CLAYRE DAUANNE DA SILVA FRANCA

MELHORIA DA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS COM HAS E/OU DM DA UBS TRIANGULO VELHO QUINZE I.

RIO BRANCO

2016

CLAYRE DAUANNE DA SILVA FRANCA

MELHORIA DA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS COM HAS E/OU DM DA UBS TRIANGULO VELHO QUINZE I.

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização apresentado ao Programa De Pós-Graduação em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como Requisito parcial para a obtenção do Título De Especialista em Saúde da Família e Comunidade.

Orientador: Eder de Mattos Berg

RIO BRANCO

2016

RESUMO

Na UBS Triangulo Velho Quinze I, em Rio Branco-AC pretendemos desenvolver uma pesquisa que terá como objetivo melhorar a atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes pertencentes à nossa área de abrangência. A escolha do foco da intervenção realizada conterá por base uma prévia análise situacional a fim de uma importante apropriação da realidade, na qual se verificará a necessidade de investimentos nesta área programática, para melhorar aspectos relacionados à cobertura e qualidade da atenção oferecida. As ações que nos propomos estarão abrangendo quatro eixos temáticos. Haverá uma proposta, a realização de um conjunto de ações sistematizadas que contribuam incrementar a cobertura, melhorar a qualidade da atenção, melhorar a adesão ao programa, melhorar o registro das informações, bem como promover a saúde dos hipertensos e/ou diabéticos. Os resultados desta intervenção serão apresentados e analisados de forma qualitativa e quantitativa, possibilitando, dessa forma, a apreciação de cada um deles. A intervenção será incorporada à rotina do serviço e pretende-se seguir fortalecendo as ações já implementadas, bem como ampliar a proposta para outras ações programáticas, utilizando-se da mesma proposta metodológica e qualificando a oferta do cuidado em saúde ofertado pela nossa unidade.

Descritores: **Atenção Primária à Saúde, Hipertensão, Promoção da Saúde, Saúde da Família**

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 5

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO 7

2.1 GENOGRAMA (LANDSBERG, 2010) 9

4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO 13

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA 15

REFERÊNCIAS 16

ANEXO – PROJETO DE INTEVENÇÃO 17

1. INTRODUÇÃO

Estudei medicina na Faculdade São Lucas, em Rondônia e me formei no ano de 2013, vindo a trabalhar no Acre nesse mesmo ano. Comecei a atuar como médica no município de Rio Branco, na atenção básica, conhecendo aí de perto a verdadeira situação das pessoas, as doenças que iam muito além do que tinha estudado nos livros, pois já tinha a responsabilidade acima de mim de atuar com ciência e com consciência. Como parte do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) atuo na Unidade Básica de Saúde (UBS) Triângulo Velho Quinze I, que se encontra localizada no município capital Rio Branco do estado de Acre na região norte do nosso gigante sul-americano.

A UBS Triângulo Velho Quinze I foi construída há pouco tempo; possui as normas técnicas recomendadas pelo Ministério da Saúde no que a estrutura se trata, com salas de consultas de médico, de enfermagem e de odontologista com as condições ideais para exercer esses serviços de saúde à população. Cada ambiente da UBS tem suas caraterísticas próprias de iluminação, mobília, segurança e normas técnicas e contar com o pessoal ideal, treinado e capacitado frequentemente para cada atividade faz da nossa unidade uma estrutura de saúde que tem respondido as necessidades da nossa população assim como da comunidade.

Constituem parte da nossa abrangência uma área que possui vários pequenos negócios como uma oficina de pintura e lanternagem, de concertos vários, um açougue, uma mercearia, uma padaria, uma distribuidora de gás e água. Nas nossas redondezas existem uma escola de ensino fundamental, uma creche e uma igreja do evangélico quadrangular. A nossa equipe de saúde apoia-se na comunidade, que é muito participativa e se integra de maneira ativa conosco e com as demais estruturas já faladas, para realizar atividades de promoção e prevenção em que sempre o assunto fundamental é levar saúde e qualidade de vida para os usuários.

A UBS está numa área urbana, inclui uma população adstrita de 3 261 pessoas, distribuídas em 619 famílias, a equipe está integrada por um médico clínico geral, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem e nove ACS, além do dentista e do técnico dessa área, todos de conjunto para brindar atendimento aos usuários que se distribuem por faixa etária e sexo. Considerando importante mostrar a sua distribuição é que segue em baixo um quadro contendo essas informações:

Quadro 1 – Faixa etária por sexo

Faixa etária	<1ano	<5anos	5-14 anos	15-59 anos	>60 anos	Total
Feminino	31	79	398	1 245	106	1 859
Masculino	38	40	293	918	113	1 402
Total	69	119	691	2 163	219	3 261

Como toda unidade de saúde da atenção básica os principais atendimentos estão relacionados às atividades de acompanhamento de programas priorizados como acontece no pré-natal, nas puericulturas, no acompanhamento de hipertensos e diabéticos, por falar em essas duas doenças crônicas não transmissíveis mais atendidas. São oferecidas consultas de demanda espontânea, planejamento familiar, preventivo de câncer de colo de útero e consultas de odontologia e de enfermagem. Quero salientar que as outras consultas com maior incidência são as relacionadas com doenças parasitárias e respiratórias.

Existem em nosso cadastro 308 usuários com hipertensão e 105 usuários com diabetes (9,4 % e 3,2 % respetivamente). Temos identificado que dentre dos principais problemas existentes na nossa área está o acompanhamento e sistematicidade no atendimento à saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, a baixa adesão às atividades que são feitas pela equipe de saúde, a falta às atividades de consulta sistemática para avaliação e seguimento médico assim como outras ações propostas pela ESF; por isso, nesse sentido vamos trabalhar direcionados aos cuidados da saúde desses usuários.

É muito importante propiciar atendimento sistemático, continuado e integral, com a visão de melhorar a qualidade de vida e os indicadores de saúde que avaliam o trabalho na atenção básica que serão revertidos numa melhor expectativa de vida desses usuários. É a nossa meta desenvolver essas ações no 98 % da população alvo o que permitirá melhorar a adesão de todos eles à rotina de trabalho da UBS.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Maria de Fátima Morais de 41 anos é dona de casa, casada com seu Antônio César Azevedo de 50 anos, mãe de Lucas de 25 anos, Moisés de 23 anos e Rosemari de 10 anos. A Maria tem aos seus cuidados os pais, um casal de idosos octogenários que sofrem de HAS, doença que acompanha a ESF da nossa UBS. Antônio possui um ponto de venta que elabora Pizzas, salgadinhos e revende Cerveja e Refrigerantes, sendo a fonte principal de renda da família junto à aposentadoria do pai da Maria.

Como já disse, é a Maria que leva os pais ao posto para fazer acompanhamento regular e no começo de ano, em consulta de rotina quando os trouxe para avaliação, chegou na minha sala a enfermeira da equipe e me disse que na recepção tinha uma senhora passando mal, reclamando de dor forte de cabeça, rosto abafado, zumbido nos ouvidos e quando aferida a PA estava com 150/100, sendo preciso eu dar uma olhada e indicar medicação para controle. Quando chegada a sua vez com os pais, aproveitei para aferir de novo a pressão e pude conferir que tinha diminuído, mas estava preocupado com esse aumento, para mim sem precedentes, da PA nela. Maria, a senhora me pode falar se esses sintomas hoje experimentados já aconteceram anteriormente, aí ela me contestou que várias vezes, mas nunca com a intensidade de hoje, agendei uma consulta para ela vir comigo ao dia seguinte.

Quase na hora de bater o ponto e fechar a unidade, me abordou a ACS que atende essa família e me contou que a Maria de Fátima pelas noites vai

acompanhar o marido ao ponto de venta e lhe ajuda só que ao final da noite ficam bebendo” cervejinhas” isso sem falar de o marido lhe reclama em tom exagerado que come mais pizza e salgadinhos do que vendem.

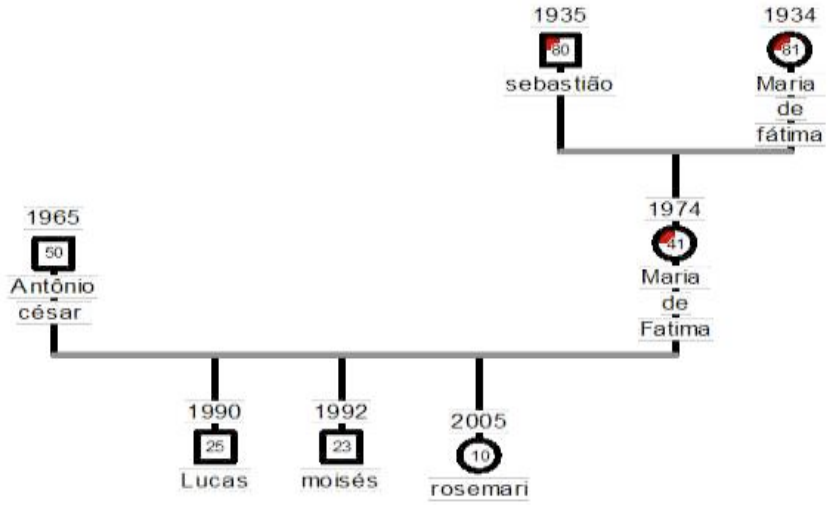
Como combinado a Maria de Fátima veio em consulta e começamos a falar, aferindo a PA conferi que estava alta de novo (150x100 mm/HG) (BRASIL, 2006) lhe perguntava se ela acostumava comer com muito sal, ou beber cerveja e refrigerante em excesso e claro ela negou tudo. No exame completo indaguei mais coisas e identifiquei que tinha IMC de 37,7 kg/m² (obesidade grau II) (BRASIL, 2006). Comecei a explicar para ela dos riscos que apresentava e que devia ter uma mudança para que sua saúde não se afetasse e que lembrara que é quem cuida dos seus pais.

Ela não conteve o choro e me disse que está muito estressada, que seu pai briga muito e reclama por tudo, que não aguenta mais e que a única forma de fugir disso era saindo com o marido pela noite para ajudá-lo na venta e que bebia sim cerveja para se sentir bem. Era evidente que tinha de orientar a Maria de Fátima, pois o caso dela merecia dos cuidados da equipe em geral.

Umas semanas depois retornou em consulta, já iniciado o tratamento e com os resultados dos exames, que deram como resultado um aumento considerável nos níveis de colesterol e triglicerídeos, outro fator a ter em consideração. Foi projetado um plano de ação, que pedi para ela fazer direitinho e informei para ela que o NASF iria avaliar sua situação e a dos seus pais.

Na semana anterior, no dia da consulta de acompanhamento de doença crônica, Maria de Fátima veio, muito contente pois já se sentia muito melhor tomando os remédios indicados e com o regime que estava fazendo acreditava em pouco tempo colocar sob controle o colesterol e triglicerídeos. Vi nela uma vontade de seguir em frente e de se cuidar que me deixou muito contente e percebi quanto podemos conseguir quando focamos o atendimento e inter-relacionamos com outros profissionais para agir em prol da saúde de um usuário.

2.1 GENOGRAMA (LANDSBERG, 2010)
3.



3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Com base no estudo dos casos e nas medidas de prevenção e promoção da saúde que foram apresentadas, identifiquei e determinei as práticas de puericultura que eu faço na minha Unidade de Saúde para abordar esta atividade, querendo refletir sobre o aleitamento materno exclusivo.

Como guardiões da saúde corresponde as equipes da atenção básica realizar um acompanhamento correto, sistemático, integral para orientar os pais e quando apareça uma situação acionar os canais estabelecidos que permitam um atuar correto para determinadas condições que possam ser identificadas em crianças a traves das consultas de puericultura. É nessa consulta em que avaliamos o crescimento e desenvolvimento que não só compreende-se peso e comprimento, também são tratados assuntos relacionados à alimentação, ao aleitamento materno, etapa esta que mais me chama a atenção pois é crescente o número de mães que podendo realizar um aleitamento materno exclusivo, começam a incorporar muitas vezes pela sua própria conta, outros tipos de leites que se bem é certo tem sua indicação, também não são necessários quando se

dispõe desse alimento integral, individualizado e completo que é o leite materno. (BRASIL, 2012)

Relacionado com esse fato, abordarei a atividade. A Maria Jaqueline é uma moça de 21 anos, que sempre gostou de uma boa figura, vestindo roupas desenhadas e confeccionadas pela mãe no seu ateliê. Casou-se e com um rapaz de 27 anos, modelo profissional que indicou ela para um trabalho de com uma agência muito valorizada nesse mercado e se deram muito bem os dois. Como fruto dessa paixão nasceu o Carlos Alberto, menino lindo que nasceu de parto normal com 40 semanas, pesando 3500 gramas e demais mensurações dentro dos padrões estabelecidos normais.

O menino mamava muito bem, nos horários certos com a frequência certa de mamadas e o ganho de peso ponderal não se fiz aguardar, Carlos Alberto estava lindo, crescendo e se desenvolvendo bem. Com dois e meio meses de vida foi trazido em consulta pela avó com intercorrência pois estava com diarreias com duas semanas de evolução desde que a mãe tirou o leite materno pois na agência disseram para ela que estava é com os peitos muito grandes sendo que não quedavam nela os desenhos que devia amostrar para o público. Na hora identifiquei que se tratava de um típico caso de abandono do aleitamento forçado e introdução de um tipo de leito sem orientação médica que tinha ocasionado descontrole na criança trazendo quadro de diarreia. Encaminhando ela para o hospital da criança, me foquei em procurar referencias para orientar as mães das outras 40 crianças que estão em período de aleitamento exclusivo.

Soubemos que tinha recebido alta hospitalar pela ACS e visitarmos a casa da família. Dez dias após internação o menino estava retomando o ganho de peso ponderal e haviam ido embora as diarreias, no hospital aconselharam a mãe sobre a importância de não tirar o aleitamento materno e oferecê-lo sempre que a criança desejar.

Esse problema acontece com frequência, na literatura aparecem pesquisas que envolvem essa problemática, interessante achei a pesquisa disponível sobre os Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo: fatores psicossociais. Dos autores Mariana Campos Martins e MachadoI Karine Franklin;

relatando dentre os principais fatores determinantes do abandono do aleitamento materno precoce a menor renda, a baixa escolaridade e o trabalho materno (questão pontual abordada neste caso), bem como fatores psicossociais, particularmente o apoio do companheiro e a sintomatologia depressiva.

Por outra parte, destaca-se a necessidade de uma rede de apoio que o proteja e promova o aleitamento materno no lar, representado especialmente pela figura do companheiro; no ambiente de trabalho, com a oferta de espaços adequados para a amamentação, retirada e armazenamento do leite; nos serviços de saúde, com ações de educação permanente em saúde, com foco para o aleitamento materno e cuidados de puericultura. (FALEIROS, FTV; TREZZA, EMC; CARANDINA, 2006).

Com base no acontecido e sempre respeitando a identidade dos usuários, realizamos três atividades de promoção de saúde que trataram essa situação tão comum, mas que também podre prejudicar o desenvolvimento do bebê.

Com a realização dessas atividades aperfeiçoamos os conhecimentos sobre o aleitamento materno exclusivo, ao mesmo tempo em que a equipe se requalificou nas orientações para o aleitamento materno exclusivo que serão oferecidas às mães e as famílias pelos ACS nas suas ações comunitárias. Foi realizada a campanha: *O aleitamento materno só faz bem à criança, e à mamãe também! É um grande aliado contra diversas doenças e é facilmente digerido e absorvido*.

Com a finalidade de colocar à disposição quais são todas as vantagens para o bebê como para a mãe desse ato maravilhoso de amor que é o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade e posterior complementado até os 2 anos. O leite materno contém nutrientes e enzimas perfeitamente balanceadas, com substâncias imunológicas que protegem o bebê e provêm tudo o que a criança necessita no seu comecinho de vida. O ato de amamentar também supre as necessidades emocionais e diminui a ansiedade de ambos, por meio desse primeiro contato pele a pele e olhos nos olhos. (FEBRASCO, 2010). Fora a grande vantagem do vínculo afetivo que o ato cria, esse leite ainda protege a criança contra uma infinidade de problemas.

O leite materno protege contra doenças alérgicas, diversos tipos de câncer, desnutrição, diabetes mellitus, doenças digestivas, doenças crônicas como osteoporose, doença cardiovascular e aterosclerose, obesidade, meningites, sarampo e outras doenças infecciosas, doenças respiratórias e otites, doenças do trato urinário e cáries. E ainda promove, melhor desenvolvimento neuropsicomotor infantil e cognitivo, aumenta o QI, promove melhor padrão cardiorrespiratório durante a alimentação, melhor resposta às imunizações e melhor equilíbrio emocional.

Não é só o bebê que sai ganhando, a mãe que amamenta sente-se mais segura e menos ansiosa, tem diminuição mais rápida do volume do útero, corre menor risco de hemorragia no pós-parto, ter anemia, contrair câncer de mama e de ovário, é menos propensa à osteoporose, volta ao peso normal mais rapidamente e está protegida de engravidar. E ainda tem o fator econômico. O leite que a mãe produz é suficiente para alimentar o filho até os seis meses de idade, sem necessidade de gastos com água, gás, bicos, mamadeiras, sabão, açúcar, embalagens etc. O leite materno é de graça e está pronto para servir a qualquer hora. (CHEN, 2004).

4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

A visita domiciliar é uma atividade que favorece a aproximação dos profissionais de saúde à realidade local, permitindo conhecer melhor as situações que envolvem o processo saúde e doença onde tem muito a ver os fatores socioeconômicos e que também depende muito o conhecimento sobre o modo de vida das pessoas. (BRASIL, 2011). Considera-se a visita domiciliar uma atividade que amostra um crescimento como ação de saúde mediante a implantação das equipes de saúde da família. São preciso conhecimentos e habilidades, responsabilidades ética, profissional, pois tem implicações legais para o exercício de quem a realiza. (GAIVA, M., SIQUEIRA, 2011).

O momento da visita domiciliar, além de estreitar os nexos entre as equipes e as famílias no seu próprio ambiente da comunidade, oportuniza uma atenção mais humanizada e consequentemente maior responsabilidade dos profissionais com as necessidades de saúde das famílias. (CUNHA, M. SÁ, 2013). Desenvolver esse tipo de atividades é uma prioridade para nós que semanalmente nas reuniões de equipe abordamos aquelas situações que mais precisam da visita médica em casa. As vantagens da visita domiciliar, como modalidade assistencial, são inúmeras. O domicílio é o retrato do contexto em que desigualdades sociais se apresentam como o grande determinante das condições saúde-doença e que em muitas vezes, são de pouca visibilidade. (EGRY, E. FONSECA, 2000). Como parte das atividades do curso, tivemos a possibilidade de analisar diversas situações que se apresentam no contexto da saúde da família e que mesmo sendo fictícias, abordam diversas problemáticas que todo profissional atende no seu dia a dia. Trago um caso nessa tarefa que me comoveu muito como médica e como pessoa. Um casal com mais de 60 anos de convívio, e até hoje se demonstram um carinho e amor sem igual.

Tiveram 15 filhos que pela sua vez fizeram suas famílias e só hoje vivem na casa e cuidando dos seus pais a Maria de Nazaré que nunca casou, mas que arrumou um parceiro “o álcool”. Resulta que chegamos em casa do casal longevo

para uma visita de rotina e a nossa surpresa foi que achamos ao seu João com sinais dos maus tratos, muito calado e fedendo a urina, em outro canto da casa dona Lúcia, estava sentada, os dois em um silêncio total que assombrava pois são pessoas alegres que sempre recebiam com um sorriso e desta vez não era assim. Com uma mirada de sobre aviso à enfermeira e à ACS que me acompanhava falei que estávamos aí para visita-los e fazer a consulta de acompanhamento.

O João, como sequela de um acidente, ficou dependente de usar fraldas descartáveis já que não conseguia assegurar a unira e tinha havia quatro meses que não dávamos uma conferida na própria casa deles da situação. A ACS perguntou para eles pela Maria e ouvimos a contestação dela desde o quarto, nos xingando e mandando a gente ir embora. Era evidente que alguma coisa estava acontecendo e precisávamos de uma solução urgente. Ligamos para o conselho tutelar perante a suspeita de maus tratos e encaminhamos o casal para o Hospital de Idosos para dar uma checada à saúde deles.

No final da visita identificamos que a Maria estava bêbada, e uma vizinha nos disse que ouviu gritos e barulho como de pancadas, só que os velhinhos se calaram. Ao dia seguinte e já em estado sóbrio a Maria nos procurou na UBS pedindo de favor que fizéssemos algo por ela já que não podia parara de beber e estava em um estado que já batia até no próprio pai. Como foi ela quem pediu, e tinha a vontade de se tratar, a encaminhamos para o Centro de Apoio Psicossocial para receber ajuda especializada.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

O Programa Mais Médico chegou em um momento em que a população mais precisava da presença de um profissional médico nas unidades de Atenção Básica, e mesmo sendo uma oportunidade para mim foi mais importante para a comunidade que ganhou uma médica para cuidar da sua saúde em tempo integral. Como sou formada no Brasil, sei bem das principais carências da saúde pública que mesmo precisando de recursos para executar ações, assim como de outras ferramentas para garantir qualidade no serviço, também estava reclamando da necessidade de colocar um médico nos postos de saúde para ser o seu guardião.

Oferecer meus serviços para uma população carente, mas com uma alta dose de sensibilidade e de aceitação tem sido até hoje a força que faz seguir em frente e dar o melhor de mim. Estabelecer prioridades e me apoiar nos protocolos da Atenção Básica do Ministério da Saúde me permitiu identificar grupos de risco e projetar ações de saúde que oferecessem uma melhora na saúde desses usuários, utilizando a equipe e as parcerias com instituições da comunidade que potencializaram o trabalho.

Esse curso de especialização me permitiu um aperfeiçoamento constante em relação aos conhecimentos sobre problemas de saúde dos outros grupos populacionais. A estandardização de protocolos para atuação e tratamento de eventos de saúde que consideramos nos casos clínicos possibilitou uma maior resolutividade de problemas na saúde dos nossos usuários, em correspondência com as atualizações sobre esses assuntos e estabelecendo sempre um trabalho integral na Unidade de Saúde da Família, visualizando o indivíduo como ente biopsicossocial.

No plano pessoal experimentei que os cursos e as atividades foram muito além do que se esperava, estabelecendo um precedente. Aproveitar ao máximo as potencialidades da equipe, da comunidade, dos profissionais parceiros para o trabalho, da maneira expressada na política nacional de humanização do atendimento, foi o que permitiu obter os magníficos resultados ao longo dessa

etapa, não sendo só um indicador de sucesso, mais do que isso, um resultado de trabalho em equipe que mudou a qualidade de atendimento à população atendida.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL, Ministério da Saúde. Hipertensão Arterial Sistêmica. CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA. Brasília. p. 14-15, 2006.
2. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2488 de 21 outubro de 2011. Brasília. p. 08-10, 2011.
3. BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde da Criança: Crescimento e desenvolvimento. CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA. Brasília. p. 59-69, 2012.
4. CHEN, A. Breastfeeding and the risk of postneonatal death in the United States. p. 113-120, 2004. Disponível em: <www.leitematerno.org/porque.htm>. Acesso em: 11 jun. 2016.
5. CUNHA, M. SÁ, M. A visita domiciliar e a estratégia de saúde da família: desafios de se mover no território. p. 61-77, 2013.
6. EGRY, E. FONSECA, R. A família e a visita domiciliária. SÃO PAULO. p. 233-239, 2000.
7. FALEIROS, FTV; TREZZA, EMC;CARANDINA, L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. Revista Nutrição. Vol. 19, Nº5, p. 623–630, 2006.
8. FEBRASCO. ALEITAMENTO MATERNO. Manual de Orientação. 1º. ed. Brasília. p.16-18, 2010
9. GAIVA, M., SIQUEIRA, V. A estratégia saúde da família prática da visita domiciliária pelos profissionais da p. 64-70, 2011.
10. LANDSBERG, G. Genograma e Ecomapa. p. 05-22, 2010. Disponível em: <http://pt.slideshare.net/rmmfcbetim/genograma-e-ecomapa>. Acesso em: 29 maio. 2016

ANEXO – PROJETO DE INTEVENÇÃO

CLAYRE DAUANNE DA SILVA FRANCA

MELHORIA DA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS COM HAS E/OU DM DA UBS TRIANGULO VELHO QUINZE I.

RIO BRANCO

2016

1. INTRODUÇÃO

A educação em saúde, associada ao autocontrole dos níveis de pressão e/ou glicemia, à atividade física e à dieta alimentar, é importante instrumento para aumentar a procura por tratamento e controlar os índices de usuários hipertensos e/ou diabéticos. O conhecimento das doenças está relacionado à melhora da qualidade de vida, à redução do número de usuários com situações de descontrole, ao menor número de internações hospitalares e à maior aceitação da enfermidade. As doenças crônicas não transmissíveis, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), são atualmente a principal causa de mortalidade no mundo (MANTON, 1998).

A hipertensão arterial, além de ser um dos principais problemas de saúde no Brasil, eleva o custo médico-social, principalmente pelas complicações que causa, como as doenças cerebrovasculares, arterial coronariana, vascular de extremidades, insuficiência cardíaca e insuficiência renal crônica (MION E COL., 2002 a). A hipertensão apresenta grande morbidade, com altos custos envolvidos no seu tratamento (FLACK E COL., 2002). Espera-se que com o controle adequado da pressão haja redução dos índices de mortalidade e morbidade e dos custos correlacionados a essa doença (NEAL E COL. 2000). O Diabetes é outro importante e crescente problema de saúde pública. Sua incidência e prevalência estão aumentando no mundo todo, alcançando proporções epidêmicas (SBD, 2002).

A intervenção no tratamento e no acompanhamento de usuários hipertensos e diabéticos, através da formação de grupos para ação educativa, seguimento regular, garantia de fornecimento de medicação e atendimento de intercorrências, por equipe multidisciplinar, mostra a importância no controle da hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus. Neste sentido, pretendemos realizar nossa intervenção nos usuários com hipertensos e diabéticos da nossa Unidade.

Como parte da atuação no Projeto Mais Médicos para o Brasil, é que fui lotada para atuar na atenção básica na UBS Triangulo Velho Quinze I, no

município e capital estadual: Rio Branco/ACRE que se encontra na região norte do país. O município tem uma população de 305, 954 habitantes (Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE- 2009). Para o atendimento à saúde deste município existem uma série de serviços de amplo acesso disponibilizados pela prefeitura para os usuários do SUS: Unidades básicas de saúde (tradicionais) 13; Unidades básicas de saúde (com Equipe de Saúde da Família) 53; um Centro de Especialidades Odontológicas; um Laboratório Central e um Centro de Apoio Diagnóstico; existem ainda quatro Hospitais (que estendem seus serviços para a população dos municípios vizinhos) e dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

Na unidade onde está numa área urbana, inclui uma população adstrita de 3 261 pessoas, distribuídas em 619 famílias, a equipe está integrada por um médico clínico geral, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem e nove ACS, além do dentista e do técnico dessa área, todos de conjunto para brindar atendimento aos usuários que se distribuem por faixa etária e sexo. Considerando importante mostrar a sua distribuição é que segue em baixo um quadro contendo essas informações:

Quadro 1 – faixa etária por sexo

Faixa etária	<1ano	<5anos	5-14 anos	15-59 anos	>60 anos	Total
Feminino	31	79	398	1 245	106	1 859
Masculino	38	40	293	918	113	1 402
Total	69	119	691	2 163	219	3 261

Existem em nosso cadastro 308 usuários com hipertensão e 105 usuários com diabetes (9,4 % e 3,2 % respetivamente). Temos identificado que dentre dos principais problemas existentes na nossa área está o acompanhamento e sistematicidade no atendimento à saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, a baixa adesão às atividades que são feitas pela equipe de saúde, a falta às atividades de consulta sistemática para avaliação e seguimento médico

assim como outras ações propostas pela ESF; por isso, nesse sentido vamos trabalhar direcionados aos cuidados da saúde desses usuários.

É muito importante propiciar atendimento sistemático, continuado e integral, com a visão de melhorar a qualidade de vida e os indicadores de saúde que avaliam o trabalho na atenção básica que serão revertidos numa melhor expectativa de vida desses usuários. É a nossa meta desenvolver essas ações no 98 % da população alvo o que permitirá melhorar a adesão de todos eles à rotina de trabalho da UBS.

2. OBJETIVOS

2.1.1 OBJETIVO GERAL

Melhorar a qualidade da atenção ofertada aos usuários com hipertensão e/ou diabetes, pertencentes à área de abrangência da UBS Triangulo Velho Quinze I. Rio Branco/AC. 2015

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Incrementar a cobertura de atendimento aos usuários com hipertensão e/ou diabetes;
- Melhorar a qualidade da atenção usuários com hipertensão e/ou diabetes;
- Melhorar a adesão ao programa dos usuários com hipertensão e/ou diabetes;
- Melhorar o registro das informações;
- Desenvolver atividades de promoção de saúde direcionada aos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

3. REVISÃO DA LITERATURA

Um dos maiores desafios da saúde hoje é melhorar a qualidade da atenção básica, e trabalhar com maior integração entre os serviços, construindo linhas de cuidado e avançando no sentido da integralidade. Para enfrentar este desafio é necessário contar com trabalho interdisciplinar das equipes, investir na maior resolutividade das UBS, com oferta de ações diversas e que comprovadamente colaboram com a melhoria da qualidade de vida e autonomia dos pacientes nos seus processos de adoecimento, tais como acolhimento, grupos educativos, terapia comunitária, grupos de atividade física, atividades comunitárias, entre outros.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível. Por acometer aproximadamente 17 milhões de brasileiros com idade acima dos 20 anos, ou seja, 35% da população em geral (IBGE, 2004), é um dos maiores problemas da saúde pública em nosso país, decerto, por provocar milhares de mortes anuais e também por gerar altos custos financeiros para o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2009a).

São consideradas pessoas com HAS aquelas cujos valores pressóricos apresentam a pressão arterial sistólica igual ou maior do que 140 mmHg e a pressão arterial diastólica igual ou superior a 90 mmHg. Estes parâmetros são considerados limítrofes para o diagnóstico da doença em adultos. Também deve ser considerada na avaliação a coexistência de fatores de risco, lesões em órgãos alvo e doenças associadas para estratificação de risco. (SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, DE HIPERTENSÃO, DE NEFROLOGIA, 2006).

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença endócrino-metabólica e pode ser classificado em tipo 1, tipo 2, gestacional e outros menos prevalentes. Entretanto, do ponto de vista populacional, o DM do tipo 2 possui maior importância, pois, atualmente, representa até 90% dos casos identificados, apresenta incidência crescente e, consequentemente, impõe enorme carga econômica aos sistemas de saúde (VENKAT, 2006). A atenção ao diabetes é complexa e envolve uma

multiplicidade de aspectos que vão além do simples controle glicêmico (BRASIL, 2007).

A maioria dos estudos sobre a efetividade do cuidado em DM investiga a associação com atributos individuais da APS (principalmente acesso e longitudinalidade), estratégias de organização dos serviços de saúde, locais de prestação dos cuidados ou tipo de médico que exerce o atendimento. Não foram encontrados estudos associando a força da orientação para APS com o processo de atenção nestes pacientes (PARCHMAN 2012).

As doenças crônicas não transmissíveis, consideradas uma epidemia na atualidade, constituem um sério problema de Saúde Pública tanto em países desenvolvidos quanto nos que estão em desenvolvimento. Nesse rol incluem-se as afecções cardiovasculares, como a HAS, as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e o DM, além das desordens mentais e neurológicas, bucais, oculares, auditivas, ósseas e articulares e as alterações genéticas, por se considerar que exigem contínua atenção e esforços de um conjunto de equipamentos de Políticas Públicas e da sociedade em geral (OMS, 2005). O Hiper-Dia constitui um sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos, em que os profissionais de saúde são responsáveis pelo atendimento aos usuários e preenchimento de dados. Visa ao monitoramento dos pacientes captados no Plano Nacional de Reorientação da Atenção à HAS e ao DM e À geração de informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos regular e continuamente.

Os profissionais de saúde atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) devem programar e implementar atividades de investigação e acompanhamento dos usuários. Ademais, a educação em saúde precisa ser incorporada às suas práticas cotidianas, por meio de palestras, visitas domiciliares, reuniões em grupos e atendimento individual, em consultas médicas e de enfermagem, o que favorece a adesão ao tratamento, na medida em que o sujeito é percebido como protagonista do processo. (CARVALHO; CLEMENTINO; PINHO, 2008).

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo Clínico Intervencional, onde buscaremos estudar os usuários com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitu (DM), com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção ofertada aos usuários com hipertensão e/ou diabetes, pertencentes à área de abrangência da UBS Triângulo Velho Quinze I. Rio Branco/AC. 2015. Participarão da intervenção os usuários portadores de HAS e/ou DM, pertencentes à área de abrangência, além da equipe de saúde da referida unidade e a comunidade.

O primeiro momento a ser realizado está relacionado com a pactuação das ações, momento inicial que faremos no mês de dezembro em que apresentaremos aos gestores municipais, aos membros do conselho de saúde, aos membros da equipe de saúde da família da UBS Triângulo Velho Quinze I e à comunidade o projeto de intervenção em saúde que pretendemos desenvolver direcionado à saúde dos usuários que sofrem de HAS e ou DM. Nesse espaço serão discutidas as ações que pretendemos realizar assim como a escolha das pessoas que estarão envolvidas na coleta, análise e processamento das informações.

O segundo momento será a organização e gestão do serviço. Nesse espaço abordaremos cada um dos objetivos propostos detalhadamente o que permitirá uma melhor análise e compreensão os que desenvolveremos com periodicidade mensal a partir do mês de dezembro até junho. Para incrementar a cobertura de atendimento aos usuários com hipertensão e/ou diabetes será necessário cadastrar 100 % dos hipertensos e dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, para isso organizaremos o trabalho na rotina da unidade de modo que atendamos prioritariamente em dias selecionados aos usuários hipertensos e diabéticos em consultas e visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Os ACS serão constantemente informados sobre os faltosos, para que possa o quanto antes descobrir os motivos do não comparecimento a UBS. Organizaremos a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes

destas buscas domiciliares. Treinaremos os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Realizaremos palestras em conjunto com toda a equipe, utilizando como material de referência, os cadernos de atenção básica nº36 (sobre Diabetes Mellitus) e nº 37 (sobre Hipertensão Arterial Sistêmica). Consequentemente com o segundo objetivo que aborda melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos será imprescindível realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e dos diabéticos; garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo e realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Torna-se imperativo definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos. Organizaremos a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde para realizar as ações propostas. Estabeleceremos periodicidade para atualização dos profissionais. Vamos disponibilizar versões atualizadas dos protocolos impressa na unidade de saúde, garantir a solicitação dos exames complementares, garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos de acordo com o protocolo.

Vamos estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados. Realizaremos controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Pretendemos manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Dando continuidade a esta parte para melhorar a adesão ao programa dos usuários com hipertensão e/ou diabetes necessitamos fazer a busca dos 100% dos hipertensos e ou diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada, por isso, consideramos importante organizar as visitas domiciliares para buscar os usuários hipertensos e diabéticos faltosos, assim como organizaremos a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

O penúltimo dos nossos objetivos constitui-se em melhorar o registro das informações, o que será garantido mediante a manutenção atualizada da ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde. O anterior será possível ao manter as informações do SIAB atualizadas. Implantar planilha/registro específico de acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos. Pactuaremos com a equipe o registro das informações.

Definiremos responsável pelo monitoramento registros. Organizaremos um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Finalmente para promover a saúde de hipertensos e diabéticos teremos que garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e ou diabéticos, em relação à prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e sobre a higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e ou diabéticos.

O anteriormente expressado será conseguido quando estabeleçamos nexos e parcerias para as práticas coletivas sobre alimentação saudável, que abranjam nutricionistas nas atividades e momentos de educação em saúde envolvendo os usuários hipertensos e diabéticos, além da comunidade.

Organizaremos práticas coletivas para orientação de atividade física. Demandaremos junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade. Organizaremos a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético. Estabeleceremos prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico. Demandaremos junto ao gestor oferta de consultas com dentista para os usuários hipertensos e diabéticos. O terceiro momento compreenderá a execução das ações que tem ao seu cargo a realização de todas as ações que sejam estabelecidas pela equipe de saúde a começar no mês de dezembro. A médica fará controle sistemático com periodicidade mensal das tarefas distribuídas aos

membros da equipe quines têm a responsabilidade de executar as atividades de coleta de dados, de preenchimento de planilhas e fichas assim como busca de usuários e acompanhamento na comunidade.

O quarto momento relatará o monitoramento e avaliação que será feito à realização da intervenção que incluirá checagem uma vez por mês a partir de dezembro. Na última semana de cada mês em reunião da equipe será feita uma análise que permitirá considerar o avanço do trabalho que realizaremos, discutindo os elementos que sejam identificados como atrasados ou com pouca evolução no decorrer do tempo. Os dados serão analisados com o apoio de um computador ao qual terá acesso só a médica e aqueles ACS que hajam sido selecionados. Ao encerrar o mês quatro da intervenção será feito um balanço nos resultados de maneira que permitam ter uma ideia do comportamento nos indicadores que avaliaremos.

5. CRONOGRAMA

Ações	Meses						
	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.
Apresentação do Projeto a Gestores e ESF da UBS	X						
Organização e distribuição de responsabilidades aos membros da ESF.	X						
Treinamento baseado nos Protocolos de atendimento aos usuários com HAS e/ou DM do Ministério da Saúde.	X						
Realizar reunião com líderes da comunidade para estabelecer parcerias para a realização das atividades da intervenção.	X						
Cadastramentos dos usuários com HAS e/ou DM da nossa área de abrangência às atividades da intervenção.	X	X	X	X	X	X	X
Reunião da ESF da UBS para analisar o comportamento e evolução da intervenção.	X	X	X	X	X	X	X
Realizaçãodeconsultasmédicasde acompanhamento e avaliação aos usuários com HAS e/ou DM da nossa área de abrangência.	X	X	X	X	X	X	X
Realização de consultas odontológica de acompanhamento e avaliação aos usuários com HAS e/ou DM da nossa área de abrangência.	X	X	X	X	X	X	X
Realização de atividades educativas direcionadas aos usuários com HAS e/ou DM da nossa área de abrangência.	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração do relatório final da intervenção.							

6. RECURSOS NECESSÁRIOS

6.1 RECURSOS HUMANOS:

Equipe de saúde da Família:

a) Médica;

b) Dentista;

c) Enfermeira.

d) Agentes Comunitários de Saúde;

Outros profissionais:

e) Educador físico;

f) Nutricionista.

6.2 RECURSOS MATERIAIS

a) Notebooks (1);
b) Computador de escritório com impressora (1);
c) Prontuários de usuários;
d) Caneta esferográfica (20);
e) Lápis (50);
f) Caderno de Atenção Básica – n. º 15: Hipertensão Arterial Sistêmica;
g) Caderno de Atenção Básica – n. º 16: Diabetes Mellitus.

7. RESULTADOS ESPERADOS

Pretendemos ao finalizar a intervenção na UBS Triangulo Velho Quinze I ter melhorado a atenção aos usuários com HAS e/ou DM pertencentes à área de abrangência da UBS Triangulo Velho Quinze I, mediante o incremento da cobertura de atendimento aos 100 % dos usuários, como desejamos, com hipertensão e/ou diabetes; melhorar a qualidade de atenção neles o que permitirá que os mesmos sejam avaliados, controlados e acompanhados pelas doenças padecidas, assim como a adesão ao programa e melhorar o registro de informações que permitirá analisar o comportamento de indicadores que atuam diretamente nesse grupo de usuários.

O trabalho será mais humanizado, com inclusão da totalidade dos usuários com essas doenças. Auguramos que o desenvolvimento de atividades de promoção de saúde direcionada aos usuários com hipertensão e/ou diabetes potencializará a melhora na qualidade de vida, ao mesmo tempo que ensinará modos e estilos de vida saudáveis.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 232 p.: il.
2. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Preventing chronic diseases:* a vital investment. OMS: Geneva, 2005. [Links]
3. CARVALHO, V. L. S.; CLEMENTINO, V. Q.; PINHO, L. M. O. Educação em saúde nas páginas da REBEn no período de 1995 a 2005. Rev Bras Enferm, Brasilia, v. 61, n. 2, p. 243-248, fev. 2008. [Links]
4. BRASIL, Ministério da Saúde. Governo apóia maior estudo da América Latina sobre hipertensão e diabetes. Brasília, 2009a.
5. SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, DE HIPERTENSÃO E DE NEFROLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo, 2006.
6. Venkat Narayan KM, et al. Diabetes: The Pandemic and Potential Solutions. In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, et al., editors. Disease Control Priorities in Developing Countries. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2006. p. 591-604.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Cadernos de Atenção Básica. Ref Type: Serial (Book,Monograph).
8. Parchman ML, Burge SK. Continuity and quality of care in type 2 diabetes: a Residency Research Network of South Texas study. J Fam Pract. 2012, Jul; 51(7): 619-24. PMid:12160500