

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

LUCIANA GONZAGA DOS SANTOS

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA A DIFICULDADE DE ADESÃO DOS
PACIENTES AOS TRATAMENTOS PROPOSTOS PELA EQUIPE PARA A
CURA E PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS, COMO HIPERTENSÃO E
DIABETES.**

ITAJUBÁ – MG

2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

LUCIANA GONZAGA DOS SANTOS

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA A DIFICULDADE DE ADESÃO DOS
PACIENTES AOS TRATAMENTOS PROPOSTOS PELA EQUIPE PARA A
CURA E PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS, COMO HIPERTENSÃO E
DIABETES.**

Monografia apresentada para o curso de
especialização em Saúde da Família, da
Faculdade Federal de Minas Gerais.

Orientadora: Cristina Garcia Lopes Alves

ITAJUBÁ - MG

2015

LUCIANA GONZAGA DOS SANTOS

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA A DIFICULDADE DE ADESÃO DOS
PACIENTES AOS TRATAMENTOS PROPOSTOS PELA EQUIPE PARA A
CURA E PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS, COMO HIPERTENSÃO E
DIABETES.**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. - Instituição

Examinador 2 – Prof. - Instituição

Aprovado em Alfenas, em 00 de março de 2015.

RESUMO

O principal objetivo deste estudo busca verificar a cobertura do Sistema de Saúde da Família e do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Pacientes Hipertensos e Diabéticos em Minas Gerais. As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade no mundo contemporâneo. A revisão de literatura traz os temas políticas de saúde, modelos de atenção à saúde, sistemas de informação em saúde e os agravos selecionados quais sejam, diabetes e hipertensão. O cenário do estudo compreende a unidade básica do Município de Itajubá e tratando-se de uma pesquisa exploratória, de caráter quanti-qualitativa, cuja coleta dos dados foi realizada através de fontes secundárias. Neste sentido, o presente trabalho objetiva propor melhorar do cadastramento e acompanhamento dos hipertensos e diabéticos na Unidade de Saúde da cidade de Itajubá-MG. Busca-se assim garantir maior eficiência na adesão e acompanhamento dos usuários, através da busca ativa e efetiva dos agentes comunitários de saúde, do controle da pressão arterial e glicêmica, aumentando a efetividade do Programa Hiperdia.

Palavras-Chave: Hipertensão; Diabetes; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The main objective of this study search to verify the covering of the System of Information of the Basic Attention and of the System of Register and Follow-up of Patient Hipertensives and Diabetics in Minas Gerais. Cardiovascular diseases are the leading cause of mortality in the contemporary world, The literature revision brings the themes policies of health, models of attention to the health, systems of information in health and the selected offences which are diabetes and hypertension. In methodology, the scenery of the study understands the city of Itajubá and their regional of health, being treated of an exploratory search, of quanti-qualitative character, whose collection of the data was accomplished through secondary fonts, In this sense, this work intends to propose to improve the registration and monitoring of hypertension and diabetes in the Health Unit of the city of Itajubá- MG. The aim is thus to ensure greater efficiency and compliance monitoring of users, through active and effective agents of community health, control of blood pressure and glucose levels, increasing the effectiveness of the Program Hiperdia.

Keywords: Hypertension, Diabetes, Primary Health Care

Sumário

I. INTRODUÇÃO:	7
II. JUSTIFICATIVA.....	9
III. OBJETIVO:	9
IV. METODOLOGIA	10
V. REVISÃO DE LITERATURA.....	10
Primeiro passo: Identificação dos problemas.....	12
Segundo passo: Priorização dos problemas	15
Terceiro passo: Descrição dos problemas	15
Quarto passo: Explicação do problema.....	16
Quinto Passo: Identificação dos nós críticos.....	16
VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS	17
VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	19

I. INTRODUÇÃO:

O município de Itajubá é localizado no sul de Minas Gerais à 445 km de Belo Horizonte, capital do estado, 261 km da cidade de São Paulo e 318 km da cidade do Rio de Janeiro, além de estar próxima a região do Vale do Paraíba, a qual todas juntas concentram boa parte do PIB do país. Ocupa uma área de 294,835 Km² de extensão e está localizada às margens do rio Sapucaí. Possui uma população de 94.940 pessoas, sendo 307,49 hab/km² a densidade demográfica, e possui 27.909 domicílios, estando 91,29% localizados na zona urbana da cidade e 8,71% na zona rural. A cidade possui 57 bairros e faz limites com os municípios de: São José do Alegre, Maria da Fé, Wenceslau Brás, Piranguçu, Piranguinho e Delfim Moreira, exercendo influência direta sobre 14 municípios da microrregião.

O povoamento da região por pessoas de origem européia começou em fins do século XVII, devido à vinda de bandeirantes que vieram em busca de ouro, pedras preciosas e escravos índios. Entre os bandeirantes estava, Miguel Garcia Velho, o qual inicialmente fundou a “primitiva Itajubá”, localizada onde atualmente, se encontra a cidade de Delfim Moreira e cidades vizinhas. Como as catas e as gupiaras não compensavam o trabalho e não correspondiam à sede de riquezas de Miguel Garcia Velho e seus companheiros, estes seguiram rumo a outras regiões permanecendo ali um pequeno povoado, que após um tempo, persuadidos pelo vigário, padre Lourenço da Costa Moreira, desceram rumo às margens do rio Sapucaí em busca de uma região mais produtiva e mais próspera. Em 19 de março de 1819, o padre Lourenço fundava a cidade de Itajubá, onde hoje se encontra a Igreja Matriz Nossa Senhora da Soledade, localizada no centro da cidade.

Atualmente a cidade de Itajubá é governada pelo prefeito Rodrigo Imar Martinez Riera, eleito em 2012, e é reconhecida pelas suas universidades, como a Universidade Federal de Itajubá (Unifei), Faculdade de Medicina de Itajubá (FmIt), Faculdade de Ciências Econômicas do Sul de Minas (Facesm), Escola de Enfermagem Wenceslau Braz (EEWB), Fundação de Ensino e Pesquisa de Itajubá (FEPI) e, por isso, possui uma grande população de universitários. Além das universidades, a cidade possui diversas indústrias e um pólo tecnológico, os quais se destacam no país e geram um grande número de emprego no município. O município também é conhecido por estar localizado entre a Serra da Mantiqueira, o qual possui uma diversidade de vegetação e inúmeras cachoeiras, atraindo pessoas ao ecoturismo.

O índice de desenvolvimento humano (IDH) do município é de 0,787, e a renda per capita de 935,47 reais. Itajubá possui um índice menor em relação à média nacional de habitantes abaixo da linha de pobreza, sendo de 1,03%. As principais atividades econômicas são: a agropecuária e o setor industrial, que se destaca nas áreas de mecânica fina, eletromecânica e aeronáutica (Helibrás), além da área de ensino, comércio e saúde. O crescimento anual, em 2013, foi de 5,7%.

Em relação à escolarização, o município se encontra com 15,61% de habitantes sem instrução; 13,86% com o primeiro ciclo do ensino fundamental e 63,02% com o segundo ciclo do ensino fundamental completo ou mais.

A Estratégia de Saúde da Família no município de Itajubá, já atinge cerca de 36 bairros, alcançando regiões dentro e fora da zona urbana. Conta com 15 equipes formadas por mais de 130 profissionais da saúde, nas unidades situadas em locais estratégicos e a parcela da população atendida pela ESF corresponde a 37,55%, ou mais de 34 mil pessoas, indicando cada vez mais o crescimento na área de atenção básica a saúde.

A Estratégia de Saúde da Família Santo Antônio, é localizada no bairro totalmente urbano, próximo ao centro do município. O bairro possui um total de 2.799 habitantes distribuídos em 786 famílias. Dentre estes, 16% possuem o ensino superior, 38,5% ensino médio, 29,5% ensino fundamental, 13% cursaram somente o ensino básico e 3% analfabetos. Em relação à taxa de emprego, 44,9% se encontram em vínculo empregatício formal, 29,9% informal, 18,6% são aposentados e 6,6% estão desempregados. A grande maioria possui casa própria, possui saneamento básico, energia elétrica e as construções são de tijolos e vivem com uma renda média de 1-3 salários. O bairro possui diversos recursos como igrejas, lotérica, lanchonetes, cabelereiros, academia, escola, mercearias e outros tipos de comércio.

A Unidade Básica de Saúde é de fácil acesso a toda a população. É estruturada em uma casa alugada pela prefeitura e adaptada para melhor atendê-los. A recepção é pequena, o que geralmente leva à um certo “tumulto” em horários de pico. A casa possui uma sala para o atendimento médico, uma sala para atendimento da enfermagem, uma sala de atendimento para o dentista, uma sala adaptada de medicamentos, outra para procedimentos, como curativos, além de uma cozinha aonde os profissionais de saúde se reúnem semanalmente, às quintas-feiras, e uma garagem coberta, aonde se realizam reuniões e eventos para a população, como grupos de apoio, comemorações, entre outros. A unidade funciona de

segunda a sexta das 07:00 às 17:00 horas e é composta por uma equipe de 06 agentes comunitárias de saúde, 02 auxiliares de enfermagem, 01 enfermeira, 01 médica e ainda conta com a ajuda de 01 auxiliar de limpeza e 02 dentistas que são contratados pela prefeitura, mas não fazem parte da estratégia de saúde da família. As condições crônicas são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. As doenças crônicas não transmissíveis constituem um problema de saúde de grande magnitude, correspondendo a 72% das causas de mortes. Assim, o Departamento de Atenção Básica vem trabalhando, em parceria com outros departamentos da Secretaria de Atenção à Saúde e com outras Secretarias, para a melhoria do cuidado às pessoas com doenças crônicas.

II. JUSTIFICATIVA

Diante dos problemas citados e encontrados na Unidade do Bairro Santo Antônio, a importância dada à falta de adesão dos pacientes crônicos ao tratamento específico de suas doenças se torna de grande relevância, visto que as consequências dessas doenças como a diabetes e a hipertensão, podem levar o indivíduo à incapacitação e morte, aumentando assim a taxa de mortalidade ou aumentando os gastos públicos, necessitando do setor secundário ou terciário de saúde, já que a doença não foi estabilizada no setor primário.

III. OBJETIVO:

Elaborar um projeto de Intervenção sobre a adesão dos pacientes aos tratamentos propostos pela equipe para a cura e prevenção de doenças crônicas como hipertensão e diabetes no Programa Saúde da Família do Bairro Santo Antônio, no município de Itajubá-MG.

IV. METODOLOGIA

O estudo realizado foi uma revisão bibliográfica com análise documental, e uso de dados secundários. Basicamente tem conteúdos diversos, tais como mapa, tabela e outras informações com o objetivo de desenvolver respostas quantitativas e qualitativas ao trabalho coletados no próprio ambiente. O local de coleta de dados será o próprio posto em que foi desenvolvido o trabalho.

Como resultado, espera-se que novas formas de abordagens das ações de rotina podem permitir melhorias no atendimento à população, produzir os diagnósticos por micro áreas, do controle da hipertensão arterial e diabetes e cadastrar os clientes portadores de diabetes e hipertensão arterial, encaminhando as fichas para cadastro na Secretaria de Saúde. Também é necessário certificar-se que está sendo realizado o mesmo, garantir acesso dos hipertensos e diabéticos a serviços básicos de saúde, com resolubilidade; e incentivar políticas e programas comunitários.

V. REVISÃO DE LITERATURA

As políticas públicas de saúde

Para que seja compreendida a situação atual do setor saúde no Brasil, se faz necessária uma recapitulação de acontecimentos que marcaram a história do país, alterando os rumos da atenção à saúde da população, configurando o sistema de saúde como é conhecido hoje.

A constituição Federal de 1988 incorporou mudanças no papel do Estado e alterou profundamente a estrutura jurídico-institucional do sistema público de saúde, criando novas relações entre as diferentes esferas de governo, dando origem, enfim, ao Sistema Único de Saúde. A Carta Magna apresenta-se na forma de nove grandes títulos, divididos em capítulos, sendo que alguns são divididos em seções. O Título III, no Capítulo II, o da Seguridade Social, é composto por quatro seções: Disposições Gerais, da Saúde, da Previdência Social e da Administração (CARVALHO, PETRIS e TURINI, 2001).

Segundo Carvalho e Santos (1992), o SUS obedece, de acordo com essas diretrizes, ainda, os seguintes princípios:

- Universalidade do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

- Integralidade da assistência;
- Preservação da autonomia da pessoa na defesa da sua integridade física e moral;
- A igualdade de assistência;
- Direito à informação;
- Divulgação de informações sobre o potencial dos serviços de saúde;
- Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- Participação da comunidade.
- Descentralização político-administrativa;
- Integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;

Os maiores desafios do SUS estão ligados com a estruturação de um novo modelo de atenção à saúde que, a partir das grandes funções da Saúde Pública, subordine os conceitos programas da assistência médica individual aos preceitos e programas dos interesses coletivos e direitos da cidadania, e realize de fato, as atividades de promoção e proteção à saúde, às vistas dos Princípios Éticos da Universalidade, Equidade e Integralidade. Neste ínterim, os desafios referem-se à melhoria da qualidade da atenção, aumento da resolutividade da rede de unidades básicas de Saúde e do seu papel de porta de entrada do SUS e à garantia de acesso aos serviços de médios e altos custo/complexidade, cuja escala de operação cobertura ao contingente populacional que, geralmente, supera as esferas municipal ou microrregional, com o objetivo de, gradativamente, superar as desigualdades de acesso existentes (BRASIL, 2002).

O SUS, entendido como um processo social em marcha, não se iniciou em 1988, com a consagração constitucional de seus princípios, nem deve ter um momento definido para seu

término, especialmente se esse tempo está dado por avaliações equivocadas que apontam para o fracasso desta proposta. Assim, o SUS nem começou ontem e nem termina amanhã (MENDES, 1996).

Doenças crônicas são aquelas geralmente de desenvolvimento lento, de longa duração e, por isso, levam um tempo mais longo para serem curadas ou, em alguns casos, não têm cura. A maioria dessas doenças está relacionada ao avanço da idade e ao estilo de vida – hábitos alimentares, sedentarismo e estresse – característico das sociedades contemporânea.

Atualmente, as doenças crônicas são a principal causa de mortalidade no mundo, representando 60% das mortes. No Brasil essa realidade não é diferente: estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam que cerca de 75% das pessoas com mais de 60 anos têm alguma doença crônica e, para o Ministério da Saúde, esta é a principal causa de óbito e incapacidade prematura no país. Se nada for feito para gerenciar as doenças crônicas, em 10 anos, as mortes em decorrência delas aumentarão 17%.

Apesar da realidade descrita acima, a maioria das doenças crônicas pode ser prevenida ou controlada, possibilitando viver com qualidade. Para isso, o primeiro passo é compreender a doença. Com as informações assimiladas, o segundo passo é seguir o tratamento recomendado pelo médico, que muitas vezes inclui, além de tomar a medicação, adotar algumas mudanças no estilo de vida, como adoção de dieta e hábitos saudáveis e prática de exercícios físicos.

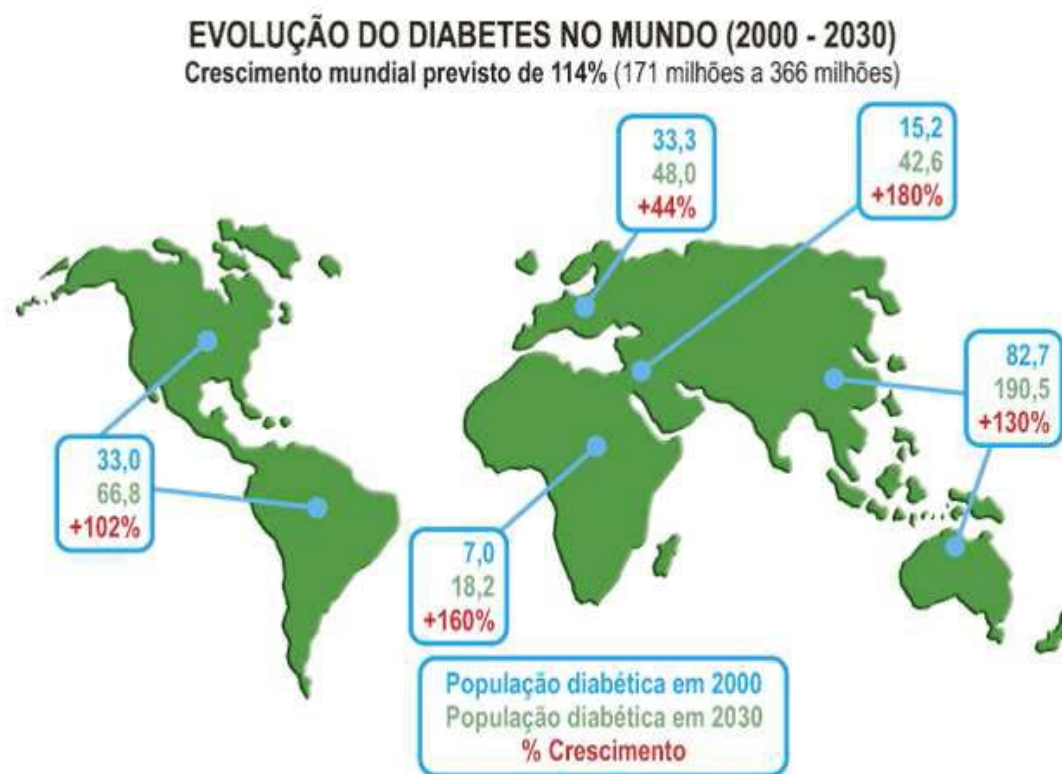
VI. PROJETO DE INTERVENÇÃO

Primeiro passo: Identificação dos problemas

O diabetes é comum e de incidência crescente. Estima-se que, em 1995, atingia 4,0% da população adulta mundial e que, em 2025, alcançará a cifra de 5,4%. A maior parte desse aumento se dará em países em desenvolvimento, acentuando-se, nesses países, o padrão atual de concentração de casos na faixa etária de 45-64 anos (BRASIL, 2006).

Em termos mundiais, 135 milhões apresentavam a doença em 1995, 240 milhões em 2005 e há projeção para atingir 366 milhões em 2030, sendo que dois terços habitarão países em desenvolvimento.

No Brasil, no final da década de 1980, estimou-se que o diabetes ocorria em cerca de 8% da população, de 30 a 69 anos de idade, residente em áreas metropolitanas brasileiras.



World Health Organization. Diabetes programme. Facts and figures. Prevalence data.
http://www.int/diabetes/facts/world_figures/en/.

Essa prevalência variava de 3% a 17% entre as faixas de 30-39 e de 60-69 anos. A prevalência da tolerância à glicose diminuída era igualmente de 8%, variando de 6 a 11% entre as mesmas faixas etárias (BRASIL, 2006).

A portaria nº 16/GM de 03 de janeiro de 2002, normatizou o Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, estabelecendo a organização da assistência, prevenção e promoção à saúde, a vinculação dos usuários à rede, a implementação do programa de educação permanente em hipertensão arterial, diabetes mellitus e demais fatores de risco para doenças cardiovasculares. Os objetivos do Plano foram desmembrados em quatro etapas previstas para implantação dessa grande estratégia: capacitação de multiplicadores para atualização de profissionais da rede básica na atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus; campanhas de informação e identificação de casos suspeitos e promoção de hábitos saudáveis de vida; confirmação diagnóstica e início da terapêutica; e cadastramento, vinculação e acompanhamento dos pacientes portadores de Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus às unidades básicas de saúde. Cabe a União, Estados e Municípios a operacionalização do plano.

A Unidade Básica de Saúde pesquisada encontra dificuldades em se manter devido a alguns problemas como o local de trabalho, que não é adequado, visto que a casa é alugada, motivo pelo qual os cômodos não possuem proporções adequadas, há apenas um banheiro na unidade, banheiro este para uso de pacientes e funcionários; não há sala de reuniões para equipe, sala de vacinas e nem ao menos sala de espera para os pacientes devendo estes aguardarem na garagem da casa.

O uso abusivo de psicotrópicos também é um problema muito grande para nossa equipe, sendo necessária uma manhã da semana apenas para a renovação dos mesmos. Em média 30 receitas de medicamentos controlados são feitas por semana.

A orientação nutricional para pacientes obesos, diabéticos e hipertensos é dificilmente encontrada nessa população. Não existe na unidade pessoas devidamente especializada no assunto e o acesso ao serviço de nutricionista chega a demorar até um ano, ficando restritas informações e direcionamento médico da equipe de saúde da família e a enfermeira.

Falta na equipe do PSF Santo Antônio também, um agente administrativo, e devido a este problema a enfermeira fica sobrecarregada nas suas tarefas.

Dentre os diversos problemas que a unidade básica de saúde do bairro Santo Antônio da cidade de Itajubá – MG possui, podemos destacar a dificuldade de adesão dos pacientes aos tratamentos propostos pela equipe para a cura e prevenção de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes.

Através de reuniões semanais entre os membros da equipe de Saúde da Família da unidade, foram apontados diversos problemas enfrentados na comunidade. Ao selecionarmos esse tema, foi perguntado aos pacientes em consultas e visitas das agentes quais eram os principais fatores que o influenciavam a não seguir corretamente o tratamento proposto e/ou o motivo das ausências às consultas.

Segundo passo: Priorização dos problemas

Segue abaixo a tabela com a listagem dos problemas de acordo com suas prioridades:

TABELA 2 LISTAGEM DE PROBLEMAS E SUAS PRIORIDADES

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Estrutura física inadequada	Alta	5	Fora	5
Falta de adesão ao tratamento	Alta	7	Parcial	1
Baixa orientação nutricional	Alta	5	Parcial	3
Abuso de benzodiazepínicos e ansiolíticos	Alta	6	Parcial	2
Equipe incompleta	Alta	5	Fora	4

Terceiro passo: Descrição dos problemas

As doenças crônicas como a hipertensão e a diabetes estão entre os maiores problemas de saúde enfrentados no mundo todo podem levar a agravos fatais como o infarto e o acidente vascular cerebral, elas merecem nossa maior atenção na UBS pesquisada, de acordo com os últimos levantamentos feitos pela equipe de saúde, encontramos: 418 hipertensos e 163 diabéticos que estão inseridos no programa hiperdia. Estes dados podem ser incompletos já que muitos pacientes não procuram o posto de saúde para fazer a prevenção de doenças e sim, somente quando estas já estão instaladas e num grau mais avançado da doença. A dificuldade de trazer a população até nós não é grande, mas a dificuldade das pessoas perceberem a importância do cuidado de sua saúde é complexa, ficando assim difícil atuar corretamente nesse âmbito. Quando estes pacientes chegam à nossa unidade já com a doença instalada, mesmo após as devidas orientações, poucos realizam o tratamento correto e por isso a

dificuldade em tratar essas patologias e assim se transformam em causas de óbito em nosso meio.

Quarto passo: Explicação do problema

Cada paciente merece um tratamento adequado e específico de acordo com suas necessidades. Até que os pacientes consigam um diagnóstico preciso, esse paciente necessita passar por toda uma avaliação, que vai desde a sua análise situacional na comunidade, as condições que esse paciente vive, o trabalho que atua, a relação interpessoal e os sintomas que a doença exerce sobre ele, que é o principal fator que o faz procurar a assistência à saúde. A adesão do paciente ao tratamento envolve todos esses fatores, além do cuidado continuado do mesmo.

É de grande importância que os pacientes tenham seu diagnóstico o mais breve possível, visto que, quanto antes atingirmos a doença, menos dano esta irá causar à saúde. Diante de tantos obstáculos que o paciente enfrenta para solucionar seu problema, muitas vezes ele se encontra desanimado para dar seguimento ao seu tratamento. Estes, sem dúvidas, são grandes marcadores para definir quais pacientes irão ou não dar o seguimento correto do seu tratamento e, por isso, a importância de se discutir esse tema tão frequente em unidades de saúde. As maiores dificuldades que os pacientes enfrentam ao aderir ao tratamento estabelecido são: a dificuldade de conseguir agendar uma consulta com o médico, a demora em marcação de exames complementares, dificuldades para comprar os medicamentos quando estes não são fornecidos pelo sistema público de saúde, falta de conhecimento a respeito de sua doença, falta de tempo para realizar as consultas e atividades devido ao trabalho, pouco acesso aos especialistas quando estes precisam ser consultados, entre outros.

Quinto passo: Identificação dos nós críticos:

Dificuldade de conseguir agendar uma consulta com o médico, sendo assim demorando a marcação de exames complementares;

Dificuldades para comprar os medicamentos quando estes não são fornecidos pelo sistema público de saúde. Falta de conhecimento da sua doença assim como a falta de tempo para realizar as consultas e atividades devido ao trabalho.

VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da realidade encontrada é necessário aumentar o grau desconhecimento da população sobre a importância do controle da hipertensão arterial e diabetes; cadastrar os clientes portadores de Diabetes Mellitos e Hipertensão Arterial Sistêmica, encaminhar as fichas para cadastro na Secretaria de Saúde. Também é necessário certificar-se que está sendo realizado o mesmo, garantir acesso dos hipertensos e diabéticos aos serviços básicos de saúde, com resolubilidade; e incentivar políticas e programas comunitários.

Como a hipertensão e diabetes são doenças multifatoriais, que envolvem orientações voltadas para vários objetivos, seu tratamento poderá requerer o apoio de outros profissionais de saúde, além do médico. Sendo assim, a formação de uma equipe multiprofissional irá propiciar essa ação diferenciada. O trabalho em equipe multiprofissional poderá dar aos pacientes e à comunidade motivação suficiente para vencer o desafio de adotar atitudes que tornem as ações efetivas e permanentes; sendo assim, poderá ser abordada uma maior quantidade de indivíduos e, com as diferentes abordagens, a adesão ao tratamento será nitidamente superior; o número de pacientes com pressão arterial e níveis glicêmicos controlados e adotando hábitos de vida saudáveis será conseqüentemente maior; tendo cada paciente como replicador de conhecimentos sobre tais hábitos.

A resolução da problemática da saúde vai além das competências da gestão devido a sua complexidade, dimensão e fatores intercorrentes. Todavia, novas formas de abordagens das ações de rotina podem permitir melhorias no atendimento à população e, conseqüentemente, do processo de saúde como um todo. As previstas para serem desenvolvidas na UBS permitirão um entendimento da problemática real e as melhores formas de intervenção, com a participação de todos os envolvidos, com propostas articuladas para obtenção de melhores níveis de saúde e de um novo modelo de atenção.

Produzir os diagnósticos por micro-áreas, definindo as responsabilidades de atuação por formação técnica para efetuar as ações integradas na atenção à saúde para poder estabelecer cooperação intersetorial, permite atingir resultados como ter todos os diabéticos e hipertensos cadastrados e acompanhados pelo programa.

A realização deste trabalho mostrou-se gratificante e ao mesmo tempo preocupante. Gratificante no sentido de aprofundar o conhecimento sobre a temática dos sistemas de informação em saúde, que podem ser considerados instrumentos fundamentais para o

planejamento, acompanhamento e avaliação de ações em saúde, e preocupante, porque estes sistemas de informação não estão sendo alimentados e utilizados para os fins aos quais se propõe, colocando em dúvida a qualidade da atenção prestada, não só aos hipertensos e diabéticos, mas também a todos os usuários da rede básica de saúde do SUS.

VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Sistema de Informação de Atenção Básica, Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://ces.ibge.gov.br/base-de-dados/metadados/ministerio-da-saude/sistema-de-informacao-de-atencao-basica-siab>> Acesso em 03 de julho de 2014.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de ; FARIA, Horácio Pereira de; Planejamento e avaliação das ações emsaúde. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p. Cadernos de Atenção Básica, n. 16, Série A. Normas e Manuais Técnicos.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. v. 64, p. II, Cadernos de Atenção Básica, n. 16. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

BRASIL. Portaria Conjunta nº 2, de 05 de março de 2002. Diário Oficial [da República Federativa de Brasil], Brasília: Ministério da Saúde, n. 44, S. 1, p. 91, 6 mar. 2002.

BRASIL. Portaria 371/GM, de 4 de março de 2002. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília: Ministério da Saúde, n. 44, S.1, p. 88, 6 mar. 2002.

BRASIL. Portaria Conjunta nº 112, de 19 de junho de 2002. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília: Ministério da Saúde, n. 117, S. 1, p. 60, 20 jun. 2002.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Informática do SUS. HIPERDIA. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id_area=807>.