

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE**

MARIA AUXILIADORA SARAIVA NELO

**PLANO DE INTERVENÇÕES PARA REORGANIZAÇÃO DO
PROGRAMA HIPERDIA NO MUNICÍPIO DE EXU - PE.**

**RECIFE
2011**

MARIA AUXILIADORA SARAIVA NELO

Plano de Intervenções para Reorganização do Programa Hiperdia no Município de Exu - PE.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães – CpqAM/Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientadora: Prof^a Maria Celita de Almeida

RECIFE

2011

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

N419p Nelo, Maria Auxiliadora Saraiva.

Plano de Intervenção para Reorganização do Programa Hiperdia no Município de Exu – PE. 2011. / Maria Auxiliadora Saraiva Nelo. — Recife: M. A. S. Nelo, 2011.

29 p.

Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Maria Celita de Almeida

1. Assistência aos Hipertensos e Diabéticos. 2. Papel do Profissional de Enfermagem. 3. Plano de Reorganização da Atenção. I. Almeida, Maria Celita de. II. Título.

CDU 614.39

MARIA AUXILIADORA SARAIVA NELO

**PLANO DE INTERVENÇÕES PARA REORGANIZAÇÃO DO PROGRAMA
HIPERDIA NO MUNICÍPIO DE EXU - PE.**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento Saúde Coletiva, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães – CpqAM/Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Maria Celita de Almeida
IRH

Prof. Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Júnior
CPqAM/Fiocruz/PE

AGRADECIMENTOS

Á Deus, pela proteção, pela bênção durante esses anos.

Aos meus pais, Maroly e Antônio, por toda dedicação, todo amor e todo apoio que me concederam e que me fizeram seguir em frente.

Ao meu Marido, por todo amor a mim dedicado.

Ao meu filho, João Antônio, por toda a alegria, e por ter feito a minha vida ter um novo sentido.

Aos meus irmãos e sobrinhos pelo carinho e incentivo.

A minha sobrinha, Priscila, por todo apoio e dedicação.

Aos meus amigos, pertos e distantes, por me proporcionarem todos os momentos de alegria.

A minha orientadora, Maria Celita, por todo apoio e por acolher todas as minhas dúvidas.

A todas as Unidades de Saúde visitadas.

Para todos vocês, meus mais sinceros agradecimentos!

NELO, Maria Auxiliadora Saraiva. **Plano de Intervenções para Reorganização do Programa Hiperdia no Município de Exu – PE. 2011.** Monografia (Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011).

RESUMO

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbi-mortalidade na população brasileira. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) representam um dos principais fatores de risco para este agravamento, por estarem relacionadas ao surgimento de outras doenças crônicas não transmissíveis, que trazem repercussões negativas para a qualidade de vida. Em 2002 foi criado um Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus, sendo este, denominado Hiperdia. Esse Estudo tem por como objetivo maior implementar um plano de ações para reorganização do programa hiperdia na cidade de exu. Esse plano será direcionado a corrigir os possíveis erros apontados durante as observações. Será disponibilizada uma cópia para cada unidade visitada. Foram construídas Estratégias, as quais foram subdivididas em duas ações, onde foram apontadas as atividades que irão ser desenvolvidas e os indicadores utilizados. O estudo adverte sobre a importância em realizar o hiperdia conforme é preconizado pelo ministério da saúde, e sobre as conseqüências positivas de uma atenção eficaz para os hipertensos e diabéticos. A partir desse Plano busca-se uma assistência de qualidade e um acompanhamento eficaz dos hipertensos e diabéticos pelos profissionais de saúde.

Palavras-chaves: Assistência aos hipertensos e diabéticos; Papel do Profissional de Enfermagem; Plano de Reorganização da Atenção.

NELO, Maria Auxiliadora Saraiva. **Reorganization Plan Intervention Program Hiperdia the city of Exu - PE. 2011.** Monograph (Specialization in Management Systems and Health Services) - Aggeu Magalhães Research Center, Oswaldo C Recife, 2011.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are the leading cause of morbidity and mortality in our population. Hypertension (HBP) and diabetes mellitus (DM) represents one of the main risk factors for this increase, being related to the emergence of other chronic diseases, which bring negative repercussions for the quality of life. In 2002 he was created a Plan of Reorganization of Care for Hypertension and Diabetes mellitus, which is called Hiperdia. Presented as general objective to implement an action plan to reorganize the program HIPERDIA in Exu, and how specific search for the monitoring of hypertension and diabetes. It is an assembly plan for the reorganization of the program units. This plan will be taken to correct possible errors detected during the observations. Will be provided a copy to each unit visited. Strategies have been built, which were subdivided into two actions, which were pointed out the activities that will be developed and the indicators used. The study warns of the importance of performing HIPERDIA as is recommended by the ministry of health, and about the positive consequences of an efficient care for hypertension and diabetes. From this Plan seeks to quality care and effective monitoring of hypertensive and diabetic patients by health professionals.

Word-Keys: Assistance to hypertension and diabetes; Role of Professional Nursing; Reorganization Plan of Care.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	08
1.1	Justificativa e contribuições de estudo.....	10
2	Objetivos.....	11
2.1	Objetivo Geral.....	11
2.2	Objetivos Específicos.....	11
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	12
3.1	Hipertensão e Diabetes.....	12
3.2	Orientações preconizadas pelo Ministério da Saúde.....	13
4	PLANO OPERATIVO.....	16
5	ESTRATÉGIAS.....	18
6	RESULTADOS.....	19
6.1	Ação 1.....	19
6.1.1	<i>Plano de Intervenção 1.....</i>	<i>20</i>
6.2	Ação 2.....	21
6.2.1	<i>Plano de Intervenção 2.....</i>	<i>21</i>
7	CRONOGRAMA DE ATIVIDADES.....	23
8	PROPOSTA ORÇAMENTÁRIA.....	24
8.1	Recursos humanos.....	24
8.2	Recursos materiais	24
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
	REFERÊNCIAS.....	26

1 INTRODUÇÃO

Segundo Silva (2008), as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbi-mortalidade na população brasileira. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) representam um dos principais fatores de risco para este agravamento, por estarem relacionadas ao surgimento de outras doenças crônicas não transmissíveis, que trazem repercussões negativas para a qualidade de vida.

A Hipertensão Arterial é um problema crônico bastante comum. Sua prevalência é alta e aumenta progressivamente com a faixa etária. É responsável por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas. O Diabetes Mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. No Brasil, o DM e a HAS constituem a primeira causa de hospitalizações no sistema público de saúde (BRASIL, 2011).

Visando um acompanhamento constante, e devido ao aumento dos agravos em pacientes portadores de doenças cardiovasculares, foi criado em 2002, um Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus, sendo este, denominado Hiperdia (BRASIL, 2003).

Esse plano tem por objetivo estabelecer as diretrizes e metas para essa reorganização no Sistema Único de Saúde (SUS), investindo na atualização dos profissionais da rede básica, oferecendo a garantia do diagnóstico e proporcionando a vinculação do paciente às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento, promovendo a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores (BRASIL, 2001).

O plano privilegia uma abordagem conjunta e integrada da equipe multiprofissional do PSF, ou seja, do médico, do enfermeiro ou do cirurgião dentista, tornando-se necessário que esses profissionais desenvolvam ações que possibilitem não só um trabalho multidisciplinar, onde cada profissional realiza a sua avaliação, mas, também, uma avaliação interdisciplinar, onde deverão ser traçadas conjuntamente as ações necessárias para a recuperação e manutenção da saúde dos usuários portadores dessas doenças (MENDES, 2002).

O atendimento eficiente e eficaz no sentido de contribuir para a redução da morbimortalidade associada à HAS e ao DM no país depende, sobretudo, do

estabelecimento de bases construídas a partir da pactuação solidária entre a União, estados e municípios, contando com o apoio e a participação das sociedades científicas e das entidades de portadores dessas patologias (BRASIL, 2001).

Avaliar o desempenho dos serviços de saúde é, na atualidade, uma importante necessidade para as proposições que buscam aprimorar a qualidade da atenção (SALA et al, 1993).

Portanto, foi desenvolvido um software pelo DATASUS, objetivando permitir o acompanhamento adequado dos hipertensos e diabéticos, através do Sistema Único de Saúde, chamado SISHIPERDIA.

O SISHIPERDIA é um sistema informatizado não obrigatório de gestão clínica que permite cadastrar e acompanhar os portadores de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Melitus atendidos na rede primária do Sistema Único de Saúde, gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde. Tem como objetivo possibilitar o cuidado através da vinculação do portador à unidade básica, monitorar de forma contínua a qualidade do controle desses agravos na população assistida; fornecer informações gerenciais que permitam subsidiar os gestores públicos para tomada de decisão, avaliar o acesso aos serviços de saúde, fornecer informações que auxiliem a gerência e gestão da assistência farmacêutica, possibilitar o controle social através de informações que permitam analisar acesso, cobertura e qualidade da atenção (BRASIL, 2011).

É função do enfermeiro nas unidades básicas de saúde realizar atividades e consultas com os hipertensos e diabéticos, visando à qualidade da assistência.

O enfermeiro, como membro do grupo multiprofissional, tem atribuições de extrema importância, como: realizar a consulta de enfermagem, onde investiga fatores de risco e hábitos de vida, orienta sobre a doença e o uso regular de medicamentos e seus efeitos adversos e sobre hábitos de vida pessoais e familiares. Além disso, é também competência do enfermeiro: o acompanhamento do tratamento dos pacientes, o encaminhamento ao médico quando necessário, administração do serviço, o qual inclui a busca de faltosos, o controle de retornos e de consultas agendadas, bem como a delegação e supervisão das atividades do técnico/auxiliar de enfermagem (SBC, 2007).

O cuidado a esses indivíduos é uma função de grande importância, que visa contribuir para a prevenção, o controle efetivo e o retardo das complicações da doença (PIRES; MUSSI, 2009).

Diante desse fato, surgiu a necessidade de observar se o atendimento aos hipertensos e diabéticos realizados pelos enfermeiros na Zona Urbana da Cidade de Exu-Pernambuco está de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, e a partir daí, montar um plano de intervenções, visando à melhoria do atendimento.

O presente estudo parte do seguinte questionamento: **Quais os limites e possibilidades encontrados pelos enfermeiros das Unidades Básicas, da Zona Urbana de Exu-PE, para concretização de um atendimento eficaz aos hipertensos e diabéticos?**

1.1 Justificativa e contribuições do estudo

De acordo com os dados apresentados, busca-se elaborar um plano de intervenções mais adequado ao atendimento dos hipertensos e diabéticos na cidade de Exu.

O interesse no tema se deu através das visitas as Estratégias de Saúde da Família deste município, onde foi observado que os cuidados prestados aos hipertensos e diabéticos demandavam maior atenção por parte dos profissionais.

Portanto, o presente estudo tem a finalidade de contribuir na qualidade e na promoção do acompanhamento desses indivíduos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Elaborar um Plano de Intervenções para reorganização do programa hiperdia na Zona Urbana do Município de Exu-PE, visando garantir melhor atendimento e eficiência na qualidade dos serviços prestados.

2.2 Objetivos Específicos:

- Pesquisar a cobertura de atendimento a hipertensos e diabéticos;
- Identificar nas micro-áreas as deficiências no atendimento dos hipertensos e diabéticos.
- Capacitar os profissionais de Saúde que atuem nas Estratégias de Saúde da Família, na Zona urbana do município de Exu-PE;
- Melhorar a qualidade das ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde;

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Hipertensão e Diabetes

As DCNT são responsáveis por cerca de 72% das causas de mortes, com destaque para as doenças do aparelho circulatório (30%) e as neoplasias (15,6%) e atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas, e de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como idosos, e os de baixas escolaridades e renda (SCHIMIDT, 2011).

No Brasil, mesmo com a existência do SUS, gratuito e universal, o custo individual de uma DCNT ainda é bastante elevado, em função dos custos agregados, o que contribui para o empobrecimento das famílias. Estimativas sugerem que a perda de produtividade no trabalho e a diminuição da renda familiar resultante de apenas três DCNT (diabetes, doença do coração e acidente vascular encefálico), levarão a uma perda na economia brasileira de US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015 (ABEGUNDE, 2007).

O Ministério da Saúde vêm adotando várias estratégias e ações para reduzir o ônus das doenças cardiovasculares na população brasileira como as medidas antitabagismo, as políticas de alimentação e nutrição e de promoção da saúde com ênfase na escola e ainda as ações de atenção à Hipertensão e ao Diabetes notadamente na rede básica. É importante registrar que a adoção da estratégia Saúde da Família como política prioritária de atenção primária, por sua conformação e processo de trabalho, compreende as condições mais favoráveis para a abordagem das doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2011).

Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão, 2006, A hipertensão Arterial é uma doença crônica que vem apresentando uma crescente prevalência na população brasileira, tornando-se um sério fator de risco para o surgimento de doença cerebrovasculares e cardíacas.

A hipertensão é um fator determinante na morbi-mortalidade da população idosa, exigindo, dessa forma, que se faça uma correta identificação do problema e uma abordagem terapêutica (BRANDÃO et al, 2006).

O controle da hipertensão se faz por meio de: tratamento medicamentoso, mudanças no estilo de vida, atividade física, alimentação saudável, entre outros, devendo o paciente ter controle durante toda a vida (FIRMO et al, 2004).

O Diabetes Mellitus é definido pela Sociedade Brasileira de Diabetes como uma síndrome causada por vários fatores, relacionadas principalmente a falta de insulina e a incapacidade desta em exercer adequadamente suas funções fisiológicas (MURILLO et al, 2003).

As complicações mais prevalentes, causadas pelo Diabetes Mellitus, são as relacionadas às alterações no Sistema Vascular, além de envolver uma redução na qualidade de vida à população (ANDRADE; PELA, 2005; MEECE, 2004; WERMEILLE et al, 2004).

2.2 Orientações preconizadas pelo Ministério da Saúde

O Ministério da Saúde (MS), em 2001, implantou o Plano de Reorganização da Atenção aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), com ênfase na rede de Atenção Primária à Saúde (APS) no país. Esse trabalho resultou de uma parceria com as Sociedades Científicas de Hipertensão Arterial, Cardiologia, Nefrologia, Diabetes, Endocrinologia e Metabologia, com Estados brasileiros, Distrito Federal e municípios através de representações do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) (BRASIL, 2004).

No sentido de reorganizar os serviços, para garantir uma atenção continuada e qualificada aos portadores de DM e/ou HA, foi priorizado por este plano a confirmação de casos suspeitos; a elaboração de protocolos clínicos e treinamentos dos profissionais de saúde; a segurança na distribuição gratuita de medicamentos antihipertensivos, hipoglicemiantes orais e insulina NPH; e a criação de um Sistema Informatizado de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos denominado Sis-HIPERDIA, mais conhecido como HIPERDIA (BRASIL, 2007).

O Programa Hiperdia foi criado com o objetivo de reorganizar a rede de saúde e promover a melhoria na atenção aos portadores de diabetes e hipertensão, em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (KUHN; ARAÚJO, 2008).

O HIPERDIA, portanto, foi concebido para permitir o monitoramento adequado dos pacientes e gerar informações para a aquisição, dispensação e

distribuição de medicamentos, de forma regular e contínua, a todos os pacientes cadastrados no programa (BRASIL, 2007).

Através do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) preconiza que, para um acompanhamento a hipertensos e diabéticos de qualidade, destacam-se:

- A anamnese do portador de hipertensão deve ser orientada para os seguintes pontos: hábito de fumar, uso abusivo de álcool, ingestão excessiva de sal, estresse, sedentarismo, dentre outros; Sinais ou sintomas sugestivos de lesão em órgão-alvo ou causas secundárias de hipertensão arterial; História familiar de hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, dislipidemias, diabetes e doença renal. Deve-se também estar atento para algumas possibilidades de causa secundária de hipertensão arterial, para as quais um exame clínico pode ser decisivo. No exame físico do portador de Hipertensão deve-se avaliar: o pulso carotídeo e o pulso dos quatro membros; a pressão arterial; o peso; altura; o pescoço, para pesquisa de sopros em carótidas, turgor de jugulares e aumento da tireóide; o abdome, pela palpação e ausculta; o estado neurológico e do fundo-de-olho. A investigação do portador de hipertensão arterial é feita através de: confirmação elevada da pressão arterial; avaliação de lesão em órgão-alvo; identificação de fatores de risco para doença cardiovascular e co-morbidades; diagnóstico da etiologia da hipertensão. E sempre que possível, deve-se constar os seguintes exames: urina, creatinina sérica, potássio sérico, glicemia sérica, colesterol total e eletrocardiograma de repouso. A avaliação do paciente hipertenso não deve ser baseada apenas nos níveis de pressão arterial, mas também na presença de outros fatores de risco, como o diabetes, lesão em órgão-alvo, doença renal e cardiovascular. Deve-se também considerar os aspectos familiares e socioeconômicos.
- Na anamnese do portador de diabetes deve-se questionar sobre: sintomas, como poliúria, polidipsia, polifagia, emagrecimento; exames laboratoriais anteriores; alimentação, estado nutricional, peso corporal; prática de atividades físicas; infecções de pés, pele, dentária e geniturinária; úlceras de extremidades, parestesias, distúrbios visuais; Infarto Agudo do Miocárdio ou Acidente Vascular Cerebral no passado; uso de medicações que alteram a glicemia; história familiar de diabetes ou outras endocrinopatias; histórico

gestacional; passado cirúrgico. No exame físico deve-se observar: peso e altura; palpação da tireóide; circunferência da cintura e do quadril; exame da cavidade oral; avaliação dos pulsos artérias periféricos e edema de membros inferiores; exame dos pés; exame neurológico; medida da PA e exame de fundo-de-olho. Para se fazer o rastreamento do diabetes mellitus, é necessário observar os sinais e sintomas: poliúria/nictúria; polidisia/boca seca; polifagia; emagrecimento rápido; fraqueza/astenia/letargia; prurido vulvar; diminuição brusca da acuidade visual; achados de hiperglicemia ou glicosúria em exames de rotina.

Aos serviços, ainda faltam muitos recursos humanos, insumos e medicamentos para o atendimento da população e, ao profissional, recai a atribuição de preencher muitos formulários de sistemas de informação diversos que ainda não se integram efetivamente (SILVA; LAPREGA, 2005).

4 PLANO OPERATIVO

O trabalho foi implantado nas Estratégias de Saúde da Família, em Exu-PE, localizado na mesorregião sertão e na mesorregião Araripina do Estado de Pernambuco, limitando-se ao norte com o Estado do Ceará, a Sul com Granito, a leste com Moreilândia e a oeste com Bodocó, distando de 606,7 km da capital. De acordo com o censo 2011 do IBGE, a população residente total é de 31.636 habitantes, onde 16.303 residem na área urbana e 15.333 na área rural do município. Destes, 15.485 são do sexo masculino e 16.151 do sexo feminino. O clima é semi-árido e quente, sendo frio no inverno e quente no verão. Existem rios apenas temporários, como o Brígida e seus afluentes: Riacho das Tabocas, Maniçoba e Caraíba. Há poucas chuvas, com temperatura superior a 25° e 32° e a pluviosidade está em torno de 700 a 750 mm anuais de água. Neste clima semi-árido Nordestino, existe uma má distribuição de chuva, em tempo e espaço. O relevo de Exu apresenta terrenos planos e acidentados, pode-se notar a influência do Araripe na formação do relevo, com terras altas, planas e descendo a Serra do Araripe, encontram-se terras baixas e terras férteis e várias nascentes no sopé da serra, que nasce na cidade de Porteira no Ceará e termina no Piauí. Algumas áreas têm solo raso, pedregoso e desprotegido da ação erosiva, contendo também solos argilosos, de massapé e terras férteis. A parte do sertão é coberta por uma vegetação de xiquexique, macambira, jurema, cana fístula, catingueira, juazeiro, etc. A vegetação típica dessa região é a caatinga, no entanto percebe-se a presença de vegetação de médio e grande porte: a umburana branca e vermelha, cedro, angico, eucalipto e a barriguda, quase extinta. O município ainda dispõe da vegetação do cerrado no sopé da chapada onde designamos algumas espécies importantes tais como: aroeira, braúna, sabiá, ameixa, pequi, sucupira, angico, etc.

As Estratégias de Saúde da Família visam à prevenção, promoção e recuperação de agravos e doenças, além do acolhimento e acompanhamento dos usuários.

O PSF visa ao trabalho na lógica da Promoção da Saúde, almejando a integralidade da assistência ao usuário como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade. Entre outros aspectos, para o alcance deste trabalho, é necessária a vinculação dos profissionais e dos serviços com a comunidade, e a perspectiva de

promoção de ações intersetoriais (DA ROS, 2006; BRASIL, 1997; RONCOLETTA, 2003).

Para diagnosticar a situação do nível de atendimento e acompanhamento aos hipertensos e diabéticos na zona urbana do município de Exu-PE, foram feitas anotações pelo pesquisador de todos os procedimentos que contrariem ou que não estejam incluídos no que é preconizado pelo ministério da saúde.

A partir dessas informações, os dados foram organizados, analisados, e montado um plano de intervenção para reorganização do programa nas Unidades. Esse plano foi direcionado a corrigir os possíveis erros apontados durante as observações, sendo disponibilizada uma cópia para cada unidade visitada.

5 ESTRATÉGIAS

Ação 1: Conhecimento das ESF's

Atividades

- Pesquisar a cobertura de atendimento a hipertensos e diabéticos;
- Averiguar como está sendo realizado o atendimento no programa Hiperdia

Indicadores

- % de hipertensos e diabéticos cadastrados
- Qualidade do acompanhamento aos hipertensos e diabéticos.

Ação 2: Organização dos métodos propostos pela Unidade de Saúde

Atividades

- Reuniões e palestras com as equipes de saúde da família, esclarecendo como realizar e priorizar o atendimento a hipertensos e diabéticos;
- Aprimorar o protocolo de ações já existentes na unidade para seguimento adequado do programa;

Indicadores

- Quantidade de reuniões e palestras realizadas;
- Quantidade de protocolos estabelecidos

6 RESULTADOS

O Plano será aplicado nas Estratégias de Saúde da Família, da Zona Urbana da Cidade de Exu-Pe, que realizam atendimentos a Hipertensos e Diabéticos.

A execução do plano se dará nas seguintes unidades: ESF Centro, ESF Conjunto Habitacional Wilson Moreira Saraiva (C.H.W), ESF Asa Branca (A.B), ESF Vila Nossa Senhora Aparecida (V.N.S) e ESF Gonzagão (GONZ).

Os resultados foram coligados em duas ações, já citadas anteriormente, e desenvolvidos um plano de intervenção para cada ação.

6.1 Ação 1: Conhecimento das ESF's

Foram visitadas todas as ESF's e feito um levantamento de todos os pacientes cadastrados no período de Janeiro a Junho de 2011. Segundo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), a quantidade de hipertensos e diabéticos cadastrados foram de:

ESF	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Centro	Há - 436 Dia - 78	Há - 443 Dia - 76	Há - 435 Dia - 85	Há - 434 Dia - 86	Há - 438 Dia - 83	Há - 439 Dia - 85
C.H.W	Há - 223 Dia - 29	Há - 231 Dia - 30	Há - 211 Dia - 26	Há - 211 Dia - 26	Há - 209 Dia - 29	Há - 224 Dia - 40
V.N.S	Há - 340 Dia - 43	Há - 341 Dia - 45	Há - 350 Dia - 49	Há - 350 Dia - 50	Há - 349 Dia - 50	Há - 353 Dia - 51
GONZ	Há - 222 Dia - 22	Há - 221 Dia - 24	Há - 155 Dia - 16	Há - 221 Dia - 25	Há - 224 Dia - 26	Há - 227 Dia - 27
AB	Há - 178 Dia - 29	Há - 212 Dia - 34	Há - 216 Dia - 36	Há - 216 Dia - 36	Há - 217 Dia - 35	Há - 208 Dia - 31

Fonte: SIAB 2011; Há – Hipertensos; Dia - Diabéticos

Segundo o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos, onde se encontra a lista de usuários cadastrados, a quantidade de diabéticos e hipertensos acompanhados, no mês de Junho, foram:

ESF	JUNHO
CENTRO	Hipertensos – 73 Diabéticos – 02
C.H.W.M.S	Hipertensos – 120 Diabéticos – 03
V.N.S.A	Hipertensos – 191 Diabéticos – 04
GONZAGÃO	Hipertensos – 105 Diabéticos – 01
ASA BRANCA	Hipertensos – 26 Diabéticos – 00

Fonte: Sistema de Cadastramento e acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos.

Os resultados expostos mostram a grande divergência entre a quantidade de pacientes cadastrados, através de informações do SIAB, com a quantidade de pacientes acompanhados, através do sistema de cadastramento e acompanhamento, disponibilizados pelos profissionais das ESF's.

Dessa forma, percebe-se que os pacientes não estão recebendo atendimento adequado, provavelmente por limitação dos enfermeiros na realização de um acompanhamento eficaz do Hiperdia, dificultando dessa forma, a qualidade da assistência prestada.

6.1.1 Plano de Intervenção

- Definição da micro-área de risco

Durante visitas domiciliares feitas pelos Agentes Comunitários de Saúde e pelos enfermeiros das unidades, deverão realizar um novo cadastramento de pacientes hipertensos e diabéticos. A partir daí, explicá-los sobre a doença, a importância do programa e a necessidade de serem acompanhados pelos enfermeiros e médicos da unidade.

- Capacitação com Agentes Comunitários de Saúde

Segundo Fraga, 2011, o ACS deve é o elo entre a comunidade e a Equipe de Saúde da Família. Portanto, ele deve ter o conhecimento da doença, saber como o programa funciona, e com isso poder passar para a comunidade a importância do

acompanhamento pelo Hiperdia. Dessa forma, junto com o enfermeiro e o médico da unidade, garantir um atendimento de qualidade para hipertensos e diabéticos.

6.2 Ação 2: Organização dos métodos propostos pela Unidade de Saúde

Esclarecer para equipe de saúde as responsabilidades que todos devem ter para um atendimento e acompanhamento eficaz aos hipertensos e diabéticos.

6.2.1 Plano de Intervenção

- Aprimoramento de Manuais e Protocolos existentes na Unidade

A partir do “Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus”, lançado pelo Ministério da Saúde, serão adequados para a necessidade daquela unidade de saúde os protocolos existentes, direcionando os profissionais de saúde a um atendimento de qualidade. O seguimento desses protocolos será avaliado mensalmente, assim como o acompanhamento de todos os hipertensos e diabéticos cadastrados no programa, para a concretização de um programa eficaz.

- Capacitação dos profissionais responsáveis pelo Programa.

Através de palestras e reuniões com a equipe de saúde, serão apontadas as obrigações de cada profissional frente ao programa hiperdia, ou seja, as atribuições que lhe são recomendadas.

É de competência do Agente Comunitário de Saúde (ACS): Esclarecer sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares; orientar a população sobre as medidas de prevenção; Encaminhar á consulta de enfermagem todos os indivíduos rastreados como suspeitos de hipertensão e diabetes; verificar o comparecimento dos usuários diabéticos e hipertensos às consultas na unidade. É de competência do Auxiliar de Enfermagem: Verificar os níveis de pressão, peso, altura e circunferência abdominal; orientar aos pacientes e a toda comunidade sobre a importância dos hábitos saudáveis de vida, como alimentação adequada e prática de exercícios; agendar consultas médicas e de enfermagem para os casos

indicados; encaminhar os exames para os serviços de referência; controlar o estoque de medicamentos e fazer reposição; fornecer medicamentos para os pacientes em tratamento. É de competência do Enfermeiro da Unidade: Capacitar e supervisionar os auxiliares e os ACS's; realizar consultas de enfermagem e encaminhar o indivíduo ao médico quando necessário; desenvolver atividades educativas em grupo ou individuais com os pacientes hipertensos e diabéticos; junto com a equipe, estabelecer estratégias que possam favorecer a adesão desses usuários, entre outras atribuições. É de competência do Médico da Unidade: Realizar consultas para confirmação diagnóstica; solicitar exames complementares quando necessário; prescrever medicamentos não-medicamentosos; encaminhar as unidades de referência (BRASIL, 2001).

7 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Atividades/ mês	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	OUT
Elaboração do pré- Projeto	X	X					
Revisão Bibliográfica			X	X	X		
Redação do projeto			X	X			
Coleta de dados			X	X	X		
Análise dos dados					X	X	
Apresentação da monografia							X

Fonte: autora, 2011

8 PROPOSTA ORÇAMENTÁRIA

8.1 Recursos humanos

DISCRIMINAÇÃO	VALOR (R\$)
Digitador	210,00
SUBTOTAL	210,00

Fonte: Autora, 2011

8.2 Recursos materiais

DISCRIMINAÇÃO	QUANT.	VALOR (R\$)
Papel Ofício A4	500 fl.	15,00
Xérox	2000 fl.	140,00
CD ROOM	01	1,00
Pen Drive	01	40,00
Cartucho de tinta	01	75,00
Encadernação	04	10,00
SUBTOTAL		282,00

Fonte: Autora, 2011

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Resolver de modo geral os problemas de saúde de uma população demanda não só vontade, mas articulação e mobilização de vários gestores engajados em um único processo. Conseqüentemente, pode-se introduzir através de novas abordagens condições que melhorem a qualidade de vida e saúde de uma determinada população.

Um atendimento e acompanhamento qualificado aos hipertensos e diabéticos são de fundamental importância, pois diminui os riscos de complicações, aumenta a sobrevida e melhora a qualidade de vida dos pacientes. Portanto, é necessário que haja o apoio de todos os órgãos envolvidos, desde a comunidade até o administrador público para a concretização de um hiperdia eficaz, conforme é preconizado.

O Plano de intervenção, foco do estudo, busca contribuir na melhora do Programa Hiperdia na cidade de Exu e na realização de um atendimento de qualidade. Este plano será disponibilizado nas unidades visitadas, na busca de melhora do programa, através do seguimento do mesmo. Para tanto, outras ações ainda podem ser utilizadas como: vínculo do profissional com os pacientes, a partir de um acolhimento qualificado, o que influenciaria o usuário na busca de atendimentos; promoção das atividades de educação em saúde, acolhendo todas as dúvidas dos pacientes; provisão e previsão de materiais necessários e adequados, não interferindo na qualidade da assistência prestada.

REFERÊNCIAS

ABEGUNDE, D. O. et al. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. **Lancet**. Rockville Pike, v. 8, n. 370, p. 1929-38, dez, 2007.

ANDRADE, R. C. G; PELA, I. R. Seguimento farmacêutico e seu impacto sobre os resultados glicêmicos em pacientes diabéticos tipo 2. **Seguim. Farmacoter.** Granada, v. 3, n. 2, p. 112-122, 2005. Disponível em: < <http://www.cipf-es.org/sft/vol-03/112-122.pdf>>. Acesso em: 12 set, 2011.

BRANDÃO, A. P et al. **Hipertensão arterial no idoso**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2006.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. Portal da Saúde. **hiperdia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 11 set. 2011.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1882, de 18 de dezembro de 1997**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da saúde. **Inquérito Domiciliar sobre Comportamento de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação do Plano de Reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes Mellitus no Brasil**. Brasília: OMS, 2004.

DA ROS, M. A. **Políticas públicas de saúde no Brasil: Saúde em debate na Educação Física**. Blumenau: Nova Letra, 2006.

FIRMO, J. O. A; COSTA, M. F; UCHOA E. Projeto Bambuí: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1029-40, 2004.

FRAGA, O.T. **Agente Comunitário de Saúde**: elo entre a comunidade e a equipe da esf?. Monografia (Especialização) Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Governador Valadares, UFMG, 2011.

KÜHN, M.C; ARAÚJO, B. V. Caracterização de pacientes diabéticas atendidas no programa Hiperdia do município de Giruá/RS. **Rev. Bras. Farm.** Rio de Janeiro, v. 89, n. 2, p. 91-94, 2008

MEECE, J. Diabetes mellitus: Fisiopatologia e Complicações. **Journal of Pharmac.** n. 6, p. 84-88, 2004

MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS**. São Paulo: Mimeo, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo. HUCITEC/ ABRASCO, 1992.

MURILLO, M. D; FERNANDEZ-LIMÓS, F; VALLS, L.T. **Guia de seguimento farmacoterapêutico sobre diabetes**. Barcelona. GIAF-URG, 2003. Disponível em: <[http:// giaf_urg.org](http://giaf_urg.org)>. Acesso em:12 set. 2010.

RONCOLLETA, A. F. T. **Princípios da medicina de família**. São Paulo: Sombramfa, 2003.

PIRES, C. G. S.; MUSSI F. C; Refletindo sobre pressupostos para o cuidar/cuidado na educação em saúde da pessoa hipertensa. **Rev. Esc Enferm. USP**, v. 43, n. 1, p. 229-36, 2009.

SALA, A et al. Avaliação do Processo de Atendimento a Pacientes Portadores de Doenças Crônico-Degenerativas em uma Unidade Básica de Saúde. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 27, n. 6, p. 463-71, 1993;

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**. São Paulo, v. 89, n. 5, p. 24-79, 2007.

SCHMIDT M.I et al. Health in Brazil 4. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**. [Rockville Pike](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21561658), n. 4, v, 377, 1949-61, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21561658>>. Acesso em: 12 set, 2011.

SILVA, M. E. As representações sociais de mulheres portadoras de Hipertensão Arterial: **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.61, n.4, jul/ago. 2008.

SILVA, A. S; LAPREGA, M. R. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto. São Paulo. Brasil. **cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1821-1828, nov.-dez, 2005.

Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. **5º Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo, 2006.

TANAKA, O.Y; MELO, C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente- um modo de fazer**. São Paulo: Edusp, 2001.

WERMEILLE, J et al. Pharmaceutical care model for patients with type 2 diabetes: integration of the community pharmacist into the diabetes team. a pilot study. **Pharm World Sci**, Moutier, Issues 1, v. 26, p. 18.25, 2004.