

Título da experiência: QUALIFICAR A ATENÇÃO À SAÚDE DO INDIVÍDUO PORTADOR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E/OU DIABETES MELLITUS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE GUILHERME HENRIQUE PINTO COELHO EM SÃO PAULO.

Tema da experiência: Gestão em Saúde

Autores

Maristela Stoianov ¹, Viviane Felicio Simões ¹

Instituição

¹ PMSP/SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO - PMSP/SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO

Resumo

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

As doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão arterial sistêmica e o Diabetes Mellitus acometem mais de 35% da população acima dos 40 anos no Brasil. Ao longo da última década as Doenças Cardiovasculares (DCV) se tornaram as principais causas de mortalidade em todo o mundo, representando cerca de 30% de todas as mortes e até 50% da mortalidade pelo conjunto das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Por terem sua evolução assintomática a adesão ao tratamento destas doenças muitas vezes é negligenciado pelos portadores. Contudo, mudanças no estilo de vida, são fundamentais no processo terapêutico e é nesse contexto que o papel da atenção básica e principalmente do PSF se tornam tão importantes.

OBJETIVOS

O objetivo desse trabalho é qualificar a atenção à Saúde do indivíduo portador de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na UBS, melhorar a adesão ao programa, melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde, melhorar o registro das informações mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular, promover à saúde aos diabéticos e Hipertensos inscritos no programa. Após a implantação do protocolo do caderno 35 e 34 do ministério da Saúde será feita nova analise situacional e estudo dos indicadores.

METODOLOGIA

Na Unidade de Saúde Engenheiro Guilherme H.P. Coelho, a intervenção proposta para a qualificação da atenção em Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus nos maiores de 20 anos de idade acometidos partiu de uma analise situacional realizada nos meses de junho a agosto de 2015.

RESULTADOS

De acordo com os dados coletados essa população representa 37,5% do total de moradores da área de abrangência sendo essa apenas 19% atendida pela equipe de saúde de referência. Isto corresponde a 13,8% de HAS e 5,14% de DIA. Apesar de muito qualificado esse atendimento é feito sem padronização e com registros inadequados dificultando o monitoramento e a avaliação dos atendimentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Indicadores de processo e de resultados a serem avaliados: - Números de Hipertensos e Diabéticos atendidos pela equipe; - Proporção de Hipertensos e Diabéticos faltosos às consultas e com busca ativa; - Proporção de Hipertensos e Diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo; - Proporção de Hipertensos e Diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular; - Número de Hipertensos e Diabéticos com índices pressóricos e glicêmicos adequados; - Número de Hipertensos e Diabéticos atendido nos últimos seis meses; - Proporção de Hipertensos e Diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável; - Proporção de Hipertensos e

Diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo; - Proporção de Hipertensos e Diabéticos com avaliação odontológica; - Proporção de Hipertensos e Diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clinico em dia; - Proporção de Hipertensos e Diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular.

Referências Bibliográficas

GOULART, Flavio et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Estratégias de Controle e Desafios para os Sistemas de Saúde. Organização Pan-americana de Saúde. Brasília 2011 Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica Nº37. Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília – DF 2013 Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica Nº36. Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica: Diabetes Mellitus. Brasília – DF 2013