DENIA DIEGUEZ VELAZQUEZ

MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E/OU DIABETES NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE MORMAÇO, MORMAÇO/RS

PORTO ALEGRE-RS

2017

DENIA DIEGUEZ VELAZQUEZ

MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E/OU DIABETES NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE MORMAÇO, MORMAÇO/RS

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família apresentado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA como requisito indispensável para a conclusão do curso.

Orientador: Manoela Jorge Coelho Alves

PORTO ALEGRE - RS

2017

RESUMO

No inicio do meu trabalho neste município de mormaço, notei que as doenças crônicas não transmissíveis como HAS/DM tinham elevada prevalência, sendo elas as principais causas de atendimentos durante a semana na ESF. Por isso realize uma intervenção no âmbito da UBS e a partir daqui elevar a qualidade do atendimento destes pacientes. Ampliando o numero de visitas domiciliares de forma dirigida e planejada, capacitando os profissionais de saúde, ampliar as estrategias de promoção e educação em saúde, forem as metas a cumprir. E desta forma ter um melhor controle efetivo destas doenças e assim poder diminuir consideravelmente a aparição de complicações referentes a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Descritores: Atenção Primária à Saúde, Educação em saúde, Fatores de risco, Obesidade, Prevenção de doenças.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 5

2. ESTUDO DE CASO CLINICO 7

3. PROMOÇÃO DA SAUDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS 9

4. VISITA DOMICILIAR / ATIVIDADE NO DOMICILIO 10

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA 12

ANEXO 1 - PROJETO DE INTERVENÇÃO 14

1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Denia Dieguez Velazquez, tenho 32 anos sou cubana, formada como médica na Universidade de Oriente em Agosto de 2008, com especialização em Medicina de Família e Comunidade, realizada na Faculdade de Medicina de Guantánamo-Cuba. Em Março de 2016 aderi ao Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) e desde então atuo na cidade de Mormaço-R/S há cerca de 11 meses.

Mormaço é um município localizado no Estado Rio Grande do Sul, possui uma área total de 146109 km2 e uma altitude de 410 metros. Seus municípios limítrofes são Soledade, Espumoso, Tio Hugo e Vitor Graeff que pertencem a microrregião Soledade e mesorregião Noroeste rio-grandense. As principais fontes de ganhos são obtidas através da agricultura e atividades agropecuárias. Possui uma Unidade Básica de Saúde com Estratégia da Saúde da Família (ESF) que oferecem atendimento a um total de 2774 habitantes, é tradicional e do tipo urbana com bom vínculo com os centros de ensino meio (três escolas) e uma creche onde realizamos uma vez por mês palestras sobre promoção e prevenção de saúde sobre temas como gravidez na adolescência, DST, saúde bucal e alimentação saudável.

O processo de atenção na unidade é realizado por uma equipe de saúde, que está constituída por: dois médicos Clínicos Gerais, um deles sou eu, que estou diretamente na Estratégia da Saúde da Família, também tem 1 Ginecologista, 1 Pediatra, 2 Dentista, 2 Fisioterapeutas, 2 Auxiliares de saúde bucal, 2 Enfermeiros, 8 Técnicos em enfermagem, 2 Farmacêuticos e 2 profissionais de serviços gerais. Além disso conta com 1 Fonoaudióloga, 1 Psicóloga, 1 Nutricionista, 1 Assistente Social e 6 Agentes Comunitários de Saúde. Em nossa área de abrangência também existem quatro postos de saúde no interior do município, situados em São Miguel, Agua Branca, Santo Antônio e Posse Godoy, com atendimento médico uma vez por semana.

As doenças mais prevalentes nos atendimentos são Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Infecções Respiratórias, Lombalgias e as Micoses Cutâneas. No Projeto de Intervenção e tema escolhido foi: Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde de Mormaço (ANEXO 1). Pois é possível a partir daqui elevar a qualidade do atendimento destes pacientes. Ampliar o número de visitas domiciliares de forma dirigida e planejada. Capacitar os profissionais de saúde.

Ampliar nossas estratégias de promoção e educação em saúde, e desta forma ter um melhor controle efetivo destas doenças e assim poder diminuir consideravelmente a aparição de complicações referentes a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

2. ESTUDO DE CASO CLINICO

O Paciente A.R.D de 60 anos, masculino, de raça negra, aposentado e solteiro, vem a consulta médica no dia 12/10/2016 para renovação de receita de Metformina 850mg, ele é Diabético há 15 anos porem os níveis glicêmicos tem se mantido controlados até então com a utilização deste medicamento, em dose de 1 comprimido 2 vezes ao dia as refeições. Por enquanto não refere nenhum sintoma. Fuma 20 cigarros por dia, desde os 40 anos, não tem atividade física regular. Sua mãe era hipertensa e tem sofrido infarto já falecida faz 10 anos. Não lembra da última vez que realizou exames de sangue. Os dados de Triagem mostram:

- PA: 150/90 mmhg
- Peso: 105 kg
- IMC: 34,2 (Obeso)
- HGT: 102 mg/dl
- Altura: 1,75 cm
- FR: 20 rpm
- FC: 82 bpm
- Temp Ax: 36.5

Exame Físico: Paciente com bom estado geral. Ausculta Pulmonar: Murmúrio Vesicular (+). Sem ruídos agregados. Ausculta Cardiovascular: Normal. Ausência de sopros carotídeos. Abdômen: Flácido, indolor, com fígado e baço não palpáveis, ruídos hidroaéreos normais, presentes. Ausência de sopros abdominais.

Extremidades com alterações tróficas de fâneros, pulsos presentes e simétricos, ausência de edemas. Segundo a literatura para confirmar o diagnóstico da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), devemos ter níveis elevados e sustentados de Pressão Arterial em 3 medidas, em dias diferentes e condições ideais. Por isso solicito controle pressórico semanal. Além de solicitar exames complementares tais como: Hemoglobina, Hematócrito, Glicemia de Jejum, Colesterol Total, LDL e HDL, Triglicerídeo, Creatinina Sérica, Potássio, EQU e ECG.

Orientações Gerais: Iniciar mudanças no estilo de vida; manter uma alimentação adequada; evitar o fumo; estabelecer metas de controle de peso. Agendo consulta em 10 dias. O paciente retorna no dia 24/10/2016, com os dados de triagem:

- PA: 160/100 mmhg
- HGT: 110mg/dl
- Peso: 105.2 kg
- Temp Ax: 36.0

Traz consigo o controle pressórico e os exames solicitados. Controle Pressórico:

- 13/10: 140/90 mmhg
- 14/10: 150/95 mmhg
- 17/10: 130/80 mmhg
- 18/10: 140/85 mmhg
- 19/10: 150/95 mmhg
- 20/10: 150/90 mmhg
- 21/10: 140/90 mmhg

Resultado dos Exames: ECG: Ritmo sinusal, frequência ventricular de 80 bpm e alterações de repolarização ventricular. EQU: Glicosuria, Cetonuria e Cilindros granulosos 2/campo. Creatinina Sérica: 0,7 mg/dl. Colesterol Total: 210 mg/dl. HDL 57mg/dl. LDL 122mg/dl. Triglicerídeos 150 mg/dl. Glicemia de Jejum 112 mg/dl. Potássio 4,0 mg/dl. Hemoglobina 14.2 g/dl. Hematócrito 39,2%.

Segundo os níveis de pressão do controle pressórico podemos dizer que o paciente apresenta HAS. Estádio I, com risco cardiovascular, já que tem Obesidade, e Fumante e leva uma vida Sedentária. Queixando-se que é um pouco difícil para ele mudar o estilo de vida. Encaminho o paciente a Nutricionista que atende na UBS, para receber orientações quanto a dieta para hipertensão arterial, diabetes e obesidade.
Além disso, convido a ele iniciar no grupo de fumantes e obesos que temos no posto todas as quartas feiras. Início tratamento com um Diurético. Hidroclorotiazida 25mg 1 vez ao dia e, sendo a primeira escolha para o tratamento da pressão em pacientes

maiores de 55 anos e raça negra e Enalapril 10mg em baixas doses 1 comprimido ao dia, tratando-se de um paciente diabético e este fármaco protege em relação a nefropatía diabética. Reoriento sobre atividade física regular moderada, pelo menos 30 minutos na maioria dos dias, cessação do tabagismo e a dieta baseada em frutas, leguminosas, redução das gorduras trans. e a restrição de sódio explicou bem sobre os cuidados que devem ser mantidos pois a hipertensão arterial e o diabetes são doenças crónicas e devem ser controladas para evitar futuras complicações.

Agendo consulta dentro de 4 semanas para avaliar resposta a medicação.

Realizo visita domiciliar 3/11/2016 para montagem do genograma completo.

3. PROMOÇÃO DA SAUDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

UBS: MORMAÇO

Meu trabalho como médica da Estratégia de Saúde da Família (ESF) neste município tive início em Março de 2016, desde então a maioria dos atendimentos foram sempre voltados para a população de adultos com doenças agudas e crônicas, fazendo que os pacientes tenham um atendimento de boa qualidade cobrindo suas necessidades. No começo de meu trabalho nesta cidade, fiquei um pouco impressionada com a quantidade de pacientes com uso de medicamento controlados.

Em conjunto com a equipe de saúde, logramos ter uma proximidade com a maioria desses pacientes diante as consultas, visitas domiciliares e atividades grupais, para desta forma conhecer a história de vida, seus vínculos com a comunidade onde moravam e outras formas de seus contextos de vida. Onde fizemos uma avaliação dos pacientes que realmente estavam precisando o uso desses medicamentos, muitos deles idosos, a maioria com doenças crônicas (HAS, Insuficiência Cardíaca e DM) que além disso apresentam prejuízos mentais, de modo geral incluem a (Demência, Estados Depressivos, Quadros Psicóticos) alguns iniciados tardiamente, outros casos em que o transtorno teve início na juventude exemplo (Esquizofrenia, Transtorno Afetivo Bipolar e Transtorno Ansioso) alguns casos com tempo sem avaliação ou acompanhamento com o especialista, onde muitos desses transtornos apresentam melhoria através de tratamento medicamentoso somente ou em conjunto com outras formas de terapia.

Atualmente dentro de nosso trabalho incluímos a prevenção e a promoção da saúde mental, centrando o cuidado na família e não no indivíduo doente, tendo presente o conceito de vigilância à saúde e no enfoque sobre o risco, assim como tratar a doença ou recuperar a incapacidade, valorizando os fatores que interferem negativamente na saúde. Melhoria na qualidade de vida. Práticas de Terapia Comunitária. Realizamos ações que potencializarem a participação dos pacientes no restabelecimento da sua saúde. Atividades estas que se realizavam com pouca frequência no município, porque só existia um único medico que fazia atendimentos somente no posto de saúde.

Conhecemos que os problemas de saúde mental representam um grave problema de saúde pública, mas temos muitas ferramentas e muitos são fatores que interferem, como são o trabalho em equipe e a secretaria de saúde de nosso município, no acompanhamento e no apoio para o trabalho com as pessoas com transtornos mentais

4. VISITA DOMICILIAR / ATIVIDADE NO DOMICILIO

A Visita Domiciliar é uma importante ferramenta na Estratégia Saúde da Família (ESF), faz parte do cotidiano do trabalho, e tem como objetivo atender o indivíduo na sua integralidade com uma visão mais amplia das reais condições de vida da família. Na UBS de Mormaço, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) visitam diariamente as famílias, antes do começo de meu trabalho nesta cidade a Enfermeira e Assistente Social eram quem mais faziam as visitas, a partir de demandas identificadas nos atendimentos ou por solicitação dos ACS, o médico que trabalhava no posto só fazia atendimentos agendados e demanda espontânea e quase nunca agendava visitas no domicílio, só se existia queixa de algum familiar.

Com o início de meu trabalho neste posto a enfermeira responsável das visitas fez um cadastro das pessoas que necessitavam de visita continuada, onde planejamos em conjunto com a equipe que as visitas domiciliares seriam realizadas duas vezes por semana de acordo a prioridade e necessidade de cada usuário. Alguns pacientes que necessitam de avaliação fisioterapêutica, esta é feita já que contamos em nosso posto com dois fisioterapeutas uns deles com 40 horas de trabalho

responsável das visitas domiciliares, não assim com os outros profissionais do NASF (Nutricionista e Psicólogo) as visitas deles são menos frequentes centralizando mais o trabalho nas consultas agendadas e no trabalho nas escolas. Quando é preciso encaminhar um paciente para avaliação medica especializada fora do município, as consultas são marcadas em Passo Fundo ou Soledade, e são levados por um transporte da Secretaria de Saúde.

Uma vez por semana as visitas são feitas em conjunto com Assistente Social, um ponto muito importante, já que avalia os pacientes que necessitam do setor social por exemplo. Preenchimento de processo de medicamentos de alto custo, Agendamento de ambulância para fora do domicilio, Fornecimento de fraldas geriátricas entre outras situações, garantindo o bem-estar físico, mental e social dos usuários. A maioria das vezes as visitas são realizadas juntamente com a enfermeira do posto e em conjunto avaliamos os pacientes. Entre os procedimentos, mas usados nas visitas estão a medição da pressão arterial e da glicemia capilar em diabéticos.

Quando há necessidade de exames laboratoriais ou eletrocardiograma e radiografias a secretaria de saúde garante o transporte para estes pacientes se deslocar para o posto de saúde no caso não tenham como ir por sua conta. As visitas são registradas no prontuário eletrônico assim como o resultado dos exames e na próxima visita de acordo com o resultado se procede para a conduta imediata. Sempre reforçando nas orientações gerais para o paciente e no cuidado, buscando sempre a melhoria do mesmo, evitando o desencadeamento de agravos relacionado ao uso incorreto dos medicamentos, alimentação e hábitos de vida não saudáveis.

As vezes as visitas se tornam um pouco desgastante para os profissionais, já que muitas vezes os usuários e sua família não seguem as orientações de forma adequada, (por negligencia), porque a pesar de tudo o município e a secretaria de saúde fazem um bom trabalho pôr o bem-estar dos pacientes. No momento das visitas domiciliares sempre deixamos bem claro o papel dos profissionais e quais são nossas limitações, esclarecendo que o principal são os cuidados básicos que a família deve ter com o paciente, a importância de dividir o cuidado entre os demais membros da família, pois essa atenção demanda tempo e muita energia.

A visita domiciliar é um momento propício à realização de ações de promoção à saúde, de prevenção de doenças e de vigilância à saúde. Nesta aproximação com as famílias é que os profissionais reconhecem as necessidades de saúde das mesmas e reforçam os vínculos. (Brasil, 2011). Resulta muito agradável quando existem

resultados positivos na saúde dos usuários, e quando o acompanhamento continuo melhora a qualidade de vida destes pacientes que precisam uma atenção diferenciada.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Na minha trajetória no curso de Especialização em Saúde da Família tem sido muito interessante para mim, já que conheci o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, e eleve meus conhecimentos em Atenção Primaria à Saúde, principalmente no enfoque da Estratégia de Saúde da Família, com competência para o atendimento de promoção, prevenção e recuperação do indivíduo nas diferentes etapas da vida, levando em consideração os princípios científicos, humanistas, éticos e culturais. Este curso está me ajudando aperfeiçoar meus conhecimentos sobre os diferentes temas tratados nos módulos do Eixo 1, o aprendido é colocado na pratica durante meu trabalho neste município do Mormaço há mais de um ano. Uma experiência única, já que não conhecia o modelo SOAP para o registro das informações, uma mudança importante onde os profissionais tem a oportunidade de contribuir para coleta e informação das pessoas, cada qual com sua especificidade, caraterizado por exatidão, brevidade e clareza.

Foi possível a partir dos conhecimentos adquiridos elevar a qualidade dos atendimentos dos pacientes, assim como sua adoção aos tratamentos e cuidados, programando as atividades em conjunto com a equipe de saúde para desta forma melhorar atenção a Saúde da Criança, Atenção Pré-natal e Puerpério, Saúde do Idoso, da Mulher, do Adolescente, Saúde Mental e os pacientes com doenças crônicas, baseados nos protocolos estabelecidos de forma dirigida e planejada.

Na segunda etapa do curso Eixo 2, também tive um bom aproveitamento dos conteúdos, pude me atualizar e colocar em prática todo o conteúdo estudado nos diferentes casos clínicos, a assistência oferecida e o acompanhamento adequado aos pacientes, identificar as fontes de dificultades familiares, as possibilidades de mudanças e todos os recursos que contribuam para conseguir respostas compatíveis com uma melhor qualidade de vida, prevenindo complicações e mortalidade, além de reduzir o custo social e o custo que incorre ao SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Caderno de Atenção Básica N. 37)
2. VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão, Revista Brasileira de Hipertensão, Volume 17.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde 2013. (Caderno de Atenção Básica N. 34)

ANEXO 1 - PROJETO DE INTERVENÇÃO

DENIA DIEGUEZ VELAZQUEZ

MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E/OU DIABETES NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE MORMAÇO, MORMAÇO/RS

PORTO ALEGRE-RS

2017

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus tem sido reconhecidos como problemas de saúde pública. A importância destas doenças está crescendo em razão do aumento da sua prevalência e incidência, com consequentes repercussões, traduzidas em mortes prematuras. A 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. Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal.

Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca, déficit cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também têm HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos. O DM e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetida à diálise.

As complicações agudas e crônicas do diabetes causam alta morbimortalidade, acarretando altos custos para os sistemas de saúde. Gastos relacionados ao diabetes mundialmente, em 2010, foram estimados em 11,6% do total dos gastos com atenção em saúde. Dados brasileiros sugerem valores semelhantes. Estudo realizado pela OMS mostrou que os custos governamentais de atenção ao DM variam de 2,5% a 15% dos orçamentos anuais de saúde e os custos de produção perdidos podem exceder, em até cinco vezes, os custos diretos de atenção à saúde. Em pesquisa de prevalência de fatores de risco para doença coronária foi constatado que 7.0% da população acima de 20 anos eram portadoras de DM, e 31,5% eram portadoras de HAS. Sabe-se que o risco cardiovascular duplica em estas doenças, especialmente quando estão associada a outros fatores de risco como tabaquismo e dislipidemias

aumentando a morbimortalidade cardiovascular por morte súbita, infarto do miocárdio, angina do peito, insuficiência renal, entre outros, o que aponta para a necessidade de estratégias para atuar sobre os fatores de risco, fazer um diagnóstico oportuno, tratamento e controle das mesmas para assim evitar as complicações.

Mormaço é um município do Estado Rio Grande do Sul. Seus municípios limítrofes são Soledade, Espumoso, Tio Hugo e Vitor Graeff. Tem uma Unidade Básica de Saúde com Estratégia da Saúde da Família, atende uma população estimada de 2774 habitante. No início do meu trabalho na unidade de saúde notei que as doenças crônicas não transmissíveis como HAS/ DM tinham elevada prevalência sendo elas as principais causas de atendimentos durante a semana na ESF, além disso, a maioria de internações hospitalares procediam destes usuários, realizando um acompanhamento de 614 pessoas com hipertensão e 176 pessoas com diabetes.

Prestamos atendimento aos usuários com estas doenças todos os dias da semana e nos dois turnos, utilizamos o teste rápido de glicose capilar, usado sempre em cada usuário portador desta doença quando comparece a consulta.

PROBLEMA

Dificuldade na qualidade da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde Mormaço.

JUSTIFICATIVA

É de grande importância realizar esta intervenção no âmbito da UBS, pois é possível a partir daqui elevar a qualidade do atendimento destes pacientes, ainda falta programar todos os recursos desta ação, baseados nos protocolos estabelecidos. Mais contamos com o apoio de todos os profissionais da equipe de saúde. Ampliar o número de visitas domiciliares, de forma dirigida e planejada, capacitar os profissionais de saúde, ampliar nossas estratégias de promoção e educação em saúde são possíveis metas a cumprir. E desta forma ter um melhor controle efetivo destas doenças e assim poder diminuir consideravelmente a aparição de complicações referentes a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus, não Unidade Básica de Saúde Mormaço, Mormaço/ RS.

2.2 OBJETIVO ESPECIFICOS

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

3. REVISÃO DE LITERATURA

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTOLICA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA ≥140 x 90mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

É um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo e 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). Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal.

Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006). No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB).

O Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamental no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2009).

DIABETES MELLITUS

Diabetes Mellitus (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999). O DM vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009).

O DM e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise (SCHMIDT; DUNCAN; STEVENS et al., 2009; SCHMIDT et al., 2011; ROSA, 2008). As complicações agudas e crônicas do diabetes causam alta morbimortalidade, acarretando altos custos para os sistemas de saúde. Estudos internacionais sugerem que o custo dos cuidados relacionados ao diabetes é cerca de duas a três vezes superior aos dispensados a pacientes não

diabéticos e está diretamente relacionado com a ocorrência de complicações crônicas (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2009). Os objetivos mais importantes das ações de saúde em DM são controlar a glicemia e, com isso, em longo prazo, reduzir morbimortalidade causada por essa patologia. Portanto, fazer uma intervenção educativa sistematizada e permanente com os profissionais de Saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas atuais em relação a esses problemas de saúde, (BRASIL2013)

4. MATERIAIS E MÉTODOS

Este projeto está estruturado para ser desenvolvida na Unidade Básica de Saúde Mormaço, no município de Mormaço/ RS. Participarão da intervenção um total de 721 usuários, deles 614 usuários com Hipertensão Arterial e 179 com Diabetes Mellitus. Utilizando como critério de seleção os hipertensos e os diabéticos pertencentes à área adstrita da UBS de Mormaço, realizaremos reuniões no grupo de trabalho da equipe, fomentando a apropriação do conhecimento sobre as metas. Também procuraremos desenvolver planejamento das ações e distribuição das atribuições dos diversos profissionais. Para desenvolver a intervenção será adotado o Caderno No 37 de Atenção Básica do Ministério de Saúde, 2013 que trata de hipertensão arterial e Caderno No 36 de Atenção Básica do Ministério da Saúde, 2013 que trata de diabetes mellitus.

AÇÕES

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.
- Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de diabetes.
- Garantir material adequado para realização do HGT na unidade de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos, assim como o registro das informações.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e dos diabéticos.
- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.
- Monitorar os hipertensos e os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.
- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.
- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes diabéticos.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.
- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.
- Garantir a solicitação dos exames complementares.

- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.
- Realizar controle de estoque de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos;
- Organizar a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos;
- Organizar a agenda de saúde bucal para a realização da consulta odontológica dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar a ficha de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso.
- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.
- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.
- Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.
- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos
- Organizar a agenda para acolher os hipertensos e os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de hipertensão, diabetes à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e promover a saúde deles.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o número de pacientes hipertensos e os diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.
- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e aos diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e aos diabéticos.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e aos diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e aos diabéticos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.
- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.
- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".
- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

- Orientar hipertensos, diabéticos, e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar hipertensos, diabéticos, e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar os hipertensos tabagistas, e os diabéticos tabagistas, sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- Orientar os hipertensos, os diabéticos, e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

INDICADORES

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da

unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.
Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Denominador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos, assim como o registro das informações.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos, e manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde. Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo. E de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado. E número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento. Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos. E manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo. E proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Numerador: Número total de diabéticos com exame clínico apropriado. E número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento. Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia. Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia. Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Indicador 2.5: Proporção de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. Numerador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos. Indicador 2.6: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos. Indicador 2.7: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Denominador: Número de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada. Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa. Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa. Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada. Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa. Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa. Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo 4: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e promover a saúde deles.

Meta 4.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde. E garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável. Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular e orientação nutricional sobre alimentação saudável. Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular, e número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável. Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, e garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável. Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular e orientação nutricional sobre alimentação saudável. Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular, e número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre

alimentação saudável. Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos. Indicador 4.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física. Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física. Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos. Indicador 4.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física. Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física. Denominador: Número diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos. Indicador 4.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo. Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos. Indicador 4.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo. Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos. Indicador 4.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal. Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal. Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Meta 4.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos. Indicador 4.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene

bucal. Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal. Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

5. **CRONOGRAMA:**

SEMANAS

ATIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitar a equipe de saúde sobre os protocolos de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.	X	X														
Estabelecer a atribuição de cada profissional na ação programática.	X															
Cadastrar aos pacientes hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Fazer contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância de ação programática sobre HAS/DM solicitando apoio para a captação destes pacientes e as estratégias que serão implantadas.	X				X				X				X			
Atividade de educação em saúde sobre alimentação saudável, pratica de exercícios	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

físicos, risco de tabagismo, higiene bucal em pacientes hipertensos e diabéticos																
Atendimento clinico dos pacientes hipertensos e diabéticos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atividades com os diferentes grupos de hipertensos e diabéticos	X				X				X				X			
Capacitar as ACS para realização de busca ativa de pacientes hipertensos e diabéticos faltosos a consulta e orientação da importância da periodicidade da consulta	X															
Organizar a agenda no acolhimento dos pacientes hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares e demanda espontânea.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitorar a realização de exame clinico apropriado dos hipertensos e diabéticos	X			X			X			X			X			X
Priorizar medicamentos da farmácia popular aos hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Busca ativa de pacientes faltosos as consultas.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Visita domiciliar para avaliação e consulta dos pacientes acamados ou alguma limitação que impede assistir a UBS pela equipe de saúde.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliação odontológica dos pacientes hipertensos e diabéticos que precisem desse atendimento.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoramento da intervenção.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração do informe final.															X	X

6. RECURSOS NECESSARIOS

6.1 RECURSOS HUMANOS

Equipe de Saúde da Família composta por: 2 Médicos Clínicos Gerais, 2 Dentistas, 2 Enfermeiros, 8 Técnicas de enfermagem, 1 Auxiliar de saúde bucal, 2 Fisioterapeutas, 2 Farmacêuticos e além disso conta com 1Fonoaudiologa, 1 Psicóloga, 1 Nutricionista e 1 Assistente Social, assim como 6 Agentes Comunitários em Saúde.

6.2 RECURSOS MATERIAIS

- Computador
- Impressora
- Canetas
- Folhas A4
- Planilha de Coleta de Dados
- Ficha de Espelho
- Caderno de Atenção Básica
- Copias Xerox

7. RESULTADOS ESPERADOS

Ao final desta intervenção espera-se. Melhorar a atenção a saúde dos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde, Mormaço. Ampliando a cobertura destes pacientes cadastrados na UBS, sendo todas as ações desenvolvidas em conformidade com o cronograma feito para realizar o trabalho. Os usuários atendidos no período receberam atenção e avaliação qualificada de forma integral, para ao final obter os melhores resultados possíveis.

Além disso melhorar o registro das informações dos usuários com um trabalho feito pela equipe desde o acolhimento, passando pela consulta e sendo monitorizado todas as semanas pela enfermeira como parte de melhorar a qualidade de vida dessas pessoas. Também realizar estratificação de risco cardiovascular a todos, assim ter feito um importante trabalho de prevenção e promoção de saúde para este grupo envolvido na intervenção. Para a equipe a intervenção provoca mudanças importantes, já que é necessário elevar a preparação dos diferentes integrantes em relação aos protocolos estabelecidos para o atendimento de pacientes com hipertensão e diabetes mellitus.

REFERÊNCIAS

1. Caderno de Atenção Básica No. 37. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crónica. Hipertensão Arterial Sistémica. Brasília – DF, 2013.
2. Caderno de Atenção Básica No. 36. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crónica. Diabetes Mellitus. Brasília – DF, 2013.
3. Sociedade Brasileira de Cardiologia 2010.
4. Duncan, B.B., Schmidt, M.I., Giugliani, E.R.J. Medicina Ambulatorial. Condutas de Atenção Primaria Baseada em Evidencias. Porto Alegre, 2009.
5. Brasil. Ministério de Saúde. SIS HIPERDIA-Apresentação. Aceso em 10 jan. 2013, disponível em: http: // hiperdia. DATASUS. Gov.br

ANEXO A: FICHA DE ACOMPANHAMNETO

MS – HIPERDIA
ATENÇÃO
À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO

(*) Nome do Estabelecimento Assistencial de Saúde	Código SIA/SUS ou CNES (EAS)

Nº	Identificação do Paciente (*) (Preencher com Nº do Cartão SUS ou Cartão Provisório SUS. Não possuindo CNS ou Nº Cartão Provisório SUS, preencher com Nome Completo do Usuário)	Data Nascimento DD/MM/AAAA	Hipertensão (Preencher com X)	Diabetes (Preencher com X)	Verificar a cada consulta (Preencher com valor) (*)								Intercorrências desde da última consulta referidas pelo paciente (Preencher com X, para existência de complicações) (*)								Tratamento para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (*)									Exames (**) (Marcar X)						
								Pressão Arterial													Número de comprimidos/dia (½,1,2, 3, 4, 5 ou 6)																
					Peso (Kg)	Altura (cm)	Cintura (cm)	Sistólica	Diastólica	Glicemia capilar ou plasmática	Pós Prandial ou em Jejum (***)	Não Existe Complicações referidas	Angina	IAM	AVC	Pé Diabético	Amputação	Doença Renal	Retinopatia (Fundo de olho alterado ou cegueira)	Não Medicamentoso (Preencher com X)	Hidroclorotiazida 25mg	Propranolol 40mg	Captopril 25mg	Glibenclamida 5mg	Metformina 850mg	Insulina NPH (Unidades/dia)	Outros Medicamentos (Preencher com X)	Hb Glicosilada	Creatinina Sérica	Colesterol Total	ECG	Triglicérides	Urina tipo 1	Microalbuminuria
1																																						
2																																						
3																																						
4																																						
5																																						
6																																						
7																																						
8																																						
9																																						
10																																						
11																																						
12																																						
13																																						
14																																						
15																																						
16																																						

(*) Responsável pelo atendimento	(*) Assinatura	(*) Data da Consulta

Legenda: (*) Campos de preenchimento obrigatório (**) Marcar com X quando receber o resultado (***) Marcar P para pós prandial e J para em jejum