Básica de Saúde da Família é o *locus* para o ordenamento do cuidado visando a redução e o controle dos casos de HAS e DM. Assim este trabalho tem por objetivo apresentar uma proposta de intervenção para qualificar o acolhimento e o acompanhamento dirigidos aos usuários com HAS e DM cadastrados na UBS Bela Vista, do município de Contagem, Minas Gerais. Realizou-se uma revisão bibliográfica nas bases de dados eletrônicos do *Scientific Electronic Library Online*, Biblioteca Virtual em Saúde e do Ministério de Saúde para conhecer o tema e em seguida, elaborar o plano de ação da intervenção utilizando-se o Método do Planejamento Estratégico Situacional. Como resultado desse estudo observou-se alguns nós críticos na UBS avaliada, como um grande número de usuários que apresentam doenças crônicas e que não fazem uso correto de seus medicamentos e que também não seguem o tratamento não medicamentoso. Assim foi apresentado um plano de ação. A execução do projeto é viável pelo fato das medidas propostas serem econômicas, referirem a mudanças no processo de trabalho da equipe, dirigidas aos usuários com HAS e DM. Concluiu-se que o impacto esperado nos indicadores referidos exige uma ação do poder público, com implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis que possam garantir a prevenção e o controle das doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco, fortalecendo a rede de atenção à saúde através da linha de cuidado da HAS e DM.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Promoção da Saúde. Diabetes *Mellitus*. Hipertensão.



## ABSTRACT

A major challenge for the promotion of the impact of morbidity and mortality of the population that has Hypertension (SAH) and Diabetes Mellitus (DM) is the guarantee of systematic monitoring of its carriers and a qualification in intersectoral actions when building a model service leading to a better quality of life. The Family Basic Health Unit is the locus for the care of the planning for the reduction and control of cases of hypertension and diabetes mellitus. Thus, this work aims to present an intervention proposal to qualify the host and monitoring aimed at users with hypertension and DM registered in UBS Bela Vista in the municipality of Contagem, Minas Gerais. We conducted a literature review in electronic databases of the Scientific Electronic Library Online, Virtual Health Library and the Health Ministry to know the subject and then be drawn up the plan of action of the intervention using the Planning Method Strategic Situational. As a result of this study, there was some critical nodes in UBS assessed, as a large number of users with chronic illnesses who do not make proper use of their medications and did not follow the non-drug treatment for this was presented a plan action. The execution of the project proved feasible because the proposals are financially economic measures, refer to changes in the team's work process, aimed at users with SAH and DM. It was concluded that the perception that the expected impact on these indicators requires a pressing need in government action, with implementation of effective public policies, integrated, sustainable, that can ensure the prevention and control of chronic noncommunicable diseases and their factors risk, strengthening the network of health care by type of care of hypertension and diabetes mellitus.

**Keywords:** Primary Health Care Health Promotion Diabetes Mellitus. Hypertension ..

## LISTA DE SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVE	Acidente Vascular
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde,
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
DVC	Doença Cardiovascular
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIPERDIA	Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio da Saúde da Família
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
UAI	Unidade Atendimento Imediato
UBS	Unidade Básica de Saúde
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>13</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>15</b>
<b>3.1 Objetivo geral.....</b>	<b>15</b>
<b>3.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>15</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>16</b>
<b>5 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>18</b>
<b>6 PLANO DE AÇÃO.....</b>	<b>25</b>
<b>7 CONCLUSÃO.....</b>	<b>29</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>30</b>
<b>APÊNDICE 1 - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS.....</b>	<b>32</b>
<b>APÊNDICE 2 - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS.....</b>	<b>35</b>
<b>APÊNDICE 3 - GUIA DE ORIENTAÇÕES PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS.....</b>	<b>37</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Contagem é um município brasileiro, situado na região central de Minas Gerais. Possui a terceira maior população do estado, estimada, no ano de 2014, em 643.476 habitantes; uma área territorial de 195.268 km<sup>2</sup> e gentílico conhecido como contagense (IBGE, 2012).

Em relação à atenção primária de saúde, Contagem conta com apoio de Unidade Básica de Saúde (UBS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF) que, infelizmente, não são suficientes para cobrir 100% da população. Estas unidades funcionam de 8 as 17 horas com o objetivo de atender também a classe trabalhadora.

A estrutura da Secretaria de Saúde de Contagem tem como objetivo principal coordenar os programas, projetos e atividades direcionados para a promoção do atendimento integral à saúde da população do município, na condição de gestora municipal do Sistema Único de Saúde (SUS). Ela é assim dividida: Secretaria Executiva; Coordenadoria de Planejamento e Organização da Atenção à Saúde, subdividida em Coordenadoria de Gestão do Fundo Municipal de Saúde, que abrange a Diretoria de Programação e Acompanhamento Orçamentário, a Diretoria Financeira e Contábil, e a Coordenadoria de Ações Sobre o Meio, que engloba a Diretoria de Epidemiologia e a Diretoria de Vigilância Sanitária (CONTAGEM, 2015).

O *site* da Prefeitura de Contagem, mais especificamente da Secretaria Municipal de Saúde, destaca que os serviços de saúde ofertados à população contagense são os seguintes: consultas especializadas, exames laboratoriais, farmácias distritais, hospital municipal, maternidade municipal, pronto socorro municipal, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), saúde do trabalhador, serviços odontológicos, Unidade Atendimento Imediato (UAI) Nova Contagem, UAI Petrolândia, UAI Ressaca, UAI Industrial, UBS Petrolândia, UBS Ressaca, UBS Sede, UBS Vargem das Flores, Unidade de Consultas Especializadas Ressaca, UBS Eldorado, UBS Nacional e Unidades de Saúde Mental.

Eldorado, onde está localizada a UBS Bela Vista, foco desse trabalho, é um bairro de Contagem, e seu distrito sanitário possui as seguintes unidades: UBS Água Branca; UBS Jardim Bandeirantes; UBS CSU Eldorado; UBS Unidade XV; UBS Monte Castelo; UBS Novo Riacho; UBS Sesc Laces Contagem-Betim; UBS Bela

Vista; UBS Beatriz; UBS Parque São João I; UBS Jardim Eldorado I; UBS Jardim Eldorado II; UBS Família Parque São João II; UBS Parque São João III (CONTAGEM, 2015).

A Prefeitura de Contagem (2015) esclarece que essas unidades básicas disponibilizam importantes serviços de saúde à população, dentre eles: acolhimento a todos os usuários que procurarem à unidade de saúde; aconselhamento, prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis; aplicação de vacinas; atendimento de casos de violência sexual; atendimentos de enfermagem; consultas clínicas, ginecológicas e pediátricas; controle de doenças crônicas; curativos; detecção e prevenção câncer; encaminhamento de laudos de pedido de internação hospitalar; encaminhamento para a saúde do trabalhador; fornecimento de preservativos; marcação de consultas especializadas e exames; planejamento familiar; pré-natal; prevenção de doenças transmitidas por animais; tratamento de hanseníase, tuberculose e controle de doenças mentais.

A UBS Bela Vista localiza-se à Rua Dr. Aguiar Pessoa, s/n, sendo composta por uma técnica administrativa, uma técnica em enfermagem, uma enfermeira, uma médica, cinco agentes comunitárias da saúde (ACS), um auxiliar de serviços gerais e a equipe do Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF) – um fisioterapeuta, um terapeuta ocupacional, um nutricionista, um psicólogo, um psiquiatra, um pediatra, um ginecologista (CONTAGEM, 2015).

A UBS é uma ESF simples, que funciona de maneira provisória em uma casa pequena, que não possui sala de vacinação e de procedimentos, fato esse que leva a uma enorme dificuldade de atendimento dos profissionais do NASF que se encontram ali para atenderem e prestarem seus serviços de maneira satisfatória. Por ser uma situação transitória, acredita-se que com a transferência do atendimento para o local definitivo, esses problemas de espaço serão superados e a qualidade dos serviços prestados, acontecerá de maneira mais efetiva.

Também é importante considerar que trata-se de uma Unidade Básica de Saúde da Família, de natureza urbana, sendo que não apresenta nenhum vínculo com nenhuma instituição privada ou de ensino e atende aproximadamente 5300 pessoas, incluindo o único abrigo existente no município, que se encontra na área de abrangência dessa UBS. Percebe-se a prevalência de usuários de adultos maiores, idosos e com indivíduos do sexo feminino que procuram a unidade.

Vale destacar que ainda existe uma área descoberta, que não possui ACS. Há também, uma superlotação de microáreas, pois cada ACS tem cadastrado cerca de 700 a 800 pessoas, quando o preconizado seria de no máximo 750 pessoas por microárea. Observa-se que a referida UBS não consegue cobrir 100% da população, ainda mais considerando que Ministério da Saúde (MS) indica que cada UBS deveria ter uma atenção integral continuada para 2.400 até 3.500 pessoas, suportando o máximo de 4.000 habitantes residentes em seu território de abrangência (GUSSO; LOPES, 2012).

Na UBS Bela Vista existem vários programas de atendimento, como puericultura, pré-natal, saúde mental e sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos (HiperDia), que é o grupo de atendimento de usuários com hipertensão arterial (HAS) e diabetes *mellitus* (DM). Nesse grupo são desenvolvidas palestras, com explicações para os usuários sobre a doença, como prevenir e evitar problemas e complicações futuras. Além disso, são realizadas avaliações dos fatores de riscos existentes nos usuários, as medidas antropométricas e a renovação de receitas. No grupo Hiperdia, conta-se com a participação de profissionais do NASF – nutricionista, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional.

Percebe-se, então que a atenção básica, como um todo, está direcionada para ações que possam sanar, ou pelo menos minimizar, situações e problemas de saúde, desde os mais simples até os mais complexos, considerando tanto as dimensões orgânicas, como as sociais e também as subjetivas que envolvem o indivíduo-paciente. Sendo assim, o processo saúde-doença-cuidado deve ser visto de maneira mais holística, de modo que a equipe de atenção básica possa acolher os usuários e o cuidado possa ter efetividade.

Tendo em vista ao exposto anteriormente, percebe-se que existe uma demanda excessiva nos acolhimentos sendo um problema cotidiano enfrentado pela equipe. Sendo assim, analisadas todas as situações, observa-se que a maior procura está constituída por usuários com HAS e DM e, portanto existe a necessidade de se ter ações que priorizem o atendimento a estas pessoas de maneira a solucionar seus problemas e melhorar o acolhimento da unidade em questão. O presente trabalho irá abranger as medidas de intervenção no acolhimento e acompanhamento dos usuários com HAS e DM da UBS Bela Vista em Contagem.

## 2 JUSTIFICATIVA

Considerando-se as evidências sobre a alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e do grande percentual de usuários com HAS e DM na UBS Bela Vista são diagnosticados problemas precários no processo de trabalho da equipe de saúde para a realização de um efetivo acolhimento, controle e acompanhamento desta população. Assim justifica-se a elaboração de um projeto de intervenção que identifique as causas dessa situação propondo mudanças que devem considerar as participações de todos os envolvidos, equipe de saúde, portadores dessas morbidades e comunidade, para a obtenção de soluções para a melhoria do processo de trabalho, da satisfação dos usuários com as ações prestadas e no controle e prevenção desses agravos. Tais medidas devem focar na melhoria do acesso, na eliminação da fila de espera, na construção de uma agenda de marcação, que garanta o acompanhamento e a busca ativa, no acolhimento humanizado com resposta positiva, na classificação de risco e na qualificação das ações do HiperDia e dos outros grupos de educação em saúde que impactem na redução dos fatores de riscos biopsicossociais e em determinantes de saúde.

Nessa perspectiva, justifica-se esta proposta de intervenção, que é concebida para intervir na realização de planejamento para uma melhora no trabalho do dia a dia da equipe básica de saúde e de sua população, principalmente das pessoas com HAS e DM. Propõe-se buscar medidas que aperfeiçoem o acolhimento e o acompanhamento destes usuários, priorizando a promoção e prevenção de saúde como principais cuidados a serem realizados para a melhoria da qualidade de vida dessa população, sob a responsabilidade sanitária da UBS Bela Vista, Contagem, MG.

Atualmente a UBS tem acompanhado aproximadamente 571 usuários com HAS e 152 com DM. Esse quantitativo de usuários participa do grupo HiperDia que é formado para prestar assistência, orientações, incentivos, esclarecimentos, palestras aos usuários com HAS e DM. Contudo, é relatada a ocorrência de uma baixa participação destes usuários nas atividades do grupo de HiperDia e, também, nas consultas médicas, quando deveriam ser acompanhados seguidamente em consultas pré-agendadas a cada trimestre, por exemplo. O fato que está gerando o baixo controle dos usuários com estas condições crônicas se soma ao volume de pessoas que somente tem conhecimento que são portadores destas enfermidades

no momento que vão a UBS renovarem suas receitas, ou seja, são usuários que não tem nenhum tipo de seguimento, nem individual, nem em grupo.

No que se refere a organização do processo de trabalho referente ao atendimento dos usuários com as condições crônicas preconizados pelo MS (BRASIL, 2012) referentes ao acesso à consulta médica na UBS Bela Vista, que está sendo precário. Os usuários, para garantirem uma ficha médica, começam a formar a fila a partir das 5 horas, colocando suas vidas em risco, visto que o bairro Bela Vista não é seguro. Sendo que, além das dificuldades de organização da oferta pela UBS, tal fato deve, também, ser analisado considerando-se o aumento crescente da prevalência dessas morbidades que tem provocado um crescimento da demanda médica e hospitalar para responder a tal necessidade de saúde.

A UBS Bela Vista, atualmente, funciona 40 horas por semana das 08h00min as 17h00min horas, de segunda a sexta-feira. As marcações para clínica médica são todas as manhãs com a oferta de 20 fichas; porém nem sempre esse quantitativo de vagas é disponibilizado. Dentre os motivos, citam-se as outras atribuições que as equipes de saúde da família devem cumprir e que estão inscritas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), segundo o MS (BRASIL, 2012). Assim, a médica da referida UBS, além dos atendimentos clínicos participa de ações educativas e preventivas dirigidas para alguns grupos presentes na unidade; e também visitas domiciliares, saúde mental, pré-natal, puericultura, além de reuniões com apoio matricial, de produção e etc.



### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Apresentar uma proposta de intervenção com a intenção de qualificar o acolhimento e o acompanhamento dirigidos aos usuários com HAS e DM cadastrados na UBS Bela Vista do município de Contagem, Minas Gerais.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Realizar um levantamento sobre o processo de trabalho e condições físicas e organizacionais da UBS para o atendimento das pessoas com HAS e DM.

Apresentar a proposta de qualificação das ações de acolhimento e acompanhamento a ser elaborada para a população alvo deste projeto em uma roda de conversa com todos os membros da equipe de saúde da UBS.

Implementar as medidas de intervenção a serem propostas para a melhoria do acolhimento e acompanhamento da população alvo por meio da capacitação de todos os profissionais da UBS.

## 4 METODOLOGIA

O presente projeto de intervenção será realizado na UBS Bela Vista/Contagem/MG e visa implementar ações voltadas a qualificação do acolhimento e acompanhamento dos usuários portadores de HAS e DM, população alvo deste estudo.

Trata-se de uma pesquisa pautada no diagnóstico situacional das condições de saúde e risco das pessoas com HAS e DM, para posteriormente planejar e programar ações. O diagnóstico pode ser considerado como uma das mais importantes ferramentas de gestão. A primeira etapa, o diagnóstico situacional concluído foi realizado como primeira atividade do módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde da Unidade Didática I, do Curso de Especialização em Estratégia em Saúde da Família.

Na intervenção a ser realizada com os usuários com HAS e DM da UBS Bela Vista pretende-se:

1. Inicialmente aplicar um questionário a todos os membros da ESF para conhecer a opinião sobre os problemas identificados referentes ao processo de trabalho e as condições físicas e organizacionais da UBS que possam estar dificultando o atendimento dos usuários com HAS e DM (Apêndice 1).
2. Aplicar um questionário aos usuários com HAS e DM atendidos na ESF e no grupo HiperDia, para conhecer o grau de satisfação com o atendimento prestado a eles (Apêndice 2).
3. De posse dos resultados do levantamento de dados, serão agendadas rodas de conversa com os membros da equipe de saúde da UBS e com os usuários do grupo HiperDia, para discutir os resultados do levantamento e a qualificação das ações de acolhimento e acompanhamento a ser proposta por este projeto; que será modificada/qualificada, após as colaborações dos envolvidos (equipe e usuários).
4. Por fim, será realizada uma capacitação de todos os profissionais da UBS para viabilizar a implantação do projeto de intervenção ajustado por todos os envolvidos, inclusive com a apresentação de um Guia de Orientações para a promoção de saúde de hipertensos e diabéticos (Apêndice 3).

Os recursos necessários para o desenvolvimento deste projeto de intervenção serão:

- I. Os recursos humanos, a equipe de saúde;
- II. Os recursos físicos, que serão as dependências da própria UBS;
- III. Os recursos materiais: formulários de entrevistas (questionários), papel ofício, cartolinas, papel A4, canetas do tipo esferográfica, cartuchos de impressora e fitas adesivas.

Na segunda etapa, foi realizada uma revisão de literatura, nas bases de dados eletrônicas do *Scientific Electronic Library Online*, Biblioteca Virtual em Saúde e do MS, utilizando as seguintes palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Promoção da Saúde; Diabetes Mellitus; Hipertensão. Também foi consultado o material didático do Curso de Especialização em Estratégia em Saúde da Família.

Na terceira etapa, o plano de ação da intervenção foi elaborado utilizando-se o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Conforme Almeida (2001) trata-se de um planejamento que abrange aspectos mais gerais do indivíduo ou grupo de pessoas a serem atendidas. O econômico e o social, ao longo dos anos vêm sendo adaptado e utilizado em áreas como saúde, educação e planejamento urbano. Isso, porque se tem a percepção da necessidade, de em qualquer planejamento, da complexidade das variáveis e dos processos sociais que devem ser levados em consideração quando se planeja ações metodológicas.

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

*As pessoas necessitam de um cuidado que torne-as capacitadas para manejar seus problemas de saúde crônicos. Elas precisam de apoio para fazer coisas que gostam, para seguir seu tratamento e manter-se fisicamente ativas. Estamos focados em criar no sistema de saúde a habilidade para ajudar os pacientes nestes objetivos .*

*Michael Von Korff, pesquisador senior no CHS<sup>1</sup>*

A HAS e o DM representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário nacional. A HAS afeta de 11 a 20% da população com mais de 20 anos. Cerca de 85% das pessoas com Acidente Vascular Encefálico (AVE) e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam HAS associada. O DM atinge a mulher grávida e todas as faixas etárias, sem restrição de raça, sexo ou condições socioeconômicas. Na população adulta, sua prevalência é de 7,6% (BRASIL, 2002).

Conforme Costa *et al.* (2008), as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Não há uma causa única para essas doenças, mas vários fatores de riscos, que aumentam a probabilidade de sua ocorrência. Ainda de acordo com esses autores, com frequência, essas doenças levam à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para a pessoa, sua família e a sociedade. Quando diagnosticada precocemente, essas doenças são bastante sensíveis, oferecendo múltiplas chances de evitar complicações; quando não, retardam a progressão das já existentes e as perdas delas resultantes. A HA e o DM podem ser considerados como os fatores de risco principais para o aparecimento das doenças cardiovasculares, sendo essas a causa primeira de morbimortalidade na população brasileira, trazendo importantes agravos à saúde pública do país. Os autores ainda ressaltam que dos quais 60% a 80% dos casos podem ser tratados na rede básica.

---

<sup>1</sup> CHS - Cardiovascular Health Study ou Estudo de Saúde Cardiovascular é um estudo longitudinal de base populacional de doença cardíaca coronariana e acidente vascular cerebral (AVC) em adultos com 65 anos ou mais. O principal objetivo do estudo é identificar fatores relacionados com o aparecimento e a evolução da doença coronariana e AVC. Disponível em: <http://www.boasaude.com.br/artigos-de-saude/3657/-/existe-relacao-entre-a-depressao-e-a-morte-em-idosos.html>. Acesso em: 22 jul. 2015

Sendo assim, Silva Júnior *et al* (2003) destacam que investir na prevenção é decisivo não somente para garantir a qualidade de vida como também para evitar a hospitalização e os consequentes gastos com essas enfermidades, principalmente, quando se considera o alto grau de sofisticação tecnológica da medicina moderna. Se é possível prevenir danos à saúde do cidadão, este é o caminho a ser seguido.

Diante dessas constatações, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), levando em consideração o aumento expressivo da incidência e prevalência da HAS e do DM, criou um caderno de orientação estabelecendo quais devem ser as linhas de cuidado da HAS e do DM, destacando a importância do trabalho interdisciplinar das equipes, da maior resolutividade das unidades de atendimento locais, da oferta de ações diversas e que comprovadamente colaboram com a melhoria da qualidade de vida e autonomia dos usuários nos seus processos de adoecimento, tais como acolhimento, grupos educativos, terapia comunitária, grupos de atividade física, atividades comunitárias, etc. (OPAS, 2010) Na Figura 1 é mostrado como os principais aspectos que devem estar envolvidos em um modelo de atenção para doenças crônicas, como a HAS e o DM.



**Figura 1 - Modelo de cuidado de doenças crônicas**  
 Fonte: Wagner (1998)

Analisando a Figura 1, pode-se perceber que seis aspectos são considerados fundamentais na constituição do modelo de atenção para doenças crônicas: recursos da comunidade, organização do sistema de saúde, orientação para o autocuidado, desenho da linha de cuidado, suporte para decisões clínicas e sistema de informações clínicas. O objetivo principal desse modelo é a melhoria no cuidado às doenças crônicas na comunidade, no sistema de saúde, na prática clínica e para o paciente e seus familiares.

Na mesma linha de pensamento, no Brasil, o MS, em articulação com as sociedades científicas (Cardiologia, DM, HAS e Nefrologia), as federações nacionais das pessoas com DM e HAS, as secretarias estaduais de saúde, por meio do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e as secretarias municipais de saúde, através do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), apresentou o Plano de Reorganização da Atenção à HAS e DM. A função principal desse Plano é vincular as pessoas portadoras de HAS e DM às unidades de saúde, para que assim possam ser assegurados o acompanhamento e tratamento sistemático, por meio de ações de capacitação dos profissionais e de reorganização dos serviços. Essas ações devem ter como embasamento os protocolos, manuais e instruções elaborados pelas áreas técnicas do MS e sociedades científicas, considerando inclusive experiências bem sucedidas, nos estados e municípios (BRASIL, 2002).

Nota-se, assim, para que se possa estabelecer ações efetivas no combate à HAS e ao DM, gestores de todos os níveis governamentais (municipais, estaduais e federais), devem ter em mente que essas enfermidades constituem os principais fatores de risco populacional para as doenças cardiovasculares, motivo pelo qual representam agravos de saúde pública, dos quais cerca de 60% a 80% dos casos podem ser tratados na rede básica. Um dos maiores desafios da saúde, hoje, no Brasil, é aprimorar a qualidade da atenção básica, e trabalhar com maior integração entre os serviços prestados ao usuário, a partir de linhas de cuidado que tenha como mote a integralidade (OPAS, 2010).

Estudos como os Duncan, Schimidt e Giugliani (2004) demonstram que a HAS tem prevalência estimada em cerca de 20% da população adulta (maior ou igual a 20 anos) e forte relação com 80% dos casos de AVE e 60% dos casos de doença isquêmica do coração. Constitui, sem dúvida, o principal fator de risco para

as doenças cardiovasculares, cuja principal causa de morte, o AVE, tem como origem a HAS não controlada.

No Brasil, o AVE vem ocorrendo em idade precoce, com uma letalidade hospitalar, em um mês, em torno de 50%; dos que sobrevivem, 50% ficam com algum grau de comprometimento. Mundialmente, o número de casos novos varia, de acordo com dados da OMS, de aproximadamente 500 a 700.000 casos/ano, com uma mortalidade entre 35 a 200 casos em cada grupo de 100.000 habitantes (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004).

O MS, no Caderno de Atenção Básica sobre as estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - HAS constatou que se trata de uma enfermidade que traz graves problemas de saúde pública no Brasil e no mundo, pois sua prevalência varia entre 22% e 44% para adultos, mais de 50% para pessoas com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. Isso se agrava, pois a HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, além da mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumentar consideravelmente com a elevação da pressão arterial, sendo que a DVC é considerada a principal causa de morte no país (BRASIL 2013a).

Um dado preocupante é a prevalência média de HAS autorreferida na população acima de 18 anos é de 22,7%, com maior número percebido no sexo feminino (25,4%), sendo que os homens apresentam um índice de 19,5%, de acordo com a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL (BRASIL, 2011).

Já o DM vem aumentando sua importância pela crescente prevalência. Calcula-se que, em 2025, possam existir cerca de 11 milhões de pessoas com DM no país, o que representa um aumento de mais de 100% em relação aos atuais 5 milhões constatados no ano de 2000. O Caderno de Atenção Básica do MS, sobre as estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - DM relata que, no Brasil, a prevalência de DM autorreferida na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre os anos de 2006 e 2011, sendo que as mulheres são as mais acometidas (6% dessa população). A prevalência é nas pessoas com baixa escolaridade e aumenta de acordo com a idade da população. No ranking mundial, o Brasil se encontrava em 8ª posição, no ano de 2000, e tem-se a previsão de uma queda para a 6ª posição, em 2030. Tudo isso pode ser atribuído principalmente aos hábitos alimentares e estilo de vida da população (BRASIL, 2013b).

A possibilidade de associações das duas doenças é da ordem de 50%, o que requer, na grande maioria dos casos, o manejo das duas patologias em uma mesma pessoa. Conforme Mendes (2009), a HAS e o DM são doenças que apresentam vários aspectos em comum: etiopatogenia; fatores de risco; tratamento não medicamentoso; cronicidade; complicações crônicas; difícil adesão ao tratamento pela necessidade de mudança nos hábitos de vida e participação ativa do indivíduo; necessidade de controle rigoroso para evitar complicações; necessidade de acompanhamento por equipe multidisciplinar; facilmente diagnosticada na população.

A prevenção é a forma mais barata, eficaz e gratificante de tratar esses agravos. É de suma importância e engloba, além da educação para a saúde, a reorganização das comunidades e da rede básica.

Considerando-se todos esses fatores, propõe-se o seguimento associado dessas patologias, na rede de atenção básica, e justifica-se a realização de uma abordagem conjunta.

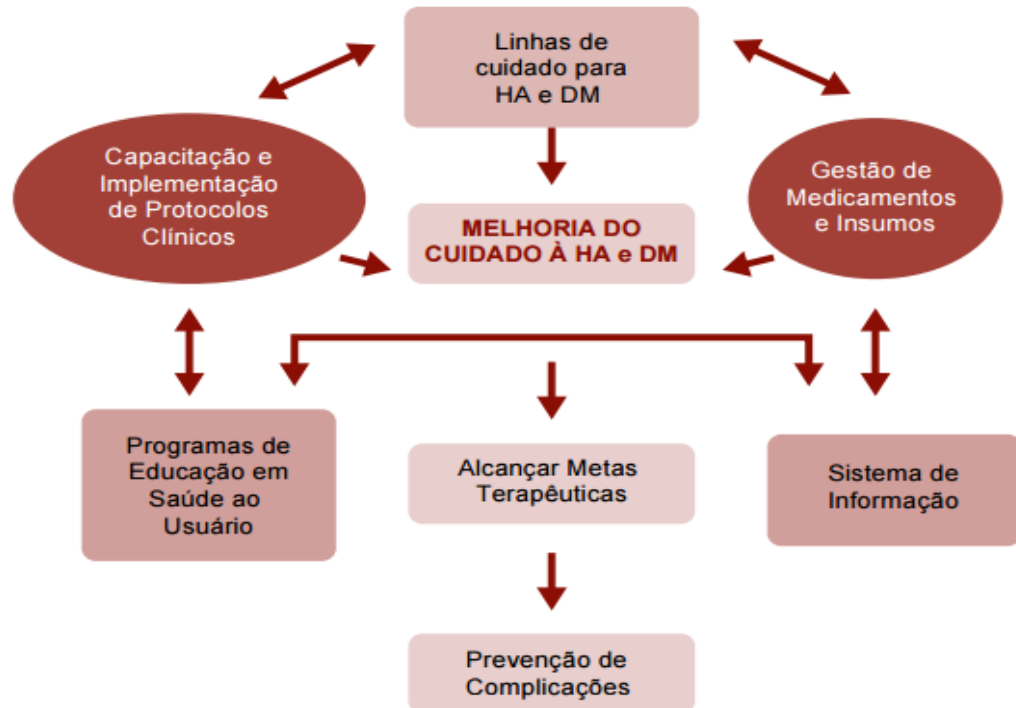
É dentro desse contexto que o grupo HiperDia, se mostra de extrema importância. Trata-se de um sistema de cadastramento e acompanhamento de pessoas com HAS e DM, que são atendidas na rede ambulatorial do SUS, de modo que tenham informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática para todos os usuários cadastrados. Além disso, pode-se dizer que seus maiores benefícios são: orientar os gestores públicos na adoção de estratégias de intervenção, o conhecimento do perfil epidemiológico da HAS e DM na população (MENDES, 2009).

Apesar dessas ações já colocadas em prática, ainda percebe-se a necessidade de algumas mudanças de comportamento e intervenções devem ser realizadas no cuidado às pessoas HAS e/ou DM na atenção básica. A OPAS visando a essa melhoria, propõe algumas ferramentas de mudança para:

Fortalecer e qualificar o cuidado às pessoas com HAS e DM na Atenção Básica, gerindo e regulando de forma integrada suas ações com os serviços especializados, de Urgência e Emergência, garantindo a avaliação contínua e a melhoria da gestão do cuidado, através do enfoque multiprofissional e integral, por meio de cooperação técnica e compartilhamento de experiências (OPAS, 2010, p. 29).



Na Figura 2 é expressada essas mudanças necessárias para fortalecer e qualificar o cuidado às pessoas com hipertensão e diabetes na Atenção Básica.



**Figura 2 - Instrumentos de mudanças a serem colocadas em prática no cuidado aos pacientes com HAS e/ou DM**  
 Fonte: OPAS (2010)

O MS seguindo a linha de entendimento da OPAS e percebendo a necessidade de um foco maior no acolhimento dos usuários com doenças crônicas, entre elas a HAS e o DM, lançou, em 2013, o Caderno de Atenção Básica, voltado ao acolhimento à demanda espontânea com o objetivo principal de fortalecer a atenção básica, em especial a produção e a gestão do cuidado integral em rede, de modo que haja um impacto positivo na vida das pessoas e coletivos (BRASIL, 2013c)

A criação desse Caderno advém da percepção da necessidade das equipes de saúde (equipes de Saúde da Família, equipes de atenção básica que atuam em centros, além das equipes multiprofissionais) da atenção básica desenvolverem um trabalho focado nas peculiaridades de cada situação existente em caso de atendimento, buscando sempre gerenciar os tipos de recursos e tecnologias disponíveis, com o escopo final de minimizar o sofrimento, melhorar e prolongar a vida, evitar ou reduzir danos, (re)construir a autonomia, melhorar as condições de vida, favorecer a criação de vínculos positivos, diminuir o isolamento e abandono

dos pacientes. Para que as equipes de Saúde da Família consigam efetivar tais ações é fundamental que alguns aspectos sejam seguidos, como esses profissionais realizarem uma ação de promoção à saúde para combater o lixo acumulado inapropriadamente, implantarem pessoas com baixa renda em programas sociais; notificarem acidentes de trabalho; utilizarem medicação ou realizarem procedimentos que curem a doença ou minimizem a dor; cuidar do paciente, levando em consideração sua singularidade; solicitarem ajuda ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou NASF para abordarem casos vinculados à saúde mental; estabelecerem comunicação com gestantes, em grupos e individualmente, sobre a gestação, mas também sobre as questões gerais relacionadas à sua vida, como a sua sexualidade; oferecerem escuta e orientação a aqueles que precisarem de atendimento imediato; dentre outros (BRASIL, 2013a).

Deste modo, pode-se afirmar que o acolhimento é condição fundamental na atenção básica, pois lida constantemente com situações e problemas, dos simples até os mais complexos, e que demandam total dedicação e esforços das equipes atuantes. Ou seja, a capacidade de acolher, escutar, respeitar e atender aos pedidos, às necessidades, às expectativas e às manifestações (diversas) dos usuários se mostra como peça-chave para um trabalho humano, de qualidade e que produza resultados positivos para todos os envolvidos.



## **6 PLANO DE AÇÃO**

### **1º passo. Identificação do problema**

Após analisar a comunidade da UBS Bela Vista por meio das visitas domiciliares, registros antigos, consultas e discussão com a equipe de trabalho observou um grande número de usuários que apresentam doenças crônicas, como HAS e DM que não fazem uso correto de seus medicamentos e que também não seguem o tratamento não medicamentoso. A demanda das consultas gira em torno sempre de usuários que apresentam elevados níveis pressóricos e outras pessoas com DM descompensadas. Com base no levantamento constatou que 60% das pessoas com HAS e DM vistos todos os dias apresentam algum sintoma de descompensação e no interrogatório foi possível ver que não são casos novos e sim casos já antigos que apresentam tais doenças há mais de 5 a 8 anos.

### **2º passo. Priorização dos problemas**

Para esse problema foi proposto um plano de intervenção para minimizar ou até mesmo conseguir solucionar tais ocorrências diárias dentro da comunidade; tendo por base os princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação social do SUS. Nesse sentido foi elaborado estratégias em conjunto com a população para que se possa melhorar a qualidade de vida de todos. O projeto de intervenção, que constitui o trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, tem por objetivo implantar o Hiperdia como medida de intervenção no acolhimento para melhorar o acompanhamento das pessoas com HAS e DM.

### **3º passo. Descrição do problema**

O problema a ser trabalhado são as medidas de intervenção no acolhimento e acompanhamento das pessoas com HAS e DM na UBS Bela Vista. Dessa maneira será necessário:

- ✓ Adequar a estrutura física, dentro do possível, para fazer o acolhimento humanizado de acordo com o preconizado pela Política Nacional de Humanização (PNH), que considera a ambiência, a resposta positiva e a classificação de risco entre outros;
- ✓ Realizar as marcações diariamente, para a consulta médica em período do dia indicado pelos usuários e estabelecer a equipe de saúde que deverá ser disponibilizada para o atendimento. A necessidade dos tipos de profissionais necessários será conhecida após a aplicação dos questionários (Apêndice 1 e 2);
- ✓ Planejar a quantidade de fichas/dia de acordo com a agenda do dia seguinte. Pretende-se que os idosos, obtenham a sua marcação em um dia fixo e exclusivo para eles.
- ✓ Praticar um trabalho em conjunto, integrando as ações de toda a equipe de saúde voltadas para responder as necessidades sócio epidemiológicas dos usuários alvo dessa intervenção.

#### **4º passo. Explicação do problema**

Este projeto surgiu de uma necessidade que a ESF identificou na comunidade, contando com a participação e motivação dos agentes envolvidos e que acredita conseguir assim, intervir numa fase de vida de primordial importância para o desenvolvimento de um estilo de vida saudável.

Alguns dos princípios inseridos na ESF, que pautam essa prática inovadora são: desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional, tendo como foco a família e a comunidade; buscando a intersetorialidade e construindo a cidadania.

#### **5º passo. Identificação dos nós críticos**

Ponderando o caráter inovador da proposta e a diversidade conceitual presente na literatura disponível, é necessário considerar alguns aspectos fundamentais para que os profissionais percebam todos os elementos que estão envolvidos nesse processo e podem interferir ou não em um atendimento efetivo e de qualidade:

- I. Resistência significativa dos usuários para um adequado seguimento do tratamento de HAS e DM.
- II. Estilo de vida não saudável, com baixa aderência a prática de atividades físicas.
- III. Falta de uma estrutura física para alojar e atender os usuários da UBS.
- IV. Elevado índice de fumantes e alcoólicos.
- V. Presença de comorbidade como: hipercolesterolemia, AVC, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), dentre outras.

### **6º passo. Desenho das operações**

- ✓ Disponibilizar as datas das reuniões do grupo de HiperDia realizadas na UBS, assim como para os demais grupos de usuários. A agenda deve ser distribuída para todos os profissionais para possibilitar o reforço da divulgação por todos os membros da equipe, especialmente, junto aos usuários faltosos.
- ✓ Agendar o grupo de HiperDia um mês antes, dando tempo de toda a população ficar informada de tal acontecimento.
- ✓ Distribuir folhetos à população, comunicando a realização do grupo, com o dia, a hora e o local.
- ✓ Fixar cartazes na UBS, informando sobre os grupos realizados na unidade e a agenda de reuniões.

### **7º passo. Identificação dos recursos críticos**

Elaborar protocolos para as ações educativas, preventivas e de controle e acompanhamento, como:

- ✓ Estilo de vida saudável;
- ✓ Alimentação adequada, com controle de carboidratos e açúcares (Apêndice 3);
- ✓ Prática de atividades físicas rotineiramente;
- ✓ Eliminação do consumo de cigarros, e a diminuição da ingestão de bebidas alcoólicas;
- ✓ Uso das medicamentos de forma adequada;
- ✓ Orientação sobre a administração incorreta da automedicação;

- ✓ Reforçar o retorno ao médico a cada três meses, e estimular a aferição periódica da pressão arterial.

O médico, a enfermeira e a técnica de enfermagem deverão aplicar essas medidas durante as consultas, já os ACS ao realizarem suas visitas nas casas dos usuários.

### **8º passo. Análise da viabilidade**

A execução das medidas propostas é economicamente viável. O projeto refere-se a mudanças no processo de trabalho da equipe, dirigidas aos usuários com HAS e DM. Essas medidas são baseadas na ação integrada e participativa de toda equipe e dos usuários. Isto é, serão realizadas ações que utilizarão tecnologias leves de comunicação interrelacional, dialógica e participativa para a viabilização das ações propostas, que visam garantir um acolhimento humanizado, seguro e de qualidade; como também, um acompanhamento mais rigoroso dos usuários com HAS e DM e uma participação, ativa e maciça, destes no grupo de HiperDia.

### **9º passo. Plano operativo**

Trabalhar com o grupo de HiperDia utilizando tecnologias ativas de aprendizagem, que estimulem a reflexão crítica de maneira prática e ativa; em círculo, em forma de diálogos, onde o profissional de saúde não seja o único palestrante, e sim um facilitador que se dispõe a escutar, tirar dúvidas, trocar ideias e experiências. A problematização sobre diferentes questões relacionadas aos determinantes sociais das doenças, do contexto social e da vida dos comunitários e sobre casos clínicos deve ser sempre realizada. Ao fim de cada encontro deve-se consultar o grupo sobre os temas que devem ser debatidos no encontro seguinte. Recomenda-se, ao término do encontro agendar a data do próximo e pactuar o compromisso da presença de todos e o público alvo justificado da ausência.

Durante as consultas médicas deve-se acompanhar os exames de rotina dos usuários.

## 7 CONCLUSÃO

Espera-se garantir uma melhor assistência aos usuários com doenças crônicas, como a HAS e DM da ESF Bela Vista/Contagem/MG, que os mesmos passem a utilizar corretamente seus medicamentos, a seguir a alimentação e a prática de atividade física prescritas e que compareçam as consultas estabelecidas para prevenir complicações futuras.

Com todas ações desenvolvidas objetivamos a redução do número de usuários diagnosticados com HAS e DM, definição de um adequado acompanhamento médico e garantia de atendimento de qualidade, promovendo um estilo de vida saudável para esses usuários.. O impacto esperado nos indicadores referidos exige uma necessidade premente na ação do poder público, com implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis que possam garantir a prevenção e o controle das doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco, fortalecendo a rede de atenção à saúde através da linha de cuidado da HAS e DM.





## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. I. R. **Manual de planejamento estratégico**. São Paulo, Atlas, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. 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, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: MS, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Diabetes Mellitus**. Brasília: MS, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica**: acolhimento à demanda espontânea Brasília: MS, 2013c.

CONTAGEM. Prefeitura Municipal. **Secretaria Municipal de Saúde**:. 2015. Disponível em: <<http://www.contagem.mg.gov.br/?og=722989&op=servicos>>. Acesso em: 04 ago. 2015.

COSTA, P. S. *et al.* Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus: um estudo sobre os programas de atenção básica. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 168-73, 2008.

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

GUSSO G.; LOPES, J. M. C. (Org.) **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem**. 2012. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=311860&search=||infogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte, Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Linhas de cuidado**: hipertensão arterial e diabetes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.

SILVA JUNIOR, J. B. S. *et al.* Doenças e agravos não transmissíveis: bases epidemiológicas. In: ROUQUAYROL, M. Z; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 289-311.

WAGNER, E. H. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? **Effective Clinical Practice**, n. 1, p. 2-4, 1998.

## APÊNDICES

### APÊNDICE 1 - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

Análise da opinião da equipe de saúde da família sobre o processo de trabalho e as condições físicas e organizacionais da UBS Bela vista.

Respondente: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Tipo de Profissional:

- a. ACS;
- b. ASB;
- c. TSB;
- d. Médico;
- e. Dentista;
- f. Enfermeiro;
- g. Auxiliar de enfermagem;
- h. Outro (citar) \_\_\_\_\_

#### Questões

1- Com referência as condições de trabalho da UBS Bela Vista, como você classificaria:

- a. Ótima
- b. Boa
- c. Regular
- d. Ruim
- e. Péssima

2- Com referência as condições e tamanho do espaço físico da UBS Bela Vista, como você classificaria:

- a. Ótima
- b. Boa
- c. Regular
- d. Ruim
- e. Péssima

3- Como está o funcionamento da farmácia quanto à disponibilização dos medicamentos:

- a. Ótimo
- b. Bom
- c. Regular
- d. Ruim
- e. Péssimo

4- Como se encontra o posto em relação à higiene:

- a. Ótimo
- b. Bom
- c. Regular
- d. Ruim
- e. Péssimo

5- Quanto ao material de trabalho disponibilizado pela Secretaria de Saúde, como se encontra:

- a. Ótimo
- b. Bom
- c. Regular
- d. Ruim
- e. Péssimo

6- Qual é a opinião de vocês quanto ao acolhimento da unidade:

- a. Ótimo
- b. Bom
- c. Regular
- d. Ruim
- e. Péssimo

7- Como está o acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos:

- a. Ótimo
- b. Bom
- c. Regular
- d. Ruim
- e. Péssimo

8- As visitas domiciliares a estes pacientes, realizadas pela médica, são:

- a. Suficientes
- b. Insuficientes
- c. Inexistentes

9- As visitas domiciliares a estes pacientes, realizadas pelos agentes de saúde, são:

- a. Suficientes
- b. Insuficientes
- c. Inexistentes

10- As visitas domiciliares a estes pacientes, realizadas pela enfermeira, são:

- a. Suficientes
- b. Insuficientes
- c. Inexistente

11- As visitas domiciliares a estes pacientes, realizadas pela dentista, são:

- a. Suficientes
- b. Insuficientes
- c. Inexistentes

12- Como funciona o acompanhamento multidisciplinar a estes usuários:

- a. Ótimo
- b. Bom
- c. Regular
- d. Ruim
- e. Péssimo

13- Em sua opinião, como está o funcionamento do grupo HIPERDIA:

- a. Ótimo
- b. Bom
- c. Regular
- d. Ruim
- e. Péssimo

14- Como vocês classificariam estes pacientes quanto à orientação que eles têm sobre sua (s) enfermidade (s):

- a. Suficiente
- b. Regular
- c. Insuficiente
- d. Inexistente

## APÊNDICE 2 - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

Grau de satisfação dos usuários hipertensos e diabéticos participantes da USF e do grupo HIPERDIA e outras informações.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Respondente: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Tipo de Morbidade: Hipertenso\_\_\_: Diabético\_\_\_: As duas condições: \_\_\_

Endereço (Q/n.): \_\_\_\_\_ nº do cadastro: \_\_\_\_\_

Agente de saúde: \_\_\_\_\_

1- O Sr. (a) é fumante?

- a. Sim
- b. Não

2- Se a resposta da pergunta 1 for sim, quantos cigarros o Sr. (a) fuma por dia?

3- O Sr. (a) ingere bebida alcoólica?

- a. Sim
- b. Não

4- Se a resposta da pergunta 3 for sim, com que frequência o Sr. (a) bebe?

5- Realiza atividade física com frequência?

- a. Sim
- b. Não
- c. Às vezes

6- O que o Sr. (a) costuma comer?

7- O Sr. (a) possui História Patológica Pessoal (doenças)?

- a. Sim
- b. Não

8- Se sua resposta da pergunta 7 for sim, quais enfermidades o senhor tem?

9- O Sr. (a) faz uso contínuo de alguma medicação?

- a. Sim
- b. Não

10- Se a resposta da pergunta 9 for sim, quais? E como o Sr. (a) toma?

11- O Sr. (a) é acompanhado por algum médico?

- a. Sim
- b. Não

12- Se sua resposta da pergunta 11 for sim, quantas vezes você costuma ir ao seu médico por ano?

13- O Sr. (a) sente dificuldades para marcar ficha para a médica? Justifique.

14- O Sr. (a) costuma frequentar a UBS Bela Vista?

- a. Sim
- b. Não
- c. Às vezes

15- O Sr. (a) sabe o que significa HIPERDIA?

- a. Sim
- b. Não

16- Se sua resposta da pergunta 15 for sim, o que significa?

17- O Sr. (a) sabe da existência do grupo HIPERDIA, na UBS Bela Vista?

- a. Sim
- b. Não

18- O Sr. (a) participa deste grupo? Justifique.

19- O Sr. (a) se sente acompanhado pela UBS?

- a. Sim
- b. Não
- c. Às vezes

20- Qual a sua sugestão de melhoria do atendimento prestado pela nossa UBS?



## **APÊNDICE 3 - GUIA DE ORIENTAÇÕES PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE DE PESSOAS COM HAS E DM**

### **Orientações básicas**

1. Praticar exercícios físicos aeróbicos regulares (3-5 vezes na semana)
2. Todo paciente deve ter cuidados com os pés, como: lavar e secar bem, ir ao médico se tem ferimentos.
3. Abandonar hábitos tóxicos (bebidas alcoólicas e cigarros)
4. Número de refeições por dia: fracionada em cinco a seis refeições de comer pouca quantidade por vez e várias vezes por dia, com intervalos de 3 a 4 horas entre as refeições.
5. Não deixar de tomar a medicação aconselhada pelo médico.

### **Orientações Nutricionais para pessoas com HAS**

1. A pessoa com HAS deverá evitar alimentos que tenham sal adicionado como aperitivos salgados, enlatado e alimentos embutidos.
2. Se for atrasar uma refeição principal (almoço ou jantar) coma alguma coisa mais leve, enquanto espera.
3. Evitar bebidas como chá preto, café e refrigerantes com cola.
4. Os cereais (arroz, feijão e mesmo massas) podem ser comidos em quantidade moderada, e devem ser sempre acompanhadas de verduras e legumes.
5. Cereais integrais (arroz e trigo integral) são melhores, porém cereais refinados também podem ser consumidos.
6. Gorduras devem ser evitadas - principalmente se você estiver com excesso de peso ou tiver alterações de colesterol e triglicérides.
7. Evite gorduras de origem animal.
8. Queijos gordos (amarelos) devem ser evitados, é melhor comer queijo branco ou ricota e prestar atenção para não exagerar na quantidade.
9. Cozinhe e tempere alimentos com óleos vegetais (milho, soja, girassol ou azeite).
10. Carne branca (peixe e aves) é preferível às vermelhas, antes de preparar as aves retire sua pele, senão aumentará o teor de colesterol do alimento.

## **Orientações Nutricionais para pessoas com DM**

1. A pessoa com DM principalmente se estiver usando insulina, deve ter os horários de refeições os mais fixos possíveis, tentando não variar os tipos e quantidades de alimentos nos vários dias, por exemplo:
2. O almoço de hoje, deve ser o mais parecido possível com o de ontem e o de amanhã, etc.
3. Se for atrasar uma refeição principal (almoço ou jantar) coma alguma coisa mais leve, enquanto espera.
4. Você pode comer qualquer tipo de fruta, não deve comer mais de uma fruta de cada vez, por isso deve-se evitar sucos de frutas concentrados. (Um copo de suco de laranja, por exemplo, contém 3 a 4 laranjas, e daí sua taxa de glicemia subirá muito, portanto não é bom tomar)
5. Os cereais (arroz, feijão e mesmo massas) podem ser comidos em quantidade moderada, e devem ser sempre acompanhadas de verduras e legumes.
6. Cereais integrais (arroz e trigo integral) são melhores, porém cereais refinados também podem ser consumidos.
7. Pães e bolos salgados também podem ser consumidos, em pequenas quantidades.
8. Não existe nenhuma vantagem no uso de farinha de glúten.
9. Gorduras devem ser evitadas - principalmente se você estiver com excesso de peso ou tiver alterações de colesterol e triglicérides.
10. Evite gorduras de origem animal.
11. Queijos gordos (amarelos) devem ser evitados, é melhor comer queijo branco ou ricota e prestar atenção para não exagerar na quantidade.
12. Use sempre margarina do tipo *light* ao invés de manteiga.
13. Cozinhe e tempere alimentos com óleos vegetais (milho, soja, girassol ou azeite).
14. Carnes branca (peixes e aves) são preferíveis às vermelhas, antes de preparar as aves retire sua pele, senão aumentará o teor de colesterol do alimento.
15. Não existe nenhuma vantagem em comer muita carne vermelha ou branca, tente não comer mais de uma porção média por refeição.