



YEINEY BARRETO PULIDO

**A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
NICOLAU MADUREIRA, MUNICÍPIO DE MARAÃ, AM**

MARAÃ/AM
Janeiro de 2018



YEINEY BARRETO PULIDO

**A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
NICOLAU MADUREIRA, MUNICÍPIO DE MARAÃ, AM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Saúde da Família da
Universidade Federal de Ciências da Saúde de
Porto Alegre - UNA-SUS/UFCSPA.

Orientador(a): Patrícia Maria Barros Thomas.

MARAÃ/AM
Janeiro de 2018

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	03
2	ESTUDO DE CASO CLÍNICO	05
3	PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO	10
4	VISITA DOMICILIAR/ ATIVIDADE NO DOMICÍLIO	13
5	REFLEXÃO CONCLUSIVA	15
6	REFERÊNCIAS	17
7	ANEXOS – ANEXO I: PROJETO DE INTERVENÇÃO	18

1 INTRODUÇÃO

No ano 2003 comecei estudos na área da medicina na Universidade Dr. Ernesto Guevara de La Serna: Cidade Pinar del Rio, Cuba. Já no 2009 recebi o diploma de formatura pela Universidade da Havana como Doutora em Medicina. Em 2015 recebi o diploma de especialização como Médico Geral Integral.

Desde que me formei como médica, trabalho na APS incluindo três anos que trabalhei na Venezuela, mas foi na mesma área. Desde a minha chegada ao Brasil venho me desenvolvendo como médica no Município Maraã, do Estado Amazonas, na UBS Nicolau Madureira.

Na área de abrangência contamos com uma população estimada de 2214 pacientes, sendo todos moradores da cidade distribuídas por bairros. É uma população onde nem todos têm as mesmas condições socioeconômicas, nível cultural e estilos de vida iguais. Em relação à saúde, o município conta com um hospital comunitário.

Também tem 5 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 2 unidades Estratégia de Saúde da Família já implantadas, coordenadas pela Secretaria de Saúde. O Município também conta com as Creches, Escolas de Ensino Primário, Escolas Estaduais e Municipais que têm os dois horários de aulas, incluindo até o horário da noite para aqueles que trabalham durante o dia. Pela secretaria de Educação em parceria com a de Cultura se oferecem para o povo diversos cursos de formação.

No Município temos Escola de Música, teatro e artes em geral, áreas de lazer, esporte, procurando a dinamização da vida sociocultural da comunidade.

Quanto à estrutura, nossa UBS é urbana. A população de hipertensos e diabéticos na área de abrangência é de um 47% de hipertensos e 23% de diabéticos, os quais são atendidos em nossa UBS. O atendimento destes grupos é realizado todos os dias nos dois turnos, onde participam a maioria dos integrantes da equipe, e outros membros seguem as atividades e necessidades, conforme protocolo do Ministério da Saúde (MS). Sendo uma das Maiores demandas para consulta medica.

Dessa forma, escolhi como tema do meu projeto de intervenção (em anexo), propor uma intervenção para melhorar a Atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos, na Unidade de Saúde da Família Nicolau Madureira, através do Hiperdia. Foi escolhido este tema porque são duas doenças crônicas não transmissíveis muito

frequentes no mundo e na população brasileira, preveníveis, onde o diagnóstico se faz mais frequente na Atenção Primária Saúde (APS), onde através de nossas ações de promoção e prevenção podemos modificar os fatores de riscos. Temos a dificuldade que em minha UBS, pois os agentes de saúde ainda não conseguem o cadastramento de todos os usuários hipertensos e diabéticos, além disso, nossa equipe vai trabalhar para alcançar a maior cobertura possível dessas duas doenças.

De acordo com Filha, Nogueira e Medina (2014), as doenças crônicas não transmissíveis, consideradas uma epidemia na atualidade, constituem um sério problema de Saúde Pública tanto em países desenvolvidos quanto nos que estão em desenvolvimento.

A educação em saúde em grupo deve ser feita de forma interativa, integrando o profissional ao grupo, fazendo com que os educandos possam refletir e criticar a sua realidade, observar os problemas mais comuns entre eles e trocar experiências. Os profissionais de saúde devem adaptar as informações às necessidades dos indivíduos (SILVA; SANTOS, 2004).

Nós trabalharemos para elevar a mais de 95% de cobertura a assistência aos hipertensos, que hoje está em 47 %, pois de 494 só temos cadastrados 232. Para isso, planejamos atender aproximadamente 7 hipertensos ao dia. Pretendemos elevar a 96% a cobertura de diabetes Mellitus, já que temos hoje 23%, o que significa 33 cadastrados. Para alcançar estes números, nos planejamos atender aproximadamente 3 diabéticos ao dia. Para facilitar todo esse trabalho, agendaremos estas consultas apoiados em enfermeiras, técnicas em enfermagem e todo o pessoal de nossa equipe; também planejamos um encontro com os usuários para que conheçam quais são os objetivos e metas de nosso foco de intervenção.

O HiperDia constitui um sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos, em que os profissionais de saúde são responsáveis pelo atendimento aos usuários e preenchimento de dados. Visa ao monitoramento dos pacientes captados no Plano Nacional de Reorientação da Atenção à HAS e ao DM e à geração de informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos regular e continuamente (FERNANDES; BACKES, 2010).

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Trata-se de um paciente O.M.R, sexo masculino, raça branca, de 50 anos que veio para consulta médica no dia 18/04/2017 com os dados da triagem:

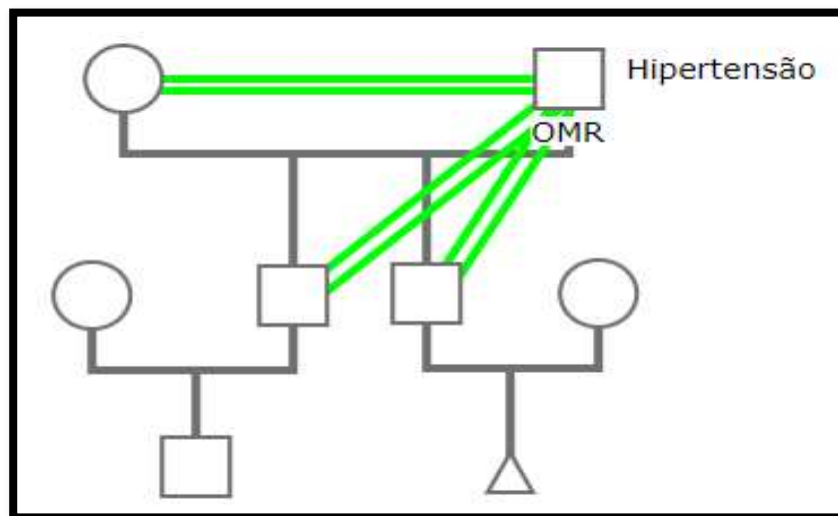
-PA:170/100mmHg

-Peso: 79.700 k g

-Altura: 1.69m

Com HAS há 13 anos e tratamento com Losartana Potássica (50 mg) de 12/12 horas, Hidroclorotiazida (12.5 mg) 1 comprimido de manhã e AAS (100 mg) 1 comprimido ao dia, que muitas vezes esquece, já tem 1 semanas que não toma pois acabaram os seus remédios. Além disso, é fumante há mais de 20 anos, trabalha na pesca.

Genograma familiar



Fonte: próprio autor

Observamos no genograma acima, que o senhor O.M.R mora com a mulher, com os dois filhos, com as noras e com seu neto e o que ainda está por vir, uma vez que sua nora está esperando um filho. A relação familiar observada é de manter proximidade entre os membros da família, onde há comunicação e uns ajudam os outros.

Quando questiono sobre queixas, o senhor O.M.R refere ter nos últimos dias dor de cabeça e pescoço e muita tontura, as vezes já chegou se sentir confuso. Não

está se alimentando adequadamente porque só come na hora de almoço salgadinhos, refrigerantes e alimentos fritos.

- **Histórico pessoal:** HAS;

- **Fator de risco:** fumante há 20 anos;

- **Histórico familiar:** pais com Hipertensão Arterial.

- **Alimentação:** predominantemente carboidrato, refrigerantes e alimentos fritos, pouca ou quase nenhuma fruta e verduras;

- **Habitação:** morando com sua mulher e dois filhos, os quais não têm fatores de risco nem doenças crônicas, dos netos filhos deste casal aparentemente saudáveis e a mulher dele que sofreu de Diabetes Mellitus na gestação de seu filho. Vive numa casa mista (madeira e alvenaria), com 3 quartos, uma sala, uma cozinha, um banheiro, água encanada.

-Exame físico:

Paciente com bom estado geral, orientado, responde ao interrogatório coerente, ausculta cardiovascular normal, PA 160/100 mm Hg, FC 81 bat/min, altura 169 cm e peso 79.7 kg e um IMC de 27.90Kg/m².

-Ações imediatas:

Nesse momento, tratamos ele com um comprimido de captopril (25 mg), deixamos na sala de observação. Aos 40 minutos tinha 140/90 mm Hg e foi liberado para sua casa com tratamento e orientado a importância do uso regular dos medicamentos hipotensores; respeitar o horário das refeições do dia, reduzir o teor de sal e gorduras nas refeições, evitar ingestão excessiva de farinhas, massas e usar vegetais, legumes, frutas e verdura e, assim como fazer caminhadas, também a importância de evitar o fumo, se solicitou exames: Hemograma, Urina, Glicemia de jejum, Colesterol, Triglicérides, Creatinina, Ácido Úrico e encaminhamento com o nutricionista do NASF. Retornar em quinze dias para avaliação.

EVOLUÇÃO:

O paciente retorna no dia 02/05/2017 com os dados da triagem:

-PA:140/80mmHg

-Peso:76,20kg

-Altura: 1.69m

O paciente chega tranquilo, ele disse que fica melhorando, que está levando o tratamento direitinho, diz sentir-se melhor porque não há mais dor de cabeça nem tontura, está conseguindo fumar menos do que antes, em sua casa está comendo mais alimentações mais saudáveis, substituiu a gordura animal por vegetal, diminuiu o excesso de sal das comidas e estão consumindo mais frutas e vegetais, e assim da o cumprimento ao pedido da nutricionista em consulta.

Resultado dos exames:

- Hematócrito: 40.0 %;
- Hemoglobina: 13.2g %
- Plaquetas: 289 000 mm
- Ácido úrico: 3.4 mg/d
- Creatinina sérica: 0.6 mg/dl
- Glicose: 86 mg/dL.
- Triglicerídeos: 153 mg/dl
- Colesterol total: 230 mg/dl
- Urina: normal.

Exame físico:

Mucosa corada, nega falta de ar, FR 17 rep/min, ausculta cardiovascular normal, PA 140/90 mm Hg, FC 78 bat. /min.

Acreditamos pelos resultados dos exames e histórico pessoal que o paciente tem uma HAS descontrolada com uma hipercolesterolêmica e obesidade. E como fator de risco o habito de fumar.

Orientações:

Não esquecer de jeito nenhum a medicação anti-hipertensiva ainda tendo valores normais de PA, manter as orientações dietéticas do nutricionista, com alimentação adequada (dieta com restrição sal, gordura saturada, de açúcar, e cafeína), praticar exercícios físicos periodicamente, pelo menos três vezes na semana, fazer caminhadas, evitar o fumo pelo que se encaminho o paciente com o psicólogo do NASF para desabitação tabagica. Indica-se fundoscopia, pois o oftalmoscópio não é um item disponível na UBS. Agendo o retorno para o mês do agosto.

Realizou-se visita domiciliar no dia 30/05/2017 para avaliar o grau de funcionamento da família e brindar informações ao resto da mesma e fazer genograma familiar completo. Realizou-se uma dinâmica familiar, e tomamos algumas decisões para iniciar a abordagem desta família, e se ofereceram algumas orientações para reorganização da vida da família.

No dia 28/08/17 vem à consulta com os dados da triagem:

- PA:110/80mmHg
- Peso: 72.00 k g
- Altura: 1.69m

Vem à consulta solicitando a renovação de receita e fazer o seu acompanhamento. Programa a solicitação de exames complementares de rotina para o retorno. Como resultado das ações desenvolvidas pela ESF e a participação ativa dos membros da família, buscou-se controlar os valores da PA do senhor O.M.R e o colesterol total, buscando mudanças no estilo de vida desta família, comprovando mais uma vez que com o trabalho em equipe tudo é possível.

A HAS é o problema de saúde mais frequente de consulta médica nas UBS entre 60 a 80% dos casos de HAS podem ser tratados na rede básica pois são de fácil diagnóstico, não requerem tecnologia sofisticada, podem ser tratadas e controladas com medicamentos de baixo custo.

Dentre essas, ressalta-se a relevância da HAS e do DM por serem importantes fatores de risco para a morbimortalidade cardiovascular e representarem um desafio para o sistema público de saúde, que é garantir o acompanhamento sistemático dos

indivíduos identificados como portadores desses agravos, assim como o desenvolvimento de ações referentes à promoção da saúde e à prevenção dessas doenças (FILHA; NOGUEIRA; MEDINA, 2014).

Espera-se continuar a desenvolver ações para que os adultos com HAS sintam-se sensibilizado para aquisição de comportamentos de adesão ao tratamento evitando graves complicações, tanto as agudas como as crônicas e assim contribuir para uma melhoria na qualidade de vida, alcançando primeiramente o cadastro na Unidade Básica de Saúde mais perto de casa o controle dessa patologia.

3 PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO

É sempre interessante utilizar a promoção de saúde em uma Unidade Básica de Saúde, pois é essencial para prevenir doenças na população atendida em todo o território adscrito e monitorado pela equipe de saúde da família. Enquanto médica da família, conheci a população que atendo e mediante isso pude elaborar o melhor atendimento em saúde e trabalhar com a promoção da saúde.

A promoção da saúde, uma das estratégias de organização da gestão e das práticas em saúde, não deve ser compreendida apenas como um conjunto de procedimentos que informam e capacitam indivíduos e organizações, ou que buscam controlar determinantes das condições de saúde em grupos populacionais específicos. Sua maior importância reside na diversidade de ações possíveis para preservar e aumentar o potencial individual e social de eleição entre diversas formas de vida mais saudáveis, indicando duas direções: integralidade do cuidado e construção de políticas públicas favoráveis à vida, mediante articulação intersetorial (MALTA, 2009).

Segundo Dermazo (2014), as formas de prevenção em saúde, de acordo com ocorrem em 3 níveis, onde podemos perceber:

- Primária: A promoção da saúde aparece como prevenção primária, confundindo-se com a prevenção referente à proteção específica (vacinação, por exemplo). Corresponde a medidas gerais, educativas, que objetivam melhorar a resistência e o bem-estar geral dos indivíduos (comportamentos alimentares, exercício físico e repouso, contenção de estresse, não ingestão de drogas ou de tabaco), para que resistam às agressões dos agentes. Também diz respeito a ações de orientação para cuidados com o ambiente, para que esse não favoreça o desenvolvimento de agentes etiológicos (comportamentos higiênicos relacionados à habitação e aos entornos);
- Secundária: Engloba estratégias populacionais para detecção precoce de doenças, como por exemplo, o rastreamento de câncer de colo uterino;
- Terciária: Consiste no cuidado de sujeitos com sequelas de doenças ou acidentes, visando a recuperação ou a manutenção em equilíbrio funcional.

A atual política de saúde mental brasileira é resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da Saúde iniciada na década de 1980 com o

objetivo de mudar a realidade dos manicômios onde viviam mais de 100 mil pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2013).

O movimento foi impulsionado pela importância que o tema dos direitos humanos adquiriu no combate à ditadura militar e alimentou-se das experiências exitosas de países europeus na substituição de um modelo de saúde mental baseado no hospital psiquiátrico por um modelo de serviços comunitários com forte inserção territorial.

Nas últimas décadas, esse processo de mudança se expressa especialmente por meio do Movimento Social da Luta Antimanicomial e de um projeto coletivamente produzido de mudança do modelo de atenção e de gestão do cuidado: a Reforma Psiquiátrica. Ainda na década de 1980, experiências municipais iniciaram a desinstitucionalização de moradores de manicômios criando serviços de atenção psicossocial para realizar a (re)inserção de usuários em seus territórios existenciais (BRASIL, 2013).

Foram fechados hospitais psiquiátricos à medida que se expandiam serviços diversificados de cuidado tanto longitudinal quanto intensivo para os períodos de crise. A atenção aos portadores de transtornos mentais passa a ter como objetivo o pleno exercício de sua cidadania, e não somente o controle de sua sintomatologia. Isso implica em organizar serviços abertos, com a participação ativa dos usuários e formando redes com outras políticas públicas (educação, moradia, trabalho, cultura etc). O desafio que se coloca é, ao invés de criar circuitos paralelos e protegidos de vida para seus usuários, habitar os circuitos de trocas nos territórios da sociedade. Isso leva o desafio da saúde mental para além do SUS, já que para se realizar ele implica na abertura da sociedade para a sua própria diversidade (BRASIL, 2013).

Na UBS que atendo há um considerável índice de pessoas com problemas psiquiátricos, muito carente de atenção e de cuidados. Na área em que atuo, os agentes comunitários de saúde identificam as pessoas que mais necessitam de uma atenção especial devido sua fragilidade mental e com isso comunicamos os NASF E O CAPS, para que haja um acompanhamento conjunto com a unidade de saúde, onde nós entramos com orientações de saúde como um todo, mental e corporal, e as outras entidades ficam responsável pela questão social e socialização dessa população, inserindo eles na comunidade tentando fazer com que eles levem uma vida mais digna.

Acredito que a melhor forma de acolher o paciente com doença mental seria acolher toda família, em conjunto, onde os familiares estão em vigília constante e muitas vezes eles começam a cansar ou até mesmo diminuem os cuidados, com isso, ocorre o risco de recaídas, maus tratos, falta de cuidado básicos. Então nós devemos sempre estar presentes na vida desses pacientes para orientar e monitorar.

A mente não separa do corpo, logo, devemos ter um cuidado global desse paciente, na qual a forma de promover saúde consiste em promover atividades físicas, recreativas e de inserção desses pacientes na comunidade, com reuniões em praças públicas, atividades com artesanato, e atividades com educadores físicos, obviamente, nos pacientes com uma patologia em um grau mais leve, em que isso pode ser feito, já nos paciente com grau avançado, deve ser feito orientações e capacitações com os cuidadores, para que possa ser dada qualidade de vida para esses pacientes.

4 VISITA DOMICILIAR/ ATENDIMENTO EM DOMICÍLIO

A assistência domiciliar no meu município é realizada sem dificuldades, temos transporte para a assistência. Na minha equipe a assistência domiciliar é realizada só as sextas feiras, quando é feita pela medica, onde se faz visitas aos seguintes grupos de riscos: pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, com e sem complicações, pacientes idosos (idosos que não procuram consulta medica para nada, e ao ver nos prontuários alguns que há anos não frequentam o posto, então a opção foi mudar a estratégia, realizar buscativas dos pacientes maiores de 60 independente de ter alguma doença crônica ou não para ter um controle maior deles) alternando cada semana.

Também existem as visitas médicas em casos mais críticos a cada três dias e dependendo da necessidade, só que ate agora não se apresentou uma situação dessas. Além disso, são realizados os curativos para aqueles pacientes acamados e realizações de curativos de acordo com as necessidades de cada paciente, são feitas orientações ao cuidador que geralmente é algum familiar, sobre os cuidados dos pacientes, e os pacientes com pé diabéticos e pós-cirúrgico, geralmente as visitas são realizadas pelo o pessoal de enfermagem junto aos ACS, técnico de enfermagem.

Segundo De-Carli (2015), a atenção domiciliar é um pilar importantíssimo nos cuidados e acompanhamento dos pacientes na atenção básica. É uma ferramenta que, ao meu ver, nos aproxima do indivíduo e de sua família, nos proporcionando um entendimento melhor do seu contexto, uma visão integral, o que pode auxiliar em diagnósticos, tratamentos e acompanhamento do paciente.

Tínhamos pacientes dependentes do atendimento domiciliar em diferentes níveis de complexidade, desde acompanhamento de DM/HAS em pacientes que por algum motivo tinham dificuldade de locomoção, até os mais graves, acamados, com limitações graves, como neoplasia em estágio terminal ou criança com paralisia cerebral incapacitante. Acredito que um atendimento multidisciplinar e acompanhamento longitudinal são fatores importantes, dentre muitos outros, que influenciam o bom andamento do cuidado domiciliar.

Tenho um caso muito interessante, que realmente marcou minha experiência como médica. Eu realizava o acompanhamento do paciente F.DS. 31 anos, portador de Doença Parkinson juvenil. O paciente habitava com sua mãe idosa e diabética, em uma casa de alvenaria no alto de um morro, com escadas íngremes. Eles viviam da

renda da aposentadoria da mãe, tinham rede de apoio limitada, visto que o restante da família encontrava-se fora do Estado.

Quando realizamos a primeira visita domiciliar, em equipe, detectamos diversos problemas, como a relação problemática do paciente e da mãe, com agressividade de ambos os lados, o paciente se sentindo muito limitado, pois devido à doença e seus tremores severos não conseguia escovar os dentes, se alimentar sozinho ou beber um copo de água sem auxílio. A mãe se vitimizava, esgotada com a situação. Levamos o caso ao NASF para definirmos um plano conjunto de cuidados. Realizamos, então, uma visita domiciliar com o NASF composta por: terapeuta ocupacional, nutricionista, psicólogo, além de médico, enfermeiro e ACS.

Acredito que foi bastante proveitoso, conseguimos modificar pequenas coisas dentro da casa do paciente, desde mobília (posicionamento dos móveis, facilitando deambulação), até pequenas adaptações, como colocar esponja e barbante na escova de dentes e talheres, auxiliando no manuseio. Acionamos a rede de apoio da família, pois a rotina é realmente pesada para uma mãe idosa cuidar sozinha de um filho com Parkinson. Após essa visita, continuamos realizando o acompanhamento da família, sempre com desafios novos. Conseguimos elaborar um plano de cuidados multidisciplinar e colocá-lo em prática, com cuidado integral e longitudinal do indivíduo.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

Durante o curso de especialização em saúde da família, pude aprender as disciplinas do Eixo I de Saúde Coletiva, que me acrescentaram positivamente conhecimentos extraordinários, assim como no Eixo II, dos casos complexos, que me ajudou a desenvolver a prática diária dos atendimentos na UBS com manejo clínico de diversas patologias nos estudos de caso.

No decorrer do curso pude ampliar meu aprendizado com saúde baseada em evidências, o método clínico centrado na pessoa, processos de trabalho, modalidades de condutas terapêuticas e diversas outras disciplinas que o curso oferece.

O que me chamou a atenção foi o desenvolvimento do Portfólio do TCC, através da elaboração de um estudo de caso clínico, das ações de promoção em saúde e educativas, pois podem ser pontuais como as campanhas de conscientização e a divulgação de informações através da mídia. Ações educativas contínuas têm como objetivo manter um fluxo contínuo de informações sobre prevenção de diversas patologias, como as mais identificadas como hipertensão, diabetes, câncer de colo do útero e de próstata, entre outras.

Como médica, faço parte dos grupos de atendimento na Unidade, juntamente com a nutricionista, psicologista, enfermeira e técnica em farmácia, que são pessoas ativas e essenciais como profissionais da mesma, que atendem grupos de gestante no pré-natal, grupo de idosos na prevenção das doenças crônico-degenerativas, grupo de adolescentes, de crianças, saúde da mulher e do homem, etc.

Elaborar o Portfólio contribuiu para aumentar os conhecimentos sobre a prevenção na saúde mental, com a capacitação da equipe para acolhimento e compreensão de alguns transtornos psicossociais e mentais, sendo essencial, ajudando a melhorar o atendimento e acolhimento desses pacientes, subsidiando as práticas do clínico e do enfermeiro e colaborando para que estes também participem das atividades educativas.

Portanto, compreender os problemas que afetam a saúde dos sujeitos inseridos no contexto de atuação da equipe é fundamental, sobretudo para que posteriormente sejam construídas estratégias capazes de impulsionar o desenvolvimento de ações

de promoção em saúde, as quais deverão contemplar a singularidade dos sujeitos, conhecendo e valorizando a realidade da qual fazem parte.

6 REFERENCIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

DEMARZO, M. Reorganização dos Sistemas de Saúde. 2014. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade02/unidade02.pdf>. Acesso em 14 de novembro de 2017.

DE-CARLI, Alessandro Diogo et al. Visita domiciliar e cuidado domiciliar na Atenção Básica: um olhar sobre a saúde bucal. *Saúde em Debate* [online]. 2015, v. 39, n. 105, 2015.

FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Rev Bras Enferm, Brasília**, DF, v. 63, n. 4, p. 567-573, jul./ago., 2010.

FILHA, F; NOGUEIRA, L; MEDINA, M. Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários. **SAÚDE DEBATE** | RIO DE JANEIRO, V. 38, N. ESPECIAL, P. 265-278, OUT 2014. 2004.

MALTA, Deborah Carvalho et al. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 18, n. 1, p. 79-86, mar. 2009.

SILVA, S; SANTOS, M. Prática de grupo educativo de hipertensão arterial em uma Unidade Básica de Saúde. **Arq Ciênc Saúde**, jul-set;11(3):169-73, 2010.

7 ANEXO I: PROJETO DE INTERVENÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

YEINEY BARRETO PULIDO

Melhoria da Atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos, na
Unidade de Saúde da Família Nicolau Madureira.

Maraã-Amazonas.

Ano 2017

YEINEY BARRETO PULIDO

Melhoria da Atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos, na
Unidade de Saúde da Família Nicolau Madureira.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em
Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Ciências da Saúde
de Porto Alegre, para obtenção do Certificado de Especialista.

Tutor (a): Professora Patrícia Barbara Dias.

Maraã-Amazonas
Ano 2017



INTRODUÇÃO:

Maraã é um município brasileiro do interior do estado do Amazonas, Região norte do país. Pertencente à Mesorregião do norte amazonense e Microrregião de Japurá. Localiza-se a noroeste de Manaus, capital do estado, distando desta cerca de 615 quilômetros. Sua população, estimada pelo IBGE em 2014, era de 18 367 habitantes, sendo assim o quadragésimo primeiro município mais populoso do estado do Amazonas e o mais populoso de sua microrregião. Seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0.498, de acordo com dados de 2010, o que é considerado muito baixo pelo PNDU¹

Na cultura atualmente vem se destacando o FESTIVAL DOS BOTOS DE MARAÃ, que acontece no final do mês de Julho, levando para o remanso os Botos Tucuxi e Vermelho, quando chega nos meses próximos do festival a cidade fica toda dividida, e a animação toma conta dos moradores e visitantes que vem prestigiar o nosso festival, mais não é o festival dos botos que engrandece a nossa cultura, mais também a festa da padroeira Nsa. Da Conceição, o Aniversario da Cidade, as Festas Juninas e muito mais.

No lazer, Maraã também se destaca com suas belas praias que surgem com a chegada do verão e a seca dos rios, os moradores e visitantes lotam as praias para se refrescar e aproveitar o sol nos domingos. pra quem gosta de tranquilidade, uma opção é Orla de Maraã, construída recentemente é uma opção de lazer tanto de dia quanto a noite, no local encontramos bares, lanches e restaurante, duas quadras de areia uma pista de cooper, e muito mais.

As opções de viagens a Maraã são por meio comercial ou particular, sendo comum o uso de Lanchas, Barcos e Aviões fretados. Para chegar a Maraã partindo de Manaus em linha reta. O clima é tropical chuvoso e úmido, sendo bastante variável, com intercalações de sol e chuvosa. O período maior de chuva ocorre entre os meses de novembro a junho. Em geral o período de seca do rio vai de junho a dezembro, sendo que algum momento ocorre o fenômeno do repiquete, causando uma subida repentina do rio, mas logo depois ele volta a baixar novamente.

A temperatura máxima é de 32° C, a mínima 18° C. e a média de 25° C. O fenômeno da “Cerração” ocorre frequentemente, prejudicando a navegação, através

dos vários rios da região. A unidade relativa do ar média anual varia de 60% e 85%. Há terrenos localizados próximos ao rio. Lago ou Paraná.

A agricultura em geral, no município, é cultivada plantio de ciclo vegetativo longo (perene) como: os citros, abacate, banana e outros: Na várzea (terras férteis, corrigidas a cada vazante com fertilizantes naturais), cultivam se plantios temporários principalmente milho, mandioca, tabaco e outros.

Em relação à saúde, o município conta com um hospital comunitário. Também tem 5 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 2 unidades Estratégia de Saúde da Família já implantados.

A UBS Nicolau Madureira é uma Unidade Básica de Saúde com Estratégia de Saúde da Família, e é responsável por um bairro com uma população estimada de 2214 pacientes. A equipe está composta por uma médica cubana do Programa Mais Médico, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, uma assistente social, uma dentista, um auxiliar de saúde bucal, e uma auxiliar de serviços gerais.

Nesta unidade, a médica cubana do Programa Mais Médico fica inserida em uma equipe de Saúde da Família que será responsável pelo atendimento da população das áreas de abrangência da UBS. Nesta unidade se realizam consultas médicas de pediatria, ginecologia e obstetrícia, clínica geral, todas estas pelo médico da Estratégia de saúde da família, também são proferidas palestras educativas, grupos específicos de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, atividades de vacinação, atividades de promoção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e outras com o objetivo de subsidiar melhor qualidade de vida para a população assistida.

Justificativa:

Foi escolhida esta ação programática porque são duas doenças crônicas não transmissíveis muito frequentes no mundo e na população brasileira, preveníveis, onde o diagnóstico se faz mais frequente na Atenção Primária Saúde (APS), onde através de nossas ações de promoção e prevenção podemos modificar os fatores de riscos. Além, se as mesmas não são diagnosticadas e tratadas a tempo podem levar a complicações graves, por isso com um bom seguimento destes usuários, segundo aos protocolos estabelecidos, pode-se diminuir consideravelmente os índices de complicações e de mortalidade dos usuários por estas doenças. Devemos também ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e,

consequentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão e diabetes. A equipe está composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, duas auxiliares de enfermagem, um odontólogo, duas auxiliares em farmácia, uma funcionária de limpeza, uma assistente social e uma recepcionista. Quanto à estrutura, nossa UBS é urbana. Está bem estruturada, contamos com salão de reunião. Possui sala de recepção, dois consultórios médicos, um com todo o equipamento necessário para fazer a consulta de ginecologia (maça ginecológica), sala de vacina, farmácia, salão para guardar os medicamentos, sala de triagem, sala para procedimentos de enfermagem, sala de nebulização, sala de odontologia, banheiros e cozinha. A área de atuação de nossa equipe tem uma população de 2214 habitantes. Nosso município tem um indicador de cobertura para hipertensos de 494 e só temos cadastrados 232 hipertensos, o que representa 47%. Temos um total de 33 diabéticos cadastrados, o que representa 23% em relação ao índice de cobertura que é de 141. A população de hipertensos na área de abrangência é de 232 e de 33 de diabéticos, os quais são atendidos em nossa UBS. O atendimento destes grupos é realizado todos os dias nos dois turnos, onde participam a maioria dos integrantes da equipe: enfermeiros e técnicos de enfermagem, médico geral, odontólogos, e outros membros seguem as atividades e necessidades, conforme protocolo do Ministério da Saúde (MS). Todos os usuários que chegam são escutados, atendendo à avaliação de risco biológico e vulnerabilidades para definir o encaminhamento da demanda do usuário. Não temos quantidade específica de atendimento por médico, porque geralmente não temos excesso de demanda. Os usuários são atendidos nas consultas tanto por problemas de saúde agudos quanto por seguimento de suas doenças crônicas. Quando os usuários solicitam consultas e estão com problemas de saúde agudo seu atendimento é de imediato, fornecendo assim uma boa e rápida atenção para evitar complicações nos usuários. São desenvolvidas ações de saúde: imunização, orientações tanto aos usuários hipertensos e diabéticos quanto aos seus acompanhantes sobre o quanto é importante para manter sua doença compensada a prática de atividade física regular, uma alimentação saudável, um bom cuidado com os pés e da saúde bucal. Temos a dificuldade que em minha UBS os agentes de saúde ainda não conseguem o cadastramento de todos os usuários hipertensos e diabéticos, além disso, nossa equipe vai trabalhar para alcançar a maior cobertura possível dessas duas doenças. Nós trabalharemos para elevar a mais de 95% de

cobertura a assistência aos hipertensos, que hoje está em, pois de 494 só temos cadastrados 232. Para isso nos planejamos atender aproximadamente 7 hipertensos ao dia. Pretendemos elevar a 96% a cobertura de diabetes Mellitus, já que temos hoje 23%, o que significa 33 cadastrados. Para alcançar esta cifra nos planejamos atender aproximadamente 3 diabéticos ao dia. Para facilitar todo esse trabalho agendaremos estas consultas apoiados em enfermeiras, técnicas em enfermagem e todo o pessoal de nossa equipe; também planejamos um encontro com os usuários para que conheçam quais são os objetivos e metas de nosso foco de intervenção.

Objetivos:

Objetivo geral:

Qualificação da atenção aos usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes Mellitus na UBS Nicolau Madureira.

Objetivos específicos:

1. Ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos.
2. Melhorar a qualidade da atenção de saúde a hipertensos e diabéticos.
3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.
6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas

Objetivo 1. Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 96 % dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 95 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção de saúde aos hipertensos e os diabéticos.

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

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

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

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

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

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

Meta 2.7: Realizar avaliação das necessidades de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8: Realizar avaliação das necessidades de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

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

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

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 Básica de Saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade Básica de Saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física ao 100% dos pacientes hipertensos.

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

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

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

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

Metodologia

O presente estudo trata-se de um trabalho descritivo quantitativo, que tem por finalidade Promover a Saúde dos usuários Hipertensos e Diabéticos. O mesmo será desenvolvido na Unidade Básica de Saúde Nicolau Madureira, pertencente ao município Maraã, Amazonas. O período de realização da parte teórico-bibliográficos do estudo está sendo desenvolvida entre os meses de março até maio de 2017. Logo, a parte teórico-prática será aplicada e concluída até o mês de dezembro de 2017. Para promover a saúde dos hipertensos e diabéticos será realizada uma intervenção na Unidade Básica de Saúde, onde o foco do trabalho será os pacientes hipertensos e diabéticos do município.

Ações e Detalhamento

Objetivo 1. Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 95 % dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 96 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Eixo de monitoramento e avaliação.

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

Detalhamento: O monitoramento do número de usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa serão feitos com a implantação da Ficha de Acompanhamento do Hipertenso e Diabético (FAHD), a qual nos permitirá comparar os usuários cadastrados no programa com o cadastro da UBS e com o indicador de cobertura segundo a estimativa do Caderno de Ações Programáticas. Isto será realizado pelo médico, enfermeira, técnica em enfermagem e agentes comunitários, como uma periodicidade diária para poder cumprir com a meta estabelecida.

No eixo de Organização e Gestão dos Serviços

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

Detalhamento: Os usuários hipertensos e diabéticos em cada consulta serão registrados na FAHD pela enfermeira e após o preenchimento ou verificação passarão para a consulta para atendimento médico.

✓ Ação: Melhorar o acolhimento para os usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: No processo de acolhimento destes pacientes serão fornecidas informações importantes sobre estas duas doenças, se farão um interrogatório minucioso para poder obter todos os dados, assim como atividades de promoção e educação em saúde feito pela enfermeira e médico.

✓ Ação: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e realização do hemoglicoteste.

Detalhamento: Já estão garantidos todos os materiais necessários para a tomada da pressão arterial(PA) e a realização do teste de glicose.

Eixo de Engajamento Público:

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

Detalhamento: Os Gestores municipais junto com os membros da UBS informarão a toda a população sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus e suas principais características e objetivos.

✓ Ação: 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.

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

Detalhamento: Será confeccionado um folder com dicas de saúde, que entre outros tem as abordaram a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos pelo menos uma vez ao ano; a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg, assim como os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Os membros da UBS orientarão a toda a população sobre os temas mencionados anteriormente a través de atividade de educação como palestras demonstrativas.

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

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

Detalhamento: A UBS não tem os suficientes ACS, mas vai se capacitar todos os profissionais da unidade para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência.

✓ Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglico teste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Será executado um plano de capacitação para todos os profissionais relacionado com a verificação da pressão arterial de forma criteriosa e a realização do hemoglico teste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos.

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

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

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

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

Detalhamento: O monitoramento da realização do exame clínico apropriado será feito com a implantação da FAHD, na qual serão acrescentados alguns itens adicionais que permitam um maior controle.

Eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

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

Detalhamento: Serão definidas as atribuições de cada membro da UBS na capacitação sobre exame clínico da HAS e o DM.

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

Detalhamento: Serão planejadas todas as capacitações nos diferentes temas do projeto de intervenção.

✓ Ação: Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na UBS.

Detalhamento: Estamos trabalhando para dispor da versão atualizada e impressa do protocolo para HAS e DM na UBS.

Eixo de Engajamento Público:

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

Detalhamento: Serão orientados tanto os usuários como a comunidade toda sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema e na consulta médica e de enfermagem.

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

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

Detalhamento: Será capacitada toda a equipe sobre a realização de exame clínico apropriado.

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

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

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

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

Detalhamento: Para fazer este monitoramento será usada a FAHD marcando a data de realização de cada exame.

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

Detalhamento: Para fazer este monitoramento será usada a FAHD marcando a data de realização de cada exame.

Eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

✓ Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: São garantidos sem dificuldades a solicitações dos exames complementares para os usuários hipertensos e diabéticos na UBS.

✓ Ação: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Detalhamento: É garantida pela Secretária de Saúde a agilidade na realização dos exames complementares.

✓ Ação: Estabelecer sistema de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: O GMA será o encarregado de monitorar e alertas sobre os exames complementares preconizados.

Eixo de Engajamento Público:

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

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

Detalhamento: Serão orientados tanto os usuários como a comunidade toda sobre a necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados, durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema e na consulta médica e de enfermagem.

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

✓ Ação: Capacitar aos profissionais da equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares. Detalhamento: Será capacitada toda a equipe sobre a solicitação de exames complementares segundo o protocolo estabelecido.

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

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

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

✓ Ação: Monitorar o acesso medicamentos da farmácia Popular/ Hiperdia.

Detalhamento: Será indicada a necessidade de priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia Popular/ Hiperdia para estes usuários na capacitação sobre o tratamento da HAS e o DM.

Eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

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

Detalhamento: Será realizado o controle do estoque de medicamentos pelo menos 1 vez por mês.

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

- ✓ ✓ Ação:

- ✓ Manter um registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

- ✓ Detalhamento: Será mantido o registro das necessidades de medicamentos dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS.

- ✓ Eixo de Engajamento Público:

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

Detalhamento: Serão orientados tanto os usuários como a comunidade toda sobre os direitos dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular e as possíveis alternativas para obter este acesso, durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema, e na consulta médica e de enfermagem.

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

- ✓ Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento de Hipertensão.

Detalhamento: Serão capacitados todos os profissionais da equipe pelo médico no tratamento de Hipertensão.

- ✓ Ação: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da farmácia Popular/ Hiperdia.

Detalhamento: Será capacitado tudo a equipe para orientar aos usuários sobre as possíveis alternativas para ter acesso aos medicamentos na farmácia Popular/Hiperdia.

Meta 2.7: Realizar avaliação das necessidades de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8: Realizar avaliação das necessidades de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

✓ Ação: Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Para fazer este monitoramento será usada a FAHD com o item “Necessidade de atendimento odontológico” acrescentado.

Eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

✓ Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários hipertensos e diabéticos.

✓ Ação: Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Será organizada a agenda de saúde bucal com o odontólogo da UBS para a realização do atendimento dos usuários com necessidade deste tipo de atenção.

Eixo de Engajamento Público:

✓ Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Serão orientados tanto os usuários como a comunidade toda sobre a importância de realizar a avaliação da saúde bucal, durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema, e na consulta médica e de enfermagem.

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

✓ Ação: Capacitar aos profissionais da equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Será capacitada toda a equipe sobre a avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

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

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

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

Detalhamento: Para fazer este monitoramento será usada a FAHD com o item “Consultas Programadas” acrescentadas.

Eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

✓ Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os usuários faltosos.

Detalhamento: Se realizaram com uma periodicidade de uma vez por semana visitas domiciliar para buscar os pacientes faltosos.

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

Detalhamento: Será organizada a agenda para que permita acolher os usuários hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Eixo de Engajamento Público:

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

Detalhamento: Serão orientados tanto os usuários como a comunidade toda sobre a importância da realização das consultas médicas mediante folder com informações referentes ao tema, e na consulta médica e de enfermagem.

✓ Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrerem vasão dos portadores de hipertensão e diabetes (si houver número excessivo de faltosos).

Detalhamento: Será escutada a comunidade sobre suas possíveis estratégias para não ocorrerem vasão dos portadores de hipertensão e diabetes.

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

Detalhamento: Serão orientados tanto os usuários como a comunidade toda sobre a periodicidade estabelecida das consultas medica, mediante folder com informações referentes ao tema, e na consulta médica e de enfermagem.

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

✓ Ação: Capacitar aos profissionais para a orientação dos hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Será capacitada toda a equipe sobre como realizar a orientação dos usuários hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

✓ Ação: Monitorar a qualidade dos registros dos hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS.

Detalhamento: Serão definidos uns responsáveis do monitoramento das ações do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus na unidade de saúde, que estará encarregado pela revisão dos prontuários e outros documentos para garantir a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS.

Eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

✓ Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: Manter as informações do SIAB atualizadas.

✓ Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: Será implantada a FAHD, na qual serão acrescentados alguns itens adicionais que permitam um maior controle.

✓ Ação: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto exista 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: O responsável será o encarregado de alertas à equipe quando exista atraso na realização de consulta de acompanhamento, 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.

Eixo de Engajamento Público:

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

Detalhamento: Serão orientados tanto os usuários como a comunidade toda sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se fora necessário, durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema, e na consulta médica e de enfermagem.

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

✓ Ação: Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos.

✓ Ação: Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Detalhamento: Será capacitada toda a equipe sobre o registro adequado dos procedimentos clínicos e o preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos.

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.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

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

Detalhamento: Para este monitoramento será usada a FAHD com o item “Estratificação de risco Cardiovascular” acrescentado.

Eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

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

✓ Ação: Organizar agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Será organizada a agenda de turnos para priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Eixo de Engajamento Público:

✓ Ação: Orientar os usuários sobre seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

✓ Ação: Esclarecer aos usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle dos fatores de risco modificáveis (como hábitos alimentares, hábitos tóxicos, etc.).

Detalhamento: Serão orientados tanto os usuários como a comunidade toda sobre a importância do adequado controle dos fatores de risco durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema, e na consulta médica e de enfermagem.

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

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

Detalhamento: Será capacitada toda a equipe sobre como realizar a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

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

Detalhamento: Será capacitada toda a equipe sobre a importância do registro desta avaliação.

✓ Ação: Capacitar a equipe quanto às estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Detalhamento: Será capacitada toda a equipe sobre as estratégias para o controle dos fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6. Promover saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

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

Detalhamento: O responsável definido será o encarregado pelo monitoramento das ações do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e o .Diabetes Mellitus na unidade de saúde, incluindo as atividades de orientação nutricional aos usuários hipertensos e diabéticos.

Eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

- ✓ Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- ✓ Ação: Demandar junto ou gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: Serão realizadas as práticas coletivas com os grupos com atividades sobre alimentação saudável, envolvendo nutricionistas nestas atividades.

Eixo de Engajamento Público:

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

Detalhamento: Serão orientados tanto os usuários, familiares, como a comunidade sobre a importância da alimentação saudável durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema, e na consulta médica e de enfermagem.

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

- ✓ Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e sobre metodologias de educação em saúde.
- ✓ Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Será capacitada toda a equipe sobre práticas de alimentação saudável e sobre a metodologia de educação em saúde.

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

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

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

- ✓ Ação: Monitorar a realização de atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: O responsável definido será o encarregado pelo monitoramento das ações do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na unidade de saúde, incluindo as atividades de orientação da prática de atividade física regular.

Eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

- ✓ Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- ✓ Ação: Demandar junto ou gestor parcerias institucionais para envolver a educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: Serão realizadas as práticas coletivas com os grupos com atividades sobre orientação de atividade física envolvendo a educadores físicos nestas atividades.

Eixo de Engajamento Público:

- ✓ Ação: Orientar os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Serão orientados tanto os usuários, familiares, como a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema, e na consulta médica e de enfermagem.

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica: ✓ Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

- ✓ Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a prática de atividade física regular e sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Será capacitada toda a equipe sobre as metodologias de educação em saúde.

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

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

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

- ✓ Ação: Monitorar a realização de orientação sobre os riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: O responsável definido será o encarregado pelo monitoramento das ações do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus na unidade de saúde, incluindo as atividades de orientação sobre os riscos do tabagismo.

Eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

✓ Ação: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do “abandono ao tabagismo”. Detalhamento: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do “abandono ao tabagismo” será comprado o tratamento pelo gestor.

Eixo de Engajamento Público:

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

Detalhamento: Serão orientados os usuários hipertensos e diabéticos sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema, e na consulta médica e de enfermagem.

Eixo de Qualificação Da Prática Clínica:

✓ Ação: Capacitar a equipe para o tratamento dos usuários tabagistas.

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

Detalhamento: Será capacitada toda a equipe sobre o tratamento dos usuários tabagistas e sobre as metodologias de educação em saúde.

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

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

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

✓ Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: O responsável definido será o encarregado pelo monitoramento das ações do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus na unidade de saúde, incluindo as atividades de orientação sobre higiene bucal.

Eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

✓ Ação: Organizar tempo médio de consulta com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Serão organizadas consultas individuais com a finalidade de fornecer orientações sobre higiene bucal.

Eixo de Engajamento Público:

✓ Ação: Orientar os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Serão orientados tanto os usuários hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal, durante as atividades feitas no acolhimento, mediante folder com informações referentes ao tema, e na consulta médica e de enfermagem.

Eixo de Qualificação de Prática Clínica:

✓ Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Será capacitada toda a equipe sobre as ferramentas necessárias para oferecer orientações de higiene bucal.

Logística

Para realizar a intervenção na ação programática de atenção a Hipertensão e Diabetes na unidade de Saúde de Nicolau Madureira, a equipe vai adotar como Protocolo os Cadernos nº 36 e 37 do Departamento de Atenção Básica Estratégia para o Cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, respectivamente, publicados em 2013.

De acordo com o Caderno de Ações Programáticas para a população de 2214 pessoas, tem-se a estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de 232 e para os diabéticos se tem uma estimativa de 33 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área.

Os instrumentos de registros específicos dos atendimentos e das ações realizados adotados pela equipe serão: Prontuários individuais, Ficha-espelho (individual), Cartão de Hipertensão e Diabetes e o Livro de Registro e Ficha de Atendimento em Saúde Bucal.

Para atualização dos dados de mapeamento da população de Hipertensos e Diabéticos também se usará dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (Ficha A) e da ficha-B hipertensos e diabéticos dos ACS, mas como não se tem agentes comunitários suficientes será utilizada pelo demais profissionais da unidade de saúde.

A ficha espelho não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal, realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, exames complementares periódicos em dia, exame físico dos pés, palpação dos pulsos tibial posterior e pedios, medida da sensibilidade dos pés, necessidade de encaminhamento para especialistas ou outro nível do sistema, orientações recebidas e participação de atividades educativas.

Far-se-á contato com os gestores municipais para dispor das fichas necessárias. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha de coleta de dados.

Para a organização das ações no Eixo de Monitoramento e Avaliação inicialmente se realizará um levantamento do número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à HA e o DM na UBS.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira e médica revisarão a ficha espelho e o livro de controle, identificando todos os hipertensos e diabéticos que vieram ao serviço nos últimos 4 meses. As profissionais localizarão os prontuários destes usuários e transcreverão todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho, ao mesmo tempo realizarão o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre acompanhamento de saúde bucal, realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, exames complementares periódicos em dia, exame físico dos pés, palpação dos pulsos tibial posterior e pedios, com medida da sensibilidade dos pés.

Para registro das informações de atendimento para viabilizar o monitoramento das ações se utilizará instrumentos de coleta de dados para uso dos profissionais da unidade o prontuário clínico individual e ficha espelho.

Se organizar o “arquivo específico” que proporcionará revisão semanal para monitoramento e isto certamente facilitará muito a busca dos faltosos.

Para a organização do arquivo os prontuários com ficha-espelho serão organizados pela médica e a enfermeira.

Estas fichas junto com o livro de registro de hipertensos e diabéticos serão revisadas pela médica e enfermeira semanalmente para monitorar indicadores de qualidade.

Nisso será monitorado a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos / diabéticos, a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertenso / diabéticos bem como sobre a periodicidade recomendada para estes exames. Também serão monitorados semanalmente os hipertensos / diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Deve-se também monitorar o acesso dos diabéticos e hipertensos a medicamentos da Farmácia Popular.

Também será monitorado o livro de registros, onde se registra a aferição da PA e realização de Glicemia capilar de todos os usuários maior de 18 anos que frequentem a UBS, para isto se utilizara folhas, canetas, esfigmomanômetro, estetoscópio, aparelho para realizar Glicemia capilar, se realizará diário e será feito por enfermeira, médico e técnica em enfermagem.

Para monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) de hipertensos e diabéticos e estabelecer os faltosos a consulta, serão revisados os registros da ficha-b hipertensos e diabéticos pela enfermeira que nos informará na reunião semanal da equipe e será agendada a próxima consulta ou visita domiciliar.

Será analisado o livro de registro de hipertensos e diabéticos, com o objetivo que todos os usuários cadastrados tenham sua ficha de acompanhamento revisada de forma mensal.

No monitoramento de estratificação do risco cardiovascular em diabéticos e hipertensos, será revisado pela médica nos dias indicados para o atendimento de hipertenso e diabético no prontuário individual segundo protocolo que deve

ser realizado ao menos uma vez ao ano a todos os usuários e os que não tenham sido feita essa avaliação, será feita durante a consulta médica.

Mensalmente a enfermeira e a médica examinarão as fichas espelho, ficha e planilha de monitoramento para acompanhamento das metas e indicadores da Intervenção.

Os dados coletados serão colocados em uma planilha para análise (Planilha de Acompanhamento de Coleta de Dados).

O Monitoramento dos dados será realizado semanalmente e discutido com a equipe os resultados mensalmente ou quando se fizer necessário nas reuniões semanais.

Inicialmente organizaremos o processo de trabalho da equipe de forma que através da “agendas compartilhadas” e acolhimento adequado possamos priorizar o atendimento dos Hipertensos e Diabéticos da área de abrangência da equipe. Buscaremos priorizar o atendimento destes sem deixar de atender à comunidade nas demais ações programáticas típicas da Atenção Primária à Saúde (APS).

A médica e a enfermeira farão busca ativa de todos hipertensos e diabéticos da área de abrangência. Em todas as visitas domiciliares se deverá informar sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus da unidade de saúde bem como sobre a importância de aferir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, bem como sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

O cadastramento durante a intervenção será realizado pela médica e enfermeira na consulta clínica na UBS ou em visita domiciliar.

O acolhimento à demanda espontânea de hipertensos e diabéticos será realizado pela técnica de enfermagem. Aqueles com atraso em consulta com problemas agudos serão atendidas no mesmo turno para agilizar o tratamento de intercorrências. Aqueles que buscam consulta de rotina terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que 7 dias.

Semanalmente a enfermeira fará busca ativa dos cadastrados que não tiverem comparecido no serviço na data da consulta programada agendada.

Devemos assegurar com a gestão municipal de saúde a garantia da agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, bem como

o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos da Farmácia Popular para os Hipertensos e Diabéticos.

Devemos buscar também junto à gestão assegurar o encaminhamento do hipertenso e diabético a exames complementares a outros níveis do sistema.

Devemos organizar as agendas da médica, enfermeira e odontólogo para acolher a demanda referenciada destes usuários das demandas espontânea, bem como das provenientes das buscas ativas.

Devemos organizar a agendada equipe compartilhada com a equipe de saúde bucal de forma que possam garantir o atendimento em saúde bucal para os hipertensos e diabéticos, principalmente quando demandado pela avaliação da necessidade de atendimento odontológico após avaliação da médica e da enfermeira da equipe.

Buscaremos incentivar a equipe para o encaminhamento ao cirurgião dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para este público alvo.

A médica e a enfermeira semanalmente nas visitas domiciliares farão busca ativa dos faltosos às consultas clínicas para os atendimentos odontológicos e organizarão a agenda para acolher esses usuários.

Para sensibilizar a comunidade será realizado reuniões nas associações de moradores, nas igrejas da área abrangente e nas escolas, onde se informará a população sobre a existência do programa de atenção à hipertensão arterial e diabetes da UBS e solicitará o apoio aos mesmos para o rastreamento de hipertensos e diabéticos, orientando-os sobre os fatores de riscos de desenvolvimento dessas doenças. Orientar os usuários e a comunidades quanto aos riscos cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e do diabetes, e a necessidade de realização de exames complementares.

Sensibilizar os usuários e a comunidade sobre a importância de assistir às consultas. Estas atividades se realizarão em palestras, conversas, grupos, onde serão responsáveis a médica e a enfermeira, além da participação da equipe.

Capacitar aos ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realização das consultas e sua periodicidade.		x		x		x											

Referencias bibliográficas

Noronha Henriquel Nathalia; Da Silva Costal Priscila; Lopes Viletil Juliana; De Macedo Corrêal Maria Clara; Carneiro Carvalholl Eloá. Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus: Um Estudo sobre os Programas de Atenção Básica. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2008 abr/jun; 16(2):168-73.

Cavalcante dos Santos Jênifa , Magalhães Moreira Thereza Maria . Fatores de Risco e Complicações em Hipertensos/Diabéticos de uma Regional Sanitária do Nordeste Brasileiro. Rev Esc Enferm USP 2012; 46(5):1125-1132 www.ee.usp.br/reeusp/.

Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes. Morbidade Auto Referida Segundo o VIGTEL, 2009; Cadastro de Portadores do SIS-HIPERDIA, 2010. Janeiro/2011.

Estratégia para o Cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, Cadernos nº 36 e 37 do Departamento de Atenção Básica, 2013.

Rosa Barros Márcio. Universidade Federal de Minas Gerais; Curso de Especialização. Estratégia Saúde da Família. Controle de Hipertensos e Diabéticos: Estratégias para atenção Básica. Trabalho de Conclusão de Curso Apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista. Orientador Prof.^a. ME.

Janine Valéria Silva Tenório Faria. Governador Valadares/ MG 2015. Aprovado em Belo Horizonte em 9 de Fevereiro de 2015.

Estratégia para o Cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, Cadernos nº 36 do Departamento de Atenção Básica, 2013. Da Fonseca Simas Keith Bullia ; Passos Simões Patrícia ; Gomes Andréia Patrícia ; Do Amaral Zils Costa Aline ; Gomes Pereira Claudia ; Siqueira-Batista Rodrigo. (Bio) ética e Atenção Primária à Saúde: estudo preliminar nas Clínicas da Família no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5): 1481-1490 2016. Soares Sousa Carvalho Filha Francidalma; Tolstenko Nogueira Lídy; Guadalupe Medina Maria. Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários. *SAÚDE DEBATE*, RIO DE JANEIRO, V. 38, N. ESPECIAL, P. 265-278, OUT 2014.

Silveira Lauren; Rodriguez Andressa; Goulart Márcia²; Fagundas Pâmela; Schmitt Raquel; Limberger Jane Beatriz. Hipertensão e Diabetes: Um Estudo de Caso Clínico. Trabalho de Pesquisa _UNIFRA.

Cavalcante dos Santos Jênifa; Magalhães Moreira Thereza Maria. Fatores de risco e complicações em hipertensos/ diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(5): 1125-1132 www.ee.usp.br/reeusp/.