

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

BRUNA LIMA DAHER

**SEGUIMENTO AMBULATORIAL DE PESSOAS COM DIABETES
MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL: proposta de intervenção**

CAMPOS GERAIS – MINAS GERAIS

2013

BRUNA LIMA DAHER

**SEGUIMENTO AMBULATORIAL DE PESSOAS COM DIABETES
MELLITUS E HIPERTENSÃO: proposta de intervenção**

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

Orientadora: Silvana Maria Coelho Leite Fava

CAMPOS GERAIS – MINAS GERAIS

2013

BRUNA LIMA DAHER

**SEGUIMENTO AMBULATORIAL DE PESSOAS COM DIABETES
MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL: proposta de intervenção**

Banca examinadora:

Aprovada em:

Resumo

Trata-se de um projeto de intervenção, uma alternativa para o acompanhamento de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus. O acompanhamento de pessoas com estas condições crônicas tem sido na prática negligenciado, devido ao grande fluxo de atendimentos nas Unidades de Estratégia de Saúde da Família e ao absenteísmo nas consultas de rotina. Desse modo, os objetivos terapêuticos não são atingidos e os pacientes ficam expostos a complicações cardiovasculares oriundas dessas patologias. Sendo assim, esse trabalho tem como objetivo elaborar um projeto de intervenção para a UESF Santa Luzia do município de Passos, por meio da proposta de atendimento e acompanhamento coletivo das pessoas de diferentes faixas etárias, com diagnóstico prévio de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus. Esta proposta tem por finalidade melhoria do seguimento, visando que os mesmos obtenham melhor controle da doença, adequando-se às metas terapêuticas do tratamento. Este projeto compreende três subprojetos: Comunicar é progredir; Saúde na hora certa; Hiperdia/Hipernoite. Estes projetos foram fundamentados nas necessidades e realidade da população adstrita e nas diretrizes das linhas guia sobre Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial do Ministério da Saúde, e, especificamente, o subprojeto Hiperdia/Hipernoite, grupo educativo/operativo, pautou-se na teoria de grupo operativo de Pichon-Rivière. Os trabalhadores em saúde da Unidade e os profissionais do Núcleo de Atenção à Saúde da Família integraram a equipe responsável pela elaboração e implementação dos subprojetos, e a cada trabalhador, foram designadas as atribuições. Os subprojetos Saúde na hora certa e Hiperdia/Hipernoite, em fase de implementação, apontam relativo sucesso. Evidenciam-se assiduidade dos participantes ao grupo, melhor adesão ao tratamento, melhor acolhimento e ausência de filas de espera. O subprojeto Comunicar é progredir, não foi implementado devido à complexidade na elaboração dos protocolos. A partir desta proposta buscamos estreitar os laços com os pacientes, facilitar a adesão e acompanhamento do pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, e reduzir a taxa de eventos cardiovasculares ou internações/consultas na emergência por descompensações das doenças de base.

Palavras chave: saúde da família, hiperdia, grupo operativo

Abstract

This is an intervention project, an alternative to the monitoring of people with Hypertension and / or Diabetes Mellitus. The monitoring of people with these chronic conditions have been neglected in practice due to the large influx of calls in the Family Health Strategy Units and absenteeism in clinical practice. Thus, the therapeutic goals are not achieved and patients are exposed to these pathologies arising cardiovascular complications. Thus, this study aims to develop an intervention project for UESF Santa Luzia Passos, through the assistance proposal and collective monitoring of people of different age groups, previously diagnosed with Hypertension and / or Diabetes mellitus. This proposal has the purpose of improving tracking, targeting them to obtain better control of the disease, adapting to the therapeutic treatment goals. This project consists of three subprojects: Report is progressing; Health at the right tim; Hiperdia / Hipernoite. These designs were based on the needs and realities of the enrolled population and the guidelines of the guidelines on Diabetes Mellitus and Hypertension of the Ministry of Health, and specifically the subproject Hiperdia / Hipernoite, educational / operational group, was based on group theory operating Pichon - Rivière. Health workers and professionals of the Unit of the Center for Family Health Care joined the team responsible for the preparation and implementation of subprojects, and each employee were designated assignments. The Health and subprojects in the right Hiperdia / Hipernoite time in the implementation phase, indicate relative success. Show attendance up to the group of participants, improved adherence to treatment, better reception and no queues. The Report subproject is to progress, it has not been implemented due to complexity in the development of protocols. From this proposal seek closer ties with patients, facilitate adherence and monitoring of the person with systemic hypertension and / or diabetes mellitus, and reduce the rate of cardiovascular events or hospitalizations / emergency consultations in decompensation of underlying diseases.

Keywords: Family, health, hiperdia, operative group

Lista de tabelas

<i>Tabela 1 - Perfil demográfico da população adscrita ao PSF Santa Luzia</i>	13
<i>Tabela 2 - Estratificação segundo o risco social e clínico</i>	14
<i>Tabela 3 - Priorização dos problemas</i>	15
<i>Tabela 4 - Temas abordados nos grupos operativos/educativos Hiperdia</i>	26
<i>Tabela 5 - Classificação de risco em 2011</i>	28
<i>Tabela 6 - Proposta de projetos</i>	31
<i>Tabela 7 - Recursos críticos dos projetos propostos</i>	32
<i>Tabela 8 - Viabilidade dos projetos</i>	33
<i>Tabela 9 - Plano operativo</i>	34
<i>Tabela 10 - Gestão do subprojeto: grupo Hiperdia Hipernoite</i>	34
<i>Tabela 11 - Gestão do subprojeto: Comunicar é progredir</i>	35
<i>Tabela 12 - Gestão do subprojeto: Saúde na hora certa</i>	35

Lista de figuras

<i>Figura 1 - Fluxograma do Grupo Operativo Hiperdia</i>	25
<i>Figura 2 - Árvore explicativa da falha do acompanhamento clínico</i>	30

Lista de siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CAPS II	Centro de Assistência Psicossocial II
CAPS AD	Centro de Assistência Psicossocial para Dependentes de Álcool e Drogas
CEMIG	Companhia Energética de Minas Gerais
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Melitus
GAPOP	Grupo de Apoio aos Pacientes Oncológicos de Passos
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
INMETRO	Instituto Nacional de Metrologia Qualidade e Tecnologia
mmHg	milímetros de mercúrio
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UESF	Unidade de Estratégia de Saúde da Família
UPA 24H	Unidade de Pronto Atendimento 24 horas

Sumário

1	Introdução	9
1.1	Reconhecimento do município de Passos.....	10
1.2	Definição dos problemas	14
1.3	Priorização dos problemas	15
2	Justificativa	17
3	Objetivos	19
4	Revisão bibliográfica	20
5	Métodos	23
6	Desenvolvimento	28
6.1	Descrição do problema.....	28
6.2	Esclarecimento do problema	29
6.3	Seleção do nó crítico	30
6.4	Desenho das operações.....	31
6.5	Identificação dos recursos críticos	32
6.6	Análise de viabilidade do plano	33
6.7	Elaboração do plano operativo	34
6.8	Gestão do plano	34
7	Conclusão	36
	Referências.....	39
	Anexo A	42

1 Introdução

Este trabalho trata-se de um projeto de intervenção pautado na necessidade observada na UESF Santa Luzia, no município de Passos, a ser implementado no período de um ano das atividades do médico cedido a esta unidade de saúde através do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) no ano de 2013.

Em discussão com a equipe de saúde da UESF foi detectada inadequação no seguimento clínico das pessoas com doença crônica de modo geral, em destaque com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus; devido à grande prevalência destas patologias na população adscrita à unidade de saúde, não diferente do panorama nacional.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Segundo Brasil (2013 a, b) o DM e a HAS são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS). Situação vivenciada pela equipe da UESF Santa Luzia ao se deparar com vários pacientes portadores de complicações advindas do negligenciado controle destas patologias.

Mediante estudo das principais diretrizes norteadoras do seguimento de pessoas com DM e HAS na atenção básica (Brasil 2013 a, b), identificamos a necessidade de melhoria no atendimento destas pessoas com objetivo de melhorar a adesão ao tratamento, otimizar o seguimento clínico objetivando metas terapêuticas adequadas, promover o autocuidado de saúde e facilitar o acesso dos mesmos ao atendimento de qualidade.

Percebemos que estes objetivos só seriam atingidos através da mudança no processo de trabalho da equipe, e como ferramentas foram propostos três subprojetos: Comunicar é progredir; Saúde na hora certa; Hiperdia/Hipernoite; com foco em melhorar o seguimento clínico longitudinal, promover atendimentos em horários flexíveis e acessíveis à população e evitar períodos de espera pelo atendimento, e realização do atendimento dos pacientes em grupo operativo/educativo; respectivamente.

O objetivo é colocar em prática a premissa de que com o adequado atendimento na atenção primária, com enfoque na promoção de saúde associado a prevenção primária e secundária, haverá redução da morbimortalidade atribuída a complicações destas patologias.

1.1 Reconhecimento do município de Passos

O município de Passos se localiza há aproximadamente 350 quilometro da capital do estado de Minas Gerais e há 36 quilometro da Usina Hidrelétrica de Furnas. Trata-se de um município de médio porte com uma população de 106.290 habitantes, sendo um polo regional de saúde.

O município possui uma área total de 1.338,070 quilômetros quadrados com a população, segundo Censo do IBGE 2010, de 106.290 habitantes uma concentração habitacional de 79,44 habitantes/quilômetro quadrado. O número de famílias residentes em domicílios particulares é de 31.028 famílias.

O índice de desenvolvimento humano do município é de 0,797; sendo que a taxa de urbanização média é de 83,38%. A renda média familiar é de R\$ 641,00 mensais.

A taxa de abastecimento de água tratada, bem como a taxa de recolhimento de esgoto por rede pública é de 100% porém não há tratamento do esgoto coletado.

Segundo o sistema de informações de atenção básica (SIAB) o município de Passos registrou no mês de outubro de 2013 um total de 43 nascidos vivos, em contrapartida registram-se entre os óbitos apenas 1 em menores de 1 ano, sendo este de recém-nascido menor de 28 dias; 1 óbito em mulher com idade entre 15 e 49 anos, e outros 19 óbitos que não se enquadram nas categorias citadas. Há também registro das hospitalizações em outubro de 2013, sendo registradas 1 episódio de hospitalização em menores de 5 anos por pneumonia, 11 hospitalizações em hospital psiquiátrico, 3 hospitalizações por abuso de álcool, 4 hospitalizações por complicações do diabetes, e 152 hospitalizações por outras causas. Dentre os dados referentes a atenção primária de saúde destacam-se ainda, em outubro de 2013 um total de 18.211 famílias acompanhadas no município, 18.248 visitas realizadas à população segundo dados do SIAB, um total de 278 gestantes acompanhadas neste mês, sendo que 268 iniciaram pré-natal no primeiro trimestre gestacional; ainda há registros neste mesmo período de 5 casos de tuberculose identificados e acompanhados e 6 casos de hanseníase em acompanhamento.

Destacamos ainda, devido a relevância epidemiológica e pontualmente na intervenção deste trabalho, o registro no município de Passos, em outubro de 2013 de 9.149 pessoas com HAS e 2.795 pessoas com DM em Passos, sendo que destes, 8.310 pessoas com HAS e 2.535 pessoas com DM estão em acompanhamento regular.

A organização do sistema de saúde está descrita em síntese, conforme se segue. O Conselho Municipal de Saúde é atualmente formado por representantes do governo, sendo membros efetivos o gestor da saúde municipal (secretário de saúde), 1 representante da secretaria de assistência social, 1 representante da secretaria de planejamento e 1 representante da secretaria da fazenda, de modo geral, os representantes das secretarias são os próprios secretários; há também a participação de 4 representantes de entidades valorosas do município: sindicato das costureiras, GAPOP (grupo de apoio a pacientes oncológicos de Passos), Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) e Corpo de Bombeiros; e os representantes populares que são 4 membros indicados pelas associações de bairro.

O Programa Saúde da Família conta com 17 Unidades de Estratégia de Saúde da família (UESF) que cobrem um total de no máximo 65% do município. As áreas descobertas podem recorrer a ambulatórios de especialidades para consultas agendadas, e, em casos de pacientes com necessidade de tratamento domiciliar é designada uma unidade para prestar auxílio de maneira eventual.

No nível de atenção secundário contamos com 2 ambulatórios de especialidades, com ampla gama de especialistas.

A atenção terciária é compreendida pelo hospital de referência, Santa Casa de Misericórdia de Passos, e, atuando como apoio em casos selecionados, o Hospital Regional do Câncer. Há no município outro serviço hospitalar não inserido na rede municipal de atendimentos por falta de credenciamento ao SUS. Contamos com serviço de referência em psiquiatria organizado na atenção secundária pelo ambulatório de saúde mental, centro de assistência psicossocial II (CAPS II) e centro de assistência psicossocial para dependentes de álcool e drogas (CAPS AD); e a nível terciário o Hospital Psiquiátrico Otto Krakauer, para internações em leitos psiquiátricos de longa permanência.

Não há unidade de saúde da família com serviço de saúde bucal, o mesmo é executado de modo centralizado no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) que conta com atendimentos primários sob livre demanda e atuam também como

triagem para as especialidades odontológicas. O CEO encontra-se anexo à policlínica São Lucas, e oferece o atendimento em diferentes especialidades.

O NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da família), implantado em maio de 2010, para atender às necessidades das famílias adstritas das UESF, conta com duas equipes compostas pelos seguintes profissionais: farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudióloga; terapeuta ocupacional; nutricionista; assistente social e psicóloga que buscam por uma abordagem multidisciplinar.

A UESF Santa Luzia, contexto de investigação e de proposta de intervenção, se localiza em um bairro urbano, Santa Luzia, distante a 2 quilômetros do centro da cidade.

Entre os recursos disponíveis, a comunidade conta em termos educacionais com a Escola Estadual para o ensino fundamental e ensino médio, educação de jovens e adultos; a Pré Escola municipal para o ensino infantil e uma creche.

Entre centros religiosos se destacam a Igreja Católica dos Santos Reis, Igreja Evangélica Assembleia de Deus e Congregação Cristã do Brasil.

A área conta com energia elétrica, água encanada, serviços de telefonia em toda a extensão, não há postos de serviço de correios e como serviço bancário há apenas um caixa eletrônico localizado em um supermercado da região; é importante ressaltar que na área encontra-se uma subestação de redistribuição de energia CEMIG.

Devido a relativa distância com o centro da cidade é possível encontrar no bairro concentrados em uma única via pública comercial, uma grande diversidade de estabelecimentos comerciais, como lojas de roupas e calçados, farmácias, pet-shop, supermercados, padarias, mercearias, entre outras.

O transporte coletivo é eficiente na região da UESF Santa Luzia, contamos com 3 linhas de transporte direcionadas a diferentes localidades do município, sendo que há um ponto de ônibus a menos de 200 metros da UESF, e outros 5 na área de abrangência da mesma.

Como serviços de saúde adicionais, a região possui apenas um consultório odontológico particular, e proximidade geográfica de aproximadamente 1 quilômetro da Unidade de Pronto Atendimento Municipal (UPA 24 horas).

A UESF funciona das 7:00h às 11:30h e 13:00h às 16:30h de segunda a sexta-feira.

A equipe desta Unidade é composta por 5 agentes comunitários de saúde, 1 técnica de enfermagem, 1 recepcionista, 1 médica; todos com carga horária de 40 horas semanais. Existe também à disposição da unidade e 1 funcionária de serviços gerais que comparece na unidade três dias na semana.

O atendimento é organizado de modo a contemplar a demanda por atendimentos espontâneos e programáticos. Dentre os atendimentos espontâneos são reservadas três vagas diárias para atendimentos imediatos, ou seja, pacientes com queixa aguda, que são triados pela enfermeira ou técnica de enfermagem e, dependendo do resultado da triagem o atendimento é imediato ou em casos que se tratam de condições agudas, mas que não tem caráter de urgência ou emergência é agendado para a mesma semana. Encaixam-se nesses atendimentos pacientes que já passaram em consulta agendada espontânea e que precisa retornar para controle clínico ou apresentação de exames.

Os atendimentos programáticos incluem os grupos da atenção básica que são adolescentes, idosos, gestante, saúde mental, portadores de HIV, pacientes em seguimento por tuberculose ou hanseníase, Hipertensão e Saúde da Mulher. Estes atendimentos são reservados aos pacientes com condições de saúde crônicas como DM e HAS, transtornos psiquiátricos em uso contínuo de medicação e também para acompanhamento puerperal, pré-natal, e ações preventivas referentes à saúde da mulher, estes atendimentos visam o acompanhamento profilático e terapêutico dos pacientes.

Na UESF estão cadastradas um total de 4322 pessoas, distribuídas em 1242 famílias, logo a densidade familiar média é de 3,5.

Não há dados disponíveis sobre o perfil ocupacional da população e de escolaridade, uma vez que encontra em processo de levantamento pelos agentes comunitários de saúde.

A seguir, apresento alguns dados referentes a caracterização da população adscrita da UESF em estudo (Tabela 1) e a estratificação das famílias atendidas pela UESF- Santa Luzia (Tabela 2).

Tabela 1 - Perfil demográfico da população adscrita a UESF Santa Luzia

Perfil familiar	Faixa etária	Feminino	Masculino	Total	%
Criança	0 a 9 anos	301	320	621	14,27
	Sub-total de crianças				14,27

Adolescente	10 a 14 anos	193	194	387	8,95
	15 a 19 anos	209	212	421	9,74
	Sub-total de adolescentes	402	406	808	18,7
Adulto	20 a 24 anos	232	212	444	10,27
	25 a 29 anos	186	174	360	8,33
	30 a 34 anos	163	149	312	7,22
	35 a 39 anos	147	134	281	6,5
	40 a 44 anos	190	151	341	7,89
	45 a 49 anos	178	143	321	7,43
	50 a 54 anos	146	154	300	6,94
	55 a 59 anos	103	96	199	4,6
	Sub-total de adultos	1345	1213	2558	59,19
Idosos	60 a 64 anos	60	60	120	2,78
	65 a 69 anos	35	39	74	1,71
	70 a 74 anos	26	27	53	1,23
	75 a 79 anos	30	20	50	1,16
	> 80 anos	19	19	38	0,88
	Sub-total de idosos	170	165	335	7,75
Total		2218	2104	4322	100

Tabela 2 - Estratificação segundo o risco social e clínico

Estratificação	Sem risco	Risco baixo	Risco médio	Risco alto	Total
Famílias cadastradas	498	422	244	78	1242
Indivíduos cadastrados	2829	962	433	98	4322
Densidade familiar media	5,7	2,3	1,3	3,5	3,5

Como parte do perfil epidemiológico da UESF Santa Luzia foram registrados no segundo semestre de 2012 pelos agentes comunitários de saúde, 151 pessoas com DM e 545 pessoas com HAS.

1.2 Definição dos problemas

Diante das vivências da equipe da UESF percebemos diferentes problemas no processo de trabalho que tem contribuído para as dificuldades no acompanhamento e no controle das pessoas com HAS e com DM. Dentre as fragilidades encontradas, destacamos:

- Ausência de triagem dos pacientes em acolhimento de demanda espontânea;
- Pouca disponibilidade de visitas domiciliares;

- Dificuldades no agendamento de consultas, não respeitando a demanda programática;
- Absenteísmo nas consultas programáticas;
- Acompanhamento inadequado de pessoas com HAS e DM;

Estes problemas foram apontados como os de maior relevância no processo de trabalho da equipe, contudo, podemos detectar outros problemas como a falha nos protocolos de atendimento aos grupos programáticos conforme as orientações dos referenciais de linhas-guias do Ministério da Saúde e ainda, a ausência de grupos operativos.

Entretanto os 5 itens acima foram elencados como pontos cruciais no processo de trabalho da equipe com necessidade de intervenção primária, pois constituem problemas iniciais na entrada e seguimento do paciente dentro do serviço de atenção primária.

1.3 Priorização dos problemas

Dentre os problemas levantados, destacamos sua importância e a capacidade de enfrentamento (TABELA 3).

Tabela 3 - Priorização dos problemas

PRINCIPAIS PROBLEMAS	IMPORTÂNCIA	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO	SELEÇÃO
Ausência de triagem de pacientes em acolhimento de demanda espontânea	Intermediária	Parcial	3
Pouca disponibilidade de visitas domiciliares	Baixa	Total	5
Dificuldades no agendamento	Intermediária	Parcial	4
Absenteísmo nas consultas programáticas	Alta	Parcial	2
Acompanhamento inadequado de HAS e DM	Alta	Total	1

A situação que se revelou com maior necessidade de intervenção trata-se do acompanhamento de pessoas com HAS e com DM. Apesar de esse problema ser referente apenas à recuperação de saúde e prevenção secundária, o número de pacientes que serão contemplados com a melhoria nesse acompanhamento é representativo, pois temos cadastrados na unidade 151 pessoas com DM e 545 com HAS.

2 Justificativa

O seguimento clínico da pessoa com HAS e DM objetiva através de metas terapêuticas, a prevenção secundária de complicações e a redução da morbimortalidade, pois as doenças cardiovasculares são importantes causas de mortalidade em diversas regiões do mundo. Por exemplo, na região sudeste do Brasil no ano de 2011 a taxa de mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório foi de 195,7; sendo que a mortalidade específica atribuída a isquemia miocárdica de 61,9 e a doença cerebrovascular de 54,6. Analisando estes dados podemos notar a expressividade destas patologias nos indicadores de saúde, principalmente de mortalidade em nosso país, já que a taxa de mortalidade específica por causas externas foi de 69,3; por neoplasia maligna 108,9 e por doenças transmissíveis 71,4; taxas inferiores às atribuídas às doenças do aparelho circulatório (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Em consonância a esta assertiva, o Ministério da Saúde (2013) tem dado atenção especial, conferindo à atenção básica a responsabilidade do seguimento clínico destes pacientes, estabelecendo através da estratificação de risco destes pacientes a quantidade mínima de atendimentos médicos, atendimentos de enfermagem, exames de rotina e exames para investigação de lesão de órgão-alvo (Anexo A). Adicionando qualidade à terapêutica destes pacientes, a linha guia de HAS e de DM, inclui entre os atendimentos programáticos básicos do programa Hiperdia, o atendimento em grupos operativos/educacionais.

Devido à grande demanda desta Unidade é inviável o comparecimento de todas as pessoas com estas condições crônicas em consultas de rotina a cada 3 meses. Como estratégia, para que este paciente não perca o vínculo terapêutico, a equipe propõe a implantação de grupos de atendimento trimestrais, o que propicia o contato com a pessoa, a implementação de ações de educação em saúde e a identificação dos pacientes de risco que necessitam de acompanhamento individualizado em consultas médicas e de enfermagem.

A elaboração de um projeto de intervenção para o acompanhamento de pessoas com HAS e/ou DM, justifica-se pela possibilidade de redução das complicações advindas de um controle inefetivo, pelo cumprimento aos objetivos preconizados pelo SUS de acesso e resolutividade aos problemas apresentados pelas pessoas e pelo exercício de co-responsabilidade da equipe de saúde.

A equipe se responsabiliza, de forma compartilhada, por conhecer os usuários, compreender suas demandas, tratar e propor, com a participação ativa destes, modos de controlar os seus problemas (WERNECK, FARIA e CAMPOS, 2009).

3 Objetivos

O objetivo mais abrangente é elaborar um projeto de intervenção na UESF Santa Luzia do município de Passos por meio da proposta de atendimento e acompanhamento coletivo das pessoas de diferentes faixas etárias, com diagnóstico prévio de HAS e DM, para melhoria do seguimento, visando que os mesmos obtenham melhor controle da doença, adequando-se às metas terapêuticas do tratamento.

Para o alcance do objetivo proposto apresentamos como objetivos específicos:

- Realizar o levantamento bibliográfico para a revisão atualizada sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus;
- Realizar o levantamento bibliográfico atualizado sobre grupos educativos e operativos;
- Levantar experiências exitosas no Brasil sobre grupos educativos/operativos;
- Propor o processo de organização dos prontuários para acompanhamento das pessoas com HAS e DM;
- Realizar o levantamento das pessoas com HAS e DM de acordo com a faixa etária, para a constituição de grupos específicos;
- Propor alteração no processo de trabalho da UESF para adequação às necessidades;
- Estabelecer as atribuições de cada integrante da equipe da UESF.

Como metas secundárias pretendemos reduzir as taxas de abandono ao tratamento, promover educação em saúde, facilitar a aquisição da receita médica para que não fiquem sem medicação em um prazo de 1 ano. Como consequência principal de nossos esforços, visamos melhorar a longo prazo o controle destas patologias para reduzir as agudizações e as complicações secundárias, que muitas vezes levam a sequelas importantes ou ao óbito, e estímulo ao autocuidado e ao empoderamento.

4 Revisão bibliográfica

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O diagnóstico clínico da HAS é realizado a partir da aferição da pressão arterial por no mínimo 3 vezes durante consulta médica, seguindo a padronização de aferição estabelecidas por Brasil (2013 b) e constatado neste procedimento valores de pressão arterial sistólica maiores ou iguais a 140 milímetros de mercúrio (mmHg) e/ou valores de pressão arterial diastólica maiores ou iguais a 90 mmHg.

De acordo com Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) a HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, e é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública.

Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos.

De acordo com Picon et al (2012) em duas metanálises envolvendo estudos brasileiros realizados nas décadas de 1980, 1990 e 2000, apontaram uma prevalência de HAS de 31%, sendo que entre idosos esse valor chega a 68%.

O DM engloba várias patologias relacionadas ao distúrbio metabólico da ação da insulina, gerando como característica principal hiperglicemia, dentre estes distúrbios metabólicos. Classifica-se em diabetes gestacional, diabetes mellitus tipo I, diabetes mellitus tipo II e outros tipos específicos de diabetes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

O diabetes tipo I trata-se de uma doença auto-imune com destruição das células beta pancreáticas, responsáveis pela produção de insulina, gerando assim um déficit de insulina. Este tipo de DM perfaz o total de 5 a 10% de todos os casos de diabetes, sendo mais prevalente na infância ou adolescência. Por outro lado, o DM tipo II é a forma presente em 90 a 95% dos casos diagnosticados de DM, caracterizando-se como um defeito não só na secreção, mas também na ação da insulina, o que faz com que as pessoas apresentem resistência dos tecidos periféricos à ação da insulina, sendo este mecanismo de resistência desencadeado

pela presença nestes pacientes de gordura visceral centrípeta, o que se associa ao sobrepeso ou obesidade.

Quanto as suas consequências, o DM não fica aquém da HAS, porque apresenta alta morbi-mortalidade, com perda importante na qualidade de vida, sendo uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, perda da visão e doença cardiovascular (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2006)

O DM tem apresentado menor incidência se comparado à HAS, entretanto, há ascensão crescente da prevalência devido ao crescimento e envelhecimento populacional, à maior urbanização, à crescente prevalência de obesidade e sedentarismo, bem como a maior sobrevida dos pacientes diabéticos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

Destaca-se ainda, que a falta de ações de prevenção secundária faz com que devido às complicações, uma parcela importante dos óbitos em indivíduos com diabetes seja prematura, ocorrendo quando ainda contribuem economicamente para a sociedade. Embora, seja de difícil controle, estudo em nível experimental e observacional apresentado pela Sociedade Brasileira de Diabetes (2009) revela que o bom controle glicêmico e metabólico do diabetes previne o surgimento ou retarda a progressão de suas complicações crônicas, particularmente as microangiopatias.

A análise epidemiológica, econômica e social do número crescente de pessoas que vivem com DM mostra a necessidade da implantação de políticas públicas de saúde que minimizem as dificuldades dessas pessoas e de suas famílias, e propiciem a manutenção da sua qualidade de vida (BRASIL, 2013 a).

Fundamentados em inúmeros estudos e observações clínicas é incontestável que o controle da HAS e do DM é responsável por grande impacto positivo na redução da morbi-mortalidade da população do país; por isso as ações da atenção primária devem se dividir entre a prevenção primária e a secundária. A prevenção primária objetiva redução de fatores de risco responsáveis pela instalação do quadro patológico, que para estas patologias inclui mudança do estilo de vida através do controle da obesidade, cessar o tabagismo, prática de atividade física, dieta balanceada, entre outros hábitos saudáveis. A prevenção secundária foca no diagnóstico precoce, adesão ao tratamento, metas terapêuticas rigorosas, seguimento clínico adequado, e qualquer outra atividade que vise a terapêutica otimizada para redução de riscos e lesões de órgãos alvo (ALMEIDA, 2005).

Para guiar os profissionais de saúde no seguimento clínico dos pacientes, o Ministério da Saúde divulga sistematicamente protocolos de atendimento contemplando as situações clínicas de maior impacto na saúde pública de nosso país. O protocolo de atendimento aos pacientes com DM e HAS estão definidos na linha-guia Saúde do adulto que contempla o Programa Hiperdia e preconiza dentre várias ações a participação dos pacientes em grupos operativos/educacionais (BRASIL, 2013 a, b).

A teoria de grupo operativo foi desenvolvida na década de 40 por Pichon-Rivière, psiquiatra e psicanalista argentino, e se trata de um conjunto de pessoas, ligadas no tempo e espaço, articuladas por sua mútua representação interna, que se propunham, explícita ou implicitamente, a uma tarefa, interagindo em uma rede de papéis com o estabelecimento de vínculos entre si. O grupo operativo constitui uma modalidade de processo grupal que, em princípio, deve ser: dinâmico - permitindo-se o fluir da interação e da comunicação para fomentar o pensamento e a criatividade; reflexivo - uma parte da tarefa é a reflexão sobre o próprio processo grupal, particularmente quando se trata de compreender os fatores que obstruem a tarefa; e democrático quanto à tarefa - o grupo origina suas próprias ações e pensamentos, em um princípio de autonomia (SOARES; FERRAZ, 2007)

Na psicologia, assistência social, enfermagem, dentre outras, os profissionais tem oportunidade de atuar como coordenadores de grupos, e o termo grupo operativo vem sendo muito usado na área da saúde, contudo este termo não segue as premissas da teoria de Pichon-Rivière. Na maioria das situações este termo é usado apenas para diferenciar a atividade desses grupos em relação aos grupos de aprendizagem, também chamados de grupos de psicoeducação.

Enquanto os grupos operativos são dinâmicos e ativos nas relações interpessoais, estabelecendo vínculos e metas ao grupo; os grupos de aprendizagem são passivos na aquisição de conhecimento e no processo ensino-aprendizagem.

Para Zimerman (2007) os grupos operativos sempre visam “operar” em uma determinada tarefa – a aprendizagem, e podem ser divididos em quatro subtipos: ensino-aprendizagem, institucionais, comunitários e terapêuticos. Já os grupos psicoeducativos seriam uma forma de terapia grupal onde está presente uma meta terapêutica, como o alívio ou eliminação de sintomas, o desenvolvimento de comportamentos mais saudáveis, o autoconhecimento e o desenvolvimento pessoal;

O autor ressalta que o grupo operativo também podem ser psicoeducativo, se a “cura” é o objetivo ou tarefa do grupo.

A dinâmica de grupo estimula a relação interpessoal entre pacientes e profissionais de saúde, facilita a discussão entre pessoas com os mesmos objetivos, possibilita troca de informações, os integrantes trocam experiências comuns que auxiliam no entendimento da doença, permitindo expressar dúvidas e expectativas possibilitando o apoio mútuo; além de estimular o indivíduo a refletir sobre a adoção de um estilo de vida mais saudável e facilitar a construção do conhecimento (TORRES; HORTALES; SCHALL, 2013).

A experiência de Amaral, Hakme e Souza (2013) que conduziram atividades em grupo em uma comunidade no Rio de Janeiro é expressada no seguinte trecho:

“O grupo ao introduzir um grau de exigência induz à participação dos membros, à inter-relação entre fatores subjetivos e objetivos, à dinamização de sua comunicação, de cooperação e autonomia. O grupo visa não apenas compreender as suas condições de saúde/doença dos sujeitos envolvidos, mas também dar respostas criativas às suas necessidades. Desempenha um papel educativo, constitui um espaço aprendizagem, envolvendo a elaboração dos significados, sentimentos e relações.” (2013, p.4)

São estes benefícios das atividades em grupo que devem ser aproveitadas no âmbito da saúde facilitando o processo ensino-aprendizagem, estimulando o autocuidado e o empoderamento dos pacientes por sua condição de saúde e terapêutica.

5 Métodos

A proposição inicial desse trabalho de conclusão de curso é elaborar um projeto de intervenção para a UESF, para o atendimento e acompanhamento coletivo de pessoas com diagnóstico de HAS e/ou DM. Optamos pela estratégia de abordagem coletiva das pessoas para atingir maior contingente populacional, uma vez que o número de consultas médica e de enfermagem ofertadas pela UESF está aquém da demanda.

A proposta de intervenção é constituída por três subprojetos, e, a elaboração destes, foram fundamentadas nas necessidades e realidade da população adstrita e nas diretrizes das linhas guia do Ministério da Saúde sobre DM e HAS. O grupo educativo/operativo fundamentar-se-á na teoria de grupo operativo de Pichon-Rivière.

Para a elaboração do referido projeto, foram cumpridas diferentes etapas, as quais estão descritas abaixo:

Inicialmente foram elencadas as dificuldades enfrentadas pela UESF por meio da observação diária da rotina da Unidade e das reuniões semanais de equipe.

A questão do inadequado acompanhamento das pessoas com HAS e DM foi avaliada como prioritária pela equipe, por ser um problema que se arrasta ao longo de anos; que atinge uma parcela importante da população cadastrada e que apresenta consequências graves à população devido as inúmeras consultas nas unidades de pronto atendimento, internações na Santa Casa de Misericórdia e complicações secundárias (acidente vascular encefálico e infarto agudo do miocárdio).

Estabeleceu-se como critérios de inclusão aos grupos: limites de idade (até 60 anos), número de medicações em uso (até quatro medicações), controle ou não da comorbidade avaliada pelas consultas anteriores; pois vários pacientes encontravam-se afastados do seguimento clínico preconizado pelo Ministério da Saúde nos cadernos de atenção básica à saúde (Brasil, 2013 a,b) sendo necessária reavaliações dos casos. Os pacientes que não encaixavam-se nos critérios para o grupo devido à complexidade do quadro ou fuga do perfil epidemiológico, foram convidados a uma reavaliação em consulta individualizada para singularização do atendimento e posterior inserção no grupo. Optamos por não utilizar a estratificação de risco como critério de inclusão nos grupos, pois, a mesma se encontra desatualizada e em progresso de reavaliação da equipe.

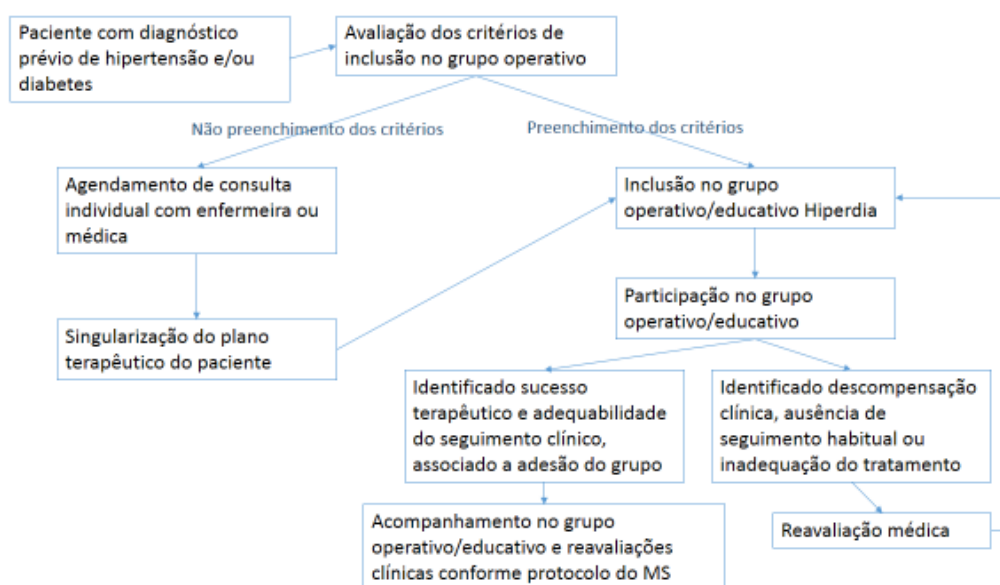
Dentre as atribuições dos integrantes da equipe, cabe aos agentes comunitários organizar os grupos de pessoas com HAS e com DM de sua microárea; à enfermagem as aferições de pressão arterial e de glicemia enquanto aborda a adesão do paciente à terapêutica medicamentosa e não medicamentosa, a médica avaliar a necessidade de acompanhamento individualizado às pessoas estratificadas como de risco; e à equipe, conduzir o grupo operativo.

A partir desta definição, nos primeiros convites para o grupo, intitulado Grupo Hiperdia, os agentes comunitários identificaram que muitas pessoas estavam sem acompanhamento, não só pela indisponibilidade de consultas, mas também porque os horários ofertados para o atendimento não eram compatíveis com seus horários livres.

Sendo assim, sugerimos a criação de um grupo Hiperdia com encontros agendados fora do horário de expediente da UESF, proposta apresentada à coordenação de saúde que recebeu a devida autorização.

Os encontros são realizados no espaço físico da UESF destinado às reuniões de equipe. Os participantes convidados são acolhidos pelo agente comunitário responsável pelo seguimento do paciente e que realizou o convite, em seguida o paciente é recepcionado pelo serviço de enfermagem, que, em consulta avalia a adesão a terapêutica medicamentosa e não medicamentosa, e em seguida avalia a pressão arterial e glicemia capilar, registrando em local específico no prontuário do paciente. Na sequência, um dos profissionais da equipe inicia uma roda de conversa sobre um tema conflituoso responsável pela não adesão ao tratamento e autocuidado, conforme o fluxograma apresentado na Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma do Grupo Operativo Hiperdia



Os temas propostos, conforme a Tabela 4, constituem os precipitadores e motivadores das discussões, mas é a participação e interesse do grupo que dita o foco da discussão. Neste cenário é indispensável a presença do agente comunitário (ACS) como facilitador da conversa, pois a relação entre o grupo e o ACS é muito

mais próxima, e um bom ACS consegue através do conhecimento das particularidades de cada indivíduo estimular a troca de experiências, a desinibição para questionamentos, e a coesão do grupo.

Tabela 4 - Temas abordados nos grupos operativos/educativos Hiperdia

Reunião	Tema
1º	Conhecimento do pacientes sobre sua doença e motivação para o tratamento
2º	Redução de fatores de risco com mudanças do estilo de vida
3º	Desmistificação de crenças e aspectos culturais que cercam o diabetes e a hipertensão
4º	Conhecimento das medicações em uso, seus efeitos terapêuticos e colaterais, e o impacto do tratamento na qualidade de vida

Pensando em gerar uma familiarização, cumplicidade e coesão, o grupo foi formado sempre por pacientes da mesma microárea que dividem muitas vezes o mesmo espaço físico na região (da mesma rua ou quarteirão, por exemplo), e uma vez formado o grupo, prezamos pela manutenção do mesmo em reuniões subsequentes, para fortalecer o vínculo entre os participantes.

A duração dos encontros está programada para um período em torno de 30 minutos a 1 hora, dependendo da motivação do grupo; na sequência, são fornecidas receitas das medicações anti-hipertensivas e/ou hipoglicemiantes de uso contínuo dos pacientes, reagendada a próxima reunião do grupo e para as pessoas com índices pressóricos ou glicêmicos acima dos parâmetros preconizados por Brasil (2013 a, b) ou exames de rotina em atraso serão agendadas consultas programáticas.

Atualmente, estamos em fase de implantação dos grupos Hiperdia, sendo criados 3 grupos diurnos e 1 grupo noturno por semana. Os grupos diurnos contam com 15 pessoas e o grupo noturno com 30 pessoas, devido a menor frequência dos encontros.

Durante as reuniões no grupo temos boa participação dos membros que se sentem à vontade para dividir experiências de sucesso ou insucesso no tratamento não medicamentoso, muitos motivados pelo ambiente descontraído relatam experiências de perdas familiares que lhes motivaram a aderir ao tratamento de sua patologia; o que motiva outros participantes. Os temas servem apenas como motivadores, sendo que na maioria das vezes a discussão assume outros temas

devido a questionamentos dos participantes, deixamos a conversa informal prosseguir e nesse momento buscamos mitos e concepções errôneas infiltradas na concepção dos participantes, como por exemplo: cessar o uso das medicações após atingidas metas terapêuticas, aferições de pressão arterial com aparelhos domésticos sem avaliação de qualidade do INMETRO e não reconhecidas pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, efeito do uso da bebida alcoólica concomitante ao tratamento medicamentoso, auto medicalização e manipulação individual de dose de insulina ou outras medicações.

De modo geral, o grupo é participativo e assíduo, os participantes se conhecem como membros da comunidade e se sentem livres na discussão dos temas, raramente há momentos de silêncio, pois, o clima é bem descontraído; ocorrem inúmeros momentos de descontração com risos e anedotas que deixam ainda mais aberto o espaço para a conversa, até para os mais tímidos. Nunca houve proposição de temas para a discussão, mas percebemos motivação ao final de cada reunião para um próximo encontro.

A experiência com a implantação destes grupos nos tem revelado assiduidade dos participantes e baixa necessidade de agendamento de consultas para pacientes fora das metas terapêuticas. Seguiremos com a execução da atividade observando seu impacto na qualidade do seguimento clínico da população.

6 Desenvolvimento

6.1 Descrição do problema

No momento atual, a UESF Santa Luzia oferece semanalmente 13 consultas médicas e 20 consultas de enfermagem destinadas às pessoas com HAS e DM.

Essas consultas são destinadas ao acompanhamento de pessoas já diagnosticadas, tendo, como foco principal da consulta, as dificuldades para adesão ao tratamento, orientar ou reforçar aspectos do tratamento medicamentoso e não medicamentoso; averiguar se os objetivos do tratamento estão sendo atingidos e viabilizar diagnóstico para outras condições que aumentam o risco cardiovascular.

Constatamos no nosso cotidiano de trabalho que estas consultas atendiam as pessoas com queixas diversas e que apresentavam como doença de base a HAS e/ou DM; ou ainda para as pessoas que solicitavam a troca da receita médica para aquisição da medicação anti-hipertensiva ou hipoglicemiante de rotina. Não há interação entre as consultas da enfermagem e as consultas médicas. Assim, os pacientes que solicitavam mais consultas eram atendidos inúmeras vezes e os que não demonstravam interesse e só queriam a receita médica eram menos observados; de forma independente de metas terapêuticas insatisfatórias, risco cardiovascular, ou adesão ao tratamento.

Desse modo, constatamos um número relevante de casos com baixa adesão ao tratamento, atraso na solicitação de exames laboratoriais de rotina para a avaliação de risco cardiovascular e valores pressóricos e glicêmicos muito longe das metas objetivadas pelo tratamento.

Essa situação, totalmente contrária às recomendadas pelas atuais Diretrizes Brasileiras de HAS e de DM, aponta falhas de grande magnitude e de impacto na atenção básica, que mesmo com o modelo preconizado de assistência, não é eficiente para o controle de patologias que constituem uma das principais causas de óbitos não traumáticas em nosso país, as causas cardiovasculares.

Soma-se a estas condições a presença de complicações graves advindas do acompanhamento e tratamento inadequado de um número expressivo de pessoas como apresentado na Tabela 5 de descritores que se segue, o que torna a situação alarmante e carente de atenção.

Tabela 5 - Classificação de risco em 2011

Descritores	Valores
Hipertensos de baixo e médio risco	421
Hipertensos de alto e muito alto risco	124
Diabéticos	151
Diabéticos sem tratamentos medicamentoso	31
Diabéticos usuários de insulín	24
Diabéticos não usuários de insulina e sem hipertensão associada	47

Fonte: Registros da equipe

6.2 Esclarecimento do problema

O acompanhamento dos pacientes com HAS e DM apresenta-se nessa situação atual por vários motivos. O fato da UESF não ter um médico de saúde de família continuamente por períodos superiores a 6 meses - permanecendo por longos períodos com atendimentos médicos realizados por clínicos gerais que vêm à unidade uma ou duas vezes na semana, impediu um acompanhamento longitudinal dessas pessoas. O atendimento prioriza a renovação de receitas médicas para o acesso a medicação, uma vez que só é fornecida pela farmácia popular ou municipal mediante apresentação de receita médica.

Em relação a estrutura organizacional, o horário de funcionamento da UESF é das 7 h às 16:30 horas. Este horário foi apontado por inúmeros usuários como insatisfatório, pois a população que trabalha tem dificuldades em comparecer a unidade, mesmo diante do fornecimento do atestado médico. O atendimento em horário diferenciado, não coincidente com o horário laboral, tem sido uma reivindicação da população.

O horário de funcionamento da Unidade pode ser atribuído como uma das causas de absenteísmo às consultas de acompanhamento das pessoas com HAS e DM, o que corrobora para a falta de adesão ao tratamento e distanciamento das metas terapêuticas.

Para serem atendidos na UESF, convencionou-se que os pacientes do período matutino cheguem às 7 horas e os pacientes agendados para o período vespertino cheguem à unidade às 13 horas. Desse modo, os pacientes têm um longo período de espera pela frente, pois são atendidos na ordem de chegada.

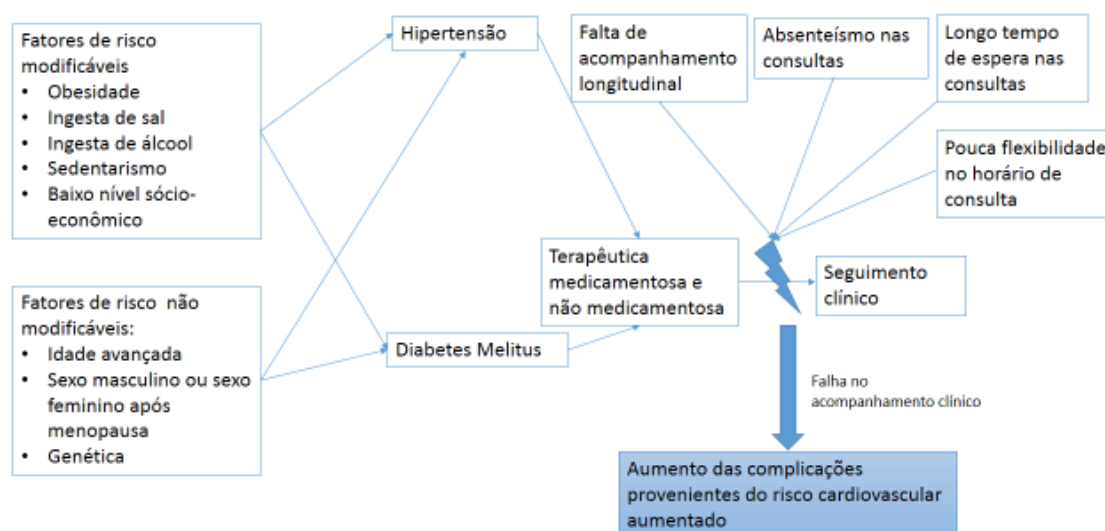
Essa rotina pouco efetiva deve-se ao número de faltas às consultas agendadas. Assim, se o paciente não se encontra na unidade no horário estipulado, perde sua vaga que é disponibilizada para outra pessoa que ali aguarda por uma. Esse método é pouco efetivo, pois além de promover longa espera, principalmente

aos que serão atendidos nas últimas vagas, ainda promove a troca de pacientes programáticos com HAS e DM por pacientes em demanda espontânea, fazendo da UESF uma unidade de pronto atendimento; sem contar que não soluciona o problema da ausência dos pacientes nas consultas (que deveria desencadear um processo de busca ativa) acarretando na ineficácia de tratamento devido à falta de seguimento clínico.

6.3 Seleção do nó crítico

Identificamos três “nós críticos” no seguimento das pessoas com DM e/ou HAS na UESF Santa Luzia: falta de acompanhamento médico longitudinal, rigidez no horário de atendimento e tempo de espera para a consulta médica. A árvore explicativa da falha de acompanhamento clínico está apresentada na Figura 2.

Figura 2 - Árvore explicativa da falha do acompanhamento clínico



O primeiro passo para a correção do modelo de acompanhamento de pessoas de HAS e DM na UESF Santa Luzia foi a designação da médica com agenda de atendimento contemplando atendimentos programáticos e, como citado anteriormente, 13 consultas da agenda médica são destinadas a esses pacientes.

Com a estabilidade do médico e da equipe como um todo (a enfermeira iniciou suas atividades juntamente com a médica e os agentes comunitários já retornaram das férias) é possível propor um plano terapêutico a estas pessoas.

Este plano foi elaborado seguindo as evidências clínicas e discutido com cada paciente individualmente em sua consulta. É possível, a partir desta proposta de intervenção, realizar o acompanhamento sistematizado, utilizando consultas médicas e de enfermagem associada a ações dos agentes comunitários de saúde em suas visitas mensais às residências e com estas iniciativas, solucionar o “nó crítico” da falta de acompanhamento longitudinal.

Outro problema que permite uma intervenção no intuito de melhorar a qualidade do nosso acompanhamento é a flexibilização do horário de atendimento: uma proposta de horário de trabalho diferenciado foi apresentada à coordenação de saúde, apontando que o atendimento no horário estendido seria útil para a continuidade do seguimento clínico dos pacientes crônicos da UESF. Com o auxílio dos agentes comunitários, identificamos os pacientes que mais beneficiar-se-iam desse atendimento no horário diferenciado para potencializar o impacto dessa alteração no processo de trabalho.

Para esse atendimento em horário diferenciado, seria possível agendar os pacientes no mesmo horário com o intuito de fazer um acolhimento inicial pelo serviço de enfermagem com aferição da pressão arterial e glicemia capilar; em seguida, enquanto aguardam o atendimento para a consulta médica, os profissionais do NASF (nutricionista e psicóloga) promoveriam a discussão de um assunto de saúde de interesse do grupo, desse modo melhorariamos um “nó crítico” importante: o tempo perdido na sala de espera. Assim, as pessoas receberiam conhecimentos sobre diversos aspectos de sua saúde e patologia; dessa forma transformaríamos esse tempo ocioso em um tempo de qualidade. As propostas dos subprojetos, bem como dos recursos, da viabilidade, do plano operativo e da gestão estão apresentadas nas Tabelas 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, respectivamente.

6.4 Desenho das operações

Tabela 6 - Proposta de projetos

Nós críticos	Operação / Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Ausência de acompanhamento longitudinal	COMUNICAR É PROGREDIR	Permitir que a comunicação adequada entre os membros da equipe e relatos nos prontuários facilite o	Correto preenchimento do prontuário médico; Estabelecimento de comunicação	Financeiro – melhoria dos computadores da unidade para efetiva digitalização dos prontuários Organizacional – estruturação do tempo

		acompanhamento longitudinal dos mesmos	entre a equipe para que todos tenham conhecimentos sobre os pacientes	para que o prontuário seja preenchido na íntegra Cognitivo – uso de consultas dirigidas para os grupos programáticos
Horários não flexíveis	GRUPO HIPERDIA HIPERNOITE	Realizar atendimento em grupo de pessoas com DM e/ou HAS em horários extra turno	Realizar grupos de pessoas com DM e/ou HAS selecionados e encontros para aferição da PA e glicemia capilar, com oportunidade de renovação de receitas de uso contínuo, agendamento de consultas para pacientes não compensados e educação em saúde.	Financeiro – autorização da coordenação para horas extras de funcionários Organizacional – mobilização da população através do trabalho dos ACS
Longo período de espera	SAÚDE NA HORA CERTA	Agendar consultas por horários fragmentados e oportunos	Pessoas chegarão a unidade próximo ao horário de seu atendimento podendo ser melhor acolhido e atendido pela equipe	Organizacional – adequação da agenda de atendimentos e trabalho de conscientização da população

6.5 Identificação dos recursos críticos

Tabela 7 - Recursos críticos dos projetos propostos

Operação/projeto	
Comunicar é progredir	Cognitivo – desenvolvimento de atendimentos padronizados para os grupos programáticos a exemplo do que se desenvolve para as crianças Financeiro – mobilizar o setor de tecnologia de informação para melhoria dos computadores da unidade para que o programa Viver (sistema operacional adquirido pelo município para informatização de prontuários e atendimentos multiprofissionais) funcione na íntegra
Grupo Hiperdia-Hipernoite	Financeiro – autorização da coordenação de saúde permitindo o trabalho da equipe ou parte dela fora do horário de expediente como horas extras trocadas por folgas ou pagamento salarial
Saúde na hora certa	Organizacional – conscientização da população que não é

necessário chegar de madrugada na UESF para garantir o atendimento ou ser o primeiro a ser atendido

6.6 Análise de viabilidade do plano

Tabela 8 - Viabilidade dos projetos

Operações/projetos	Recursos críticos	Ator que controla os recursos	Motivação do ator	Ações estratégicas
Comunicar é progredir	Cognitivo – desenvolvimento de atendimentos padronizados para os grupos programáticos a exemplo do que se desenvolve para as crianças	Coordenação Municipal de Saúde	Favorável	Desenvolver protocolos de atendimento em grupo
	Financeiro – mobilizar o setor de tecnologia de informação para melhoria dos computadores da unidade para que o programa Viver de digitalização de prontuários e atendimentos funcione na íntegra	Setor de tecnologia de informação do município	Indiferente	Fazer solicitação protocolada para avaliação do material e melhoria com recursos destinados a este setor
Grupo hiperdia-hipernoite	Financeiro – autorização da coordenação de saúde permitindo o trabalho da equipe ou parte dela fora do horário de expediente como horas extras trocadas por folgas ou pagamento salarial	Secretaria Municipal de Saúde	Desfavorável	Apresentar o projeto ao secretário municipal de saúde e sua equipe para aprovação
Saúde na hora certa	Organizacional – conscientização da população que não é necessário chegar de madrugada na unidade para garantir o atendimento ou ser o primeiro a ser atendido	Agentes comunitários de saúde	Favorável	

6.7 Elaboração do plano operativo

Tabela 9 - Plano operativo

Operações	Resultados	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Comunicar é progredir	Melhorar a comunicação por meio de prontuários adequados	Desenvolver protocolos de atendimento	Bruna em associação com médicos de outras UESF	Início em 3 meses
		Solicitar auxílio do setor de tecnologia de informação	Vanderlei (ACS)	Início em 1 mês
Grupo Hiperdia-hipernoite	Atender a população em horário mais oportuno, reduzindo o absentismo	Apresentar o projeto ao secretário municipal de saúde e sua equipe para aprovação	Talita (enfermeira)	Início em 2 meses
		Organizar o grupo de pacientes por critérios pré-estabelecidos	ACS responsável pela microárea	Início em 2 meses
		Início das atividades de educação em saúde com os grupos	Bruna (médica) e Talita (enfermeira)	Início em 2 meses e meio
Saúde na hora certa	Evitar a fila de espera por consultas diariamente		Doris, Giane, Marilza (ACS's) Lorraine (receptionista)	Início imediato

6.8 Gestão do plano

Tabela 10 - Gestão do projeto: grupo HiperdiaHipernoite

Operação Grupo Hiperdia Hipernoite	Coordenação Bruna Daher (médica)	Reavaliação após 2 meses e meio	Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
			Autorização para atividades extra turno	Talita (enfermeira)	2 meses	Autorizado		
			Realização dos grupo	Talita (enfermeira)	Imediato	Programa implementado	Resistência e hábitos da	

educativo/operativo	Bruna (médica) e o ACS da microárea		ainda com resistência pontual	população são difíceis de alterar	
---------------------	-------------------------------------	--	-------------------------------	-----------------------------------	--

Tabela 11 - Gestão do projeto: Comunicar é progredir

Operação Comunicar é Progredir	Coordenação: Bruna Daher (médica)	Reavaliação após 2 meses e meio			
Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo prazo
Elaboração de protocolos de atendimento	Bruna (médica) e outros médicos das UESF's	3 meses	Em andamento	Em fase de discussão dos diferentes protocolos dos grupos programáticos durante reuniões do Programa de Educação Continuada (PEP)	
Apoio do setor de tecnologia de informação	Vanderlei (ACS)	1 mês	Atrasado	ACS foi solicitado para a função de motorista da coordenação	2 meses

Tabela 12 - Gestão do projeto: Saúde na hora certa

Operação Saúde na hora certa	Coordenação: Bruna Daher	Reavaliação após 2 meses e meio			
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Agendamento por horário das consultas	Lorraine (receptionista)	Imediato	Programa implementado em toda a área		
Conscientização da população	Doris, Giane e Marilza (ACS's)	Imediato	Programa implementado ainda com resistência pontual	Resistência e hábitos da população são difíceis de alterar	

7 Conclusão

A avaliação do desenvolvimento das atividades propostas nesse plano de intervenção ao longo do ano de 2013, nos permitiu concluir um relativo sucesso na implementação dos subprojetos.

O grupo Hiperdia-Hipernoite destacou-se pelo comparecimento dos participantes de maneira sistemática, com baixo absenteísmo, e mostraram-se abertos a discussão e muito participativos. Foram detectados entre os participantes uma taxa de 13,33% de descompensações com necessidade de agendamento de consulta para reavaliação terapêutica individualizada. Foi considerado que os participantes assíduos são mais aderentes ao tratamento, por isso há baixa taxa de descompensações pressóricas e glicêmicas, em detrimento aos que não participam dos grupos. Para aqueles que não participam do grupo operativo/educacional foi agendada avaliação individualizada para investigação da adesão do tratamento, avaliação clínica das metas terapêuticas e conscientização sobre a necessidade da assiduidade aos grupos operativos.

O subprojeto Comunicar é Progredir ainda será implementado devido à complexidade na elaboração de protocolos de atendimento. Ao longo do ano foi estabelecido o protocolo de atendimento de adolescentes e de acompanhamento à criança; contudo, a saúde do adulto, principalmente, no que se refere aos protocolos de acompanhamento para HAS e DM, ainda encontra-se em discussão pelo grupo de participantes do PEP.

O subprojeto Saúde na Hora Certa foi implementado dentro do prazo estabelecido. No início, constatou-se resistência pontual da população, contudo as barreiras foram superadas e pode-se observar mudanças no modo dos usuários da UESF encarar o processo de trabalho desempenhado pela equipe. O fluxo de pacientes à UESF tornou mais tranquilo, não há mais filas de espera e todos que buscam o serviço de saúde são acolhidos e direcionados para a resolução de suas necessidades junto a atenção básica.

Muitas barreiras foram superadas, principalmente no que se refere ao processo de trabalho da UESF; hoje os ACS se consideram mais responsáveis pelo seguimento de seus pacientes com HAS e DM, como os ACS são participantes ativos dos encontros dos grupos de pacientes sob sua área de abrangência, há uma

co-responsabilização da adesão do paciente ao tratamento, e o processo de busca ativa dos pacientes ausentes apresenta maior sucesso. Os profissionais de enfermagem se incluíram na dinâmica do atendimento do grupo Hiperdia/Hipernoite agregando valioso conhecimento teórico-prático às discussões; e o processo de organização do fluxo de atendimento dos pacientes com HAS e DM estimulou estes profissionais (em especial a enfermeira responsável pela UESF) a intensificar os atendimentos de enfermagem destinados a estes pacientes e incluir em sua rotina de consulta, questionamentos sobre o impacto do grupo na adesão ao tratamento. O mesmo aconteceu com as consultas médicas, em especial aquelas destinadas aos pacientes que frequentam o grupo operativo/educativo, que se tornaram mais efetivas no aspecto de buscar singularidades psicossociais que afastam o paciente da adesão terapêutica.

A equipe da UESF como um todo incorporou em sua rotina laboral a concepção de que fazer o diagnóstico e fornecer a medicação não é a resolução do problema, a verdadeira conquista está em promover a adesão ao tratamento e as metas terapêuticas, sendo assim, valoriza a realização do grupo operativo/educativo como ferramenta importante nesse processo de recuperação da saúde.

Há ainda falhas no que se refere ao fluxo de atendimento dos pacientes na UESF, no que se refere a frequência e alternância entre atividades sugeridas pelos protocolos de atendimento das linhas guias do Ministério da Saúde. No momento a UESF conta com todos os recursos necessários: consultas médicas, visitas dos ACS, consultas de enfermagem, exames laboratoriais, consultas com especialistas e o recém criado grupo operativo/educativo. Contudo, apenas os pacientes que necessitam de uma atenção individualizada, após descompensação, avaliada no grupo ou que são diagnosticados recentemente com HAS ou DM, tem sua estratificação de risco estabelecida e plano terapêutico estabelecido no fluxo de atendimento programático. Os demais pacientes, apesar de já frequentarem as atividades da UESF não tem o plano de atendimento programático adequadamente estabelecido; para a correção desta falha e realização do seguimento clínico ideal para todos os pacientes (e não só para os menos compensados clinicamente), iniciamos o processo de reclassificação de risco dos pacientes, ponto inicial para definição do seguimento mais adequado às pessoas com afecções crônicas.

A avaliação do impacto da melhoria no seguimento ambulatorial das pessoas com HAS e DM está sendo realizada, por meio da observação diária da redução do

número de consultas na demanda imediata por descompensações pressóricas e glicêmicas, situação já evidenciada na rotina da UESF, associado a maior adesão dos pacientes à terapêutica medicamentosa e não medicamentosa proposta, atingindo as metas terapêuticas. A longo prazo, o impacto destas ações poderá ser revelado pela redução das internações hospitalares por complicações do DM e da HAS, associado a redução do número de pacientes da área de abrangência da UESF com sequelas de eventos cardiovasculares (infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico).

Referências

ALMEIDA, L. M. D. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, 23, janeiro/junho 2005. 91-96.

BRASIL. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p. a

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

CAMPOS, F. C. C. D.; FARIA, H. P. D.; SANTOS, M. A. D. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2010.

COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA PREFEITURA MUNICIPAL DE PASSOS. **Informações sobre o piso de atenção básica fixo e variável**. Passos. 2012.

DO AMARAL, M. I. B.; HAKME, P. M.; DE SOUZA, R. G. Grupo operativo/reflexivo de educação em saúde na comunidade das vilas operárias de Vila Isabel. **Site do CIBS**, 25 novembro 2013. Disponível em: <<http://www.cibs.cbciss.org/arquivos/GRUPO%20OPERATIVO%20REFLEXIVO%20DE%20EDUCACION%20EN%20SALUD.pdf>>.

EQUIPE DA USF SANTA LUZIA. **Mapeamento do território da USF**. Passos. 2012.

HOME PAGE da Secretaria Estadual de Educação de Minas Gerais, 29 mar. 2013. Disponível em: <<http://ideb.inep.gov.br/resultado/resultado/resultado.seam?cid=1741202>>.

INSTITUTO Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). **Índice de desenvolvimento da educação básica**, 29 março 2013. Disponível em: <Homepage do IDEB, em consulta por município de Passos. Dispo <http://ideb.inep.gov.br/resultado/resultado/resultado.seam?cid=1741202>>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Indicadores e dados básicos - Brasil - 2012, 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm>>. Acesso em: 06 janeiro 2014.

PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de saúde**, v. 15, p. 35-45, 2006.

PEREIRA, T. T. S. O. Pichon-Rivière, a dialética e os grupos operativos: implicações para pesquisa e intervenção. **Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo**, v. 14, p. 21-29, 2013.

PICON, R. V.; AL, E. Trends in Prevalence of Hypertension in Brazil: a Systematic Review with Meta-Analysis. **PLoS One**, 7, 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PASSOS. **Cartilha Saúde em Passos: saiba como utilizar**. [S.I.]. 2012.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabetes**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

SISTEMA de Informação da Atenção Básica (SIAB), 25 março 2013. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04A03&item=3>>.

SOARES, S. M.; FERRAZ, A. F. Grupo operativos de aprendizagem nos serviços de saúde. **Revista de Enfermagem**, março 2007. 52-57.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretriz Brasileira de hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, p. 7-10, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2009**. 3^a. ed. Itapevi: [s.n.], 2009. 400 p.

TORRES, H. C.; HORTALES, V. A.; SCHALL, V. A experiência de jogos na educação em saúde para diabéticos. **Caderno de saúde pública**, julho-agosto 2013. 1039-1047.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 84 p.

ZIMERMAN, D. E. A importância dos grupos na saúde, cultura e diversidade. **Vínculo**, p. 1-16, 2007.

Anexo A

Fonte: (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2006)

PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO		
RESULTADO	ATIVIDADE	PARÂMETRO
Acompanhamento de todos os hipertensos da área de abrangência da UBS.	Identificar todos os hipertensos da área de abrangência da UBS e cadastrá-los no acompanhamento.	100% dos hipertensos identificados e cadastrados.
	Realizar primeira consulta médica para todos os hipertensos cadastrados e “assinar” termo de responsabilidade do cuidado anexo IX	100% dos hipertensos realizam primeira consulta médica e “assinam” termo de responsabilidade do cuidado anexo IX.
	Realizar Grupos Operativos/Educativos, conduzidos por médico ou enfermeiro, para todos os hipertensos cadastrados.	100% dos hipertensos participam de Grupos Operativos/ Educativos, sendo: 2 x/ano para o hipertenso de baixo risco, 1 conduzido pelo médico e 1 conduzido pelo enfermeiro; 3 x/ano para o hipertenso de médio risco, 1 conduzido pelo médico e 2 conduzidos pelo enfermeiro; 2 x/ano para o hipertenso de alto e muito alto risco, 1 conduzido pelo médico e 1 conduzido pelo enfermeiro; Grupos: 10 participantes; duração: 30 minutos.
	Realizar consultas complementares de enfermagem após os Grupos Operativos/ Educativos para todos os hipertensos de baixo e médio risco cadastrados.	100% dos hipertensos de baixo e médio risco realizam consulta de enfermagem, sendo: 1 cons/ano para o hipertenso de baixo risco; 2 cons/ano para o hipertenso de médio risco.
	Realizar consultas médicas e de enfermagem para todos os hipertensos de baixo, médio, alto e muito alto risco cadastrados, sendo consultas domiciliares no caso de usuários acamados.	100% dos hipertensos de alto e muito alto risco realizam consulta médica, sendo: 1 cons/ano pelo médico; 2 cons/ano pelo enfermeiro.
	Realizar 6 exames laboratoriais (glicose, creatinina, potássio, colesterol, triglicérides, urina rotina) para os hipertensos cadastrados.	100% dos hipertensos realizam 6 exames laboratoriais, sendo: a cada 2 anos para o hipertenso de baixo risco; a cada ano para o hipertenso de médio, alto e muito alto risco.

	Realizar visitas domiciliares, pelo médico e enfermeiro.	100% dos hipertensos cadastrados que estejam acamados, recebem 4 visitas anuais intercaladas: 2 do médico e 2 do enfermeiro ou quando houver solicitação do ACS ou do Auxiliar/Técnico de Enfermagem
	Realizar visitas domiciliares para os hipertensos cadastrados	100% dos hipertensos recebem visitas domiciliares mensais.

RESULTADO	ATIVIDADE	PARÂMETRO
<p>Acompanhamento de todos os diabéticos da área de abrangência da UBS.</p> <p>Obs: as atividades para o diabético não usuário de insulina com hipertensão são consideradas nas ações para o usuário com hipertensão.</p>	Identificar todos os diabéticos da área de abrangência da UBS e cadastrá-los no acompanhamento.	100% dos diabéticos identificados e cadastrados.
	Realizar primeira consulta médica para todos os diabéticos cadastrados e "assinar" termo de responsabilidade do cuidado anexo IX.	100% dos diabéticos realizam primeira consulta médica e "assinam" termo de responsabilidade do cuidado anexo IX.
	Realizar Grupos Operativos/Educativos, conduzidos por médico ou enfermeiro, para todos os diabéticos cadastrados.	100% dos diabéticos participam de Grupos Operativos/ Educativos, sendo: 2 x/ano para o diabético sem tratamento medicamentoso, sendo 1 conduzido pelo médico e 1 conduzido pelo enfermeiro; 3 x/ano para o diabético não usuário de insulina sem hipertensão, sendo 1 conduzido pelo médico e 2 conduzidos pelo enfermeiro; 2 x/ano para o diabético usuário de insulina, sendo 1 conduzido pelo médico e 1 conduzido pelo enfermeiro. Grupos: 10 participantes; duração: 30 minutos
	Realizar consultas complementares de enfermagem após os Grupos Operativos/ Educativos para todos os diabéticos sem tratamento medicamentoso; não usuário de insulina sem hipertensão; e não usuário de insulina com hipertensão cadastrados.	100% dos diabéticos sem tratamento medicamentoso; não usuário de insulina sem hipertensão; realizam consulta complementar de enfermagem, sendo: 1 cons/ano para o diabético sem tratamento medicamentoso 2 cons/ano para o diabético não usuário de insulina sem hipertensão
	Realizar consultas médicas e de enfermagem para todos os diabéticos sem tratamento medicamentoso, não usuários de insulina sem hipertensão, usuários de insulina cadastrados - sendo consultas domiciliares no caso de usuários acamados.	100% dos diabéticos realizam consulta, sendo: diabéticos sem tratamento medicamentoso: 1 consulta médica; diabéticos não usuários de insulina sem hipertensão: 2 consultas médicas; diabéticos usuários de insulina: 2 consultas médicas e 1 consulta de enfermagem.

	Realizar exames laboratoriais (glicose) para os diabéticos cadastrados	100% dos diabéticos realizam glicemia, sendo: 6 exames/ano para o diabético usuário de insulina 4 exames/ano para o diabético não usuário de insulina com hipertensão 2 exames/ano para o diabético não usuário de insulina sem hipertensão 1 exame/ano para o diabético sem tratamento medicamentoso
	Realizar visitas domiciliares, pelo médico e enfermeiro.	100% dos diabéticos cadastrados que estejam acamados recebem 4 visitas anuais intercaladas: 2 do médico e 2 do enfermeiro ou quando houver solicitação do ACS ou do Auxiliar/ Técnico de Enfermagem
	Realizar visitas domiciliares mensais, pelo ACS, para todos os diabéticos cadastrados	100% dos diabéticos recebem visitas domiciliares.

O ATENDIMENTO PROGRAMADO AOS HIPERTENSOS			
ATENÇÃO BÁSICA			
Procedimentos previstos	Estratificação dos portadores		
	Baixo risco* (40% dos portadores)	Médio risco* (35% dos portadores)	Alto e muito alto risco* (25% dos portadores)
Consulta médica	01 Cons/ano	01 Cons/ano	01 Cons/ano
Consulta enfermagem	01 Cons/ano	03 Cons/ano	01 Cons/ano
Atividade de grupo	02 Reuniões/pac/ano	03 Reuniões/pac/ano	02 Reuniões/pac/ano
Visita domiciliar pelo ACS	12 Visitas/ano	12 Visitas/ano	12 Visitas/ano
ECG	01 ECG a cada 03 anos	01 ECG por ano	02 ECG a cada 03 anos
Consultas especializadas			
Consulta de cardiologia	Conforme critérios recomendados em anexo		
Consulta de nefrologia			
Exames laboratoriais			
Glicose	01 exame a cada 02 anos	01 exame ao ano	01 exame ao ano
Creatinina	01 exame a cada 02 anos	01 exame ao ano	01 exame ao ano

Potássio	01 exame a cada 02 anos	01 exame ao ano	01 exame ao ano
Colesterol	01 exame a cada 02 anos	01 exame ao ano	01 exame ao ano
Triglicérides	01 exame a cada 02 anos	01 exame ao ano	01 exame ao ano
Urina rotina	01 exame a cada 02 anos	01 exame ao ano	01 exame ao ano

Subsídios para a agenda da unidade de saúde no atendimento programado dos				
Procedimentos previstos	Usuários de insulina (15% dos portadores)	Não usuários de insulina com hipertensão (35% dos portadores)	Não usuários de insulina sem hipertensão (30% dos portadores)	Sem tratamento medicamentoso (20% dos portadores)
Atenção básica				
Consulta médica	02 cons/ano	02 cons/ano	02 cons/ano	01 cons/ano
Consulta enfermagem	06 cons/ano	-	02 cons/ano	01 cons/ano
Atividade de grupo	04 reuniões/pac/ano	02 reuniões/pac/ano	03 reuniões/pac/ano	02 reuniões/pac/ano
Visita domiciliar pelo ACS	12 visitas/ano	12 visitas/ano	12 visitas/ano	12 visitas/ano
ECG	01 ECG ao ano	01 ECG ao ano	01 ECG a cada 02 anos	01 ECG a cada 02 anos
Glicemia capilar	06 exames ao ano (01 exame a cada consulta)	04 exames ao ano (01 exame a cada consulta)	03 exames ao ano	02 exames ao ano
Consultas especializadas	Conforme critérios no item 5 - Atendimento especializado			
Exames laboratoriais				
Glicemia plasmática	06 exames/ano	04 exames/ano	02 exames/ano	01 exame/ano
Curva glicêmica (totg*)	-	-	-	-
Hemoglobina glicada	04 exames/ano	02 exames/ano	02 exames/ano	02 exames/ano
Colesterol	01 exame/ano	01 exame/ano	01 exame a cada 02 anos	01 exame a cada 02 anos
Triglicérides	01 exame/ano	01 exame/ano	01 exame a cada 02 anos	01 exame a cada 02 anos
Creatinina	01 exame/ano	01 exame/ano	01 exame a cada 02 anos	01 exame a cada 02 anos
Urina rotina	01 exame/ano	01 exame/ano	01 exame a cada 02 anos	01 exame a cada 02 anos

***TOTG: TESTE ORAL DE TOLERÂNCIA À GLICOSE**

Indicações para o TOTG:

Pacientes com glicose plasmática <100 mg/dl e <126 mg/dl.

Pacientes com glicose plasmática <100 mg/dl, com presença de 02 ou mais fatores de risco para DIABETES e idade superior a 45 anos.

Pacientes com história de Diabetes Gestacional.

