

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE
DA FAMÍLIA

ESTRATÉGIA PARA ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES
HIPERTENSOS E DIABÉTICOS EM UM CENTRO DE SAÚDE DE
BELO HORIZONTE – RELATO DE EXPERIÊNCIA

LAGOA SANTA / MINAS GERAIS

2012

ELIANE NEPOMUCENO VIDIGAL

**ESTRATÉGIA PARA ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES
HIPERTENSOS E DIABÉTICOS EM UM CENTRO DE SAÚDE DE
BELO HORIZONTE – RELATO DE EXPERIÊNCIA**

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

Orientador: Prof. Dr. Lúcio José Vieira

**LAGOA SANTA / MINAS GERAIS
2012**

ELIANE NEPOMUCENO VIDIGAL

**ESTRATÉGIA PARA ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES
HIPERTENSOS E DIABÉTICOS EM UM CENTRO DE SAÚDE DE
BELO HORIZONTE – RELATO DE EXPERIÊNCIA**

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

Orientador: Prof. Dr. Lúcio José Vieira

BANCA EXAMINADORA

Fernanda Magalhães Duarte Rocha
Lúcio José Vieira

Aprovado em Lagoa Santa, 09/08/2012

AGRADECIMENTOS

Á Deus, pela oportunidade.

Ao meu esposo Mauro e minhas filhas Rafaela, Gabriela e Bruna, pela tolerância, amor, carinho e ajuda constante em minha vida. Obrigada. Amo muito vocês!

Ao Thales, pela preciosa ajuda.

Aos colegas e amigos da Equipe de Saúde da Família 02 do Centro Saúde Túnel de Ibité, pelo convívio, pela troca de conhecimentos, pelo apoio e pelos momentos compartilhados.

À minha gerente Maria Carmen pela troca generosa de ideias e incentivo.

Ao meu orientador, Prof. Lúcio, pelas valiosas intervenções.

A toda equipe do NESCON/UFMG, pela criação de um espaço de aprendizado.

Finalmente, agradeço a todos que direta e indiretamente colaboraram para a elaboração deste trabalho.

“A prática da compaixão não é uma utopia. É o caminho mais eficaz para agirmos no melhor dos interesses dos outros e de nós mesmos.”

(Dalai Lama)

RESUMO

Diante da demanda apresentada pelo Ministério da Saúde em que os indivíduos portadores de diabetes e hipertensão arterial devem ser classificados, monitorados e acompanhados, tornou-se necessário a realização de uma estratégia para alcançar tal objetivo. Este estudo se caracteriza como um relato de experiência vivenciada pela equipe amarela do Centro de Saúde Túnel de Ibité, entre 2008 e 2010, com o intuito de organizar a assistência e o processo de trabalho. As operações propostas para enfrentar o problema foram: elaboração e execução do plano de ação. Também foi realizada uma revisão bibliográfica para fundamentação teórica da experiência a ser relatada. Os resultados estão apresentados em forma de gráfico com análise descritiva. Após análise, observa-se quão grave é o quadro em que os usuários estão inseridos. A elaboração deste plano de ação possibilitou à Equipe Saúde da Família “Amarela” perceber que a classificação e estratificação dos riscos, organização da agenda, o trabalho em equipe e o arquivo rotativo possibilitou uma organização da assistência permitindo melhor acompanhamento dos casos graves, contribuindo para a redução das complicações advindas da Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus.

Palavras-chave: Atenção Básica em Saúde; Hipertensão Arterial, Diabetes, Equipe Saúde da Família.

ABSTRACT

Given the demand presented by the Ministry of Health in individuals with diabetes and hypertension should be classified, monitored and followed, it became necessary to carry out a strategy for achieving this goal. This study is characterized as an experience report lived by the yellow team of Túnel de Ibirité Health Center, between 2008 and 2010, with the aim of organizing care and work process. The proposed operations to tackle the problem were: establishing and implementing the action plan. We also performed a literature review for the theoretical foundation of experience to be reported. The results are shown in graph form with descriptive analysis. After analysis, it is observed how serious is the situation where users are located. The preparation of this plan of action enabled the Family Health Team "Yellow" realize that the classification and risk stratification, organization of agenda, teamwork and provided a rotary file organization of care allowing better monitoring of severe cases, contributing to reducing the complications of Hypertension and Diabetes Mellitus.

Key Words: Primary health care, hypertension, diabetes, family health team.

LISTA DE TABELAS E ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| Tabela 1 População da equipe amarela por faixa etária..... | 24 |
| Tabela 2 Dados da População hipertensa e diabética da Equipe Amarela do Centro de Saúde Túnel de Ibité..... | 24 |
| Gráfico 1 População do CSTI por faixa etária..... | 22 |
| Gráfico 2 Classificação de risco dos pacientes hipertensos da Equipe Amarela do Centro de Saúde Túnel de Ibité..... | 28 |
| Gráfico 3 Classificação dos pacientes diabéticos da Equipe Amarela do Centro de Saúde Túnel de Ibité..... | 28 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS: Agente Comunitário de Saúde

CSTI: Centro de Saúde Túnel de Ibirité

COFEN: Conselho Federal de Enfermagem

DCNT: Doenças Crônicas Não transmissíveis

DM: Diabetes Mellitus

ESF: Equipe de Saúde de Família

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

HIPERDIA: Sistema de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MA: Micro área

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS: Organização Mundial da Saúde

ONG: Organização Não Governamental

PA: Pressão Arterial

PE: Prontuário Eletrônico

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 11 |
| 2 OBJETIVOS | 14 |
| 3 REVISÃO DA LITERATURA | 15 |
| 3.1 Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Fatores de Risco..... | 15 |
| 3.2 Hipertensão Arterial Sistêmica..... | 16 |
| 3.3 Classificação da Pressão arterial..... | 17 |
| 3.4 Diabetes Mellitus..... | 18 |
| 3.5 Trabalho em Equipe..... | 20 |
| 4 ABORDAGEM METODOLÓGICA | 22 |
| 4.1 Centro de Saúde Túnel de Ibité (CSTI): a equipe “Amarela” e seus usuários..... | 22 |
| 4.2 Dados da Equipe Amarela do Centro de Saúde Túnel de Ibité..... | 23 |
| 4.3 Surgimento do problema de estudo..... | 24 |
| 4.4 Descrições das Etapas..... | 25 |
| 4.5 Construção do Arquivo Rotativo..... | 26 |
| 5 RESULTADOS | 27 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 29 |
| REFERÊNCIAS | 30 |
| APÊNDICES | 33 |

1 INTRODUÇÃO

No enfrentamento das doenças crônicas, a organização da atenção à saúde voltada apenas para casos agudos e episódicos, tem se mostrado ineficaz (OMS, 2002). Os problemas crônicos de saúde exigem a construção e manutenção de um vínculo regular e prolongado entre equipe de saúde, pacientes, familiares e comunidade, possibilitando o suporte aos diversos desafios enfrentados na vida cotidiana desses pacientes, principalmente no que diz respeito à produção de autonomia, de competências de autocuidado e de mudanças de hábitos e de estilo de vida (BRASIL, 2008; OMS, 2002 apud BRASIL, 2010, p.6).

O mundo e o Brasil apresentam um processo de envelhecimento de sua população e uma situação de transição das condições de saúde, caracterizada pela queda relativa das condições agudas e pelo aumento das condições crônicas. Ou seja, manifesta-se, universalmente, o fenômeno da transição epidemiológica (MENDES, 2011).

Alguns dados que ilustram o impacto das doenças crônicas no Brasil

| |
|---|
| <p>As doenças crônicas são responsáveis por mais de 2/3 da mortalidade geral do país.</p> <p>As mortes por doença crônica aumentarão 22% nos próximos 10 anos.</p> <p>As mortes por diabetes aumentarão 82% nos próximos 10 anos.</p> <p>A doença crônica custou ao Brasil mais de 3 bilhões de dólares em 2005.</p> <p>O envelhecimento da população e a crescente prevalência das doenças crônicas significam grandes perdas em anos de vida ajustados para a incapacidade.</p> |
|---|

Fonte: OMS, 2005.

A atenção básica caracteriza pelas estratégias voltadas para a singularidade do sujeito, bem como para ações coletivas, pautadas em atuações gerenciais e sanitárias, com vistas à participação popular. Ela visa à integralidade das ações em saúde, sendo este o local primário de entrada dos usuários o que facilita o diagnóstico precoce, mudanças nos hábitos de vida, acompanhamento e redução das complicações. No que se refere à hipertensão e ao diabetes, a atenção básica de saúde preconiza as práticas saudáveis de alimentação, exercício físico, facilidade de acesso ao tratamento medicamentoso, controle dos níveis pressóricos e de glicemia. Com isso existe a necessidade de buscar ferramentas que incorporem a abordagem das doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco, pautadas nos princípios que norteiam a atenção primária de saúde. Sendo assim, criou-se o HIPERDIA, como uma demanda do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008).

A delimitação territorial não minimiza o trabalho em equipe preconizado pela atenção básica. Deve-se traçar o perfil epidemiológico e atuar diante da demanda local, por meio de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade (BRASIL, 2007).

O HIPERDIA é um Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde. Além do cadastro, o sistema permite o acompanhamento, a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos, ao mesmo tempo que, a médio prazo, poderá ser definido o perfil epidemiológico desta população, e o conseqüente desencadeamento de estratégias de saúde pública que levarão à modificação do quadro atual, a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e a redução do custo social (BRASIL, 2010a).

As Equipes de Saúde da Família apresentam-se com papel fundamental no que se refere a atenção integral aos portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), com vistas ao fortalecimento da relação de vínculo entre usuários e equipe, conscientizando o usuário do seu protagonismo no seu processo de saúde, devendo atuar perante o princípio da equidade na busca da qualidade de vida dos usuários (BRASIL, 2008).

Um dos principais problemas enfrentados na equipe “Amarela” do Centro de Saúde Túnel de Ibitaré consiste no grande número de pacientes com demanda espontânea. A procura diária gera uma sobrecarga nos profissionais que gastam muito tempo no atendimento de casos agudos, o que diminui a atenção aos problemas crônicos e fundamentalmente de prevenção. Com isso, a organização do atendimento tornou-se um grande desafio aos profissionais diante das diversas atividades a serem oferecidas, contemplando todos os ciclos de vida.

Diante desta demanda em que os indivíduos portadores de diabetes e hipertensão devem ser classificados, monitorados e acompanhados, tornou-se necessário a realização de uma estratégia para alcançar tal objetivo. Sendo assim, o objetivo do trabalho consiste em buscar medidas eficazes para o monitoramento dos usuários portadores de hipertensão e diabetes.

Objetiva-se contribuir para a redução da vulnerabilidade em saúde, por meio de atividades de prevenção e promoção no que tange ao processo saúde-doença, haja vista que atualmente as DCNT, correspondem à epidemia do mundo capitalista, não se restringindo somente ao Brasil, sendo um problema de ordem mundial.

O relato tem como base a experiência de classificação e acompanhamento dos pacientes com hipertensão arterial e diabetes desenvolvida na equipe amarela do Centro de

Saúde Túnel de Ibirité (CSTI) com o intuito de organizar a assistência e o processo de trabalho.

2 OBJETIVOS

Buscar medidas eficazes para o monitoramento dos usuários portadores de hipertensão e diabetes da Equipe Saúde da Família “Amarela” do Centro de Saúde Túnel de Ibirité.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Fatores de Risco

As Doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT) são as principais causas de mortes no mundo, e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além dos impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza (BRASIL, 2011).

A cada ano, mais de 2 milhões de mortes, em todo o mundo, são atribuídas à inatividade física e demais fatores de risco ligados ao estilo de vida, decorrentes do incremento de enfermidades e incapacidades causadas pelas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT); doenças cardiovasculares, cânceres e diabetes. (BRASIL, 2002). Hoje, tais doenças são responsáveis por cerca de 60% dos óbitos mundiais, havendo projeção de aumento desta taxa para 73% em 2020, sendo que as doenças cardiovasculares são as principais causas de morte (BELO HORIZONTE, 2011a).

A estratégia da reorganização da atenção básica, centrada no Programa de Saúde da Família ratifica que, cerca de 85% destes casos podem e devem ser tratados neste nível de atenção, pois investir na prevenção é decisivo não só para garantir a qualidade de vida como também para evitar a hospitalização devido os agravos (BRASIL, 2002).

No Brasil, as Doenças Crônicas não Transmissíveis se constituem como problema de saúde de alta magnitude. São responsáveis por cerca de 72% das causas de mortes, com destaque para as doenças do aparelho circulatório (31,3%) e as neoplasias (16,3%) e atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas, e de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos, e os de baixas escolaridade e renda (BRASIL, 2011).

Mesmo com a existência do Sistema Único de Saúde (SUS), gratuito e universal, o custo individual de uma doença crônica no Brasil ainda é bastante alto, em função dos custos agregados, o que contribui para o empobrecimento das famílias. Além disso, os custos diretos das DCNT para o sistema de saúde representam impacto crescente, pois estão entre as principais causas de internações hospitalares.

A hipertensão e o diabetes encontram-se no grupo das doenças crônicas não transmissíveis e o Ministério da Saúde ressalta que a possibilidade de associação das duas doenças é da ordem de 50%, o que requer, na grande maioria dos casos, o manejo das duas

patologias num mesmo paciente. Estas se caracterizam por apresentarem fatores de riscos e a necessidade de controle rigoroso para evitar complicações. Podem ainda gerar alterações patológicas não reversíveis e requerer treinamento para reabilitação e monitoramento. A estratégia do Ministério da Saúde para promoção da saúde e prevenção das DCNT consiste em atuar fortemente para a mudança de estilos de vida, os quais predisõem ao surgimento e agravamento dessas doenças (BRASIL, 2002).

O acompanhamento e controle da HAS e DM no âmbito da atenção básica poderá evitar o surgimento e a progressão das complicações, reduzindo o número de internações hospitalares devido a estes agravos, bem como a mortalidade por doenças cardiovasculares. Considerando-se todos esses fatores, propõe-se o seguimento associado dessas patologias, na rede de atenção básica, e justifica-se a realização de uma abordagem conjunta.

Os principais fatores de risco para DCNT são o tabaco, a alimentação não saudável, a inatividade física e o consumo nocivo de álcool (MALTA *et al*, 2006), sendo todos preveníveis e, por sua vez, responsáveis pela epidemia de sobrepeso e obesidade e pela elevada prevalência de hipertensão arterial e colesterol alto.

O envolvimento do paciente e o estímulo ao autocuidado devem então ser construídos e acordados de forma dinâmica, direcionados a cada estágio ou espectro de determinada condição de saúde. Eles não se resumem à apenas uma consulta médica ou com outros profissionais de saúde. A sensibilização dos profissionais de saúde para a importância da promoção da atividade física, da alimentação saudável e da redução de fumo e álcool, como fatores predominantes de proteção à saúde em relação às DCNT, poderá resultar em benefício para todas as doenças a eles associadas, uma vez que cessada a exposição, a tendência é a gradativa redução dos danos que, porventura, já tenham sido provocados ao organismo (BRASIL, 2002).

3.2 Hipertensão Arterial Sistêmica

Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (BELO HORIZONTE, 2011a). É a mais frequente das doenças cardiovasculares. No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% de crianças e

adolescentes sejam portadores desta morbidade. A hipertensão apresenta-se como um grave problema de saúde pública atualmente no Brasil e no mundo (BRASIL, 2006a).

Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. Com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (PA 140/90 mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%. A principal relevância da identificação e controle da HAS reside na redução das suas complicações (doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença renal crônica, doença arterial periférica). Neste processo os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial, com estratégias para o controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso, como de fazê-lo seguir o tratamento. Trata-se de ações de promoção da saúde com vistas a favorecer comportamentos e hábitos de vida mais saudáveis, bem como o monitoramento contínuo da prevalência dos fatores de risco, visando apoiar intervenções em saúde pública (BRASIL, 2006a).

Os mais importantes fatores causais da hipertensão incluem o excesso de peso, consumo excessivo de sódio na dieta, atividade física reduzida, consumo inadequado de frutas, verduras e potássio, e a prevalência de ingestão de álcool em excesso (BRASIL, 2010b).

A prevalência de hipertensos no Brasil é alta, aproximadamente 20%, sem distinção de sexo e com evidente tendência de aumento com a idade (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006) e se diagnosticada precocemente, seu controle e terapêutica são eficazes na prevenção de complicações. Quanto maior o risco, maior o potencial benefício de uma intervenção terapêutica ou preventiva.

3.3 Classificação da Pressão Arterial

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade Brasileira de Nefrologia (2004), a Classificação da pressão arterial (> 18 anos) e recomendações é a seguinte:

QUADRO 1 Classificação da pressão arterial (> 18 anos) e recomendações para seguimento com prazos máximos, modificados de acordo com a condição clínica do paciente

| Classificação | Sistólica | Diastólica | Seguimento |
|----------------------|------------------|-------------------|--|
| Ótima | < 120 | < 80 | Reavaliar em 1 ano |
| Normal | < 130 | < 85 | Reavaliar em 1 ano |
| Limítrofe | 130-139 | 85-89 | Reavaliar em 6 meses* |
| Hipertensão | | | |
| Estágio 1 (Leve) | 140-159 | 90-99 | Confirmar em 2 meses* |
| Estágio 2 (moderada) | 160-179 | 100-109 | Confirmar em 1 mês* |
| Estágio 3 (grave) | > 180 | > 110 | Intervenção imediata ou reavaliar em 1 semana* |
| Sistólica isolada | > 140 | < 90 | |

* (Considerar intervenção de acordo com a situação clínica do paciente (fatores de risco maiores, doenças associadas e lesão em órgãos-alvo) doenças associadas e lesão em órgãos-alvo).

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2004.

3.4 Diabetes Mellitus

O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros, (BRASIL, 2006b)

Diabetes Mellitus (DM) é uma das principais síndromes de evolução crônica que acomete a população nos dias atuais. No Brasil, o Ministério da Saúde estima que existam 12,5 milhões de diabéticos, muitos ainda sem diagnósticos. O envelhecimento da população, a urbanização crescente, o sedentarismo, a alimentação pouco saudável e a obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da prevalência do diabetes mellitus. Atualmente, esta doença representa um importante problema de saúde pública com alta morbimortalidade, com perda importante na qualidade de vida e repercussões econômicas significativas (BRASIL, 2010b).

A doença gera grande impacto econômico para os sistemas de saúde e a sociedade, devido ao tratamento e às complicações desencadeadas pelo diabetes, como a doença

cardiovascular, diálise por insuficiência renal crônica e cirurgias para amputações de membros inferiores. Tudo pode ser evitado ou minorado com diagnóstico precoce, tratamento oportuno e adequado e educação para o autocuidado (BRASIL, 2010b).

A sua prevalência vem crescendo significativamente com o processo de industrialização e urbanização populacional dos últimos anos e hoje, estima-se que cerca de 5,9% da população brasileira seja diabética, sendo que cerca de 47% destes desconhecem ser portadores da doença e 24% dos pacientes reconhecidamente portadores de DM não fazem qualquer tipo de tratamento (BELO HORIZONTE, 2011b).

A classificação do diabetes baseia-se na etiologia, sendo o DM tipo 1 resultante primariamente da destruição das células beta pancreáticas e tendência à cetoacidose. Esse tipo ocorre em cerca de 5 a 10% dos diabéticos. Apresenta algumas características como: maior prevalência em crianças, adolescentes e adultos jovens, presente em pacientes magros, início abrupto, baixa hereditariedade, facilidade para labilidades glicêmicas e risco para cetose (BRASIL, 2002).

O tipo 2 resulta, em geral, de graus variáveis de resistência à insulina e de deficiência relativa de secreção de insulina. O DM tipo 2 é, hoje, considerado parte da chamada síndrome plurimetabólica ou de resistência à insulina e ocorre em 90% dos pacientes diabéticos. Apresenta início insidioso, com sintomas inespecíficos, podendo não apresentar os sintomas claros de hiperglicemia, apresentam complicações crônicas, presença marcante do fator de hereditariedade, pacientes com características de obesidade, aumento da prevalência com a idade (BRASIL, 2002).

O cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família é um desafio para a Equipe de Saúde da Família, especialmente para poder ajudar o paciente a mudar seu modo de viver, o que estará diretamente ligado à vida de seus familiares e amigos. Aos poucos, ele deverá aprender a gerenciar sua vida com diabetes em um processo que vise qualidade de vida e autonomia.

Para prevenir complicações microvasculares e neuropáticas, as metas do controle glicêmico para os adultos são: glicohemoglobina menor que 7%, Glicemia sérica de jejum menor que 110mg/dl, Glicemia pós prandial menor que 140 mg/dl, Glicemia capilar pré prandial entre 70 e 130 mg/dl, Glicemia capilar pós prandial menor que 180 mg/dl. Para os diabéticos idosos as metas aceitáveis são: Glicemia de jejum /pré prandial: até 150 mg/dl, Glicemia pós prandial: menor que 180 mg/dl e Glicohemoglobina até 8,0% (BELO HORIZONTE, 2011b).

3.5 Trabalho em Equipe

A Estratégia Saúde da Família pressupõe o trabalho em equipe como uma forma de consolidar a proposta de mudança do modelo. Todos os profissionais passam a ter responsabilidade sobre os problemas trazidos pelos usuários, tanto no seu planejamento como na organização da atenção e todos se implicam com a condução das ações. Além desses aspectos, os profissionais tomam consciência da importância de cada função, sentem-se valorizados e passam a ter mais implicação com a proposta (FARIA, 2010).

Almeida e Mishima (2001), dizem que a saúde da família pode se abrir para além de um trabalho técnico hierarquizado, para um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade dos agentes e maior integração da equipe.

O trabalho em equipe vai além de agregar profissionais de diferentes áreas. Pode ser entendido como uma estratégia para melhorar a efetividade do trabalho e elevar o grau de satisfação do trabalhador. Só existe equipe quando todos compartilham objetivos, estão cientes da necessidade de alcançá-los e desenvolvem uma visão crítica a respeito do desempenho de cada um e do grupo (BELO HORIZONTE, 2011).

Segundo Piancastelli, Faria e Silveira (2000, p. 47), equipe é um “conjunto ou grupo de pessoas com habilidades complementares, comprometidas umas com as outras pela missão comum, objetivos comuns (obtidos pela negociação entre os atores sociais envolvidos) e um plano de trabalho bem definido”.

Os componentes da equipe devem ser conscientes de que o trabalho em equipe requer um esforço contínuo e exige organização e planejamento das ações, preservando o que é específico de cada profissional para o alcance dos objetivos.

Trabalhar em equipe não é uma tarefa fácil, pois ela é formada por pessoas que trazem especificidades próprias como gênero, inserção social, tempo e vínculo de trabalho, experiências profissionais e de vida, formação e capacitação, diferenças salariais e por fim interesses próprios. Essas diferenças exercem influência sobre o trabalho, uma vez que estão presentes no agir de cada profissional, mas não inviabiliza o trabalho em Equipe. Existem momentos de conflitos e esses não são negativos, ruins ou algo a ser evitados, são possibilidades de crescimento (ARAÚJO, 2007). A comunicação é essencial para o trabalho em equipe. Sem esse aspecto importante, a equipe pode não evoluir e não conseguir alcançar seus objetivos. A equipe precisa se interagir para progredir (FORTUNA, 2005).

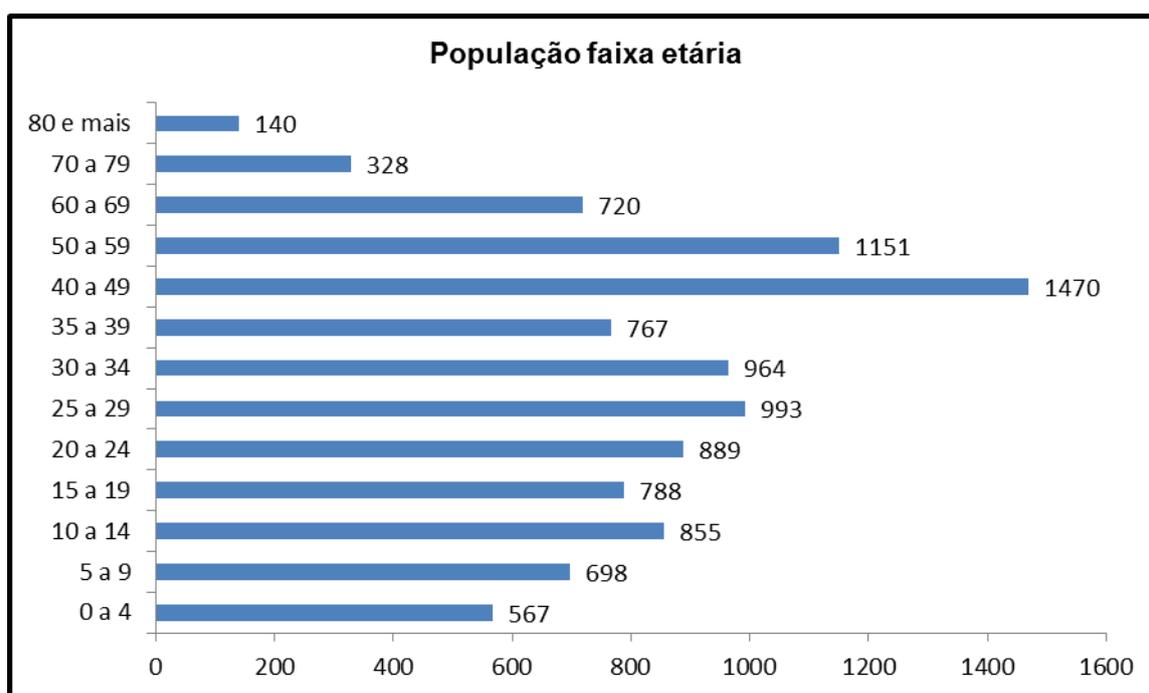
A atuação do enfermeiro nos programas de hipertensão e diabetes é da maior relevância, por sua visão e prática global das propostas de abordagem não farmacológica e medicamentosa, além de sua participação em praticamente todos os momentos do contato dos pacientes com a unidade (RIO DE JANEIRO, 2010).

4 ABORDAGEM METODOLÓGICA

4.1 Centro de Saúde Túnel de Ibirité (CSTI):

O Centro de Saúde Túnel de Ibirité está localizado no Distrito Regional do Barreiro, de Belo Horizonte, Minas Gerais e foi inaugurado em Setembro de 1991. A população do CSTI é de cerca de 10.330 habitantes, destes 38,9% vivem em área de elevado risco e 61,1% vivem em área de médio risco (IBGE, 2000). Possui três Equipes de Saúde da Família (ESF) e cada ESF é composta por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e entre quatro a cinco agentes comunitários de saúde, de acordo com a área.

GRÁFICO 1 - População do CSTI por faixa etária 2011



Fonte: Censo BH Social, 2011

A área física do Centro de Saúde Túnel de Ibirité conta com seis consultórios, recepção, uma sala de vacinas, uma sala de curativos, gerência, almoxarifado, sala de reuniões, expurgo, farmácia e consultório odontológico. O principal problema identificado no Centro de Saúde Túnel de Ibirité é a falta de espaço físico para acomodar três equipes de saúde da família com suas diversas atividades a serem desenvolvidas durante o funcionamento da unidade.

Os trabalhadores da Unidade somam sessenta e quatro pessoas, dentre gerente, pessoal administrativo, corpo de enfermagem, médicos, agentes de controle de endemias, agentes comunitários de saúde, estagiários, porteiros e faxineiras.

Há na área de abrangência do CSTI: 2 escolas municipais, 9 escolas particulares infantis, 9 igrejas evangélicas e 1 igreja católica. No salão desta última é que são realizadas, por nós, profissionais do Centro de Saúde algumas atividades de promoção à saúde. Além disso, o bairro possui a Associação Comunitária do Conjunto Túnel de Ibirité e a ONG “Atitude” que presta serviços relacionados à área educacional como cursos técnicos.

4.2 Dados da Equipe Amarela do Centro de Saúde Túnel de Ibirité

De acordo com dados atuais encontrados nos registros dos agentes comunitários de saúde, na área de abrangência da ESF Amarela do Centro de Túnel de Ibirité existem 3746 pessoas cadastradas e uma cobertura de plano de saúde de 34,84%. Portanto são 1305 pessoas que possuem plano de saúde e a grande maioria utiliza simultaneamente o convênio e o centro de saúde, o que dificulta o acompanhamento.

A população feminina é de 1978 pessoas (53%) e a população masculina é de 1768 pessoas (47%). Grande parte das mulheres em idade adulta não trabalha fora ou trabalha como domésticas em outras regiões de BH; os homens nessa faixa etária trabalham em sua maioria em atividades da construção civil.

Na área há somente uma praça onde os usuários fazem caminhadas e outras atividades, não há academias públicas.

TABELA 1 População da equipe amarela por faixa etária

| FAIXA ETÁRIA | FEMININO | MASCULINO | TOTAL |
|--------------|-------------|-------------|-------------|
| 0 a 4 anos | 91 | 100 | 191 |
| 5 a 9 anos | 110 | 114 | 224 |
| 10 a 14 anos | 152 | 127 | 279 |
| 15 a 19 anos | 130 | 148 | 278 |
| 20 a 29 anos | 345 | 336 | 681 |
| 30 a 39 anos | 343 | 286 | 629 |
| 40 a 49 anos | 289 | 236 | 525 |
| 50 a 59 anos | 281 | 223 | 504 |
| 60 a 69 anos | 140 | 129 | 269 |
| 70 a 79 anos | 59 | 52 | 111 |
| 80 e mais | 38 | 17 | 55 |
| TOTAL | 1978 | 1768 | 3746 |

Fonte: Cadastro Bhsocial 14 /10/2011

TABELA 2

Dados da população hipertensa e diabética da equipe amarela

| Idade | População | Total de HAS captados |
|-------------------|-----------|-----------------------|
| 25 ou mais | 2513 | 551 |
| Idade | População | Total de DM captados |
| 30 ou mais | 2133 | 134 |

Fonte: Dados da ESF 02, do Centro de Saúde Túnel de Ibirité, 2012.

4.3 Surgimento do Problema de Estudo

Ao iniciar minhas atividades na equipe saúde da família (ESF) em agosto de 2008, percebi que era muito grande o número de pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis com demanda espontânea para renovar receitas e uma sobrecarga nos profissionais que gastavam muito tempo no atendimento de casos agudos.

Iniciei uma fase de investigação e conclui que os Portadores de DCNT, como Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial estavam sem classificação conforme protocolo de Hipertensão/Risco Cardiovascular ou Diabetes, fato que torna inviável o acompanhamento e monitoramento dos agravos. A Equipe Saúde da Família (ESF) não conhecia o número real de hipertensos e diabéticos de sua área de abrangência e faltava programação eficiente das atividades. Definiu-se como prioridade a classificação, acompanhamento e monitoramento

dos hipertensos e diabéticos conforme protocolo a fim de reduzir demandas destes usuários no acolhimento e melhorar qualidade de vida.

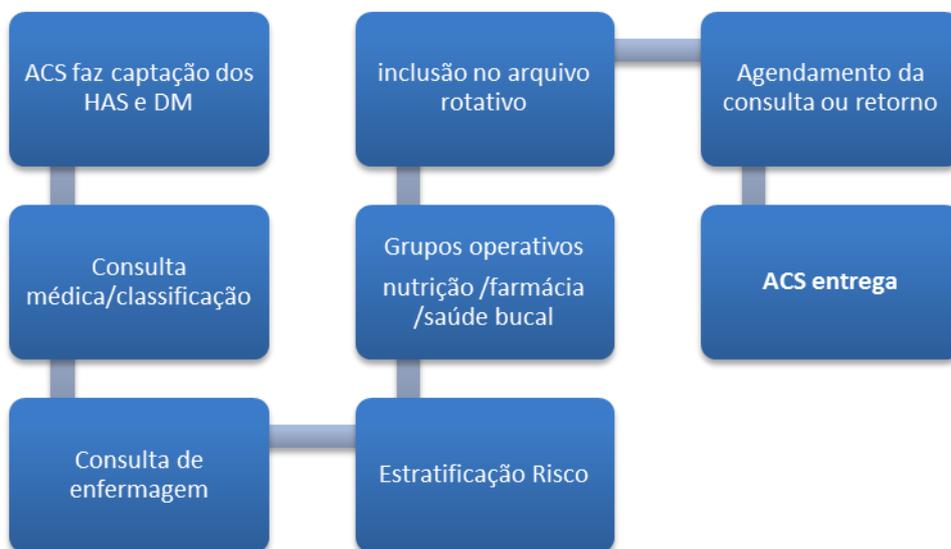
Daí veio o desafio: Como compatibilizar o atendimento de pacientes com problemas agudos e o acompanhamento adequado das condições prioritárias, com os usuários hipertensos e diabéticos? O que poderia ser feito para melhorar o processo de trabalho e alcançar melhores resultados? Assim iniciei a construção deste trabalho: uma proposta de intervenção para classificação, acompanhamento e monitoramentos dos portadores de hipertensão e diabetes da ESF Amarela do Centro de Saúde túnel de Ibitité.

4.4 Descrição das Etapas

Discussão em equipe e elaboração do plano de ação. (Apêndice 1: plano de ação nº 01)

Iniciamos em dezembro de 2009 o processo de reorganização para o acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos do Centro de Saúde Túnel de Ibitité. Para que os dados fossem coletados cada ACS da equipe amarela deveria fornecer relação dos usuários hipertensos e diabéticos de sua micro área. A partir daí seriam feitas as classificações pelo médico da equipe por meio de atendimento no prontuário eletrônico (Sistema Gestão Saúde em Rede) no protocolo de HAS/Risco Cardiovascular e no protocolo de Diabetes seguido de consultas de enfermagem e definição do plano de tratamento conforme protocolo. Deste modo, foram identificados os usuários hipertensos e diabéticos que estavam com sobrepeso para encaminhá-los ao grupo operativo referenciado para nutricionista do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Além do grupo de usuários de sobrepeso, foram feitos grupos de autoestima, saúde bucal e nutrição. Para o controle das consultas foi feito monitoramento por meio de planilha que registra data da última e próxima consulta. A equipe Amarela possui 04 microáreas (06, 07, 08,09 e 10) e tal plano foi proposto inicialmente somente para a microárea 10. Diante deste contexto, foi realizada nova captação nas microáreas 06, 07, 08 e 09. (Anexo 3: plano de ação nº 02 e Anexo 4: plano de ação nº 03). Como não conseguimos adesão de 02 microáreas repetimos o plano de ação nº 03 em setembro/outubro/2010 para alcançarmos os objetivos.

FIGURA 01- Etapas do Plano de Ação para Acompanhamento dos Usuários Hipertensos e Diabéticos



4.5 Construção do Arquivo Rotativo

Após a realização das etapas anteriores, iniciou-se em junho/2010 a construção do arquivo rotativo com fichas individuais para cada usuário portador de doença crônica contendo nome, data de nascimento, número de prontuário, micro área, diagnóstico (identificados por cores), comorbidades e a data da próxima consulta. Estas são intercaladas entre o médico e a enfermeira e agendadas conforme a estratificação de risco do indivíduo. A periodicidade é definida pelos protocolos de HAS e DM.

No arquivo, esta ficha (Anexo 2) é arquivada no mês correspondente da próxima consulta. Os ACS's são responsáveis por avisar o paciente de seu atendimento na UBS e a busca ativa aos faltosos.

Construído o arquivo, foi possível monitorar as consultas propostas pelos protocolos, priorizar os casos graves e manter uma maior vigilância destes.

5 RESULTADOS

Com o início da organização do atendimento percebemos que muitos pacientes obtiveram melhora do seu quadro clínico, tanto pelo acompanhamento mais qualificado em relação ao cuidado, quanto pela adoção de medidas de vigilância e promoção. No ano seguinte os resultados foram ainda mais animadores. Vários usuários reconhecem o trabalho e o empenho da equipe e fazem elogios durante as visitas dos ACS, consultas individuais ou atendimentos em grupos.

Com a organização da agenda diminuiu o número de pessoas no horário reservado ao atendimento à demanda espontânea, gerando mais tempo para planejamento e organização de ações para o atendimento às doenças crônicas.

O quantitativo de consultas foi calculado tomando como base o número de hipertensos e diabéticos da ESF 02, tendo como referencia os protocolos de HAS e DM que contêm os parâmetros para a programação e dizem o que tem de ser feito para a equipe acompanhar os hipertensos e diabéticos.

Entre as principais causas identificadas como dificultadores para o controle, encontram-se as prescrições em desacordo com os protocolos e as prescrições manuais.

A última Auditoria Clínica no Registro e Monitoramento dos portadores de doenças crônicas da ESF 02, realizada em maio/2012, apresentou os seguintes dados: 551 pacientes possuem ficha no arquivo rotativo, que corresponde a 72% do total de hipertensos esperados. Destes, 52,7% foram classificados de alto risco, 40,1% de Risco Moderado, 7,2% de Risco Baixo para eventos cardiovasculares e 134 pacientes portadores de DM o que corresponde a 46% do total de DM esperados. Estes dados comprovam a importância da classificação para o melhor controle dos hipertensos e diabéticos.

No gráfico 2, apresentado a seguir, é possível perceber quão grave é o quadro em que os usuários estão inseridos.

GRÁFICO 2 – Classificação de risco dos pacientes hipertensos da Equipe Amarela do Centro de Saúde Túnel de Ibité, Belo Horizonte, MG, 2012 (n=551).

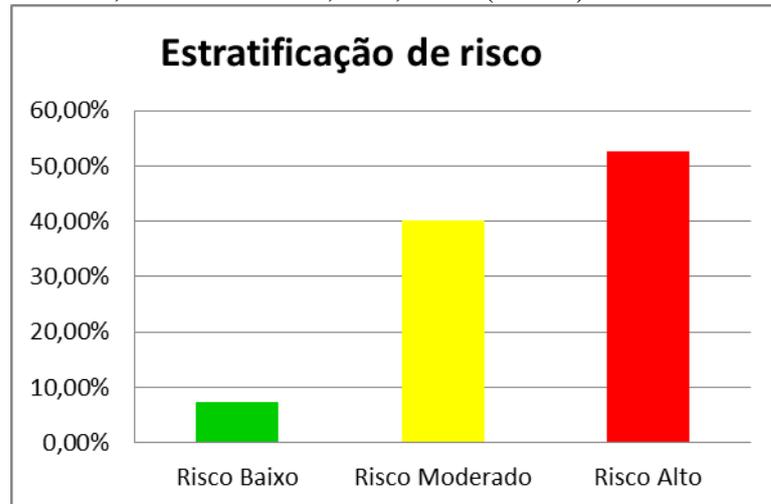
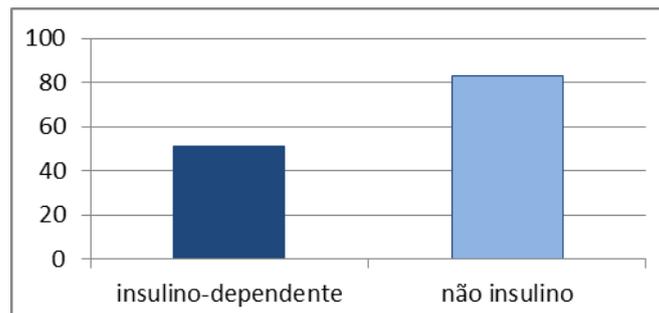


GRÁFICO 3 – Classificação dos pacientes diabéticos da Equipe Amarela do Centro de Saúde Túnel de Ibité, Belo Horizonte, MG, 2012 (n=134).



Enfim, o arquivo rotativo possibilitou uma organização da assistência permitindo melhor acompanhamento dos casos graves, contribuindo para a redução das complicações advindas da hipertensão e do diabetes.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos é um eixo integrador na organização da atenção à saúde do adulto pelo grande número de portadores que demandam atendimento, pela importância da adesão ao tratamento e pela necessidade de mudanças de hábitos de vida e do autocuidado. Somente através de uma abordagem conjunta estabelece-se entre a equipe e seus usuários, a comunicação, a confiança, a cooperação e a autonomia necessária para o momento do encontro: o mais importante de todo nosso processo de trabalho.

Para o cuidado integral do paciente com doença crônica, é necessária uma continuidade do cuidado ao longo do tempo e uma boa comunicação entre os diversos pontos de assistência. O enfrentamento precisa ser contínuo, proativo e realizado por meio de cuidados expressos num plano elaborado conjuntamente pela equipe de saúde e pelas pessoas usuárias.

A abordagem integral dessas patologias inclui não só a atenção integral aos doentes, mas a identificação precoce e modificação dos fatores de risco que poderão desencadear o processo patológico muitos anos depois.

Através das ações de classificação e acompanhamento foi possível organizar o processo de trabalho da equipe e vincular os portadores de hipertensão e Diabetes à Unidade de Saúde, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático.

A partir dos resultados conseguidos com o uso do fichário rotativo no controle das DCNT, a Equipe também introduziu, em seu processo de trabalho, o fichário da Criança e do citopatológico. O primeiro tem contribuído com o monitoramento da puericultura das crianças de 0 (zero) a 02 (dois) anos de idade e o segundo com o acompanhamento das mulheres de 25 a 59 anos de idade em relação ao exame citopatológico.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface**, Botucatu, v. 5, n. 9, p. 50-53, 2001.

ARAÚJO, M. B.; SARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, 2007.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde Prefeitura de Belo Horizonte. **Protocolo de Diabetes Mellitus e Atendimento em Angiologia e Cirurgia Vascular**. Belo Horizonte: SMSA, 2011b.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde Prefeitura de Belo Horizonte. **Protocolo de Hipertensão Arterial/ Risco Cardiovascular**. Belo Horizonte: SMSA, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Data SUS, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de atenção Básica nº15. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: MS, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hiperdia**. Disponível em: www.saude.gov.br/datasus/hiperdia. Acesso em 17 de outubro. de 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. Brasília: MS, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: MS, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. **Painel de Indicadores do SUS Nº 7**. Brasília: MS, 2010b. Disponível: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/painel_de_indicadores_7_final.pdf. Acesso em 22 fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não**

transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: MS, 2008. Apud BRASIL. Ministério da Saúde. Portal de Saúde. **Projeto Territórios:** incorporando os encaminhamentos da oficina de 27/28/janeiro p.06, Fevereiro 2010.

FARIA, Horácio Pereira de *et al.* **Modelo assistencial e atenção básica à saúde.** Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. 68p.

FORTUNA, Cinira Magali *et al.* O trabalho em equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 262-268, mar./ abr. 2005.

GOMES, A.M. T; OLIVEIRA, C.C.A. A representação social da autonomia profissional do enfermeiro na saúde pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.58, n. 4, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Populacional de 2000.** Belo Horizonte: IBGE, 2000.

MALTA, D.C. *et al.* A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, p. 47-65, set. 2006.

MARGARIDO, E. S.; CASTILHO, V. Aferição do tempo e do custo médio do trabalho da enfermagem na consulta de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.40, n.3, p.427-33, 2006.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados Inovadores para condições crônicas:** componentes estruturais de ação: relatório Mundial. Brasília: OMS, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Preventing Chronic Diseases a vital investments.** Geneva: OMS, 2005. 182 p.

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**, Brasília, v.15, n.1, p.35-45, mar. 2006.

PIANCASTELLI C.H.; FARIA H.P.; SILVEIRA, M.R. O trabalho em equipe. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Organização do cuidado a partir de problemas:** uma alternativa metodológica para atuação da Equipe de Saúde da Família. Brasília: OPAS, 2000. p.45-50.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. **Consulta de enfermagem.** Sub-Secretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde, Rio de Janeiro, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**, São

Paulo, v.82, supl. IV 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v82s4/04.pdf>. Acesso em 23 mar. 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE 1- PLANO DE AÇÃO Nº 01.

| Centro de Saúde Túnel de Ibirité | Plano de Ação Nº 01 | | | | Data: jan/10 |
|--|----------------------------|---------------------------|--------------------------|---|---|
| | | | | | Pág.: 01/01 |
| Setor: C.S. TÚNEL DE IBIRITÉ | | | | | Ação Corretiva: 01 |
| | | | | | Ação Preventiva: 01 |
| Situação problema: A equipe não conhece o número de hipertensos e diabéticos da sua área de abrangência. Falta registro de acompanhamento e estratificação de risco cardiovascular. | | | | | |
| Plano de Ação Inicial somente para microárea 10 | | | | | |
| O QUE (What) | QUEM (Who) | QUANDO (When) | ONDE (Where) | POR QUE (Why) | COMO (How) |
| Identificar usuários HAS e DM da MA 10 e fornecer relação (c/ número de prontuário eletrônico) para ESF | SOMENTE ACS da MA: 10 | 18 a 19 de janeiro | C.S. Túnel e Ibirité | Para facilitar a localização/classificação do usuário no gestão | Através da ficha A / visita domiciliar |
| Classificar HAS e DM da MA 10 | Generalista | 01 a 26 de fevereiro | C.S. Túnel e Ibirité | Para a ESF acompanhar, monitorar e traçar perfil epidemiológico. | atendimento no gestão / protocolo de Has/risco cardiovascular |
| Consulta de Enfermagem e definição do plano de tratamento conforme protocolo | Enfermeira | 18 de março a 01 de abril | No C.S. Túnel de Ibirité | Para acompanhar, orientar autocuidado, incentivar tratamento e mudanças de estilo de vida e traçar perfil epidemiológico. | Através da consulta de enfermagem |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| Identificar usuários HAS e DM com sobrepeso | Enfermeira | 01 a 06 de junho | No C.S. Túnel de Ibirité | para encaminhá-los ao grupo operativo específico de usuários com sobrepeso. | referenciando para nutricionista do NASF. |
| Promover orientações para usuários com sobrepeso | Nutricionista Kelle | 17/06, 24/06, 01/07, 08/07, 15/07, 22/07, 29/07, 05/08, 12/08, 19/08 | Salão da igreja são Francisco | Para estimular reeducação alimentar, mudanças nas suas condições de vida e saúde; | Através de oficinas |
| Incentivar participação nos grupos operativos (nutrição, farmácia, autoestima, saúde bucal) | ACS da MA 10, Aux. de Enfermagem, enfermeira e Generalista | a partir de 04 /04 durante a visita domiciliar, acolhimento, consultas | C.S. Túnel de Ibirité e visitas domiciliares | Promover mudança de estilo de vida e medidas coletivas de prevenção primária, enfocando os fatores de risco cardiovascular | Através de convites |
| Monitorar consultas dos hipertensos e diabéticos classificados | Enfermeira e ACS da MA 10 | Mensalmente a partir de maio | C.S. Túnel e Ibirité | para facilitar acompanhamento | Através de planilha que registra data última consulta e a próxima. |
| Resultado: Percentual de adultos Hipertensos captados/esperados em 2010: (pop. 20 a 59 anos) 221/25: 884.00% | | | | | Data: maio/10 |
| OBS: não está sendo acompanhados pelo C.S.T.I os usuários que optaram pela rede privada, mas todos foram convidados. | | | | | |
| Responsáveis pela ação: | Enfermeira/ACS da MA 10 / Generalista e Auxiliares de Enfermagem | | | | |

APÊNDICE 2- MODELO DA FICHA DO ARQUIVO ROTATIVO

| | |
|---|----------|
| MA: 10 | |
| NOME: João Martins Pereira PE: 351927 | |
| DN: 20-12-46 Classificação: Alto | |
| Estratificação Risco Cardiovascular: estágio II | |
| Comorbidades: > 55a, obesidade, DM | |
| Retorno | |
| 25/02/10 | 25/01/12 |
| 17/06/10 | Maior/12 |
| 23/08/10 | |
| 07/10/10 | |
| 04/01/11 | |
| 12/05/11 | |
| 08/09/11 | |

LEGENDA DE CORES

- Vermelho: Hipertensão / Risco Alto
- Amarelo: Hipertensão / Risco Moderado
- Verde: Hipertensão com Risco Baixo
- Azul: Diabético
- Rosa: portador de Insuficiência Cardíaca



APÊNDICE 3- PLANO DE AÇÃO Nº02

| Centro de Saúde Túnel de Ibirité | | Plano de Ação Nº 02 | | | | Data: 20/06/10 |
|--|---|--|-------------------------------------|---|--|-------------------|
| Setor: C.S. TÚNEL DE IBIRITÉ | | | | | Ação Corretiva: 02 | |
| | | | | | Ação Preventiv a: 02 | |
| Situação problema: Desconhecimento do número de Hipertensos e Diabéticos Classificados e Acompanhados das MICRO ÀREAS 06, 07, 08,09 | | | | | | |
| Plano de Ação para as microáreas 06,07,08 e 09 | | | | | | |
| O QUE (What) | QUEM (Who) | QUANDO (When) | ONDE (Where) | POR QUE (Why) | COMO (How) | |
| Identificar usuários HAS e DM da MA 06, 07, 08,09 | ACS: Lucilesio, Assis, Nathália, Francielly | 01/abril a 15 de junho | ficha A / visita domiciliar | Para facilitar a localização do usuário no gestão | Acessando o site da Intranet | |
| Classificar HAS e DM | Dr. Celso | até 10 de julho | No C.S. Túnel de Ibirité | Para a ESF acompanhar e monitorar os HAS/DM e traçar perfil epidemiológico. | atendimento no gestão / protocolo de Has/risco cardiovascular | |
| Consulta de Enfermagem e definição do plano de tratamento conforme protocolo | Enfermeira Eliane | conforme agendamen to prévio | No C.S. Túnel de Ibirité | Para acompanhar, orientar autocuidado, incentivar tratamento e mudanças de estilo de vida e traçar perfil epidemiológico. | Através de consulta de enfermagem | |
| Identificar usuários HAS e DM com sobrepeso | Enfermeira Eliane | Após a consulta de enfermage m | No C.S. Túnel de Ibirité | Para encaminhá-los ao grupo operativo específico de usuários com sobrepeso. | Referenciando para nutricionista kelle. | |
| Promover orientações para usuários com sobrepeso | Nutricionista Kelle | 17/06, 24/06, 01/07, 08/07, 15/07, 22/07, 29/07, | Salão da igreja são Francisco | Para estimular reeducação alimentar, mudanças nas suas condições de vida e saúde; | Através de oficinas | |

| | | | | | |
|---|---|--------------------------------|----------------------|--|--|
| | | 05/08, 12/08, 19/08 | | | |
| Monitorar consultas dos hipertensos e diabéticos classificados | Enfermeira e ACS das MA 06,07,08,09 | Mensalmente a partir de agosto | C.S. Túnel e Ibirité | para facilitar acompanhamento | Através de planilha que registra data última consulta e a próxima. |
| Passeio | Todos os usuários que participaram dos grupos | outubro/10 | Academia da cidade | Para propiciar vínculo entre usuários e profissionais de saúde | Através de ônibus |
| Resultado: | Percentual de adultos Hipertensos captados/esperados em 2010 (pop.25 a 59 anos): 221/25: 884.00% percentual de HAS acompanhados: 28% | | | | |
| | Percentual de adultos Diabéticos captados/esperados em 2010 (pop. De 30 a 59 anos): 70/0 | | | | |
| | Percentual de Diabéticos acompanhados: 54/58: 93.10% | | | | |

APÊNDICE 4- PLANO DE AÇÃO Nº03

| Centro de Saúde Túnel de Ibirité | Plano de Ação Nº 03 | | | | Data: 20/06/10 |
|--|---|---------------------|-------------------------------|---|---------------------------------------|
| | | | | | |
| Setor: C.S. TÚNEL DE IBIRITÉ | | | | | Ação Corretiva: 03 |
| | | | | | Ação Preventiva: 03 |
| Situação problema: Ausência de Abordagem coletiva e interdisciplinar | | | | | |
| Plano de Ação | | | | | |
| O QUE (What) | QUEM (Who) | QUANDO (When) | ONDE (Where) | POR QUE (Why) | COMO (How) |
| Realizar um planejamento para abordagem coletiva e interdisciplinar aos usuários portadores de Hipertensão e Diabetes | Enfermeira/Generalista/ACS/Auxiliares de Enfermagem | 25 e 26 de março | C.S. Túnel de Ibirité | Para contemplar todos os temas de necessidade dos usuários | Através de uma reunião extraordinária |
| Grupo operativo (oficina de autoestima) | Dra. Márcia ginecologista | 14/04, 12/05, 16/06 | Salão da igreja são Francisco | Para incentivar mudanças de estilo de vida e tornar os indivíduos mais ativos | Através de oficina |
| Grupo operativo: importância da saúde bucal | Dr. Alvimar Dentista | 16/04, 14/05, 24/06 | Salão da igreja são Francisco | Promover abordagem comunitária para aumentar o autocuidado com a higiene bucal | Através de avaliação bucal e palestra |
| Grupo Operativo: Nutrição e Hábitos alimentares | Nutricionista Marcela e Kelle | 17/06 e 24/06 | Salão da igreja são Francisco | Para estimular reeducação alimentar, mudanças nas suas condições de vida e saúde; redução de peso | Através de oficina |
| Grupo Operativo: Conhecendo os Medicamentos | Farmacêutica jaiza | 16/7/2010 | Salão da igreja são Francisco | Para melhor adesão ao tratamento | Através de oficina |

| | | | | | |
|------------------|--|---------------|--------------------|--|-------------------|
| Passeio | Todos os usuários que participaram dos grupos | Em outubro/10 | Academia da cidade | Para propiciar vínculo entre usuários e profissionais de saúde | Através de ônibus |
| Resultado | Não conseguimos adesão de 02 micro áreas. A Esf planeja outra ação no 2 semestre. | | | | |
| | Repetimos o plano de ação nº 03 em setembro/outubro e alcançamos os objetivos. | | | | |

