



Pós-Graduação em
**Atenção Básica
em Saúde da Família**



MARIELA ELIZABETH LUCERO

**DIAGNOSTICO E CONTROLE DE DIABETES *MELLITUS* E
HIPERTENSÃO ARTERIAL : INTERVENÇÃO EDUCACIONAL E
TERAPÊUTICA INDIVIDUAL E COLETIVA.**

**CAMPO GRANDE / MS
2014**

MARIELA ELIZABETH LUCERO

**DIAGNOSTICO E CONTROLE DE DIABETES *MELLITUS* E
HIPERTENSÃO ARTERIAL : INTERVENÇÃO EDUCACIONAL E
TERAPÊUTICA INDIVIDUAL E COLETIVA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul como
requisito para obtenção do título de Especialista em
Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientador(a): Prof.^(a) Silvana Dias Corrêa Godoi

CAMPO GRANDE / MS
2014

DEDICATÓRIA

A minha família, meu esposo Adrian Marcelo, e minha filha Camila Jazmin que sempre estiveram ao meu lado me apoiando para não desistir, a minha mãe Susana que hoje não está entre nós e devo a ela todo o que tenho logrado ate hoje, que sem sua educação e carinho não teria conseguido concretizar meus sonhos, a mis amigos que são como minha própria família que sempre acreditaram em mim.

AGRADECIMENTOS

A todos os que colaboraram para poder realizar o trabalho principalmente a minha equipe de saúde: à Coordenadora da unidade Enfermeira Karine dos Santos Costa, aos 3 Técnicos de Enfermagem: Maiby Pinto dos Santos, Gilvan Santos Souza e Rosangela Lourdes Ramos, aos 9 ACS: Veridiane Amorin dos Santos, Lucineide Da Conceição Silva Pereira, Alexsandro Pereira Batista, Altamira Farias, Ana Rita Silva Santos, Ana Claudia Oliveira, Alican Mercedes Santana, Joina Ramos Nunes dos Santos e Luzinilda Santos Barreto, 1 Fisioterapeuta: Kauê Couto Galvão.

"Nunca deixe que alguém te diga que não pode fazer algo. Nem mesmo eu. Se você tem um sonho, tem que protegê-lo. As pessoas que não podem fazer por si mesmas, dirão que você não consegue. Se quer alguma coisa, vá e lute por ela. Ponto final."

RESUMO

A hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus são duas doenças muito freqüentes no mundo inteiro, com alta morbimortalidade e perda importante da qualidade de vida o que denota a importância do diagnóstico precoce e reforçar ações para a adesão ao tratamento. O presente trabalho propôs a criação de um plano de intervenção a ser aplicada pela unidade de Estratégia de Saúde Familiar (ESF) Graça, em Valença, Bahia no período de 01 de Dezembro de 2013 aos 15 Agosto de 2014. O objetivo do mesmo foi melhorar a qualidade de vida dos pacientes mediante o controle dos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Para abordagem dos pacientes se realizou o atendimento médico, mapeamento da pressão arterial, exames de laboratório, calculo do IMC, encaminhamento ao especialista (nutricionista, cardiologista) para casos específicos, educação alimentar por médio de dietas entregadas em cada consulta, palestras, atividades organizadas junto com o NASF, agendamento de consultas conforme prioridade, cadastro no HIPERDIA. Durante o desenvolvimento do projeto tivemos algumas limitações. A partir da execução do plano de ação proposto se logrou fazer participe aos indivíduos como parte importante na melhora de sua saúde com a incorporação de hábitos de vida saudável. Acredita-se que conseguindo estabelecer uma boa relação médico paciente, enfermeiro paciente e fortalecer o vínculo entre a unidade de saúde e a população poderão se obter melhores resultados e melhoras na qualidade de vida dos pacientes e conseqüentemente diminuir as morbidades ocasionadas por o mal controle dessas doenças.

Palavras-chave: Hipertensão, Diabetes, Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

Arterial hypertension and diabetes mellitus are two very common diseases worldwide, with high morbidity and mortality and significant loss of quality of life which demonstrates the importance of early diagnosis and strengthen actions for compliance. This paper proposed the creation of an action plan to be implemented by the Strategy Unit of Family Health (ESF) Grace, in Valencia, Bahia in the period from 1 December 2013 to 15 August 2014. The purpose of that was to improve the quality of life of patients by controlling people with Hypertension and Diabetes Mellitus. To evaluate patients held medical care, blood pressure mapping, laboratory tests, BMI calculation, referral to a specialist (nutritionist, cardiologist) for specific cases, food education by means of diets delivered at each visit, lectures, organized activities along with the NASF, scheduling appointments as priority registration in HIPERDIA. During the development of the project had some limitations. From the implementation of the proposed plan of action was achieved to participate to individuals as an important part in improving your health by incorporating healthy lifestyle habits. If you believe that it established good doctor patient, patient nurse and strengthen the bond between the health unit and the population will be able to achieve better results and improvements in quality of life of patients and consequently reduce morbidity caused by the evil control of these diseases.

Keywords: Hypertension, Diabetes, Health Strategy for the Family.

SUMÁRIO

1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS.....	10
1.1 Introdução.....	10
1.2 Objetivos: Geral e Específicos.....	12
2 ANÁLISE ESTRATÉGICA.....	12
2.1 Implantação E Descrição e Avaliação Da Intervenção.....	16
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS.....	24
APENDICE A.....	25
APENDICE B.....	26
APENDICE C.....	27
APENDICE D.....	28
APENDICE E.....	29
ANEXO A.....	30
ANEXO B.....	31
ANEXO C.....	32
ANEXO D.....	33
ANEXO E.....	34
ANEXO F.....	35

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Variáveis demográficas residenciais Urbana da Equipe de Saúde da Família (ESF) Graça, 2013-2014.....	13
Quadro 2 Caracterização das condições de Vida da População Cadastrada na Equipe de Saúde da Família Graça, 2013-2014 (SIAB).	15
Quadro 3 Relação das doenças mais prevalentes na População Cadastrada na Equipe de Saúde da Família Graça, 2013-2014.	16
Quadro 4 Doenças prevalentes em ordem de freqüência de maior a menor aparição, 2013-2014.	17
Quadro 5 Operações estratégicas a serem desenvolvidas para viabilizar os recursos críticos necessários para o desenvolvimento de suas operações, 2013-2014.	19
Quadro 6 Plano Operativo do Grupo, 2013-2014.	20
Quadro 7 Acompanhamento e gestão do Plano, 2013-2014.	21

LISTA DE GRAFICOS

Gráfico 1 Variáveis demográficas da População Cadastrada na Equipe de Saúde da Família Graça divida por Sexo, 2013-2014.	14
Gráfico 2 População com maior risco na População Cadastrada na Equipe de Saúde da Família Graça, 2013-2014	14
Gráfico 3 Relação das doenças mais prevalentes na População Cadastrada na Equipe de Saúde da Família Graça, 2013-2014.	16

1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

1.1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi proposto a partir da problemática da quantidade de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus presentes na área de abrangência da Equipe Básica de Saúde da Graça Valença Bahia no período de 01 de Dezembro de 2013 ao 15 Agosto de 2014.

O Brasil conta com o programa SUS que garante o atendimento universal, igualitário para todos os pacientes e possui programas que visam melhorar controle das doenças como o “SIS-HiperDia, que é um sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos, que são captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à HAS e ao DM¹”, em todas as unidades Básicas de Saúde (UBS) ferramenta muito importante para a realização do presente projeto.

A Hipertensão A Arterial Sistêmica é um grave e freqüente problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil chega a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos². A prevalência de Diabetes Mellitus nos países da América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, em 2030. Nos países europeus e Estados Unidos (EUA) este aumento se dará com maior freqüência nas faixas etárias mais avançadas devido ao aumento na expectativa de vida enquanto que nos países em desenvolvimento este aumento ocorrerá em todas as faixas etárias, sendo que no grupo de 45 a 64 anos, a prevalência será triplicada e, duplicada nas faixas etárias de 20 a 44 anos e acima de 65 anos³.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce e tratamento oportuno visando aprofundar na adesão ao

¹ Carvalho C. G. Assistência de enfermagem aos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus: educação em saúde no grupo hiperdia, 2012, p. 39

² Sociedade Brasileira De Cardiologia, 2010, p. 8-9

³ International Diabetes Federation, 2012 apud Ministério de Saúde, 2013, Caderno 36, p. 19.

tratamento. O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada, e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na Atenção Básica (AB). Além do diagnóstico precoce da Hipertensão Arterial Sistêmica e da Diabetes Mellitus, o acompanhamento efetivo dos casos pelas equipes da Atenção Básica é fundamental para evitar as complicações cardiovasculares e desfechos como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), problemas renais, entre outros⁴.

O nome “Diabetes Mellitus” (DM) faz menção a um transtorno metabólico multicausal, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina⁵.

Existem no município de Valença 5430 pacientes cadastrados no sistema do HIPERIDIA DATA SUS, na área de abrangência da Unidade de Saúde representam um 8% do total de pacientes registrados, número muito baixo comparado com a realidade devido a um sub-cadastro por falta de conhecimento por parte dos pacientes que padecem a doença e dedicação por parte das equipes para realizar uma busca ativa dos portadores dessas enfermidades tão freqüentes. Se pode observar também um aumento e prevalência dos pacientes portadores de hipertensão arterial devido ao aumento da expectativa de vida.

O presente projeto teve por objetivo principal o controle das duas doenças tentando levar a maior quantidade de pacientes os níveis pressóricos e de glicemia para dentro dos parâmetros normais.

Trata-se de um estudo observacional e de acompanhamento dos pacientes mediante consultas feitas pelo médico, enfermeiro, cadastro do HIPERDIA, apoio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), o NASF com o apoio das atividades físicas e nutricionais, acompanhamento com especialista em nutrição, avaliação de risco cardiovascular.

⁴ Ministério Da Saúde, 2013, Caderno Atenção Básica 37, p. 29.

⁵ World Health Organization, 1999, p. 2

1.2 OBJETIVOS

O presente projeto tem como objetivos gerais gerar consciência para adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico com o fim de evitar morbimortalidade pelas doenças. Os objetivos específicos são: a) detecção precoce de novos hipertensos e diabéticos, b) por meio de avaliação e controle conseguir controlar os valores pressóricos para dentro da normalidade, c) diminuir as morbidades por essas doenças, d) incentivar à população para realização de atividade física, abandono do sedentarismo e adoção de alimentação saudável, e) educar a população sobre as doenças e suas formas de preveni-las.

2 ANÁLISE ESTRATÉGICA

O trabalho terá uma abordagem quali-quantitativa do tipo exploratório e descritivo, será inserido no campo da Saúde Pública, cuja meta será à detecção precoce e o tratamento específico dos pacientes portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes na Unidade de Saúde da Família Graça da cidade Valença, Bahia no período do 01 de dezembro 2013 ao 15 de agosto de 2014.

A população deste estudo foram pacientes portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus de ambos os gêneros, independente de nível social, escolaridade e etnias, atendidas na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde da Graça, Valença, Bahia.

Foram estabelecidos como critério de inclusão pacientes diagnosticados Hipertensos e Diabéticos e aqueles inseridos no programa do HIPERDIA, entre a faixa etária entre 20 e 94 anos, com valores pressóricos acima de 140 mmHg para Pressão Sistólica e 85 mmHg para Pressão Diastólica e valores glicêmicos em Jejum de 126 mg/dL. Foram excluídos os que não possuíram o diagnóstico acima citados, os que abandonaram o tratamento e aqueles que não preencheram os critérios de inclusão.

Os instrumentos de pesquisa que serão adotados para coleta de dados são: ficha de atendimento individual, a ficha D, PMA2, ficha de Referência/Contra-referência (ANEXO A, B, C, D, E, F).

A análise de dados se dará através de cálculo de frequência simples, sendo apresentados por meio de gráficos e quadros descritivos. Para confeccionar os quadros será utilizado o editor de texto Microsoft Office Word (Version 2007) e do gráfico, o programa Microsoft Office Excel (Version 2007). Cada gráfico e quadros abordados estão seguidos de explicações pertinentes aos dados coletados.

A pesquisa contemplará o artigo VI do Código de Ética dos profissionais Médicos contidos na Resolução CFM Nº 1931/2009, VI⁶ - O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

Para começar a trabalhar no projeto o primeiro passo será conhecer as Características Demográficas da População e a quantidade de pessoas cadastradas na Unidade Básica de Saúde Graça, Valença, Bahia.

Quadro 1 Variáveis demográficas residenciais Urbana da Equipe de Saúde da Família (ESF) Graça, 2013-2014.

Variáveis demográficas residências URBANAS ESF GRAÇA, 2013-2014 (SIAB)	
População cadastrada dividida por Sexo	Numero
Feminino menor 1 até 14 anos	464
Feminino de 15 até maior de 60 anos	1971
Mulher na idade Fértil	1152
Total Feminino	2435
Masculino menor 1 até 14	369
Masculino de 15 até maior de 60 anos	1540
Total Masculino	1909
Total população	4344

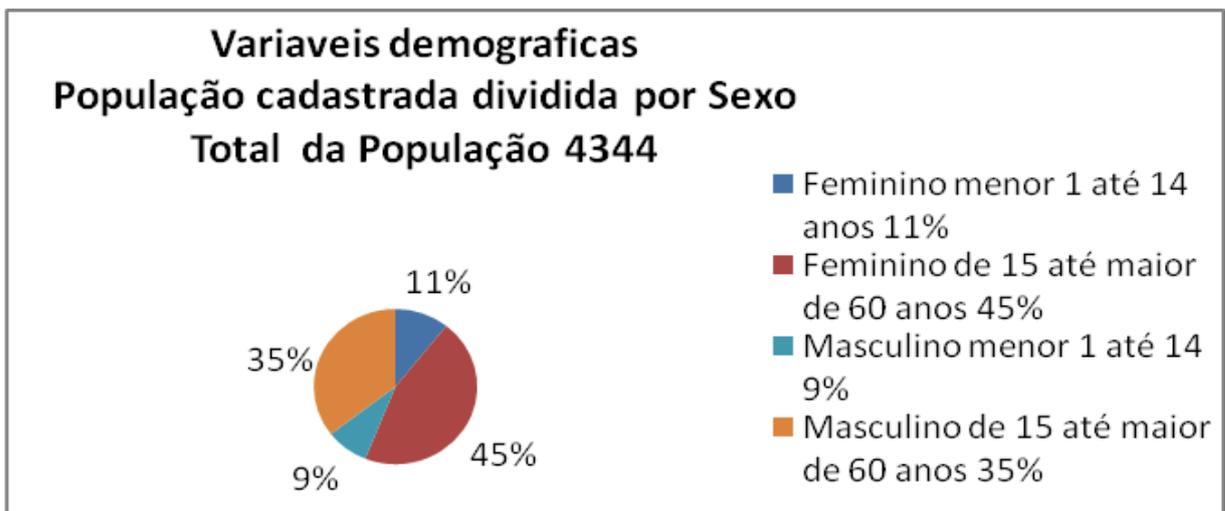
⁶ Conselho Federal De Medicina. Resolução CFM Nº 1931/2009. Código de Ética dos Profissionais Médicos. Brasília, DF.

Famílias cadastradas

1319

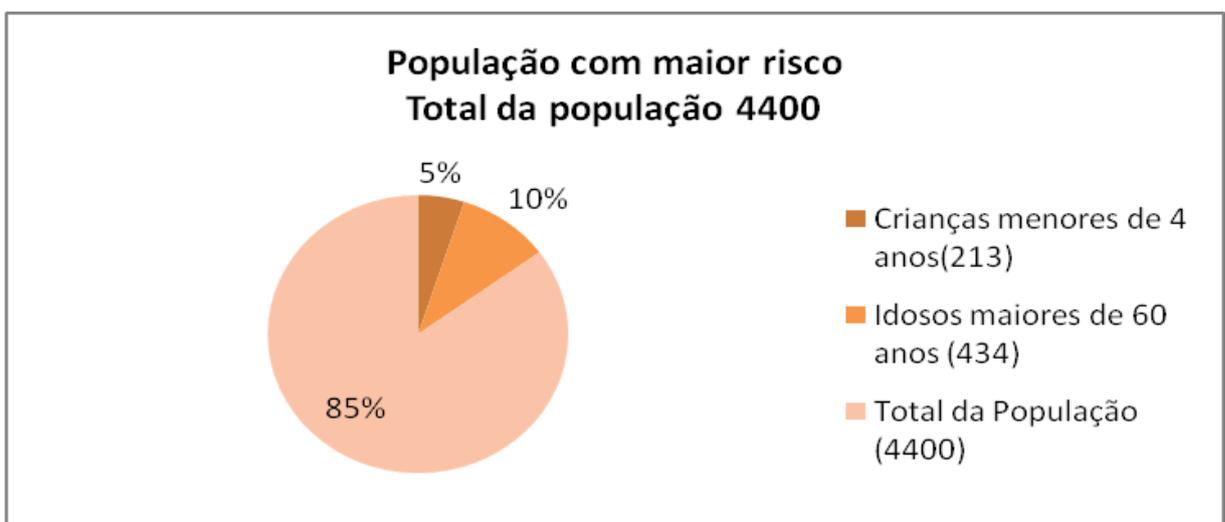
Fonte: Dados da Pesquisa

Gráfico 1 Variáveis demográficas da População Cadastrada na Equipe de Saúde da Família Graça dividida por Sexo, 2013-2014.



Fonte: Dados da pesquisa.

Gráfico 2 População com maior risco na População Cadastrada na Equipe de Saúde da Família Graça, 2013-2014.



Fonte: Dados da pesquisa.

É preciso conhecer o ambiente e as características socioeconômicas da população em estudo para analisar as condições de vida de cada indivíduo e os riscos aos que estarão expostos.

Quadro 2 Caracterização das condições de Vida da População Cadastrada na Equipe de Saúde da Família Graça, 2013-2014 (SIAB).

Grau de Alfabetização	Numero	Porcentagem	
7 a 14 anos na escola	493	11%	
15 anos e mais alfabetizados	3388	77%	
Sem alfabetização	519	12%	
Caracterização das condições de vida			
Tratamento água no domicílio		Destino de Fezes e Urina	
Filtração	1024	Sistema de esgoto	1194
Fervura	14	Fossa	11
Cloração	20,02	Céu aberto	114
Sem Tratamento	17	Destino do Lixo	
Abastecimento de água		Coleta pública	1296
Rede pública	1318	Queimado enterrado	3
Poço ou nascente	1	Céu aberto	20
Outros	0		
N. Famílias no Bolsa Família	15		
Pessoas cobertas com plano de Saúde	402		
Tipo de casa			
Tijolo/ Adobe	1250		
Taipa revestida	0		
Taipa não revestida	2		
Madeira	60		
Material aproveitado	5		
Outros	2		
Energia elétrica	1314		
Sem energia elétrica	5		

Fonte: Dados da pesquisa

As doenças mais prevalentes no ESF no período de 01 dezembro de 2013 até 15 agosto de 2014 são os Hipertensos, Diabéticos, a relação dessas doenças está no quadro e gráfico a seguir. Além delas podemos encontrar em

menor freqüência Doenças Mentais (Depressão, Retraso Mental, Esquizofrenia, Ansiedade), Alcoolismo, Câncer, Artrose, uso de Drogas.

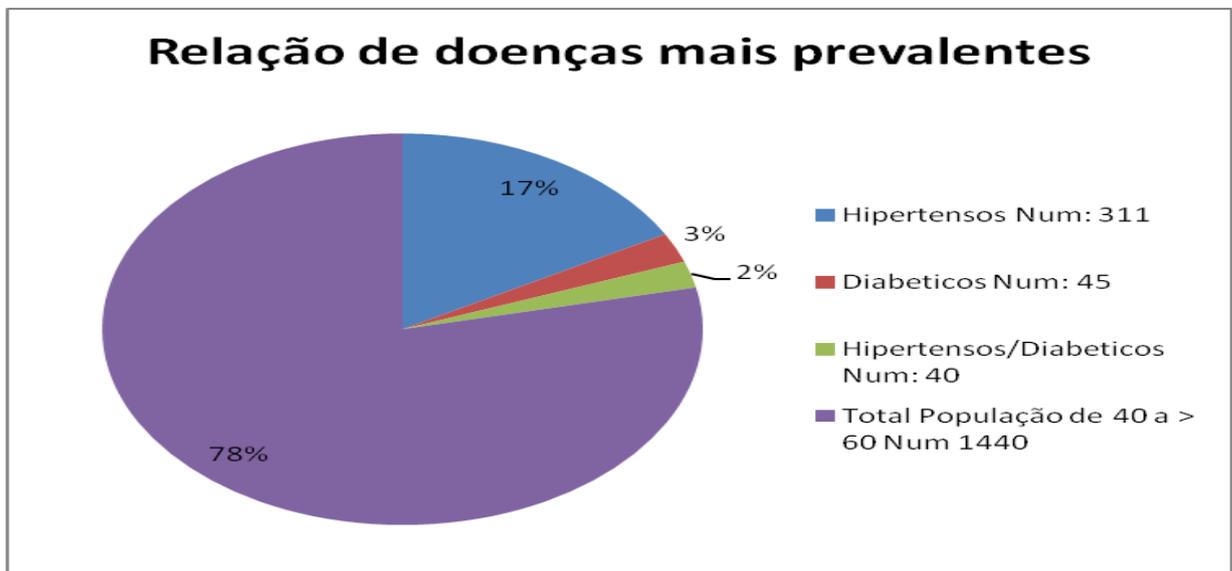
Quadro 3: Relação das doenças mais prevalentes na População Cadastrada na Equipe de Saúde da Família Graça, 2013-2014.

Relação de doenças mais prevalentes	Total
Hipertensos Num: 311	311
Diabéticos Num: 45	45
Hipertensos/Diabéticos Num: 40	40
Total População de 40 a > 60 Num 1440	1440

Fonte: Dados da pesquisa.

O total da população de estudo do presente projeto corresponde ao um total de 396 pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus ou ambas.

Gráfico 3 Relação das doenças mais prevalentes na População Cadastrada na Equipe de Saúde da Família Graça, 2013-2014.



Fonte: Dados da pesquisa.

2.1 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

O método de Trabalho será feito na forma de um Plano de ação que permitira organizar as tarefas de todos os integrantes do projeto para a concretização do mesmo.

Os critérios utilizados pela autora para escolher o problema para trabalhar no Projeto de Intervenção serão a quantidade de pessoas portadoras da doença, mal uso da medicação, mal hábitos alimentares, excesso de peso, sedentarismo, baixa adesão ao tratamento. Será feito um levantamento das doenças mais prevalentes na Unidade de Saúde Graça, Valença, Bahia onde se desenvolve o presente trabalho serão recuperadas de diferentes fontes (SIAB/ Cadastro Da Equipe, HIPERDIA) como pode ser observadas no quadro a seguir (Apêndice D).

Quadro 4 Doenças prevalentes em ordem de frequência de maior a menor aparição, 2013-2014.

DOENÇAS EM ORDEM DE FREQUENCIA	FONTE
HIPERTENSAO	SIAB/ CADASTRO DA EQUIPE, HIPERDIA
DIABETES	SIAB/CADASTRO DA EQUIPE/ HIPERDIA
DISTURBIO MENTAL ANSIEDADE/DEPRESÃO/RETRASO MENTAL/ESQUIZOFRENIA	CADASTRO DA EQUIPE
PARASITOSSES	CADASTRO DA EQUIPE
ARTROSE/OSTEOPOROSE/DORES CRONICOS DO APARELHO OSTEOMIOARTICULAR	CADASTRO DA EQUIPE
DROGAS/ALCOOLISMO	SIAB/ CADASTRO DA EQUIPE
CANCER	CADASTRO DA EQUIPE
TUBERCULOSE (SUSPEITA)	CADASTRO DA EQUIPE

Fonte: Dados da pesquisa

O problema que será selecionado é pela sua alta frequência, parâmetros que influem na apresentação da doença possivelmente modificáveis trabalhando junto com os pacientes e na comunidade fazendo ênfase na educação para prevenir a aparição, e na doença estabelecida se realizará acompanhamento e se instruirá o

tratamento indicado de acordo com cada paciente (tratamento não medicamentoso e medicamentoso) e realizará encaminhamento ao especialista se precisar (Anexo E-F).

Os resultados esperados serão diminuir a quantidade de aparecimento ou detecção precoce de novos hipertensos - diabéticos; controlar a pressão arterial e a glicemia para dentro dos valores normais (Apêndice C); diminuir a morbidade por essas doenças; controlar o aumento de peso e a obesidade; incentivar o abandono do Sedentarismo e estímulo para a realização de atividade física, gerar conhecimento sobre as doenças: Diabetes Mellitus e Hipertensão para criar consciência na prevenção.

Ações a programar: Educar a população para prevenção dessas doenças. Educação em nutrição (Apêndice A e B), e melhorar a qualidade de alimentação da população exposta para tentar diminuir o desenvolvimento da doença e para quem já padece a enfermidade evitar ao máximo possível o aparecimento das morbidades. Educar em quanto a uso de medicamentos, como devem ser usados, porque deve usar, qual é a importância de adesão ao tratamento. Incentivar a realização de atividades física para melhoria da qualidade de vida em parceria com o NASF (Apêndice E e F). Realizar consultas e controles individualizados com os pacientes dependendo dos valores de PA para determinar a frequência delas.

Alguns nós críticos foram detectados na unidade como por exemplo a falta de médico para realização dos controles, exames de laboratórios, prescrição da medicação, seguimento, educação, confecção de receita para poder pegar os medicamentos, controle da alimentação e sedentarismo que conduzem a obesidade, dislipidemias, diabetes, eventos cardiovasculares; reativação do trabalho em equipe, cadastro dos hipertensos, diabéticos, programa do HIPERDIA, trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde em contato com os pacientes que mais precisam; a presença do analfabetismo que dificulta o entendimento do porque devem tomar a medicação, como devem tomar, explicar as doses; falta de medicação por parte do município.

O primeiro ponto a ser solucionado será a presença do médico na unidade para suprir essa demanda.

Se reativará o cadastro do HIPERDIA e será feito pela coordenadora da unidade com novos cadastros e recadastro antigos, a partir da presença do médico que poderá prover as receitas, os pacientes estarão mais motivados porque saberão que vão ter controle e que não vão ficar sem medicação, o apoio que será dado pelos Agentes Comunitários de Saúde à população para concorrer na unidade.

Se Reforçará a educação para de tomar os medicamentos associando aos horários das comidas, de manhã e noite, para suprir os horários específicos.

Será feito a comunicação para a coordenadora geral do município, o supervisor de Mais Médicos, para tentar resolver a falta de medicação, e se encaminhará aos pacientes à farmácia popular onde tem convenio para entrega da medicação de graça com o simples cadastro e com a apresentação do RG, CPF e comprovante de endereço mais a receita atualizada para entrega da medicação. Será realizado o planejamento das atividades de acordo ao quadro a seguir.

Quadro 5 Operações estratégicas a serem desenvolvidas para viabilizar os recursos críticos necessários para o desenvolvimento de suas operações, 2013-2014.

Nó crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos Necessários
Falta de Médico	Atualizar o programa Hiperdia e controle dos hipertensos e diabéticos	Otimizar o atendimento médico/enfermeira do Hiperdia	Controle do Hiperdia	Equipe toda
Alimentação e sedentarismo	Melhorar a qualidade de vida	Diminuir a quantidade de obesos, sedentarismo, dislipidemia no prazo de 1 ano	Programa de educação alimentar e atividade física	Trabalho em equipe, Nasf
Trabalho da equipe	Educar a população e incentivar a adesão de boa alimentação, realização de atividade física	População mais informada e acompanha em processo de aprendizagem de saúde	Palestras dentro da comunidade, Capacitação constante do medico enfermeiro, técnicos, e ACS	Trabalho em equipe em parceria com igrejas, escolas, e dentro da mesma unidade
Analfabetismo	Apoio e acompanhamento da equipe e o cuidador ou familiar ao paciente analfabeto.	Compreensão de como tomar a medicação, procurar assistência de família/vizinhos para a toma do medicamento	Melhora da adesão a toma da medicação	Apoio da equipe, dos ACS sobre todo para ter acesso as famílias e vizinhos

Falta de medicação no Município	Assegurar a disponibilidade de medicação na unidade	Disponibilidade de medicação na unidade	Conseguir ter a quantidade de medicação necessária para a população	Comunicar à secretaria de saúde, ao conselho de saúde, ao programa Mais Medico, a falta de medicamentos
---------------------------------	---	---	---	---

Fonte: Dados da pesquisa.

Será organizado o plano operativo da equipe para organizar as atividades a serem realizadas delimitando o tempo para cada atividade e como será feita a avaliação do plano operativo para poder realizar a proposta de acompanhamento e gestão do plano durante a concretização do seguinte projeto. Podem se observar mais amplamente as atividades nos quadros a seguir.

Quadro 6 Plano Operativo do Grupo, 2013-2014.

Operações	Resultados	Produtos	Operações estratégicas	Responsável	Prazo
Atualizar o programa Hipertensão e controle dos hipertensos e diabéticos	Otimizar o atendimento médico/enfermeira do hipertensão	Controle do Hipertensão	Agenda programada e demanda espontânea	Equipe toda	1 ano
Melhorar a qualidade de vida	Diminuir a quantidade de obesos, sedentarismo, dislipidemia no prazo de 1 ano	Programa de educação alimentar e atividade física	Agenda de palestras Educação Alimentar e aulas de Educação física	Médico Enfermeiro, técnicos de enfermagem Fisioterapeuta NASF	1 ano
Educar a população e incentivar a adesão de boa alimentação, realização de atividade física	População mais informada e acompanhada em processo de aprendizagem de saúde	Palestras dentro da comunidade, Capacitação constante do médico, enfermeiro, técnicos, e ACS	Acolher o paciente para que ele seja o relator dos seus hábitos	Médico Enfermeiro e técnicos de enfermagem Fisioterapeuta/NASF ACS	1 ano
Apoio e acompanhamento	Compreensão de como tomar a	Melhora da adesão a toma	Separar medicamentos	ACS	1 ano

da equipe e o cuidador ou familiar ao paciente analfabeto	medicação, procurar assistência de família/vizinhos para a toma do medicamento	da medicação	em sacolas coloridas de TNT conforme aos horários	Enfermeiro Médico NASF	
Assegurar a disponibilidade de medicação na unidade	Disponibilidade de medicação na unidade	Conseguir ter a quantidade de medicação necessária para a população	Realizar um relatório das medicações faltantes e apresentar na secretaria de saúde	Enfermeiro	2 meses

Fonte: Dados da pesquisa.

Se realizará o Acompanhamento e Gestão do Plano para tentar melhorar as atividades que não tinham sido realizadas até esse momento como pode se ver no quadro a seguir.

Quadro 7 Acompanhamento e gestão do Plano, 2013-2014.

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Diminuir a quantidade de obesos, sedentarismo, dislipidemia no prazo de 1 ano	Médico Enfermeiro, técnicos de enfermagem Nasf	1 ano	Nasf atividade física todas segundas feiras		
População mais informada e acompanha em processo de aprendizagem de saúde	Médico Enfermeiro e técnicos de enfermagem ACS	1 ano	Capacitação mensal por parte da equipe		
Compreensão de como tomar a medicação, procurar assistência de família/vizinhos para a toma do medicamento	ACS Enfermeiro Médico Cuidador Familiar	1 ano	Acompanhamento 2 vezes na semana do ACS, 1 vez no mês pelo enfermeiro, cada 3 meses pelo médico, se apresentar alteração pode ser consultado antes		
Disponibilidade de medicação na unidade	Enfermeiro	2 meses	Realização do relatório de medicamentos		

Fonte: Dados da pesquisa

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No transcurso do ano de trabalho tivemos vários problemas, o posto de saúde foi fechado desde o período de março até maio de 2014, o novo local de atendimento não atende as necessidades mínimas para trabalhar, foi alugada uma casa para o funcionamento da unidade de saúde com 3 quartos, uma sala de espera pequena só entram 9 cadeiras, uma mesa pequena para recepção e os armários para os arquivos, a sala de vacinas não estava funcionando porque não tinha o acondicionamento necessário (geladeira, ar condicionado de entre outros), não têm sala de curativos, em nenhuma das salas tem pia para lavar se as mãos, contem apenas um banheiro, tem sido implantado o recadastro das famílias já que tem uma área que passou para outro posto de saúde e outra começou a ser atendida pela nossa unidade, os agentes comunitários de saúde tem tido muito trabalho com o recadastramento impedindo lhes poder se focar diretamente no projeto e também com todas essas mudanças muitas pessoas não sabia bem o local de atendimento então todos esses problemas tem dificultado pôr o projeto de intervenção na prática.

Mas além dos inconvenientes falados anteriormente tem sido feito o atendimento médico e da enfermeira, e conseguido o atendimento da maioria dos pacientes.

Os pacientes que foram consultados a maioria não consegue compreender a importância de se cadastrar no programa do Hiperdia, mas tem tido boa aderência ao tratamento, e foram encaminhados à nutricionista, melhorando a qualidade da alimentação e tem tido boa resposta para realizar exercícios como caminhada ou academia de forma individual.

Com as poucas comodidades que oferece à unidade de saúde não conseguimos realizar palestras educativas com a parceria do NASF, sem ter o espaço para realizar atividade física que tinha sido programada para todas as segundas feiras ficou suspenso por não ter área propícia para isso.

Infelizmente tivemos muitos contratemplos na hora de executar o projeto de intervenção mas podemos dizer que ainda com todos esses inconvenientes com a implementação do plano de ação proposto se obtiveram diversas vantagens, como a possibilidade de diagnóstico adequado da Hipertensão Arterial e da Diabetes

Mellitus em diversos pacientes, a classificação de risco auxiliando a prevenção e o tratamento das complicações e a priorização das medidas de promoção à saúde. Outra vantagem do presente projeto é a priorização das atividades coletivas, como os grupos de hipertensos e diabéticos e as palestras informativas, mesmo realizadas poucas vezes, com objetivo de aumentar a adesão da equipe às ações preventivas destinadas à população em geral, evitando o predomínio de atividades individuais com fines curativos. Acredita-se que conseguindo estabelecer uma boa relação médico paciente, enfermeiro paciente e fortalecer o vínculo entre a unidade de saúde e a população poderão se obter melhores resultados e melhoras na qualidade de vida dos pacientes e conseqüentemente diminuir as morbidades ocasionadas por mal controle dessas doenças.

REFERÊNCIAS

- 1 Carvalho, Clecilene Gomes. **Assistência de enfermagem aos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus: educação em saúde no grupo hiperdia**. Betim: 2012. Disponível em:
<<http://revistas.unibh.br/index.php/dcbas/article/download/201/466>>. Acesso em 24 de out. 2014.
- 2 Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI**. São Paulo: 2010. Disponível em:
<http://www.sbh.org.br/pdf/diretrizes_final.pdf>. Acesso em 27 de out. 2014.
- 3 Ministerio de Saúde. **Caderno da Atenção Básica Número 36: Estratégias para o cuidado de pessoas com Doença Crônica, Diabetes Mellitus**. Brasília: 2013. Disponível em:
<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf>. Acesso em 5 de abr. 2014.
- 4 Ministerio de Saúde. **Caderno da Atenção Básica Número 37: Estratégias para o cuidado de pessoas com Doença Crônica, Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: 2013. Disponível em:
<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf>. Acesso em 20 de março 2014.
- 5 World Health Organization. **Definition, Diagnosis and classification of Diabetes Mellitus and its Complications**. Geneva: 1999. Disponível em:
<http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/who_ncd_ncs_99.2.pdf>. Acesso em 27 de out. 2014.
- 6 Conselho Federal De Medicina. **Resolução CFM Nº 1931/2009**. Código de Ética dos Profissionais Médicos. Brasília, DF. Disponível em:
<http://cremego.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21000&Itemid=474>. Acesso em 31 de out. 2014.

APÊNDICE A

DIETA DE ALGUNS ALIMENTOS PERMITIDOS NA DIABETES

Alguns alimentos permitidos na Diabetes: queijo minas/ricota/requeijão light, - leites e derivados, - frutas e sucos coados dessas frutas, carnes bovinas, frango e peixe sem pele e sem gordura (cozida, grelhada ou assada), Ovo pochê ou cozido (no máximo 1 ou 2 ovos por semana), Legumes bem cozidos, Verduras cozidas ou refogadas, Alimentos integrais (pães, torradas e biscoito), Arroz e macarrão bem cozidos (dentro das quantidades recomendadas – de preferência para os integrais), Caldo de feijão, ervilha, lentilha, grão de bico, Alimentos dietéticos e adoçantes artificiais.

Alguns alimentos que devem ser evitados são: Embutidos (salsicha, linguiça, bacon, canha e frios), Condimentos fortes e picantes (molhos prontos, catchup, mostarda, molho inglês, shoyo, maionese, caldos de carne e galinha – inclusive os tabletes concentrados etc), Enlatados (extrato de tomate, ervilha, milho, picles), Doces em geral, Açúcar (mascavo, cristal ou refinado), Mel, geléia, Carnes gordas, Frutas oleaginosas em excesso (nozes, coco, amendoim, castanha), frutas secas e cristalizadas, Frituras em geral, Bebidas alcoólicas, gaseificadas, refrigerante, sucos concentrados.

Então, se você é diabético e pretende adotar um plano alimentar saudável, siga atentamente as recomendações:

Carboidratos

A quantidade e a qualidade do carboidrato consumido devem ser bem controladas. Qualquer carboidrato consumido em excesso resultará no aumento dos níveis de glicose no sangue e manifestação dos sintomas do diabetes. Por isso, é importante conhecer melhor esse nutriente e as fontes alimentares mais adequadas para este caso.

Carboidratos simples: esse tipo de carboidrato tem capacidade de fornecer mais rapidamente energia ao organismo. São os açúcares (branco, cristal, mascavo e demerara) e mel. Frutas também contêm carboidratos simples, sendo um dos motivos pelos quais esses alimentos não devem ser consumidos livremente pelos diabéticos. O consumo de açúcar, mel, balas, doces e refrigerantes com açúcar, além de aumentar os níveis de glicose, está associado à obesidade e elevação das triglicérides no sangue.

Carboidratos complexos: são mais vantajosos, pois apresentam uma absorção mais lenta no intestino, diminuindo os picos de aumento de glicose após uma refeição. Os alimentos que contêm carboidratos complexos são: arroz, milho, pães, macarrão, farinhas, cereais, aveia, batata, mandioca, entre outros. A fim de melhorar ainda mais o conteúdo de nutrientes desses alimentos, auxiliar o trânsito intestinal e retardar a absorção da glicose é recomendado que esses alimentos sejam consumidos em sua forma integral como, por exemplo, arroz integral, pães preparados com farinhas integrais, biscoitos integrais, cereais matinais etc. As fibras também são carboidratos complexos que auxiliam no controle da glicemia. É recomendado o consumo de 20 gramas ao dia sob a forma de hortaliças, leguminosas, grãos integrais e frutas.

APÊNDICE B

DIETA ALIMENTOS QUE DEVEM SER EVITADOS COM AS TRIGLICÉRIDES AUMENTADOS E REGIME PARA COLESTEROL AUMENTADO.

REGIME PARA O COLESTEROL AUMENTADO

Recomendados: verduras, frutas, legumes, pães, arroz, massas, leite desnatado, iogurte com baixo teor de gordura, clara de ovo, condimentos a base de ervas, molhos a base de limão, chás.

Moderados: carnes brancas, cortes magros de carne bovina, frango sem pele (peito), peixes magros (corvina, linguado, lambril, peixe espada, vinho tinto, café.

A evitar: frituras, cortes gordos de carne bovina, embutidos (como salsicha, lingüiça e apresuntado), bacon, vísceras de animais (coração, fígado, rim, estômago), língua de boi, leite integral, carne em conserva, carne-seca, galinha queijos gordos, leite condensado, nata, manteiga, margarina, requeijão, azeitona, crustáceos (ex: camarão e lagosta), sobremesas com ovos, achocolatados, chocolates, azeitonas.

Alimentos que DEVEM ser evitados com as Triglicérides aumentados

Açúcar, mel, doces, sorvetes, gelatinas. Pudim, compotas, frutas secas e cristalizadas. Roscas, tortas, balas, biscoitos, chocolates ao leite. Massas como lasanha, caneloni, ravióli. Pizzas. Embutidos (salame, mortadela, presunto gordo, etc.). Leite integral, manteiga, creme de leite e *chantilly*. Farinhas (mandioca, milho, trigo, aveia). Refrigerantes. Bebidas alcoólicas

Alimentos

Bolachas de água e sal, de água e torradas. Batata, mandioca, arroz, macarrão, milho verde. Margarina.

restringidos

Alimentos permitidos

Leite desnatado, café, chá, suco de frutas. Queijos e iogurtes magros. Ovos (máximo 2 unidades por semana). Carnes magras (grelhadas, cozidas ou ao forno). Peixes. Óleo vegetal em pouca quantidade. Chocolate amargo. Frutas. Verduras e legumes.

APÊNDICE C
FOTOS DO TRABALHO.



APÊNDICE D

FOTOS DO TRABALHO E MAPEAMENTO DA ÁREA.



APÊNDICE E

FOTOS ATIVIDADE FÍSICA EM PARCERIA COM O NASF



ANEXO B
FICHA PMA2

Relatório PMA 2		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA				
Município		Segmento	Unidade	Área	Mês	Ano
RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO						
ATIVIDADES / PRODUÇÃO			MARCADORES			
C O N S M É D I C A	Residentes fora da área de abrangência		Valvulopatias reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos			
	Residentes na área de abrangência da equipe	< 1	Acidente Vascular Cerebral			
		1 - 4	Infarto Agudo do Miocárdio			
		5 - 9	DIIEG (forma grave)			
		10 - 14	Doença Hemolítica Perinatal			
		15 - 19	Fraturas de colo de fêmur em > 50 anos			
		20 - 39	Meningite tuberculosa em menores de 5 anos			
	40 - 49	Tuberculose com grau de incapacidade II e III				
	50 - 59	Citologia Oncológica NIC III (carcinoma in situ)				
	60 ou mais	RN com peso < 2500g				
Total		Gravidez em < 20 anos				
Total geral de consultas			Hospitalizações em < 5 anos por pneumonia			
Tipo de Atendimento de Médico e de Enfermeiro	Puericultura		Hospitalizações em < 5 anos por desidratação			
	Pré - Natal		Hospitalizações por abuso de álcool			
Solicitação médica de exames complementares	Prevenção do Câncer Cérvico - Uterino		Hospitalizações por complicações do Diabetes			
	DST / AIDS		Hospitalizações por qualquer causa			
	Diabetes		Internações em Hospital Psiquiátrico			
	Hipertensão Arterial		Óbitos em < 1 ano por todas as causas			
	Hanseníase		Óbitos em < 1 ano por diarreia			
Encaminhamentos Médicos	Tuberculose		Óbitos em < 1 ano por infecção respiratória			
	Parologia Clínica		Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos			
	Radiodiagnóstico		Óbitos de adolescentes (10 - 19) por violências			
	Citopatológico cérvico-vaginal					
Outros						
Internação Domiciliar						
P R O C E D I M E N T O S	Atendimento específico para AT		VISITAS DOMICILIARES			
	Visita de Inspeção Sanitária		Médico			
	Atend. Individual Enfermeiro		Enfermeiro			
	Atend. Individual outros prof. Nível Superior		Outros profissionais de nível superior			
	Curativos		Profissionais de nível médio			
	Inalações		ACS			
	Injeções		Total			
	Retirada de pontos					
	Terapia da Reidratação Oral					
	Sutura					
Atend. Grupo Educação em saúde						
Procedimentos Coletivos I (PCI)						
Reuniões						

ANEXO C
FICHA D

FICHA D		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE										ANO
		SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA										
MUNICÍPIO	SEGMENTO	CIDADE		ÁREA		MICROÁREA		PROFISSIONAL		MÊS		
REGISTRO DE ATIVIDADES, PROFISSIONAIS E NOTIFICAÇÕES												
DIAS												
← →												
Resumo, por ano de abrangência												
CONS												
M												
E												
D												
I												
C												
A												
Total												
Tipo de atendimento ou Método de Atendimento IV - Notif Prevenção de Casos Cívico - Educ CVT - APO Educat Informação Alergia Inovação Educador Psicologia Clínica Saúde Integrada Capacitação clínico - epidemiol Eficaz estratégia inovadora Outros												
Fornecedor Associação Médico												
Área Especializada: Interdisciplinar Clínica / Emergência												
<i>Internação Domiciliar</i>												

ANEXO F

VERSO FICHA REFERENCIA/CONTRA REFERENCIA

Contra Referência e Equipe de Saúde

Data ____ / ____ / ____

Profissional Responsável pelo Encaminhamento