



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Damaris Rodríguez Padrón

Atenção aos usuários com Hipertensão Arterial
Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Lageado
Baixo, Guabiruba, Santa Catarina

Florianópolis, Março de 2018

Damaris Rodríguez Padrón

Atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes Mellitus na ESF Lageado Baixo, Guabiruba, Santa
Catarina

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Girlane Mayara Peres
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018

Damaris Rodríguez Padrón

Atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes Mellitus na ESF Lageado Baixo, Guabiruba, Santa
Catarina

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Girlane Mayara Peres
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018

Resumo

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi ideado para realizar atendimento integral aos usuários, famílias e comunidades nas suas diversas necessidades de saúde, programas específicos para o atendimento e controle de doenças crônicas como Hipertensão arterial e Diabetes mellitus foram criados, HIPERDIA. Estas doenças precisam de acompanhamento continuado da ESF e de ações que visem em uma melhoria da qualidade de vida. Este projeto de intervenção tem como objetivo propor estratégias para melhorar a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus. Se avaliou a qualidade da assistência da ESF no bairro Lageado, município Guabiruba, Santa Catarina, Brasil. O projeto de intervenção foi baseado segundo os dados obtidos de um questionário aplicado a usuários com diagnóstico de Diabetes Mellitus e/ou de Hipertensão Arterial durante os encontros do grupo de HIPERDIA. Atividades de debates, palestras, cartazes e ações educativas foram desenvolvidas. Esta intervenção destaca a importância do controle de fatores de risco modificáveis e frisou sobre a importância de ter um maior conhecimento sobre a sua doença, trabalhando sob a prevenção de possíveis sequelas. Espera-se que com a aplicação continuada de estas ações faça uma diferença positiva no controle e acompanhamento destas doenças. As ESF são atores fundamentais no incentivo de gerar melhorias nos índices de adesão ao tratamento e contribuindo a estimular mudanças de comportamentos que sejam benéficas para a saúde. A ESF reforça e orienta nos pacientes a tomada decisões positivas no seu autocuidado, contribuindo na educação de estes usuários na sua condição de saúde específica.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, Estratégia Saúde da Família, Hipertensão

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	23
	REFERÊNCIAS	25

1 Introdução

O município de Guabiruba localiza-se no Vale do Itajaí em Santa Catarina. Cerca de 84% dos habitantes de Guabiruba trabalham nas fábricas e nas indústrias do município. A prática de dupla jornada de trabalho é comum: em casa, o operário torna-se lavrador, cultivando a própria terra, especialmente milho, arroz irrigado, mandioca e fumo. Também criam suínos, aves e gado leiteiro para o sustento da família. Desde o final da década de 1980, cresceram as empresas familiares de confecções. A maior parte da produção é destinada ao mercado de Brusque, muito procurado por turistas e sacoleiros, no chamado turismo de compras.

No ano da pesquisa, as famílias com renda salarial per capita de um a dois salários mínimos somavam 182. Um pouco abaixo, famílias com meio até um salário mínimo per capita era de 70 famílias. A renda per capita mais alta, na época, chegou de dois a três salários mínimos, com sete famílias no total. Em 2010, o salário mínimo era de R\$ 510. Do ano citado até o ano vigente, ocorreu um aumento de R\$ 168 no salário mínimo. Cerca de 500 famílias recebem algum tipo de benefício em Guabiruba, 138 delas no Lageado Baixo. Além do Programa Bolsa Família, os auxílios abrangem o Benefício de Prestação Continuada do Deficiente e do Idoso.

O município de Guabiruba atingiu mais de 96% de alfabetização em sua rede de ensino. Tal desempenho a coloca entre as cidades com o melhor índice em nosso estado. Guabiruba possui em sua estrutura 17 Unidades Escolares, sendo sete Escolas de Educação Infantil, três Escolas Municipais, três Escolas Reunidas Municipais e cinco Escolas Básicas Municipais. Por acreditar que a Educação é o principal instrumento de desenvolvimento e progresso de uma sociedade, a Secretaria Municipal de Educação não mede esforços para oferecer com qualidade a todos os munícipes os serviços inerentes a esta pasta, tais como: Programa de Alimentação Escolar, Transporte Escolar, transporte para os estudantes universitários, Educação de Jovens e Adultos (em parceria com o SESI), bolsas de auxílio aos estudantes universitários, capacitação e valorização contínua de seu quadro profissional, além de inúmeros programas escolares oferecidos no contra-turno escolar.

Em relação a atividades esportivas organiza 16 campeonatos municipais, entre eles, de bocha, canastra, futebol, futsal, dominó, sinuca e voleibol. Idealizou e mantém o Programa Guabirubense do Futuro, que atende mais de 700 estudantes entre 6 e 16 anos nas modalidades de atletismo, dança, voleibol, xadrez, basquetebol, futsal, futebol, tênis de mesa, natação e Karatê. Tem ainda o Lazer na Estrada, os Jogos Escolares (JEMGUABI) e os Jogos Comunitários, maior competição do município, que envolve cerca de 2 mil participantes. A Secretaria também fomenta as diferentes modalidades esportivas da cidade. O Gaiola Cross, Atletismo, Ciclismo BMX Guabiruba, Motocross, Jeep Clube, Clubes Amadores e esportistas da Terceira Idade têm o apoio da Secretaria. Os eventos esporti-

vos em Guabiruba, como Ecorace e Passeio Ciclístico do Morro Santo Antônio, realizados por outras entidades, todos têm o apoio do Governo Municipal, seja em organização, estrutura e até equipamentos.

A Equipe de Saúde da Família Lageado Baixo é composta por sete agentes comunitários de saúde, duas técnicas de enfermagem, uma enfermeira, um médico, um odontólogo e uma auxiliar de serviços gerais. Atende 1.400 famílias com uma média de 400 consultas médicas ao mês, 250 consultas odontológicas ao mês e 30 coletas de exames citopatológico mensalente. População total acompanhada atualmente pela sua Equipe de Saúde da Família em a Unidade de Saúde de Lageado Baixo é de 5127 habitantes, do total da população 2587 pertencem ao sexo feminino e 3140 ao sexo masculino. Faixa etária: 1722 pessoas têm menos de 20 anos, 2992 têm entre 20 e 59 anos e 412 têm mais de 60 anos. A UBS realiza pré-natal, acompanhamento do desenvolvimento da criança, visita a domicílio para doentes crônicos, acamados, puérperas e curativos. Está envolvida com grupos de educação em saúde como HiperDia, Alimentação Saudável, Saúde Auditiva, Saúde Mental, Grupo de Renovação de Receitas.

Na população existe uma prevalência de 209 por 1000 habitantes de HAS para um total de 1072 pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e uma prevalência de 25,7 por 1000 habitante para um total de 132 paciente com Diabetes Mellitus. A equipe de atenção básica organiza a sua agenda de modo a contemplar a diversidade das necessidades de saúde da nossa população. É garantido o acesso em casos de urgência, de demanda espontânea não urgente e de cuidado continuado/programado. O continuado/programado é ofertado a usuários que apresentam condições que exigem o seu acompanhamento pela equipe de atenção básica. As ofertas, como consultas, exames, procedimentos, são programadas com certa periodicidade, de acordo com a estratificação de risco e as necessidades individuais daquele usuário.

As atenções para as pessoas com doenças como as acima citadas, necessariamente, exigem a atenção multiprofissional. A equipe de multiprofissional atende uma determinada população periodicamente e discute os problemas de saúde dessa população e dos indivíduos. Nesse sentido, o trabalho se torna efetivo na articulação de profissionais de distintos núcleos, com seus saberes e práticas específicos, no campo único de atuação para construção de estratégias conjuntas de intervenção.

As cinco principais causas de mortes dos residentes do seu bairro em 2016 foram as doenças do aparelho circulatório, o câncer, causas externas (os acidentes, homicídios e suicídios), as doenças do aparelho respiratório e as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. As cinco principais causas de internações dos idosos residentes do seu bairro em 2016 foram infarto agudo de miocárdio 2 pacientes, com pneumonia 2, AVC 1, câncer 1, e acidentes na casa 1. As cinco queixas mais comuns que levaram a população a procurar a sua unidade de saúde em 2016 foram as doenças crônicas com 2745 atendimentos para um 55%, uso de psicofármacos com 2645 para 53,7%, realização de exames de rotina

com 2346 para 47%, cuidado pré-natal com 1098 para 22% e acompanhamento a doenças infecciosas com 1048 atendimentos para 21,5%.

Nesse sentido, identificou-se que será realizadas ações para a população com hipertensão a diabetes. Entre as principais dificuldades e/ou limitações destaca-se que a equipe conta com um número insuficiente de agentes de saúde, sendo alta a proporção de famílias para cada agente de saúde, o que pode comprometer as diferentes ações de busca ativa e acompanhamento dos usuários. A intervenção nesta ação programática é factível, além de serem alcançáveis num curto prazo as metas propostas, pois não exige ações complexas e recursos adicionais, que vai além do que já está preconizado para uma atuação na atenção básica.

Esta ação programática encontra-se implementada na unidade de forma incompleta, só mantendo os acompanhamentos clínicos e odontológicos em uns poucos usuários. Se encontram faltando muitas ações para serem desenvolvidas com a qualidade que precisam estes usuários, como ações de promoção e prevenção, avaliação do risco cardiovascular, avaliação do uso de medicamentos da farmácia popular e realização de exames preconizados pelo MS entre outros. As Doenças não Transmissíveis (DNT) constituem um problema de saúde global e uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano. A carga dessas doenças recai especialmente sobre países de baixa e mediana renda. Em 2007, cerca de 72% das mortes no Brasil foram atribuídas às DNT (??).

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Melhorar a qualidade da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Lageado Baixo, Guabiruba-SC.

2.2 Objetivos Específicos

- Planejar com a equipe de saúde estratégias para melhorar a qualidade da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus;
- Ampliar a adesão dos usuários com Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica aos serviços de saúde.
- Qualificar o registro das informações do programa de atenção a hipertensos e diabéticos existentes na ESF.
- Realizar a estratificação cardiovascular em usuários com hipertensão e/ou diabetes.

3 Revisão da Literatura

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são causa principal de mortalidade e de incapacidade prematura na maioria dos países do mundo, incluindo o Brasil. Este fenômeno chamado “transição epidemiológica”, é devido à mudança do padrão de mortalidade da população. Anteriormente, às doenças infecciosas eram as que mais levavam a óbito, hoje, a mortalidade é principalmente consequência das doenças crônicas não transmissíveis (OMS; OPAS, 2017).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças cardiovasculares; é também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, e para doença renal crônica terminal. O Diabetes Mellitus (DM) hoje é considerado como uma pandemia, sendo um grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo (SBC, 2016).

A HAS e o DM, classificadas como entidades multifatoriais, devem-se à coincidência de diversos fatores como: determinantes socioeconômicos, determinantes ambientais, relacionados a fatores individuais como fatores genéticos e familiares e relacionados ao estilo de vida como tabagismo, consumo nocivo de álcool, sedentarismo e alimentação inadequada. No Brasil, HAS atinge 32,5% (36 milhões) dos adultos e mais de 60% das pessoas idosas, contribuindo direta ou indiretamente para de 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV) aproximadamente. Conjuntamente ao DM, suas complicações (cardíacas, renais e AVE) têm um grande impacto na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar. (SBC, 2016).

No Brasil o número de diabéticos está aumentando em virtude do crescimento e do envelhecimento populacional, além de uma maior urbanização da população. Contribuem a aumentar estes números já alarmantes a alta prevalência de obesidade e sedentarismo e da maior sobrevivência de pacientes com DM. Estimar o número de pessoas com diabetes no futuro é importante, pois possibilita planejar recursos de maneira racional no Brasil. Em 2013 segundo IBGE, na pesquisa nacional de saúde estimou que, no Brasil, 6,2% da população com 18 anos ou mais referiram diagnóstico médico de diabetes, sendo de 7,0% nas mulheres e de 5,4% nos homens. Em 2014, estimou-se uma prevalência no país em números absolutos de 11,9 milhões de pessoas na faixa etária de 20 a 79 anos, contabilizando umas. Hoje novas estimativas indicam que se alcançará uma prevalência de 19,2 milhões de diabéticos para 2035. (SBD, 2016).

A importância do diabetes mellitus e da hipertensão arterial sistêmica como problemas globais de saúde pública é hoje bem reconhecida internacionalmente (Diretrizes SBD | 2015-2016), (SBC, 2016). Pois o rápido aumento da morbidade e da mortalidade por DCNT como Diabetes Mellitus e hipertensão arterial sistêmica vem afetando o desenvolvimento social e econômico de muitos países, além da qualidade de vida de milhões de

pessoas (OPAS, 2009).

A carga econômica dessas doenças produz elevados custos para os sistemas de saúde e da previdência social devido à mortalidade e invalidez precoces, sobretudo para a sociedade, famílias e as pessoas portadoras. A HAS e o DM são responsáveis pelas principais causas de morte e de internação, além de ser doenças que produzem grande quantidade de sequelas e deixam incapacidade com as frequentes amputações de membros inferiores que ainda hoje representam 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renais crônicas submetidos à diálise. (SBD, 2016), (SBC, 2016).

Gastos relacionados a diabetes no mundo em 2010, foram estimados em 11,6% do total dos gastos com atenção em saúde (International Diabetes Federation, 2012). Estudo realizado pela OMS mostrou que os custos da atenção ao paciente com DM variam de 2,5% a 15% dos orçamentos anuais para saúde, e os custos de produção perdidos podem ser, até cinco vezes mais que os custos de atenção à saúde (OMS, 2003).

Na atualidade os desafios no controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de atenção básica (EAB). Estas equipes multiprofissionais, têm como objetivo um vínculo com a comunidade levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde (MS) preconiza as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão e do DM.

A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos (BRASIL, 2013b).

O DM e a HAS como já foram explicados são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações também no Sistema Único de Saúde (SUS) (??).

Estratégias para prevenção do desenvolvimento da HAS e DM englobam políticas públicas de saúde combinadas com ações das sociedades médicas e dos meios de comunicação. O objetivo deve ser: estimular o diagnóstico precoce, o tratamento contínuo, o controle da pressão arterial e de fatores de risco associados, por meio da modificação do estilo de vida e/ou uso regular de medicamentos. (SBC, 2016).

Os profissionais da atenção básica têm uma importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. Devem também, ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, consequentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão e diabetes. (BRASIL, 2013a).

Uma das estratégias do ministério da saúde foi o Programa HIPERDIA instituído em 2001 com a criação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, segundo portaria GM/MS 235 em 20 de fevereiro de 2001, com o

objetivo de estabelecer a organização da assistência, prevenir e promover a saúde, através da vinculação dos pacientes ao programa, a implementação deste programa de educação permanente em hipertensão, diabetes e demais fatores de risco. (BRASIL, 2001).

A Promoção da saúde com ênfase nas crianças e adolescentes na escola e as ações de atenção à hipertensão e ao diabetes com garantia de medicamentos básicos na rede pública, protocolos e capacitação de profissionais de forma presencial e à distância, etc. é importante registrar que a adoção da estratégia saúde da família (ESF) como política prioritária de atenção básica, por sua conformação e processo de trabalho, compreende as condições mais favoráveis de acesso às medidas multissetoriais e integrais que a abordagem das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) . (BRASIL, 2013b)(BRASIL, 2013a).

É importante observar que já existem informações e evidências científicas suficientes para prevenir e/ou retardar o aparecimento desses agravos e de suas complicações, informações e evidências estas que devem estar disponíveis para que pessoas e comunidades tenham acesso e possam delas se beneficiar. A coordenação do cuidado de uma doença crônica exige contato regular e contínuo com o portador. Os sistemas e tecnologia de informação e os registros computadorizados permitem que a equipe cuidadora acesse informações e dados clínicos do paciente de maneira ágil e oportuna, contribuindo para o melhor gerenciamento do cuidado e o monitoramento dos resultados. A disponibilidade de novas tecnologias e de sistemas de informação como ferramentas para monitorar o cuidado ao portador de diabetes e de hipertensão é muito importante para o sucesso dessa tarefa. (OMS, 2003)

4 Metodologia

O presente estudo possui uma abordagem descritiva e qualitativa de base populacional, para estimar a adesão ao tratamento de pacientes com HAS e/ ou DM e fatores associados. Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na ESF Lageado Baixo, Município Guabiruba, Estado Santa Catarina. Participarão da intervenção todos os usuários com diagnóstico de HAS e de DM, maiores de 18 anos, de ambos os sexos, que morem de forma permanente na área adstrita à ESF Lageado Baixo.

Objetivo Específico 1 - Planejar com a equipe de saúde estratégias para melhorar a qualidade da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus

Participarão deste projeto de intervenção usuários com diagnóstico de HAS e de DM, maiores de 18 anos. O médico realizará o monitoramento e exame clínico destes usuários tendo prioridade sobre detecção de complicações e dano sobre órgãos alvos, assim como detecção de intercorrências que possam afetar o curso natural dessas doenças. As técnicas de enfermagem realizaram a aferição de sinais vitais e teste de HGT. Junto com a enfermeira o médico fará as atribuições que serão discutidas dentro da equipe e serão esclarecidas para cada membro, permitindo de forma contínua e oportuna a atualização dos profissionais, tendo prioridade os ACS na capacitação. Solicitaremos a versão impressa do caderno da atenção básica de HAS e DM para a gestão. O médico juntamente com a coordenação da ESF entrará em contato com o gestor municipal para informar sobre a necessidade de realização dos exames requeridos para o acompanhamento adequado de cada doença, bem como, realizar uma parceria com os diferentes laboratórios e serviços do SUS visando garantir a realização dos exames.

Será realizada orientação aos usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. A orientação será realizada pelo médico e enfermeira nos espaços que se tenham com os diferentes usuários, nas visitas domiciliares, palestras, atendimentos na UBS, visitas pelos agentes comunitários de saúde (ACS) e de enfermagem.

Será realizado controle de estoque e checagem de data de validade dos medicamentos. O controle de estoque em nossa UBS será feito pela equipe de enfermagem. Os profissionais manterão um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Faremos um registro para coletar os dados de necessidade de uso de medicamentos nestes usuários. O responsável por esta atividade será o pessoal de enfermagem.

Objetivo Específico 2. Ampliar a adesão dos usuários com Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica aos serviços de saúde.

Participarão usuários com diagnóstico de HAS e de DM, maiores de 18 anos. Será

realizado o monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia). Após, serão organizadas visitas domiciliares para buscar os faltosos. As visitas serão planejadas em cada reunião da equipe e será executado pelos ACS de cada micro área. Também será organizada a agenda para acolher os hipertensos e/ou diabéticos provenientes das buscas domiciliares. No caso de usuários que são encaminhados à UBS a partir das visitas domiciliares serão agendadas consultas programadas para uma primeira avaliação pela equipe da ESF.

Nas visitas domiciliares e consultas, o médico, enfermeiro e ACS informarão à comunidade sobre a importância de realização das consultas. Além disso, será escutada a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e/ou diabetes (se houver número excessivo de faltosos). As orientações vão ser providenciadas nos espaços que se tenham com os diferentes usuários, como visitas domiciliares, atendimentos na UBS, visitas pelo ACS e pela equipe de enfermagem.

Objetivo 3. Qualificar o registro das informações do programa de atenção a hipertensos e diabéticos existentes na UBS.

O monitoramento será feito através da avaliação mensal da documentação utilizada na intervenção. Será avaliada a qualidade dos registros de todos os prontuários, fichas espelho e ficha de coleta de dados. Caso sejam detectadas irregularidades nestes registros, será atualizada a ação em questão, permitindo elevar os diferentes indicadores de qualidade e conseguir uma estratégia de trabalho mais organizado.

Será organizado 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. Essas ações serão realizadas mensalmente pelo profissional médico e de enfermagem.

Objetivo 4. Realizar estratificação cardiovascular em usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Participarão usuários com diagnóstico de HAS e de DM, maiores de 18 anos. Os profissionais irão monitorar o número de usuários hipertensos e/ou diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. O monitoramento da estratificação de risco cardiovascular será feito pela equipe mensalmente para ter um melhor controle dos usuários que tem esta avaliação. Será priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

A priorização e agendamento serão implantados pelo profissional médico e de enfermagem semanalmente. Os usuários com classificação de alto risco serão priorizados, porém estes registros estão incompletos na unidade. Em relação a isto foi adotado um sistema de agendamento alfabético como uma forma de organização simples do trabalho, mas com possíveis mudanças, levando em consideração a dinâmica do serviço segundo as necessidades reais. Os horários de atendimento preferencial serão feitos nas tardes de 15hs a 17hs,

com um tempo aproximado de consulta de 15min. Em média serão atendidos de 5 a 6 usuários, tendo uma vaga para usuários priorizados.

Objetivo 5. Promover ações de promoção de saúde dos hipertensos e diabéticos.

Será realizada orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre prática regular de atividade física, isobre os riscos do tabagismo e de higiene bucal aos hipertensos e diabéticos. A equipe fará palestras que tenham sobre estilos de vida saudáveis e organizará práticas coletivas para orientação de atividade física com a finalidade de incentivar a prática de exercício físico, fazendo ênfase nos benefícios aportados para o controle destas doenças. A orientação será realizada nas visitas domiciliares, nas palestras na comunidade, nos atendimentos odontológicos, nos atendimentos médicos ou de enfermagem.

O médico e o gestor municipal organizarão parceria institucional entre saúde e educação para incluir profissionais de educação física em cada comunidade para fazer grupos para a prática de exercícios físicos. Estes grupos serão formados por usuários que estejam satisfatoriamente aptos no exame clínico feito na UBS, garantindo a segurança para a realização de exercícios físicos.

Por fim, será solicitado pelo médico ao gestor a compra de medicamentos como adesivos de nicotina e medicamentos para cessar o tabagismo, para melhorar as práticas integrativas e que o usuário tenha mais benefícios de forma integral.

O monitoramento desta ação será feito mensalmente pela equipe (médico, enfermeira e odontólogo), realizando uma revisão detalhada dos prontuários clínicos e odontológicos. Estas informações serão conferidas na ficha espelho e planilha de coleta de dados.

5 Resultados Esperados

Esta investigação será um projeto que ajudará a elevar a qualidade dos serviços oferecidos dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) e da qualidade da atenção primária no município. Ao final desse estudo espera-se que os pacientes tenham um melhor controle de suas doenças crônicas tanto hipertensão arterial quanto de diabetes mellitus.

Para um direcionamento eficiente e eficaz do autocuidado será preciso que se tenha um programa específico para estes usuários, seria um programa mais intenso e motivador, pois um programa de autocuidado adequado requer interesse e comprometimento dos pacientes conjuntamente com a colaboração e parceria da equipe de saúde da família.

A proposta deste projeto buscou-se uma temática que pudesse amenizar e melhorar a situação atual de saúde do bairro "Lageado", onde existe um alto índice de pacientes hipertensos e diabéticos que não realizam tratamento regular e corretamente e não estão fazendo um acompanhamento adequado das suas doenças.

Esta investigação ajudará na organização de registros e cadastros de usuários com hipertensão e diabetes dentro e fora da unidade, pois serão atualizados simultaneamente todos os prontuários da unidade e os registros dos ACS. Se realizarão exames clínicos e laboratoriais para todos usuários com HAS e DM segundo recomendações do Ministério da Saúde nas normas e diretrizes deste grupo de usuários. Serão realizadas ações de promoção e prevenção em saúde nas próprias comunidades dos usuários. Serão criados grupos para a cessação do tabagismo e serão criados grupos para fomentar a atividade física. Outro benefício da aplicação desta intervenção nesta comunidade será a avaliação bucal aos usuários participantes e as orientações de promoção e prevenção em saúde bucal.

Espera-se que através de estas ações que serão realizadas, melhore a adesão dos usuários ao tratamento proposto, dando-lhes maior autonomia e fomentando a autorresponsabilidade.

A principal meta desta intervenção será a melhoria na cobertura de usuários hipertensos e diabéticos na unidade. Também serão aprimoradas na unidade e durante a dinâmica de trabalho a avaliação clínica integral e laboratorial, avaliação do risco cardiovascular, detecção precoce de agravos e outras doenças intercorrentes. Além disso serão otimizados os serviços oferecidos pelo programa de farmácia popular, garantindo que os usuários recebam os medicamentos indicados em cada caso. Durante os próximos atendimentos espera-se uma aferição da pressão arterial melhor controlada nestes usuários e um melhor controle metabólico nos pacientes diabéticos acompanhados na unidade por meio de HGT de rotina durante as consultas na ESF. Também se espera uma redução na incidência na ocorrência de complicações crônicas e um incremento na qualidade de vida destes usuários.

Esperamos conscientizar a estes usuários sobre as consequências do uso inadequado e irregular dos medicamentos, importância de uma alimentação saudável, importância das

consultas de acompanhamento na USB e consultas domiciliares. Se fará um trabalho mais personalizado com os usuários que mostrarem dificuldades na adesão terapêutica e que forem identificados durante a investigação. Continuaremos realizando ações para alcançar as metas propostas, mantendo o interesse de elevar a qualidade dos serviços e ampliar a acessibilidade destes usuários dentro dos programas e ações do SUS.

Estas ações são passíveis de aplicação de forma continuada, pois a equipe após a culminação desta intervenção poderia aplicar estas e outras ações no acompanhamento a outros usuários com outros problemas de saúde menos incidentes como o risco de tentativa de suicídio, transtornos de saúde mental, drogadicção, obesidade e doenças relacionadas ao trabalho.

Referências

BRASIL, M. da S. *PORTARIA N° 235, DE 20 DE FEVEREIRO DE 2001*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Citado na página 17.

BRASIL, M. da S. *Caderno de Atenção Básica n 36: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.

BRASIL, M. da S. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.

OMS, O. M. D. S. *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação*. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.

OMS, O. M. D. S.; OPAS, O. P. da S. *Doenças transmissíveis e não transmissíveis*. 2017. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=569:conceito-doencas-cronicas-nao-transmisiveis&Itemid=463>. Acesso em: 29 Out. 2017. Citado na página 15.

OPAS, O. P.-A. da S. *PLANO DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL DA OPAS/OMS NO BRASIL 2008/2009*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009. Citado na página 15.

SBC, S. B. de C. 7ª diretriz brasileira de hipertensão arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 107, n. 3, p. 1–103, 2016. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.

SBD, S. B. de D. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)*. São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.