DORALMIS ROJAS LEDEA

MELHORA DA ATENÇÃO À SAÚDE DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS COM 20 ANOS OU MAIS NA ESF IV DE SANTO AUGUSTO-RS.

SANTO AUGUSTO-RS

2017

DORALMIS ROJAS LEDEA

MELHORA DA ATENÇÃO À SAÚDE DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS COM 20 ANOS OU MAIS NA ESF IV DE SANTO AUGUSTO-RS.

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família apresentado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA como requisito indispensável para a conclusão do curso.
Orientador: Manoela Jorge Coelho Alves

SANTO AUGUSTO-RS

2017

RESUMO

Resumo O alto índice de doenças crônicas não degenerativas aumenta a cada ano em todas as populações. De acordo com o Ministério da Saúde, a predominância destas doenças é em adultos. Desta forma, com o objetivo de melhorar a atenção aos hipertensos e diabéticos, com 20 ou mais anos de idade, na ESF Interior 4, Santo Augusto/RS, a equipe de saúde da família realizou uma intervenção que teve a duração de 16 semanas, envolvendo toda a equipe de saúde. No inicio da intervenção o Programa de Atenção ao hipertenso e diabético na UBS não era organizado, não havia controle da saúde ao hipertenso e diabético na UBS; a equipe não era capacitada para atuação junto ao hipertenso e diabético; os registros não eram qualificados, pois não utilizávamos instrumentos e ferramentas especificas; os hipertensos e diabéticos e a comunidade não eram engajados, falta participação e controle social. As ações foram fundamentadas no protocolo de atendimento aos usuários hipertensos e diabetes ano 2013 (Caderno 36 e 37) do Ministério de Saúde. A população alvo foi composta por 483 usuários hipertensos e 83 diabéticos residentes na área de abrangência da UBS. Atingimos o cadastramento de 80% de hipertensos e diabéticos, dos usuários no programa de atenção ao hipertenso e diabético. As metas de qualidade foram alcançadas em sua totalidade. Para a comunidade a intervenção representou satisfação e melhorias na qualidade da atenção. A intervenção possibilitou a ampliação do conhecimento dos usuários sobre seus direitos e deveres além da compreensão sobre suas doenças e fatores de riscos à saúde. Para o serviço, a intervenção facilitou os processos de trabalho, ganhando em organização e na melhoria das ações disponibilizadas para o cuidado em saúde, favorecendo a coleta e monitoramento das informações. Para a equipe a incorporação da intervenção na rotina de trabalho ampliou a segurança na tomada de decisões durante a prática clínica e fortaleceu o trabalho em equipe. Assim, observou-se melhoria dos indicadores do programa de atenção ao usuário hipertenso e diabético. A ação preconizou registros adequados, nas fichas espelhos e nas planilhas de coleta de dados.

Descritores: Atenção Primária à Saúde, Doenças crônicas, Promoção da Saúde, Saúde da Família.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 5

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO 12

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS 16

4. VISITA DOMICILIAR 18

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA 19

REFERÊNCIAS 22

ANEXO - PROJETO DE INTERVENÇÃO 23

1 INTRODUÇÃO

Meu nome é Doralmis Rojas Ledea, tenho 38 anos, natural de Holguin onde fiz minha graduação na Faculdade de Ciências Médicas Mariana Grajales. Sou especialista em Medicina Geral e iniciei minha carreira profissional trabalhando em Consultório Médico. Em fevereiro de 2016, aderi ao Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) e, desde então, atuo na cidade de Santo Augusto-RS. Trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ESF) IV referente ao interior, cuja área de abrangência atende 10 localidades, isto é, correspondendo a 10 micro áreas.

O município tem 11.900 habitantes, contando com três ESF e uma UBS tradicional. Possui, também, um Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB), com os seguintes especialistas: um obstetra, dois cirurgiões, uma pediatra, um anestesista, um urologista e três clínicos gerais. As especialidades como traumatologista, neurologista, oftalmologista e outras, quando necessário, são encaminhados para municípios vizinhos, com baixa disponibilidade de acesso por mês. Salienta-se que q secretaria de saúde disponibiliza de um laboratório local onde se fazem exames de rotina e alguns especiais.

O município disponibiliza de um hospital local, chamado Bom Pastor, onde há médicos sobreaviso para as urgências, que são encaminhadas pelas UBS. Neste hospital, realizam-se as mamografias, radiografias, ultrassonografia e endoscopia. Além disso, realizam-se cirurgias estéticas, cirurgias menores e cirurgias gerais.

O hospital também disponibiliza quartos de convênios e particulares, com 50 leitos para internação, sendo: 8 para pediatria, 4 para maternidade, 4 de saúde mental, 15 para cirurgia e 19 para medicina geral.

O referido hospital conta com o convênio de dois laboratórios para exames de rotina (hemograma, urina, fezes) e os outros especiais para o diagnóstico de doenças e pré e pós- operatórios como: transaminase, urocultura, teste de toxoplasmose, teste de hepatite, bilirrubina, sorologia para sida e sífilis, e outros.

Os usuários têm direito a realizarem exames gratuitamente pelo SUS, com disponibilidade das consultas com os especialistas que não tem no município.

O modelo de atenção da UBS é ESF o qual conta com uma equipe de trabalho que é composta por: recepcionista, dois técnicos de enfermagem, uma dentista, auxiliar de dentista, enfermeira coordenadora, médico de atenção básica, 10 ACS e uma auxiliar de limpeza. Nosso local de trabalho é improvisado em o mesmo posto

central de saúde, as repartições foram adequadas conforme as necessidades. Neste cenário, a estrutura da UBS não tem sala de espera para os usuários, nem cadeiras adequadas, com bancos sem estofamentos, com pouca iluminação e ventilação. Temos outros consultórios pra os demais médicos gerais que trabalham no posto, for exemplo, a pediatra e outros médicos geral, um da enfermeira coordenadora, da médica e da dentista. A sala de curativo é mista com outros procedimentos, a sala de consulta médica não dispõe de maca apropriada para exame ginecológico.

Em nossa UBS começamos o processo de cadastramento da população, e é um primeiro passo para organizar nosso trabalho na área de abrangência. A equipe está muito engajada neste processo, realizando a identificação de grupos e famílias de riscos, identificando os usuários com doenças crônicas como o grupo de Hiperdia, sinalizando as instituições e redes sociais que se encontram na área de abrangência para assim, através delas começar a planejar a realização de atividades de promoção e educação em saúde. Já se estão realizando algumas atividades de educação em saúde de forma coletiva e nas consultas médicas, como também nas visitas domiciliares e escolas, sendo estas atividades para os grupos de idosos, diabéticos e hipertensos na comunidade.

A partir do cadastramento, a equipe está fazendo um levantamento daqueles usuários que necessitam receber atendimento domiciliar, assim como a busca ativa de doenças e a notificação de agravos em pessoas já doentes, oferecendo orientações sobre educação e cuidados de saúde formando os principais grupos de risco como: crianças, idosos, gestantes, hipertensos, diabéticos entre outros.

Quando é necessário realizar atendimentos domiciliares, os profissionais técnicos de enfermagem, enfermeiras e/ou a médica é que realizam. Os cuidados disponíveis no atendimento domiciliar são: curativos, medicamentos injetáveis, aferição de pressão arterial e seguimentos das doenças crônicas descompensadas.

A enfermeira e os técnicos de enfermagem realizam busca ativa dos usuários faltosos com ajuda dos agentes de saúde. A enfermeira coordenadora faz notificação compulsória de doenças e agravos. Ainda nos falta trabalhar mais com a equipe na busca de soluções dos diferentes problemas de saúde da comunidade, como por exemplo, o aumento considerável do número de hipertensos e diabéticos. Ainda falta organizar e realizar a formação de grupos de risco como adolescentes, mães puerperais, e outros. A análise da situação do engajamento público no território da UBS é útil para avaliar tanto o investimento da equipe na relação com a população

quanto o próprio envolvimento da população com o serviço. O meio ambiente é ainda degradado, principalmente pelo uso agropecuário. O uso não sustentável do solo e água diminui a qualidade ambiental, contaminam os recursos naturais e prejudicam a fauna e flora natura.

O aumento importante do número de usuários hipertensos também é um problema de saúde da comunidade, para isso se realizam visitas domiciliares a usuários de risco, fornecimento de medicamentos, diagnóstico clínico precoce, ações avaliativas para o controle de condições de riscos como a obesidade, vida sedentária, tabagismo, prevenção de complicações e formações de grupos de riscos. Aumento dos usuários diabéticos diagnosticados no serviço de saúde e com dificuldade no controle deste, para isso se realizam investigações nos usuários com fatores de risco como visitas domiciliares, educação terapêutica, fornecimento de medicamentos, curativos, realização de exame de revisão de glicose, ações educativas sobre condições de risco como a obesidade, sedentarismo e outros.

Existe dificuldade no atendimento na atenção secundaria, porque contamos com uma unidade hospitalar, Bom pastor, com 75 leitos, 50 consultas oftalmológicas para todo o município, e ainda e insuficiente para satisfazer as necessidades da população. Nossa UBS tem uma população de mais de 2461 habitantes, distribuídos em vários bairros que continuam sendo cadastrados pelos ACS, temos muitas crianças, adolescentes, usuários com doenças crônicas, sobre todo hipertenso e diabético, gestantes, idoso e usuários com deficiências, e para todos eles temos programas de seguimentos, de cuidado continuado que são agendadas pela equipe de saúde, mas temos também um espaço para o atendimento a demanda espontânea.

O número de mulheres em idade fértil da UBS é de 1126, temos 15 gestantes, o número de crianças menores de um ano 16, o número de pessoas de 20 ou mais hipertenso e 878, e o número de pessoas de 20 ou mais anos diabéticos e 79. O número de gestantes estimado não e de acordo com na realidade e o número de crianças esta por debaixo de cobertura do indicador. Em nossa UBS o atendimento à demanda espontânea é feito por todos os profissionais da equipe nos diferentes espaços, como o enfermeiro, o técnico de enfermagem, o dentista, a médica, por exemplo, quando o usuário chegar ao serviço é recebido na recepção por um profissional da equipe, geralmente a enfermeira ou o técnico de enfermagem, é escutado, avaliando as vulnerabilidades e a gravidade em questão, tomando decisões segundo o caso. Temos bastante demanda pelo atendimento á demanda espontânea

por isso temos como estratégia deixar fichas prontas para esse tipo de atendimento. Contamos com recursos básicos para oferecer o atendimento, por exemplo, fazemos nebulizações, injeções, pequenas cirurgias, incisão e drenagem de abscessos, furúnculos, vacinas, curativos, atendimentos domiciliares, ou seja, nenhum usuário que precisa de atendimento de urgência fica sem atendimento os demais são atendidos com prioridade, qualidade e presteza. Tudo isso é exemplo de bom acolhimento na atenção básica.

Além disso, existe excesso de demanda para consultas de usuários com problemas de saúde agudos que necessitam atendimento no dia com a médica, para população de usuários residentes na área de cobertura da UBS. A equipe lida com esse excesso de demanda, orientando os usuários a retornarem outro dia e/ou realizando outros encaminhamentos. O atendimento pré-natal na UBS e realizado pela equipe de saúde, principalmente, a enfermeira coordenadora, o medico de família, o odontólogo, e termina com o obstetra que a partir das 32 semanas realiza o atendimento das gestantes. Este se realiza em um dia da semana, em um turno somente.

Apesar de fazer avaliação e classificação do risco gestacional, realizar encaminhamentos para as diferentes especialidades, para internação hospitalar e de fazer as recomendações às gestantes sobre a realização de avaliação de sua saúde bucal, ainda temos que trabalhar mais neste sentido. Também são desenvolvidas ações como diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, imunizações, planejamento familiar, promoção do aleitamento materno exclusivo, promoção de hábitos alimentares saudáveis nas gestantes, controle dos cânceres de colo de útero e mama com a realização de citologia orgânica e exame de mama ao100% das gestantes e ofertamos estes serviços para o resto das mulheres da comunidade.

A cobertura de pré-natal em minha UBS é baixa. Com certeza existem mais gestantes em nossaárea de abrangência, mas, só realizam o pré-natal na UBS 15 gestantes. A equipe de saúde tenta oferecer um atendimento de qualidade às gestantes que são acompanhadas em nossa UBS e sem dúvida, constitui um desafio à discussão permanente com todas as mulheres e a população em geral sobre a importância da Atenção Pré-natal na UBS. Estamos fazendo trabalho em grupo com as gestantes, e conjunto com a equipe de saúde, para desenvolver ações preventivas neste grupo de risco. Além de elaborar um arquivo para os registros de atendimentos as gestantes, muito importante para a organização do trabalho. Na unidade atendemos

todas as crianças que solicitam consulta pela demanda e são muitas consultas realizadas por esses motivos. A população procura à UBS com muita frequência para atendimento de doenças agudas. Realizamos as puericulturas para os bebês menores de um ano, com o desenvolvimento desta semana de estudos temos tido a oportunidade de melhorar os conhecimentos e motivação para um atendimento mais integral, pois temos identificado dificuldades que podem ser resolvidas sem precisar de extraordinários esforços.

Após a consulta de puericultura a criança sai com a próxima consulta agendada, participa no atendimento deste a enfermeira coordenadora, o técnico de enfermagem a dentista como eu já falei e a pediatra que esta centralizada na UBS central. Na consulta de puericultura passamos orientações para a mãe sobre alimentação saudável, posicionamento da criança na curva de crescimento, sinais de risco na curva, importância das vacinas na prevenção de doenças. Com o desenvolvimento de novas ações em relação aos cuidados das crianças saudáveis esperamos melhorar a assistência à unidade para avaliar a saúde infantil.com a primeira consulta de puericultura nos primeiros setes dias de vida.

O rastreamento do câncer de colo uterino é de longa data. Ao inicio das atividades na unidade de saúde os índices eram muito baixos, hoje já atingimos anualmente em torno de 80% das mulheres na faixa etária preconizada pelo Ministério de Saúde, embora se faça em mulheres fora da idade exigida. A demanda de realização é espontânea, e organizada para a realização deste procedimento este se faz só em um dia da semana na tarde e feito pela enfermeira coordenadora, além da participação do médico se for preciso, sempre contando com os agentes comunitários de saúde que ficam relembrando a mulher quando a data está próxima de fazer.

Nosso projeto de intervenção será realizado na população de interior do município Santo augusto, Estado Rio Grande do Sul. Com uma população total de 2641 habitantes, sendo que a estimativa é de 482(68%) com 20 anos ou mais que sofrem de hipertensão, que são acompanhados na Unidade Básica de Saúde (UBS), e também temos 83 (38%) com DM, também com acompanhamento na unidade. O propósito deste trabalho é vincular os portadores desses agravos à unidade de saúde, garantindo-lhes acompanhamento sistemático mediante ações de capacitação dos profissionais da atenção básica e de reorganização dos serviços.

O projeto é baseado nos protocolos, consensos e manuais elaborados pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde e pelas sociedades científicas, além dos outros

documentos, incluindo as experiências da equipe em nosso município. Em relação aos aspectos voltados à ação programática, como a disponibilidade de materiais (glicômetro, esfignomanômetro) a UBS tem disponibilidade destes para uso dos profissionais e dos usuários, temos disponibilidade dos medicamentos da Farmácia Básica na UBS com diversidades de medicamentos e em quantidade suficiente para atender a população.

A população alvo esta composta por um total de 482 hipertensos que representa 71% da cobertura e 83 diabéticos representando 65% de cobertura. A equipe esta envolvido com a intervenção, além de participar ativamente nas atividades. As principais limitações que temos são as muitas demandas de atendimento o que pode dificultar a realização de um atendimento clínico completo e registro adequado. A pesar dos desafios consideramos a intervenção viável e possível de ser realizada já que temos o apoio dos gestores e da equipe.

A Hipertensão arterial sistêmica e a Diabetes mellitus representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário em nível nacional. A hipertensão afeta de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos. Cerca de 90% dos usuários com acidente vascular encefálico (AVE) e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam hipertensão associada. O diabetes atinge a mulher grávida e todas as faixas etárias, sem qualquer distinção de raça, sexo ou condições socioeconômicas. Na população adulta, sua prevalência é de 7,6% (Ministério de Saúde/Cadernos de Atenção Básica, nº 36 e 37/2013).OS pacientes com HAS E diabetes tem maior chance de eventos cardiovasculares e de apresentarem causas secundaria pra hipertensão igual o que a diabetes mellitus que e considerada como um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia crônica .o diabetes costuma ter evolução insidiosa e assintomática ,muitas vezes seu diagnostico é feito pela presença de complicações tardia da doença de ali a importância de o rastreamento em indivíduos assintomáticos também esta indicado em todos os adultos a partir dos 45 anos o aqueles com mais de um fator de risco.

Estas doenças levam, com frequência, à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o usuário, sua família e a sociedade. Quando são diagnosticadas precocemente, estas doenças são bastante sensíveis, oferecendo múltiplas chances de evitar complicações; quando não, retardam a progressão das já existentes e as perdas delas resultantes. Investir na prevenção e decisivo não só para perdas delas resultantes, evitar a hospitalização e os consequentes gastos,

principalmente quando se considera o alto grau de sofisticação tecnológica da medicina moderna. Se for possível prevenir e evitar danos à saúde do cidadão, este é o caminho a ser seguido (Ministério de Saúde/Cadernos de Atenção Básica, nº 36 e 37/2013). Assim, a educação continuada se torna ferramenta indispensável para promoção e prevenção à saúde, diminuição da morbimortalidade destas doenças, bem como detecção e prevenção de casos novos.

Para isso nossa ESF rural trabalha com grupos de diabéticos, e hipertensos (intervenções preventivas), encaminhamento para especialistas (conforme a necessidade), e aquisição de medicamentos na Farmácia Popular. Desta forma, a equipe apresenta este projeto de intervenção com o objetivo melhorar a atenção aos hipertensos e diabéticos, com 20 ou mais anos de idade, na ESF interior 4, Santo Augusto/RS Com este trabalho pretendemos oferecer atenção aos 100% dos casos já diagnosticados e diagnosticar os portadores sem acompanhamentos que existem em nossa comunidade.

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

A paciente V. S, 53 anos, vem à consulta médica no dia 17/01/2017 com antecedente de saúde anterior com os dados da triagem:

- PA: 150/100 mmhg.
- Peso: 69.1 k g.
- Altura: 1,59cm.

Vem à consulta dizendo que não está sentindo-se bem pois tem muita dor de cabeça, fraqueza, sensação de falta de ar, além do que não consegue urinar direito, sente muito ardor e pouca quantidade. E questionada sobre se ela tem antecedentes de alguma outra doença e se é a primeira vez que fica com a pressão alta, se está tomando alguma medicação como anti-inflamatórios não esteroides, anticoncepcional, antidepressivos, se consome bebidas alcoólicas, se no momento apresenta corrimento vaginal, a qual respondeu que não. Nega febre e outros sintomas. Também preguntei se tem feito o preventivo de câncer de colo e respondeu que há cerca de 6 meses e o resultado foi negativo. Então, depois de um exame físico completo solicito à paciente cuidar da dieta e aferir a pressão arterial por um mês em diferentes dias, podendo ser fora da consulta. Solicito uma cultura de urina com antibiograma oriento sobre as medidas de asseio corretas antes da coleta da amostra de urina e agendo retorno. A paciente retorna no dia 23/01/2017 com os dados da triagem:

- PA: 160/90mmhg
- Peso: 69,5kg

Traz consigo o resultado da cultura de urina onde teve crescimento bacteriano de Echerichie coli com sensibilidade à cefalexina e outros medicamentos menos usados na unidade de saúde só em nível hospitalar. Ao exame físico apresenta dor abdominal a palpação em flancos, ruídos hidroaéreos mantidos, pelo que decido fazer tratamento. Cefalexina 500 MG 1cp de 6 em 6 horas por 10 dias. Paracetamol 500mg 1cp de 6 em 6 horas se dor Oriento realizar cultura de urina evolutiva após 3 a 5 dias após o tratamento e agendo retorno para avaliar também o seguimento da pressão arterial.

A paciente retorna no dia 17/02/2017 com os dados da triagem:

- PA: 160/110mmhg.
- Peso: 69,500kg.

Traz consigo a cultura de urina evolutiva (8/02/2017) não houve crescimento bacteriano, também trouxe o seguimento das medições da PA:

- 1.16-1-2017 em 150/100mmhg
- 2.21-1-2017 em 160/90mmhg
- 3.29-1-2017 em 150/80mmhg
- 4.4-3-2017 em 150/100mmhg
- 5.9-3-2017 em 140/90mmhg
- 6.13-3-2017 em 150/110mmhg

Segundo o preconizado nos Cadernos de atenção básica de HAS (CAB N° 37, 2013) do Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de HAS (SBD, 2015-2016) o diagnóstico Da HAS consiste na medida aritmética da PA maior ou igual a 140/90mmhg, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas. Apresenta o resultado Da medida da pressão arterial (17/02/2017) de 160/110mmhg sendo então confirmado o diagnóstico de hipertensão arterial (HAS). Neste momento interrogo sobre a história familiar de novo e descubro que a mãe também é portadora da doença de HAS.

Ao exame físico apresenta:

- IMC: 27.5 (sobrepeso). Circunferência abdominal: 91 cm. Fácies de aspecto normal.
- Cavidade oral com melhores estados dos dentes.
- Pescoço não ausculta sopro carotídeo, tiroide não palpável. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações (FC: 87 bpm; FR: 20).
- Exame do abdômen, dor a lá palpação nos flancos abdominal, nãos escuto sopros na área renal.
- Extremidades, palpação dos pulsos radial, braquial, femorais, tibiais posteriores

e pediosos são normais e sincrônicos, não edemas bons coloração das unhas e pele. Exame neurológico normal.

Precisou realizar fundo de olhos, mas não tenho o equipamento necessário, por o que encaminho pra um oftalmologista. Conforme preconizado pelo CAB (2013), Oriento a importância do tratamento não medicamentoso e parte fundamental no controle da HAS e de outros fatores de risco cardiovasculares, esse tratamento envolve mudanças no estilo de vida que acompanham o tratamento do paciente por toda a sua vida, como manter uma alimentação adequada (dieta com restrição de açúcar, sal, gordura saturada e cafeína) e atividade física regular, evitar o fumo e o excesso de álcool e estabelecer metas de controle de peso.

Encaminho a paciente à nutricionista que atende na UBS uma vez por semana para receber orientações quanto à dieta para hipertensão e sobrepeso, além no caso de esta paciente que teve uma infeção urinaria oriento a importância de tomar muito líquidos como deve fazer o asseio dos genitais és. Além disso, solicito exames complementares para avaliação inicial: glicemia de jejum (GJ) e hemograma completo, colesterol total (CT), HDL e triglicerídeos (TG), creatinina sérica, exame de urina tipo 1 (EAS), e a creatinina, eletrocardiograma, mamografia bilateral, são exames que são disponíveis pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Atendendo o risco de esta paciente com sobrepeso com níveis pressóricos estágios 2 com cifras de TA 160-100 MMHG decido além do tratamento não medicamentoso começar com tratamento já especifico anti-hipertensivo. Enalapril 10 MG 1cp de 12 em 12 horas. Hidroclorotiazida 25 MG 1cp ao dia. Oriento a importância de uma boa adesão ao tratamento. Oriento que marque consulta com a nutricionista para uma melhor orientação da dieta pra hipertensão e para conseguir o peso ideal.

Oriento retorno para avaliar resultados dos exames. No dia 25/02/2017 retorna à consulta com os seguintes dados da triagem:

- PA: 150/100 mmhg.
- Peso: 69.8 kg

Traz consigo alguns dos exames solicitados:

- GJ: 80mg/dl
- CT: 95mg/dl EAS: negativo TG: 120mg/dl CT: 188 MG/dl HB 130G
- Eletrocardiograma com parâmetros dentro normais. Mamografia bilateral normal categoria 1.

Ainda não foi a nutricionista e tem um ganho de peso 0.5kg. Tem pendente consulta com oftalmologista para avaliar fundo de olhos. Sugere-se a verificação semanal da PA até a primeira consulta médica de reavaliação após começar com o tratamento medicamentoso. Deve ser medida na sala da enfermagem e o resultado da verificação, data, horário deverão ser anotados no prontuário do paciente, a consulta de reavaliação do caso tem que ser feita dentro no mês seguinte, caso PA não diminua com o uso da medicação indicada até a segunda semana de tratamento. Após certificar-se que a paciente está fazendo uso coreto da medicação prescrita tem que agendar-se consulta com o médico de imediato para reavaliar o caso.

No dia 11/03/2017 a paciente vem à consulta com a Nutricionista que institui o plano alimentar e agenda retorno. Os dados da triagem:

- PA: 150/100 mmhg.
- Peso: 69.500 kg.
- Estatura. 159 cm.
- IMC. 27.5 – SOBREPESO.

Além, passa a consulta de enfermagem para mostrar resultado da cultura de urina evolutiva negativa. No dia 17/03/17 retorna à consulta médica sem queixas e com os seguintes dados da triagem:

- PA: 120/80 mmhg
- Peso: 69.300 kg.

A Paciente relata uso regular dos medicamentos indicados o enalapril e a hidroclorotiazida além que se encontra fazendo e cumprindo com as indicações que foram dadas pela nutricionista modificando seus estilos de vida já a pesar do pouco

tempo já tem perda de 0.2 kg e para isso conta com o apoio da sua família esposo e filhos. Oriento que deve manter o tratamento e a dieta como ate agora já que logramos atingir sua pressão arterial a os limites normais. Realizo visita domiciliar no dia 20/03/2017 para montagem do genógrama familiar completo.

Oriento que as consultas serão duas vezes por ano e que os exames de rotina serão feitos somente uma vez por ano que ante qualquer sintoma de descompensarão poderá ser assistido na consulta médica. A receita dos medicamentos, como são de uso contínuo, será renovada a cada 6 meses. Na visita domiciliar pode observar que a paciente tem um ambiente familiar favorável com muito apoio boas relações com os demais membros da família.

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

A promoção da saúde e prevenção de doença é um dos principais pilares da atenção primária com o objetivo de promover estilos de vidas saudável na população e levar a cavo ações de prevenção e assim evitar que as pessoas fiquem doentes o lograr diminuir os danos causados pelas mesmas. Todas estas ações são realizadas pela equipe de saúde em conjunto com os agentes comunitários dirigidos aos problemas mais frequentes da população para assim lograr um completo bem-estar físico-psíquico da população de nossa área de abrangência.

Para alcançar este objetivo, são feitas muitas atividades em nossas consultas no dia- a- dia entre elas, a puericultura. É por isso, que a puericultura é de vital importância para a promoção e a prevenção da saúde das crianças, pois através da mesma, pode-se manter um acompanhamento periódico do crescimento e desenvolvimento das crianças, identificando situações de risco e buscando atuar de forma precoce em os problemas diagnosticado pela equipe (HASSELMANN, WERNECK, SILVA,2008)., a trabalhar na ESF interior IV no município de Santo Augusto- RS, achei que um dos trabalhos mais importantes a desenvolver seria com a população infantil já que a mesma é a mais vulnerável de nosso município, pois pertence a área rural.

Primeiramente, comecei a fazer o registro em conjunto com os ACS de todas as crianças menores de um ano até 5 anos da área de abrangência, além das gestantes, que iríamos dar atendimento pré-natal às mesmas, e conhecer a data

provável de parto afim de dar acompanhamento pós- parto, bem como dar a primeira consulta ao recém-nascido a elas e puerperal, que é de vital importância, tanto para a criança como para a puérpera. As mães serão orientadas sobre os cuidados com o recém-nascido, aleitamento materno. Será agendado atendimento na unidade de saúde para o cadastramento da criança com todos os dados pessoais tanto tanta das crianças como dos pais e assim, facilitar o controle e manter vigilância às crianças de risco, para que haja a prevenção e não voltem a fazer a consulta somente quando fiquem doentes.

Antes de iniciar meu trabalho nesta ESF a maioria não conhecia a importância da consulta de puericultura, e eu tive a árdua missão de explicar que, tanto para mãe como para a criança que é, através da consulta, que se brindam uma série de informações para alcançar o bom crescimento da criança, como, por exemplo, a importância do aleitamento materno, que reduz o risco de hospitalização, os cuidados do recém-nascido, os cuidados dos lactantes, o programa de vacinação para cada criança, os acidentes mais frequentes e como preveni-los, alimentação adequada ao desenvolvimento neurológico e, assim, poder detectar precocemente qualquer doença (CADERNOS DE ATENCAO BASICA (CAB33)2013), esclarecer as dúvidas a os pais ,além de explicar como ajudar, mediante estimulação, a criança para um melhor desenvolvimento neurofisiológico.

Além disso, a consulta médica é uma oportunidade para conhecer os pacientes, os pais, esclarecer as preocupações, identificar seus problemas e aplicar as intervenções necessárias de forma integral. Os usuários tinham a percepção equivocada de que o médico encontra-se na UBS apenas para atender os pacientes doentes e não para dar consulta, onde lhes permite fazer promoção e prevenção de saúde como pilar fundamental da atenção básica de saúde. Por isso, foi criada na ESF um dia fixo, por semana, de consulta de puericultura, agendada por nossa enfermeira coordenadora. Começou-se a fazer grupos de lactantes, juntos com os grupos das gestantes afim de brindar todas as informações às mães, desde a gravidez ate o nascimento do bebê.

No inicio foi difícil conseguir a aceitação de muitas mães, mas depois, o objetivo foi alcançado, pois, os efeitos, dessa prática evidenciaram bons resultados na melhoria da assistência desse grupo, diminuindo o número de consulta no pronto atendimento, também nas Inter consulta com a pediatra. Os pacientes só iam na primeira consulta de avalição e para fazer o teste de pezinho e orelhinha. Através dessa atividade

identificaram-se outros problemas que afetavam a saúde dos pais, como doenças crônicas sem tratamento, disfunção familiar, os quais precisavam ajuda de um psicólogo e de encaminhamento para a consulta (CAB Nº 34, 2013), mulheres que não tinham feito o preventivo de rastreamento do câncer de colo uterino e mama, consulta de planejamento familiar, criança em situações de violência familiar.

4. VISITA DOMICILIAR

A visita domiciliar é importante na atenção primária de saúde, pois através dela permite à equipe de saúde, conhecer as famílias, o meio onde elas se desenvolvem, quais são os fatores de risco mais frequentes, as condições de vida das mesmas podem afetar o estado de saúde, e assim, brindar-lhes maiores informações sobre determinadas doenças e como fazer para sua prevenção.

Na referida ESF IV, não eram feitas visitas domiciliares, as mesmas começaram a serem feitas à população residente nas áreas do interior do município em conjunto com a enfermeira coordenadora e os agentes comunitários de saúde (ACS). No início toda a população foi cadastrada afim de organizar o trabalho: Solicitei aos ACS o levantamento dos usuários que necessitassem de visita domiciliar contínua e os casos de urgência para, assim, poder fazer o melhor planejamento dos pacientes que tinham que ser visitados primeiros, pois os ACS conhecem o domicílio e suas características ambientais, socioeconômicas e culturais, os fatores de risco individuais e dos familiares, a dinâmica familiar, os pacientes acamados , os pacientes com doenças transmissíveis, agravos e doenças não transmissíveis as crianças e as gestantes.

Organizam-se as visitas domiciliares tendo como objetivo principal a priorização de usuários e/ou famílias de maior risco. A Periodicidade das visitas é de acordo com os riscos , isso também depende do estado de saúde de cada paciente visitado, além disso, as vistas domiciliar são planejadas mensalmente, com prioridade ao paciente que necessita ser visitado novamente em poucos dias, ou para aqueles que se encontram com ingresso domiciliário. Os agente comunitário de saúde (ACS) precisam realizar no mínimo uma visita mensal a cada família na sua área de abrangência, com o objetivo de assegurar o acompanhamento dos usuários e suas famílias, independentemente de situação de risco. Essas visitas domiciliares, são

agendadas e realizadas em conjunto com o ACS, com técnica de enfermagem, enfermeira coordenadora e é levado todos os materiais necessários para o bom atendimento, tais como: receituário, estetoscópio, esfignomanômetro, abaixador de língua, glicosímetro com fitas, pacote de curativos. Aborda-se cada caso em particular depois da avalição individual.

Muitas vezes é necessário encaminhar os pacientes para uma avaliação médica especializada que geralmente será fora do município, sendo que à secretaria de saúde fornece transporte para estes casos ou o fornecimento da passagem de ônibus onde se encontra o especialista. Conclui-se que as visitas domiciliares são de muita importância, pois através delas são fornecidas informações referentes as dúvidas dos usuários e familiares sobre as doenças, seus fatores de risco e como preveni-las. Muitas vezes consegue- se fazer diagnóstico de doenças, detectar crianças com maltrato familiar, mulheres grávidas que não estão fazendo consulta pré-natal e também pessoas que precisavam de ajuda social.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Fazendo um resumo conclusivo da trajetória do Curso em Especialização em Saúde da Família, o mesmo teve influência tanto como para equipe de saúde, para o serviço de atenção médica, para mim como Profissional e para a comunidade onde atuo. Além das mudanças que proporcionou no meu trabalho como médica da atenção primária, permitiu a minha interação com a equipe, levando em conta suas ideias que foram de muita ajuda na realização do projeto e ajudou a ver os pacientes de forma integral.

A intervenção para a ESF propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, melhoria dos registros médicos dos pacientes, e a qualificação da atenção integral e classificação de risco de ambos os grupos. O propósito deste trabalho é vincular os portadores desses agravos à unidade de saúde, garantindo-lhes acompanhamento sistemático mediante ações de capacitação dos profissionais da atenção básica e de reorganização dos serviços.

IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO PARA A EQUIPE

O projeto é baseado nos protocolos, consensos e manuais elaborados pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde e pelas sociedades científicas, além dos outros documentos, incluindo as experiências da equipe em nosso município. A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem e da recepção.

Cada um dos profissionais da equipe teve seu papel no trabalho: atendimento odontológico pela auxiliar de dentista e a dentista, atendimento clinico realizado pela medica e enfermeira coordenadora, entrega de medicamentos pelo técnico de enfermagem, a busca ativa de usuários faltosos pelos agentes de saúde, os grupos das atividades com os usuários realizados pela medica, a dentista, o nutricionista, a fisioterapeuta e técnica de enfermagem. Nas experiências vivenciadas com a equipe aprendemos a ter complementaridade entre nós, a não centralização do trabalho em uma pessoa só, com a importante condição que cada um esteja disposto a ouvir a outra pessoa, as suas experiências, pois a comunicação e considerada uma importante ferramenta.

IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO PARA O SERVIÇO

Antes da intervenção, as atividades de atenção à Hipertensão e ao Diabetes eram centralizadas na médica. A intervenção reviu as atribuições da equipe, viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. A melhoria do registro e o agendamento dos Hipertensos e Diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO PARA A COMUNIDADE

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, porém gera insatisfação na sala de espera entre os outros

membros da comunidade que desconhecem o motivo desta priorização. Além de que, a população não tinha conhecimento sobre este programa de atenção, sendo assim, temos entendido de que a comunidade deva interagir com a equipe e vice-versa. O que faria diferente, caso fosse realizar a intervenção neste momento: A intervenção poderia ter sido facilitada se, desde o início, eu tivesse ajuda dos lideres da comunidade e minha equipe tivesse entendido a importância das atividades que vinha desenvolvendo com a comunidade. Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está integrada, porém, será necessário incorporar a intervenção às rotinas do serviço e superar algumas das dificuldades encontradas.

Para que a intervenção seja incorporada à rotina do serviço, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco. Os próximos passos, será investir na ampliação de cobertura dos hipertensos e diabéticos.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado das pessoas com doença crônica: diabetes mellitus**/Ministério da saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. _ Brasília: Ministério da saúde, 2013. 160p.: il. (Cadernos d Atenção Básica, n. 36).
2. BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado das pessoas com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**/Ministério da saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. _ Brasília: Ministério da saúde, 2013. 128p.: il. (Cadernos d Atenção Básica, n. 37
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção primária a saúde. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional**; SISVAN na assistência à saúde. Brasília: Ministério da Saúde 2008.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. VIGITEL Brasil 2010: **vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2011a.
5. Cadernos de atenção básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus**. Brasília. Ministério de Saúde, 2001,2006 Brasil.
6. Caderno de atenção primaria. Rastreamento. Brasília, 2009 **Protocolos de atendimentos de HAS e DM**, Brasília, 2013.
7. Sartorelli DS, Franco LJ. **Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional**. Cad. Saúde Publica 2003; 19(supl1):29-36.
8. Linde JA, Utter, J, Jeffery RW, Sherwod NE, Pronk NP, Boyle RG. Specific food intake, fat and fiber intake, and behavioral correlates of BMI among overweight and obese members of a managed care organization. International Journal of Behavioral, Nutrition and Physical Activity 2006; three (42):1-8.
9. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial.2006. Disponível em; Acesso em 25 de janeiro de 2012.
10. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Tratamento e Acompanhamento do Diabetes Mellitus. Rio de Janeiro: Diagraphic 2006.

ANEXO - PROJETO DE INTERVENÇÃO

PROJETO DE INTERVENÇÃO

DORALMIS ROJAS LEDEA

MELHORA DA ATENÇÃO À SAÚDE DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS COM 20 ANOS OU MAIS NA ESF IV DE SANTO AUGUSTO-RS.

SANTO AUGUSTO-RS

2017

RESUMO

Objetivo: Melhorar a atenção aos hipertensos e diabéticos, com 20 anos ou mais, na ESF Interior IV de Santo Augusto/RS. Método: O propósito deste trabalho é vincular os portadores desses agravos à unidade de saúde, garantindo-lhes acompanhamento sistemático mediante ações de capacitação dos profissionais da atenção básica e de reorganização dos serviços. O projeto é baseado nos protocolos, consensos e manuais elaborados pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde e pelas sociedades científicas, além dos outros documentos, incluindo as experiências da equipe em nosso município buscando modificar a curto e médio prazo o estrato destes pacientes, logrando assim melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e ou diabéticos Resultados: Espera-se ampliar a cobertura de atendimentos aos usuários hipertensos e ou diabéticos; Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabético; Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos é hipertensos cadastrados na unidade de saúde; Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos é diabético; Melhorar a adesão dos hipertensos e/ou diabéticos ao programa; Melhorar o registro das informações, cadastrando-os na unidade de saúde; Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular; Realizar atividades em grupos, com os usuários hipertensos e diabéticos. Conclusão: Considera-se que é necessário a atenção qualificada e o trabalho em equipe para a melhoria do atendimento aos usuários com hipertensão e diabetes.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

1. INTRODUÇÃO

Doenças como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) são de grande importância no Brasil, pois constituem as primeiras causas de morte na população de 20 anos e mais. Geralmente a maioria dos usuários hipertensão e diabetes morrem devido às complicações destas doenças e afetam órgãos alvos como cérebro, coração, rins, olhos e nervos periféricos. No Brasil, a DM associada à HAS são responsáveis pela principal causa de mortalidade e hospitalizações na população. A Atenção Primária em Saúde (APS) pode ser a primeira e principal barreira no controle destas doenças, principalmente, atuando sobre os fatores de risco que as originam e modificar que e motivo de nosso trabalho.

Muitas pessoas, em algum momento da sua vida, têm alguma manifestação clínica de pressão alta ou transtorno de glicose, o que é comum nesta comunidade rural do município, onde a descendência de origem alemã faz com que moradores tenham hábitos e costumes que contradizem a literatura científica (maus hábitos alimentares, falta de atividade física, alcoolismo e tabagismo), causando, além das patologias citadas, doenças oportunistas como dislipidemia e problemas cardíacos. A falta de informação, baixo grau de escolaridade e o difícil acesso à unidade de saúde contribuem para o aumento da evolução dos casos, dificultando a prevenção do diagnóstico.

JUSTIFICATIVA

Estas doenças levam, com frequência, à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o usuário, sua família e à sociedade. Quando são diagnosticadas precocemente, estas doenças são bastante sensíveis, oferecendo múltiplas chances de evitar complicações; quando não, retardam a progressão das já existentes e as perdas delas resultantes. Investir na prevenção e decisivo não só para perdas delas resultantes, evitar a hospitalização e os consequentes gastos, principalmente, quando se considera o alto grau de sofisticação tecnológica da medicina moderna. Se for possível prevenir e evitar danos à saúde do cidadão, este é o caminho a ser seguido (Ministério de Saúde/Cadernos de Atenção Básica, nº 36 e 37/2013). Assim, a educação continuada se torna ferramenta indispensável para promoção e prevenção à saúde, diminuição da morbimortalidade destas doenças,

bem como detecção e prevenção de casos novos. Para isso, nossa ESF rural trabalha com grupos de diabéticos, e hipertensos (intervenções preventivas), encaminhamento para especialistas (conforme a necessidade), e aquisição de medicamentos na Farmácia Popular. Com este trabalho, pretendemos oferecer atenção aos 100% dos casos já diagnosticados e diagnosticar os portadores sem acompanhamentos que existem em nossa comunidade.

IDENTIFICAÇÃO E APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA

Desta forma, a equipe apresenta este projeto de intervenção com o objetivo de melhorar a atenção aos hipertensos e diabéticos, com 20 ou mais, na ESF interior IV do município de Santo Augusto/RS. Nosso projeto de intervenção será realizado na população de interior do município Santo augusto, Estado Rio Grande do Sul. Com uma população total de 2641 habitantes, sendo que a estimativa é de 482 com 20 anos ou mais que sofrem de hipertensão, que são acompanhados na Unidade Básica de Saúde (UBS), e, 83 com DM, também com acompanhamento na unidade. O propósito deste trabalho é vincular os portadores desses agravos à unidade de saúde, garantindo-lhes acompanhamento sistemático mediante ações de capacitação dos profissionais da atenção básica e de reorganização dos serviços. O projeto é baseado nos protocolos, consensos e manuais elaborados pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde e pelas sociedades científicas, além dos outros documentos, incluindo as experiências da equipe em nosso município.

Em relação aos aspectos voltados à ação programática, como a disponibilidade de materiais (glicômetro, esfigmomanômetro) a UBS tem disponibilidade destes para uso dos profissionais e dos usuários, temos disponibilidade dos medicamentos da Farmácia Básica na UBS com diversidades de medicamentos e em quantidade suficiente para atender a população. A população alvo está composta por um total de 482 hipertensos que representa 71% da cobertura e 83 diabéticos representando 65% de cobertura. A equipe está envolvida com a intervenção, além de participar ativamente nas atividades. As principais limitações que temos são as muitas demandas de atendimento o que pode dificultar a realização de um atendimento clínico completo e registro adequado. Apesar dos desafios, considera-se a intervenção viável e possível de ser realizada, já que tem-se o apoio dos gestores e da equipe.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Melhorar a atenção aos hipertensos e diabéticos, com 20 anos ou mais, na ESF Interior IV de Santo Augusto/RS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Ampliar a cobertura de atendimentos aos usuários hipertensos e ou diabéticos.
- Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.
- Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.
- Melhorar o registro das informações.
- Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.
- Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

3. REVISÃO DA LITERATURA

A Hipertensão arterial sistêmica e o Diabetes mellitus representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário em nível nacional. A hipertensão afeta de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos. Cerca de 90% dos usuários com acidente vascular encefálico (AVE) e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam hipertensão associada. O diabetes atinge a mulher grávida e todas as faixas etárias, sem qualquer distinção de raça, sexo ou condições socioeconômicas. Na população adulta, sua prevalência é de 7,6% (Ministério de Saúde/Cadernos de Atenção Básica, nº 36 e 37/2013).

Os pacientes com HAS e diabetes tem maior chance de eventos cardiovasculares e de apresentarem causas secundárias para a hipertensão igual o que a diabetes mellitus, que é considerada como um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia crônica, o diabetes costuma ter evolução insidiosa e assintomática, muitas vezes seu diagnostico é feito pela presença de complicações tardia da doença e por isso a indicação do rastreamento em indivíduos assintomáticos a partir dos 45 anos e aqueles com mais de um fator de risco . Desta forma, a equipe apresenta este projeto de intervenção com o objetivo melhorar a atenção aos hipertensos e diabéticos, com 20 ou mais, na ESF IV do interior do município de Santo Augusto/RS.

4. METODOLOGIA

O propósito deste trabalho é vincular os portadores desses agravos à unidade de saúde, garantindo-lhes acompanhamento sistemático mediante ações de capacitação dos profissionais da atenção básica e de reorganização dos serviços. O projeto é baseado nos protocolos, consensos e manuais elaborados pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde e pelas sociedades científicas, além dos outros documentos, incluindo as experiências da equipe em nosso município buscando modificar a curto e médio prazo o estrato destes pacientes, logrando assim melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e ou diabéticos. Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família interior IV, no Município de Santo Augusto, RS.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento será feito todos os dias com uma avaliação semanal das fichas dos que participam do projeto pelo médico e a enfermeira da equipe. Para isso toda quarta-feira a equipe terá uma reunião. Vamos conferir os resultados da semana e elaborar um registro com todos os dados dos que participam do projeto para facilitar o controle. Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos que vão participar do projeto. Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde. Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia dos usuários HAS e DM que participam do projeto. Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo em que participam do projeto.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Vamos trabalhar com as fichas. A ficha será preenchida pelo médico e pela enfermeira da equipe desde a consulta inicial de adesão ao projeto.
- Os dias de consulta serão todas as segundas-feiras de manhã e quintas-feiras no horário da tarde em nossa unidade, e terças, quartas e sextas na unidade central. As pessoas que vão participar do acolhimento serão preparadas tecnicamente no início do projeto.

- Vamos garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfignomanômetro, manguitos, fita métrica) e glicômetro na unidade de saúde. Garantir a calibração dos equipamentos médicos de um oficia na Secretaria de Saúde feita pela enfermeira da equipe sobre as necessidades de equipamentos.
- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos usuários hipertensos e diabéticos: Na primeira reunião da equipe cada membro vai ficar sabendo o que corresponde fazer no projeto. Tudo será discutido e avaliado nesse momento.
- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Monitorar semanalmente mediante avaliação das fichas dos envolvidos no projeto, pelos ACS, o médico e a enfermeira da equipe que os exames complementares sejam indicados. Conferir no registro dos dados.
- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos as consultas em conjunto com os ACS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Informar a toda a comunidade, hipertensos e diabéticos sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;
- Realizar palestras por parte dos ACS, médico e enfermeira da equipe com uma periodicidade semanal, aproveitando os dias de atendimento, visitas domiciliares e conversas na população, escolas, clubes.
- Informar a comunidade sobre a importância de aferir a pressão arterial a partir dos
- 18 anos, pelo menos, anualmente: Através de palestras dos ACS, médico e enfermeira da equipe com uma periodicidade semanal aproveitando os dias de atendimento e, inclusive nos atendimentos de odontologia.
- Solicitar à gestora, por ofício, o material para a elaboração de cartazes para a educação sanitária da população, que serão distribuídos nas consultas e visitas domiciliares.
- Orientar os usuários e a comunidade sobre a importância do rastreamento para

DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg;

- Orientar e dar informação a toda a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes;
- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso;
- Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares: Será orientado por meio de rodas das visitas domiciliares realizadas pelos ACS, dentista, médico e enfermeira da equipe com uma periodicidade quinzenal aproveitando os dias de atendimentos, nas escolas e nas casas;

EXECUÇÃO DAS AÇÕES

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos que irão participar do projeto de toda área de abrangência da unidade de saúde, assim como os principais fatores de risco à clínica e sintomas mais frequentes das duas doenças.
- Planejar, por parte do médico e enfermeira da equipe, duas sessões de capacitação sobre o tema escolhido ao início da intervenção.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e o uso adequado do glicosímetro. Oferecer por parte da enfermeira da equipe duas sessões de capacitação sobre o tema escolhido ao início da intervenção. Será teórico-prático para avaliar os conhecimentos dos aprendizados.
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes: Será realizada uma capacitação teórico-prática no início da intervenção com a atualização sobre tratamento dos pacientes HAS e DM, onde participarão todos os integrantes da equipe.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares, será realizado no início da intervenção pelo médico da UBS. Para isto será utilizado o protocolo de HAS e DM. .
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.

- Realizar uma atualização no início e na metade do projeto por parte do médico e a enfermeira da equipe sobre o tratamento das duas doenças na unidade.

5. CRONOGRAMA

Atividades	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação da equipe para o atendimento de acordo com o protocolo.	X	x														
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática.	X															
Cadastramento de todos hipertensos e diabéticos da área de abrangência	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Contanto com lideranças comunitárias para informar como vai ser o desenvolvimento das atividades.	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Atendimento clínico de hipertensos e diabéticos	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Grupos de hipertensos e diabéticos		x		x		x		x		x		x		x		x
Capacitação das ACS para realização da busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos.	x															
Busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Monitoramento de entrega de medicação periódica.	x				x				x				x			
Monitoramento de realização de exames laboratoriais	x				x				x				x			
Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x
Manter atualizada as fichas de acompanhamento dos cadastrados	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x
Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com realização de estratificação de risco	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x

Oferecer orientações de higiene de saúde	x				x				x				x			
bucal segundo roteiro elaborado																
Monitorar cumprimento das orientações nutricionais					x				x				x			

6. RECURSOS NECESSÁRIOS

6.1 RECURSOS MATERIAIS

- Sala para realização de grupos. Balança.
- Esfignomanometro digital.
- Requisição para exames laboratoriais. Equipamento de multimídia.
- Caneta.
- Pasta para arquivo do planejamento das atividades

6.2 RECURSOS HUMANOS

- Profissional Médico
- Enfermeiro
- Téc./Aux. Enfermagem
- ACS

7. RESULTADOS ESPERADOS

A população da minha área é de 2461 usuários, o número esperado de hipertensos de 608 e de diabéticos de 150. A intervenção tem como objetivo geral melhorar a atenção dos usuários hipertensos e diabéticos, de 20 ou mais na ESF interior IV no município Santo Augusto, RS.

Para alcançar este objetivo esperamos:

- Ampliar a cobertura de atendimentos aos usuários hipertensos e ou diabéticos,

cadastrando o 80% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da unidade de saúde.

- Capacitação dos agentes comunitários para o cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos.
- Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabético, Realizando exame clínico apropriado em 100% dos pacientes.
- Garantir a 100% dos diabéticos e hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos é hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos é diabético.
- Melhorar a adesão dos hipertensos e/ou diabéticos ao programa, buscando 100% dos hipertensos é diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.
- Melhorar o registro das informações, para isso devemos manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos é diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular, realizando estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- Promover a saúde de hipertensos e diabéticos, para isso temos que garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável, orientação em relação à prática regular de atividade física, Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo, orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes.
- Realizar atividades em grupos, com os usuários hipertensos e diabéticos com a participação da fisioterapeuta, a nutricionista e a equipe da ESF.

8. DISCUSSÃO

A intervenção para a ESF propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos e para a classificação de risco de ambos os grupos. O propósito deste trabalho é vincular os portadores desses agravos à unidade de saúde, garantindo-lhes acompanhamento sistemático mediante ações de capacitação dos profissionais da atenção básica e de reorganização dos serviços. Importância da intervenção para a equipe:

O projeto é baseado nos protocolos, consensos e manuais elaborados pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde e pelas sociedades científicas, além dos outros documentos, incluindo as experiências da equipe em nosso município. A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem e da recepção. Cada um dos profissionais da equipe teve seu papel no trabalho: atendimento odontológico pela auxiliar de dentista e a dentista, atendimento clinico realizado pela medica e enfermeira coordenadora, entrega de medicamentos pelo técnico de enfermagem, a busca ativa de usuários faltosos pelos agentes de saúde, os grupos das atividades com os usuários realizados pela medica, a dentista, o nutricionista, a fisioterapeuta e técnica de enfermagem.

Importância da intervenção para o serviço - Antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas na médica. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. A melhoria do registro e o agendamento dos Hipertensos e Diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

Importância da intervenção para a comunidade - O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, porém gera insatisfação na sala de

espera entre os outros membros da comunidade que desconhecem o motivo desta priorização. Além de que a população não tinha conhecimentos sobre este programa de atenção temos logrado que a comunidade interagir com a equipe e vice-versa.

O que faria diferente caso fosse realizar a intervenção neste momento - A intervenção poderia ter sido facilitada se desde o inicio eu tivesse ajuda dos lideres da comunidade e minha equipe tivesse entendido a importância das atividades que vinha desenvolvendo com a comunidade. Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está integrada, porém, como vamos incorporar a intervenção às rotinas do serviço terão condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco os próximos passos: a partir do próximo mês, quando teremos disponível a agente comunitária de saúde para o micro área que faltou, pretendemos investir na ampliação de cobertura dos hipertensos e diabéticos.

Ações previstas e não desenvolvidas: as atividades previstas foram realizadas, porém, houve necessidade de envolver toda a equipe para as atividades serem concluídas. Aspectos relativos à coleta e à sistematização dos dados: Nas primeiras semanas, houve dificuldades para colocar os dados da UBS, pois ainda não sabíamos como colocar esses dados na planilha, logo, com a ajuda da minha orientadora e da recepcionista, conseguimos fechar corretamente as planilhas. Os indicadores, no início, nem sempre foram atingidos 100%, devido às falhas na coleta de dados, as quais foram ajustadas posteriormente.

Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços: as ações previstas no projeto serão incorporadas à rotina do serviço, com viabilidade de continuidade da ação programática, mesmo com a finalização do curso. A ESF, além das atividades com os grupos, dará continuidade ao atendimento organizado e programado dos usuários, seguindo a rotina do serviço. Ainda precisamos da incorporação do agente comunitário de saúde num bairro da comunidade para melhorar o atendimento da população.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério de Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 36. Estratégia para o cuidado da pessoa com Doença Crônica. Diabetes Mellitus. Brasília-DF. 2013 BRASIL. Ministério de Saúde. Caderno de Atenção Básica, nº 37. Estratégia para o cuidado da pessoa com Doença Crônica. Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília-DF. 2013.
2. BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado das pessoas com doença crônica: diabetes mellitus/Ministério da saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. _ Brasília: Ministério da saúde, 2013. 160p.: il. (Cadernos d Atenção Básica, n. 36).
3. BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado das pessoas com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica/Ministério da saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. _ Brasília: Ministério da saúde, 2013. 128p.: il. (Cadernos d Atenção Básica, n. 37
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. De Departamento de Atenção primária a saúde. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional; SISVAN na assistência à saúde. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2008.
5. Cadernos de atenção básica. Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Brasília. Ministério de Saúde, 2001,2006 Brasil.
6. Caderno de atenção primaria. Rastreamento. Brasília, 2009 Protocolos de atendimentos de HAS e DM, Brasília, 2013.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. VIGITEL Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2011a.
8. Linde JA, Utter, J, Jeffery RW, Sherwood NE, Pronk NP, Boyle RG. Specific food intake, fat and fiber intake, and behavioral correlates of BMI among overweight and obese members of a managed care organization. International Journal of Behavioral, Nutrition and Physical Activity 2006; 3(42):1-8.
9. Sartorelli DS, Franco LJ. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. Cad. Saúde Publica 2003; 19(supl1):29-36.
10. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial.2006. Disponível em; Acesso em 25 de janeiro de 2012.
11. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Tratamento e Acompanhamento do Diabetes Mellitus. Rio de Janeiro: Diagraphic 2006.

ANEXO - PLANILHA DE COLETA DE DADOS

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1																		
ados para Cole	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1																	
	2																	
	3																	
	4																	
	5																	
	6																	
	7																	
	8																	
	9																	
	10																	
	11																	
	12																	
	13																	
	14																	
	15																	
	16																	
	17																	
	18																	
	19																	
	20																	
	21																	
	22																	
	23																	
	24																	

ANEXO - FICHA ESPELHO

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Data do ingresso no programa
/ /
Número do Prontuário: Cartão SUS
_____

Nome completo:
Data de nascimento: / /
Endereço:
Telefones de contato: / /
_____

Necessita de cuidador? ( ) Sim ( ) Não Nome do cuidador
_____

Tem HAS? ( ) Sim ( ) Não Tem DM? ( ) Sim ( ) Não Tem HAS e DM? ( ) Sim ( ) Não Há quanto tempo tem: HAS? DM? HAS e DM?
Foi realizada avaliação da necessidade de tratamento odontológico? ( ) Sim ( ) Não Data da primeira consulta odontológica / / Estatura: cm Perímetro Braquial: cm.

MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO

Data									
Posologia									
Hidroclorotiazida (25mg)									
Enalapril(10mg)									
Losartana(50mg)									
Captopril (25mg)									
Atenolol(50mg)									
Atenolol(25mg)									
Propranolol (40mg)									
Anlodipina(5mg)									
Anlodipina(10mg)									
Metformina(850mg)									
Glibenclamida(5mg)									
Insulina NPH									
Insulina regular									

FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS

Data									
Glicemia em jejum									
Hemoglobina glicosilada									
HGT									
Colesterol total									
HDL									
LDL									
Triglicerídeos									
Creatinina sérica									
QUE									
Infecção urinaria									
Proteinuria									
Corpos cetónicos									
Sedimento									
Microalbuminuria									
Proteinuria 24 h									
TSH									
Eletrocardiograma									
Hemoglobina									
Hematócrito									
VCM									
CHCM									
Plaquetas									

Data	Profissional que atendeu	Pressão arterial (mmhg)	Peso (Kg)	IMC (kg/m²)	Estratificação de risco		Exame dos pês (normal ou alterado)
					Framingham (Baixo /Moderado/Alto)	Lesões órgão alvo	

Exame físico (normal ou alterado)	Orientação nutricional	Orientação sobre atividade física	Orientação sobre tabagismo	Orientação sobre higiene bucal	Data da próxima consulta

GRUPO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

DA GUARDA

VISITA DOMICILIAR