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

MARCOS VINÍCIUS MAZZONI MARTINS FERREIRA

PROPOSTA DE CRIAÇÃO DE UM CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO PARA A MELHORIA DO CONTROLE DA HIPERTENSÃO E/OU DIABETES MELLITUS NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE BOM JESUS DO BAGRE, MUNICÍPIO DE BELO ORIENTE, MINAS GERAIS.

GOVERNADOR VALADARES – MINAS GERAIS
2014

MARCOS VINÍCIUS MAZZONI MARTINS FERREIRA

PROPOSTA DE CRIAÇÃO DE UM CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO PARA A MELHORIA DO CONTROLE DA HIPERTENSÃO E/OU DIABETES MELLITUS NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE BOM JESUS DO BAGRE, MUNICÍPIO DE BELO ORIENTE, MINAS GERAIS.

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.

Orientadora: Salime Cristina Hadad

GOVERNADOR VALADARES – MINAS GERAIS
2014

MARCOS VINÍCIUS MAZZONI MARTINS FERREIRA

PROPOSTA DE CRIAÇÃO DE UM CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO PARA A MELHORIA DO CONTROLE DA HIPERTENSÃO E/OU DIABETES MELLITUS NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE BOM JESUS DO BAGRE, MUNICÍPIO DE BELO ORIENTE, MINAS GERAIS.

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.

Orientadora: Salime Cristina Hadad

Banca examinadora

Profª Salime Cristina Hadad (orientadora)

Prof. Christian Emmanuel Torres Cabido

Aprovada em Belo Horizonte 07/02/2014

Dedico o presente trabalho ao mais humilde dos meus pacientes, pelo olhar de gratidão e confiança que me impulsiona a querer ser mais e mais um instrumento de cura nas mãos de QUEM nos criou.

À equipe de profissionais que atuou comigo em Bom Jesus do Bagre em Belo Oriente, por entender que a eficiência do meu trabalho também depende da dedicação de cada um deles.

.

Agradeço:

_ à professora Salime Cristina Hadad pela cuidadosa orientação que dela recebi.

_ a todos os professores que tive na vida, especialmente a Tia Rita de Cássia de Oliveira Martins que me desvendou o maravilhoso mundo das letras.

_ à vovó Cecília que me ensinou o significado da palavra ternura.

_ à meus irmãos, pela troca de conhecimento desde os tempos das artes em comum.

¨Porque eu só preciso de pés livres, de mãos dadas e de olhos bem abertos¨.

Guimarães Rosa

RESUMO

Este trabalho corresponde a um projeto de intervenção na situação de saúde de um distrito da cidade de Belo Oriente, Estado de Minas Gerais. Visa implantar um cartão de acompanhamento de pacientes diagnosticados com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes *mellitus* seguindo as diretrizes atuais e a literatura médica, com base em revisão bibliográfica. As pesquisas foram realizadas na Biblioteca Virtual do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), Centro Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (BIREME) e PubMed. Como hipertensão e diabetes *mellitus* apresentam alta morbidade, o cartão facilitaria o atendimento e todo o processo de tratamento desse tipo de paciente que exige atenção constante ao longo do tempo.

Palavras-chave: Diabetes *mellitus*. Hipertensão. Avaliação de Resultados (Cuidados de Saúde).

ABSTRACT

This work corresponds to an intervention project in the reality of the health status of a city district of Belo Oriente, Minas Gerais State. Seeks to implement a card to monitoring patients diagnosed with hypertension and/or diabetes mellitus following the current guidelines and medical literature, based on literature review. The research has been done in the Virtual Library of the Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família - Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), the Latin American and Caribbean Center on Health Sciences Health (BIREME) and PubMed. As hypertension and diabetes mellitus have high morbidity, the card would facilitate the attendance and the whole process of treating this kind of patient who requires constant attention over time.

Keywords:. Diabetes *mellitus.* Hypertension. Outcome Assessment (Health Care).

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
CEABSF	Curso de Especialização em Atenção Básica a Saúde da Família
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes *mellitus*
ESF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
PA	Pressão Arterial
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 10

1.1 A Equipe de Saúde de Família de Bom Jesus do Bagre 111

2 PROBLEMA DE ESTUDO E JUSTIFICATIVA 122

3 OBJETIVOS .....
.....143

3.1 Geral 143

3.2 Específicos.....143

4 METODOLOGIA DO ESTUDO 154

5 RESULTADOS.....15

5.1 Situação do acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos no município.....15

6 PROPOSTA PARA MELHORAR O ACOMPANHAMENTO DOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS.....**Erro! Indicador não definido.**7

6.1. Proposta de um cartão para acompanhamento dos hipertensos e diabéticos.....18

6.2 Plano de implantação do cartão de acompanhamento da hipertensão e diabetes.....18

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS... 21

REFERÊNCIAS.....22

1 INTRODUÇÃO

Belo Oriente é um município brasileiro do estado de Minas Gerais situado no Vale do Aço. A população estimada é de 25.026 habitantes, possui uma área territorial de 334,9 km² e densidade demográfica de 69,86 habitantes/km² (BRASIL, 2010).

Sua estrutura de saúde é formada por oito equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), sendo duas na sede, uma em Bom Jesus do Bagre, três no distrito de Cachoeira Escura, uma no bairro Brauninha e uma na comunidade Esperança. O município conta com quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo uma na sede, uma em Bom Jesus do Bagre, uma na Cachoeira Escura e outra na Brauninha (BRASIL, 2014).

A rede de saúde municipal dispõe ainda de: uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), uma equipe do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), uma Farmácia de Minas, um Ambulatório de Especialidades denominado de "Casa Verde" com médicos ginecologista, urologista, cirurgião geral e cardiologista. Há também um hospital municipal, mas atualmente encontra-se fechado (BRASIL, 2014).

> O PSF se destacou como uma via de extensão de cobertura e de vigilância em saúde dirigida a grupos em situação de vulnerabilidade. Forma um conjunto de ações estratégicas capazes de reordenar o modelo assistencial e viabilizar a integração entre cuidado e níveis de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS) (SOUZA e GARNELO, 2008, p. 91).

De acordo com as políticas do Sistema Único de Saúde, a equipe trabalha de forma mais próxima possível à população no intuito de conhecer a realidade dos habitantes do município e, dessa forma, agir de forma mais eficaz em prevenção e promoção da saúde.

1.1 A Equipe de Saúde da Família de Bom Jesus do Bagre

A ESF de Bom Jesus do Bagre, distrito de Belo Oriente, é responsável por uma população adscrita de aproximadamente 2100 usuários divididos em sete comunidades, muitas delas distantes da UBS.

O trabalho de equipes da Saúde da Família é o elemento-chave que permite a busca constante de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os profissionais de saúde e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde (ACS). O acompanhamento das doenças crônicas exige um cuidado especial e constante dos profissionais envolvidos e, assim como descrito abaixo, se torna um desafio para todo o corpo de saúde.

> É desafio, sobretudo da Atenção Básica, notadamente da Saúde da Família, espaço prioritário e privilegiado de atenção em saúde que atua com equipe multiprofissional e cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e clientela adscrita, levando- se em conta diversidade racial, cultural, religiosa e fatores sociais envolvidos (BRASIL, 2006, p.8).

No Bagre, a equipe é composta por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e oito agentes comunitários de saúde que trabalham em conjunto no cuidado com a população. Como o tratamento da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e do diabetes *mellitus* (DM), assim como a prevenção dessas doenças está muito relacionado com mudança de estilo de vida, além da adesão ao tratamento farmacológico, fica clara a necessidade do envolvimento de toda a equipe de saúde na abordagem ao paciente hipertenso e/ ou diabético.

2 PROBLEMA DE ESTUDO E JUSTIFICATIVA

O diagnóstico situacional da saúde realizado pela equipe, através de reuniões entre todos os profissionais, proposto no Curso de Especialização em Atenção Básica a Saúde da Família (CEABSF), fomentou a identificação de inúmeros problemas vivenciados pela equipe e pela comunidade.

Dentre todos os problemas identificados pela equipe, o elevado número de pessoas com HAS e/ou DM que apresentam controle inadequado de suas enfermidades mereceu um destaque especial. Atualmente estão cadastradas 377 pacientes com HAS e 95 já foram diagnosticados com DM. Uma estimativa feita pela própria equipe através de aferições da pressão arterial e medidas de glicemia capilar mostrou que, aproximadamente, metade dessas pessoas apresenta controle insatisfatório. Esses números refletem, entre outros motivos, uma má qualidade no serviço de saúde prestado.

Diversas são as causas contribuintes para o mau controle da HAS e DM, como o baixo número de reuniões dos grupos, a falta de medições em quantidade e qualidade necessárias, o baixo nível socioeconômico e escolaridade da população, a desmotivação de parte da equipe, o registro inadequado dos prontuários, etc., sendo pouco praticável a intervenção em todas essas frentes através desse projeto. Dessa maneira, a ESF de Bom Jesus do Bagre elegeu a má qualidade no registro da história clínica dos pacientes com HAS e/ou DM como um fator limitante no processo de trabalho, dificultando o manejo adequado e consequente melhoria no atendimento dessas pessoas. Com base nessa decisão, foi dado início a uma proposta de planejamento de trabalho e atendimento a fim de melhorar a ação da equipe de saúde na região.

> É preciso um método de planejamento que possibilite a compreensão e o compartilhamento de uma mesma linguagem (conceitos básicos, terminologia, instrumentos utilizados, etc.); que seja capaz de contribuir com o diálogo e para efetiva participação de todos aqueles envolvidos na formulação e na operacionalização de um plano (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010, p.18).

Dessa forma, além da equipe de saúde, o usuário teria uma postura mais ativa em seu tratamento, pois um dos grandes objetivos do cartão será uma maior adesão e entendimento do tratamento e da doença por parte do paciente.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Propor um mecanismo que facilite o acompanhamento e tratamento da HAS e do DM, por meio da implantação de um cartão para o acompanhamento longitudinal desses pacientes, a ser confeccionado de forma multidisciplinar e em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Oriente e com a Prefeitura Municipal.

3.2 Específicos

- Reconhecer como é realizado o monitoramento da HAS e DM no município de Belo Oriente.
- Elaborar uma proposta que permita a implantação do cartão e qualificação do acompanhamento de hipertensos e diabéticos no município.

4 METODOLOGIA DO ESTUDO

No que se refere à fundamentação teórica deste trabalho, a pesquisa bibliográfica foi realizada em bibliotecas virtuais, livros reconhecidos e ligados às políticas públicas de saúde, às redes de atenção, à atenção básica e à Estratégia de Saúde da Família, além de legislação ligada ao Sistema Único de Saúde, em nível federal e estadual.

As pesquisas foram realizadas na Biblioteca Virtual do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) e na Biblioteca da Literatura técnica e científica da América Latina e Caribe (LILACS) e nas bibliotecas virtuais BIREME e PubMed.

Com o tema “Hipertensão e Diabetes mellitus”, tendo o Brasil como país/região, em idioma português, no período de 2000 a 2013, foram encontrados 49 textos completos, sendo utilizados 08 textos neste trabalho. Buscou-se também o tema “cartão de acompanhamento” e obteve-se 02 textos completos, no período de 2000 a 2013, em português, com aplicação de 01 deles neste trabalho.

Para a elaboração do cartão da hipertensão e diabetes, foi realizada uma revisão bibliográfica da literatura com os descritores: Hipertensão, Diabetes *mellitus*, Dislipidemias, Saúde da Família, Exames periódicos de saúde, Avaliação do Risco Cardiovascular, Cartão de hipertensão e Cartão de diabetes.

A construção da sequência de atendimento e rotina dos exames foi baseada nas diretrizes Brasileiras de Hipertensão, Diabetes *mellitus* e Dislipidemias e o plano de ação proposto foi baseado no PES simplificado.

5 RESULTADOS

Ao longo dos últimos anos, houve uma mudança drástica do perfil de morbimortalidade da população brasileira com grande predomínio das doenças e mortes devidas às doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas o câncer e as doenças cardiovasculares. No Brasil, a HAS e o DM são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações.

> O grande impacto econômico da diabete ocorre notadamente nos serviços de saúde, como consequência do crescentes custos do tratamento e, sobretudo, das complicações, como a doença cardiovascular, a diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputação de membros inferiores. No Brasil, a diabete e a hipertensão arterial constituem a primeira causa de hospitalizações no sistema público de saúde. (BRASIL, 2010a, p. 25-26)

É muito importante observar que já existem informações e evidências científicas suficientes para prevenir e/ou retardar o aparecimento desses agravos e de suas complicações, informações.

> O Ministério da Saúde vêm adotando várias estratégias e ações para reduzir o ônus desta doença na população brasileira, como as medidas anti-tabágicas, 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 com garantia de medicamentos básicos na rede pública. (RODRIGUES *et al*, 2013, p. 49-50).

5.1 Situação do acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos no município de Belo Oriente

Em Belo Oriente não existe um programa específico para acompanhamento da hipertensão e do diabetes, como o programa HIPERDIA do Governo Federal (programa composto por um conjunto de medidas com a finalidade de redução do risco cardiovascular dessas doenças). No município o acompanhamento desses pacientes funciona de maneira desorganizada e não existe conexão entre as diferentes equipes de saúde tampouco entre diferentes níveis de atenção em saúde. Cada equipe de PSF segue seu próprio cronograma, de maneira autárquica e desconexa, seguindo a disponibilidade e motivação do médico responsável pela

equipe. O município não dispõe de uma equipe especializada com sede própria para o acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos.

No PSF de Bom Jesus do Bagre o acompanhamento dos pacientes diagnosticados com HAS e/ou DM é realizado por uma equipe multidisciplinar que conta com a participação de um médico, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem e um ACS. A população adscrita é dividida em grupos de acordo com a área geográfica sob responsabilidade de cada ACS. Funciona através de reuniões trimestrais com os usuários previamente cadastrados em um dia pré-determinado, com as reuniões realizadas na unidade básica de saúde, em escolas ou igrejas, onde são colhidos dados antropométricos (pressão arterial, circunferência abdominal e peso) e dosada a glicemia capilar, sendo os pacientes encaminhados para consulta médica conforme necessidade ou apenas tendo sua receita renovada.

A não existência de um prontuário específico para o acompanhamento da hipertensão e do diabetes tem implicando na desorganização do manejo. Os exames continuam sendo realizados de maneira aleatória e desorganizada de acordo com a procura de cada paciente. A abordagem educacional através de palestras e oficinas não existe em nenhuma equipe de saúde, cabendo as orientações serem feitas pelo médico durante as consultas, pela enfermagem e pela nutrição, com pouca interação entre as diferentes áreas.

A má qualidade no registro da história clínica dos pacientes nos prontuários, dificulta o rápido entendimento da história do paciente, gerando confusão nas prescrições, desconhecimento de intercorrências prévias, gastos desnecessários com exames laboratoriais inoportunos, além de desmotivar o profissional que atende o paciente devido letras inteligíveis e perdas de parte ou totalidade dos prontuários.

Durante as reuniões da ESF de Bom Jesus do Bagre, foi observado que atualmente o acompanhamento dos pacientes com HAS e/ou DM é feito de maneira aleatória e desorganizada, culminando com elevado número de casos com controle inadequado além de gastos abusivos e excesso de exames com alguns e descaso com outros. Acredita-se que parte desse problema possa ser atribuída à desorganização do registro das informações no prontuário (falta de preenchimento, letras ilegíveis, etc.) e às condutas médicas diferentes e autárquicas.

6 PROPOSTA PARA MELHORAR O ACOMPANHAMENTO DOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

É grande a necessidade de capacitação dos profissionais envolvidos no atendimento e cadastramento de hipertensos e diabéticos e de utilização de critérios clínico-laboratoriais consensuais para a caracterização das complicações crônicas decorrentes de DM e HAS. Na tentativa de uniformizar os parâmetros clínicos, serão utilizados os dados presentes nas diretrizes de hipertensão e diabetes de forma a amarrar o atendimento realizado pelos diversos profissionais da equipe de saúde.

No que se refere à mudança do estilo de vida discutiremos questões, como redução ou controle de peso, padrão alimentar adequado, diminuição do consumo de sal e álcool, cessação do hábito de fumar e prática de atividades físicas.

> A hipertensão arterial primária não tem cura, mas o tratamento previne as complicações. Antes de prescrever a administração de medicamentos, é recomendável adotar medidas que estimulem hábitos de vida saudáveis. (LOPES e MORAES, 2011, p. s/n.).

No que se refere a fatores de risco cardiovascular, será relatada a importância de fatores como: idade, sexo, etnia, fatores socioeconômicos, consumo de sal, obesidade, consumo de álcool e sedentarismo.

> Presença de fatores de risco cardiovascular ocorre mais comumente na forma combinada. Além da predisposição genética, fatores ambientais podem contribuir para uma agregação de fatores de risco cardiovascular em famílias com estilo de vida pouco saudável. Em amostras da nossa população, a combinação de fatores de risco entre indivíduos hipertensos parece variar com a idade, predominando a inatividade física, o sobrepeso, a hiperglicemia e a dislipidemia. A obesidade aumenta a prevalência da associação de múltiplos fatores de risco¨ (MION JR. *et al*, 2006, p.31).

A desorganização poderá ser corrigida com a criação de um fluxograma para o atendimento ao paciente, orientando o profissional de saúde, permitindo um acompanhamento mais padronizado, gerando menores gastos e possibilitando uma redução do número de pacientes com controle inadequado, reduzindo assim a morbimortalidade dessas doenças.

Também será sugerida a inclusão, de forma obrigatória, de informações importantes sobre o estado de saúde de diabéticos, como concentrações de hemoglobina glicosilada, excreção urinária de albumina, fundoscopia ocular e exame da sensibilidade de membros inferiores em um cartão que funcione não somente no município de Belo Oriente, mas que seja claro e, assim, possa ser utilizado em toda a rede, desde o atendimento básico até no atendimento em outros níveis de atenção, principalmente no que se refere a controle de fatores de risco para doenças cardiovasculares.

> Indivíduos com alteração da homeostase glicêmica representam um grupo-alvo para a definição de ações preventivas em nível individual e populacional devido à maior prevalência de fatores de risco para doença arterial coronariana (SCHAAN, HARZHEIM, GUS, 2004, p. 529).

As sugestões visam à otimização deste importante sistema de informação que, se eficiente, poderá contribuir significativamente para a gestão do sistema público de saúde do município.

5.2 Proposta de um cartão para acompanhamento dos hipertensos e diabéticos

A proposta de criação de um novo cartão de acompanhamento do paciente com HAS e/ou DM para corrigir o “nó crítico”, completo e padronizado que será entregue ao paciente de modo semelhante ao cartão de pré-natal entregue às gestantes. O cartão deverá ser gratuito, com boa qualidade (física), de fácil preenchimento e conter orientações gerais sobre dietas e hábitos de vida saudáveis em linguagem propícia para o entendimento dos pacientes, entre outras informações, facilitando o manejo pela equipe e contribuindo para um melhor controle dessas enfermidades.

5.3 Plano de implantação do cartão de acompanhamento da hipertensão e diabetes.

A implantação do cartão no município de Belo Oriente ocorrerá inicialmente no distrito de Bom Jesus do Bagre, estendendo-se para as demais unidades de saúde após o período de um ano. Será firmada uma parceria com a Secretaria Municipal de Saúde que se responsabilizará pelo financiamento do projeto e participará do processo de expansão do mesmo.

Depois de elaborado o cartão, serão realizadas reuniões com a equipe de saúde para apresentação do projeto e estabelecimento de metas, sendo os profissionais envolvidos orientados e treinados para adapta-lo à rotina de acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos.

O primeiro passo será o recadastramento dos pacientes já diagnosticados com essas doenças, seguido do preenchimento do cartão individual com os dados de identificação do usuário, cabendo essa função aos ACS. Todos os ACS serão responsáveis pelo recadastramento e preenchimento do cartão dos pacientes residentes na sua área adscrita. Inicialmente, em uma pré-consulta com a enfermagem, serão colhidos dados antropométricos (peso, altura e medida da circunferência abdominal), além de aferidas a pressão arterial e glicemia capilar.

Em seguida, o usuário será avaliado pelo médico, que seguirá o eixo de acompanhamento proposto no cartão, cabendo, lógico, uma variação pessoal no atendimento de cada médico. Nessa primeira consulta o médico deverá dispensar um tempo maior ao paciente, com o objetivo de preencher o máximo de informações possíveis no cartão à medida que as consultas forem realizadas. Ficarão registrados no cartão:

- Medicações em uso.
- Glicemia capilar.
- morbidades.
- Dados antropométricos como: peso, altura, índice de massa corporal, circunferência abdominal.
- Exames laboratoriais como glicemia de jejum, hemoglobina glicada, sódio, potássio, uréia e creatinina séricas, colesterol total e frações, hemograma, hormônio tireoestimulante.
- Curva pressórica.
- Curva glicêmica.

- Exames de urina com pesquisa de microalbuminúria.
- Laudos de fundoscopia, eletrocardiograma, radiografia de tórax, dentre outros.
- Acompanhamento de prática de atividade física.
- Acompanhamento de alcoolismo, tabagismo ou uso de drogas.
- Acompanhamento de hábitos alimentares e dieta.

Esse registro possibilitará um rápido conhecimento da história desse paciente num encontro subsequente. Além disso, servirá como parâmetro de melhora no qual o paciente poderá acompanhar seu progresso em termos de tratamento não farmacológico, mudança de estilo de vida e adesão à medicação.

O cartão será de posse do usuário, como é feito com as gestantes, sendo orientado a levá-lo em todas as consultas médicas, mesmo que em outros estabelecimentos de saúde. Existirá, porém, um cartão espelho menos completo, contendo apenas as informações relevantes para a equipe de saúde, imaginando-se que poderão existir eventuais perdas. O cartão espelho ficará anexo ao prontuário e não conterá todas as informações existentes no cartão do paciente, sendo desprovido das sessões educativas bem como a sessão para registros periódicos da pressão arterial e glicemia capilar. Dessa maneira a evolução laboratorial e antropométrica e o registro das intercorrências farão parte do prontuário de cada paciente, o que possibilitaria uma eventual recapitulação do histórico clínico do usuário.

Nas demais consultas o paciente será avaliado na mesma sequência, possibilitando a comparação dos dados colhidos no “primeiro” contato, e seguimento do acompanhamento com registro e análise dos exames solicitados, análise das medidas ambulatoriais da pressão arterial e glicemia capilar e troca, caso necessário, da prescrição médica.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que a hipertensão e o diabetes *mellitus* são duas doenças de elevada prevalência em nosso meio e de grande impacto financeiro e em saúde para a população. A prevenção é, sem dúvida, a melhor estratégia, mas uma vez doente, o indivíduo deve ser rigorosa e cuidadosamente acompanhando, evitando-se complicações e reduzindo a morbidade dessas enfermidades, sendo esse cuidado função da equipe de saúde da família.

O presente trabalho visou uma mudança na estrutura de atendimento da população, com melhor registro da história clínica do paciente e acompanhamento pela equipe de saúde. A elaboração do cartão de acompanhamento, a ser implantado no município de Belo Oriente, será realizada com base nas atuais diretrizes de hipertensão e diabetes. Estabelecerá um protocolo de atendimento com vistas ao melhor registro do estado de saúde de pacientes hipertensos e/ou diabéticos a fim de atuar na prevenção de comorbidades e no controle das mesmas, melhorando o acompanhamento dos usuários do sistema de saúde. Com o apoio da prefeitura, o cartão resultante dessa iniciativa será inserido, correspondendo a um importante passo na uniformidade e na eficiência de tratamento de hipertensos e diabéticos no município de Belo Oriente, em especial, no distrito de Bom Jesus do Bagre.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. In: Cadernos de Atenção Básica nº 15. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_ basica15.pdf>. Acesso em: 01 jan. 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Sinopse do censo demográfico de 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/pesquisa/ pesquisa_google.shtm>. Acesso em 10 de janeiro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS: Uma construção coletiva: Plano Nacional de Saúde (PNS) 2008/2009-2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_planejamento_ sus_v9.pdf>. Acesso em 10 de janeiro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde** — Belo Oriente [online], 2014. Disponível em <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em 10 de janeiro de 2014.

CAMPOS, F. C. C. de; FARIA, H. P. de; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed., 2010. 118p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/ 3872.pdf>. Acesso em 14 jan. 2014.

LOPES, L.O., MORAES E.D.de. Tratamento não-medicamentoso para hipertensão arterial. **Revista eletrônica - ACTA Brasileira de Pesquisa em Saúde**. Londrina, Paraná, Vol. 8 n1 - outubro/dezembro, 2011. Disponível em: <http://www.inesul.edu.br/revista_saude/arquivos/arq-idvol_10_1339682941.pdf>. Acesso em 14/01/2014.

MION JR. D., KOHLMAN JR. O., MACHADO C.A., AMODEO C., GOMES M.A.M., PRACHEDES J.N. (org.). **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf /abc/v89n3/ a12v89n3.pdf>. Acesso em 14/01/2014.

RODRIGUES, D.T., MACHADO, M.I., MATIAS, D.B., OLIVEIRA, M.R.de, CERETTA, M.R., CERETTA, L.B, BECKER, I.R.T., ZANETTE, V.C., ROSATO, A.E.. Avaliação do uso de plantas medicinais por um grupo de hipertensos em uma unidade de ESF de um bairro no município de Criciúma. **Revista Inova Saúde**. Criciúma, vol. 2, n. 1, 2013. Disponível em <http://periodicos.unesc.net/index.php/Inovasaude/ article/viewFile/1203/1262>. Acesso em 14 de janeiro 2014.

SCHAAN, B. D'A., HARZHEIM, E., GUS, I. Perfil de risco cardíaco no diabetes mellitus e na glicemia de jejum alterada. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 38 (4): 529-36, 2004. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v38n4/21082.pdf>. Acesso em 14 de janeiro 2014.

SOUZA, M. L. P. de, GARNELO L. "É muito dificultoso!": etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e / ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S91-S99, 2008. Disponível em: < http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24s1/14.pdf>. Acesso em 14 de janeiro 2014.