BERNYS ROSA HERNÁNDEZ GUERRA

ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM ADULTOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS ADSCRITOS À REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE DA EQUIPE V, CRISSIUMAL

CRISSIUMAL
2018

BERNYS ROSA HERNÁNDEZ GUERRA

ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM ADULTOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS ADSCRITOS À REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE DA EQUIPE V, CRISSIUMAL

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: Lucas Mello Pioner

CRISSIUMAL

2018

RESUMO

Por meio do diagnóstico situacional da ESF V do município Crissiumal do ano 2017 foram identificados os seguintes problemas de saúde: em relação aos indicadores demográficos é relevante apontar que está acontecendo um processo de envelhecimento da população, alta prevalência na área das Doenças Crônicas não Transmissíveis como Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Doenças Mentais, assim como alta taxa de mortalidade por Doenças Cardiovasculares sendo estas a principal causa de morte do município Crissiumal. Tendo em conta todas essas situações, consideramos importante dirigir o Portfólio Final como uma ferramenta que possa melhorar a atenção à saúde dos pacientes hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência, para o qual foram desenhadas ações educativas tais como: capacitação dos profissionais da saúde da ESF V sobre os protocolos de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus presentes nos Cadernos de Atenção Básica de Hipertensão Arterial e de Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, ampliação da cobertura a hipertensos e/ou diabéticos, melhoria da qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos, melhoria da adesão de hipertensos e/ ou diabéticos ao programa, melhoria do registro das informações, mapeamento de hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e promoção da saúde de hipertensos e diabéticos.

Descritores: Atenção Primária, Fatores de risco, Prevenção de doenças, Promoção da Saúde.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 5
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO 8
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO..... 13
4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO 16
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA..... 20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS\ 22
ANEXO - PROJETO DE INTERVENÇÃO 24

1. INTRODUÇÃO

Graduada em Medicina pela Universidade de Ciências Médicas de Camaguey, Cuba, no ano 2011. Integro o Programa Mais Médico para o Brasil desde janeiro do ano 2017 e atuo como médica da Atenção Primária na Estratégia de Saúde da Família V do município Crissiumal, estado Rio Grande do Sul.

Crissiumal é um município de 14. 084 habitantes. A população cresce cerca de 0, 7 % por ano. Vale destacar o elevado percentual de pessoas com mais de 60 anos sendo este de 19.02, o que corresponde a 2679 pessoas, segundo dados do IBGE 2010. O município tem uma estrutura de saúde constituída na Atenção Primária por uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com cinco equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Além contamos com um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e Centro de Idosos. A cobertura de saúde do município em relação à atenção secundária é composta por um Hospital de Caridade onde são feitos exames laboratoriais de urgência, radiografias, ultrassonografias, além de serem atendidos os casos de urgência e emergência médica referida pela UBS.

Existem no município estruturas comunitárias disponíveis que fazem parcerias com as equipes para o melhor desenvolvimento do trabalho e que servem como rede de apoio, dentro das que posso citar: os Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS), Conselho Tutelar e Centros Educacionais, todas apoiam as equipes e em muitas ocasiões acompanham nas visitas às comunidades para fazer atendimentos integrais.

Minha unidade está localizada no bairro centro da cidade, porém atende área rural e urbana, com um total de quatro microáreas rurais e duas microáreas urbanas, representadas por um Agente Comunitário de Saúde para cada microárea. As microáreas rurais se caracterizam pela presença de terrenos montanhosos com estradas não asfaltadas que dificultam o acesso sobre tudo em tempo de chuva. A população total é de 2265 pessoas, distribuídas em 777 famílias (1).

A equipe de trabalho da ESF V está constituída por um médico geral, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma dentista e uma técnica odontológica.

Por meio do diagnóstico situacional da minha área de abrangência do ano 2017 foram identificados os seguintes problemas de saúde: em relação aos indicadores demográficos é relevante apontar que está acontecendo um processo de

envelhecimento da população, alta prevalência na área das Doenças Crônicas não Transmissíveis como Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Doenças Mentais, assim como alta taxa de mortalidade por Doenças Cardiovasculares sendo estas a principal causa de morte da minha área de atuação e do município Crissiumal. A realidade do número de hipertensos com 20 anos ou mais, residentes na área, corresponde a 399 pacientes, o que totaliza 31,3

% da estimativa feita a partir da distribuição da população por idade e sexo. O número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área corresponde a 44 pessoas, o que significa 3,4% da estimativa feita (2).

Durante as pesquisas realizadas, encontramos muitos hipertensos e diabéticos que ainda não estavam cadastrados nem diagnosticados, muitos deles com estilos de vida não saudáveis, assim como o desconhecimento de sua doença e das possíveis complicações, este problema está relacionado com diagnóstico tardio e o não seguimento adequado pelos profissionais da saúde. Tendo em conta todas essas situações, consideramos importante dirigir nosso Projeto de Intervenção (ver anexos) como uma ferramenta que possa melhorar a atenção à saúde dos pacientes hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência, para o qual foram desenhadas as seguintes ações educativas: capacitação dos profissionais da saúde da ESF V sobre os protocolos de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus presentes nos Cadernos de Atenção Básica de Hipertensão Arterial e de Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, ambos do ano 2013; estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática; capacitação dos ACS para realização de busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos; criação de planilha para registro de dados; contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, solicitando apoio para as estratégias que serão implementadas; atendimento clínico dos hipertensos e diabéticos; criação de grupos de hipertensos e diabéticos, cadastramento de todos os pacientes hipertensos e diabéticos de nossa área de saúde; desenvolvimento de folders explicativos para que serem entregados nos domicílios, treinando os ACS para o uso desse material; desenvolvimento de um questionário para ser aplicado pelos ACS às famílias de sua microárea, para pesquisa ativa de novos casos de hipertensos e diabéticos diagnosticados fora da UBS, treinando aos mesmos na sua aplicação; levantamento de quantos hipertensos e diabéticos já foram alcançados e identificar os que ainda não tiveram avaliação e nem orientações de saúde bucal; aplicação do

questionário pelos ACS nas microáreas e análises dos questionários já respondidos; levantamento de todos os dados obtidos para registrar na planilha; discutir com a equipe se houve melhoras e solicitar opiniões/ críticas/ sugestões para seguir melhorando; fazer uma análise final e levantamento dos dados para elaboração do informe final.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

O seguinte caso clínico faz referência aos fatores de risco da Hipertensão Arterial que se encontram presentes na população adulta da ESF V, assim como a intervenção da equipe de saúde na promoção e prevenção destes, contribuindo para evitar as complicações, que repercutem em maior custo econômico sobre a família e a sociedade.

ANAMNESE

- Nome: J.S.S.
- Idade: 68 anos Raça: Branca Sexo: Masculino
- Escolaridade: Ensino médio incompleto Religião: Católico
- Estado Civil: Casado Profissão: Aposentado Naturalidade: Crissiumal
- QUEIXA PRINCIPAL: Dor de cabeça

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: Paciente de 68 anos de idade, rastreado como suspeito de ser hipertenso durante a visita do agente comunitário de saúde. Foi agendado para uma consulta de enfermagem. Na consulta informou que sentia dores de cabeça há mais ou menos um mês na região frontal e occipital, de moderada intensidade, muito frequente (todos os dias), pulsátil, que alivia em ocasiões quando toma analgésicos. A dor acompanha-se de tonturas, visão turva, e barulhos nos ouvidos. A enfermeira confirmou a pressão arterial elevada de 150/100 mmHg e indicou aferir durante duas semanas, além de oferecer um caderno para preencher as aferições obtidas, encaminhou exames complementares e agendou consulta em 15 dias com o médico da equipe de saúde.

CONSULTA MÉDICA - Interrogatório Sintomatológico

Cabeça: Cefaleia em região frontal e occipital, pulsátil. Pescoço: Nega sintomas. Tórax: Nega dores nem dificuldade respiratória. Abdômen: Nega sintomas. Sistema Geniturinário: Nega sintomas. Sistema Endócrino: Nega sintomas. Coluna vertebral, ossos, articulações e extremidades: Nega sintomas. Sistema nervoso: Cefaleia, tonturas, diminuição da acuidade visual, barulho nos ouvidos.

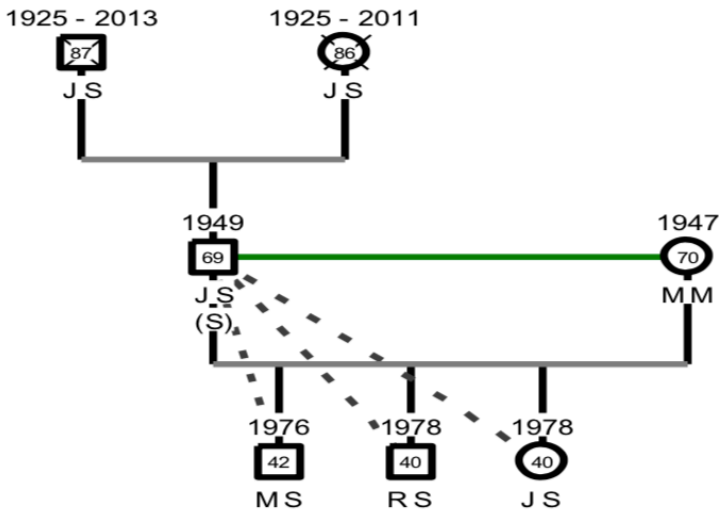
Antecedentes Pessoais

- Fisiológicos: Paciente produto dum parto normal. É filho único.
- Patológicos: Doenças da infância: (Catapora e Caxumba). Antecedente Cirúrgico: Nenhum.
- Medicamentos em uso: Nenhum.

Antecedentes Patológicos Familiares

Pai falecido: História de Hipertensão Arterial. Mãe falecida: História de Hipertensão Arterial.

Figura 1 – Genograma (Nomes fictícios)



Condições de Vida

Alimentação: Predomínio de carboidratos (farinhas, macarrão, pão) e carnes; não consome quase frutas e verduras porque diz que não gosta.

Habitação: Mora com sua esposa numa casa de cimento, com dois quartos, uma sala, cozinha e banheiro.

Agua corrente pela condutora de água da cidade. História ocupacional: Agora aposentado há três anos. Atividades físicas: Nenhuma.

Vícios: Nenhum.

Condições socioeconômicas: Tem salário de aposentado.

Vida conjugal e ajustamento familiar: Mora junto sua esposa M.S.M. de 70 anos de idade, eles têm três filhos que moram longe deles e o contato é mínimo, sendo que mantém um relacionamento distante.

História Psicossocial: Paciente que tem trabalhado durante 22 anos. Mantém bom relacionamento com os vizinhos e a comunidade em geral. Participa das atividades da vida diária e da comunidade.

EXAME FÍSICO

Somatoscopia: Paciente idoso em regular estado de saúde geral, lúcido, atitude voluntária, afebril, mucosas coradas e úmidas. Tecido adiposo aumentado.

Sinais Vitais:

- Temperatura 36,4ºC;
- Pressão arterial 160/100 mmHg
- Frequência cárdica 90 batimentos por minuto;
- Frequência respiratória 20 respirações por minuto
- Medidas Antropométricas: Altura/peso 1,60m/72 kg;

Índice de Massa Corporal (IMC) = 28,12 kg/m²; Perímetro da cintura: 72 cm.

Cabeça e pescoço: Sem deformidades aparentes; ausência de linfonomegalias retro auriculares e cervicais; tireoide de tamanho e consistência preservados; orofaringe normal; pulsos carotídeos presentes e normais.

Tórax Inspeção: Configuração normal, simétrico; respiração torácica, eupneia, amplitude normal. Ausência de abaulamentos, retrações, cicatrizes ou tiragem; Palpação: Expansibilidade normal, sem alterações; Percussão: Sem alterações; Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular normal, não tem estertores; Ausculta cardiovascular: Batimentos cardíacos rítmicos, sem sopros cardíacos. Abdômen: Inspeção: Plano, mole depressível, não dor; ausência de circulação colateral; Ausculta: Ruídos hidroaéreos normais; Percussão: Normal; Palpação: Não dor na palpação superficial nem profunda, sem visceromegalias e/ou massas. Extremidades: Simétricas, sem alterações; Palpação de pulsos braquiais, radiais, femorais, tibiais posteriores e pediosos sincrônicos. Adequado enchimento capilar.

Exames laboratoriais:

Hemoglobina: 15.4 g/dl, Glicemia: 89 mg/dl, Ureia: 38 mg/dl, Creatinina: 0,9mg/dl, Colesterol: 207, HDL: 34, LDL: 180, Triglicerídeos: 79 mg/d.

Hipótese diagnóstica: O paciente mostra o caderno de anotação dos valores pressóricos o qual apresenta em mais de duas medidas com intervalo de uma semana, valores de pressão arterial acima de 140/90 mmHg. Concordando com os critérios diagnósticos de Hipertensão Arterial que é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (3) diagnosticamos a nosso paciente com Hipertensão Essencial, segundo a classificação de pressão arterial para adultos maiores de 18 anos nosso paciente representa um estágio1.

Conduta:

Orientações gerais e educativas (Tratamento não medicamentoso)

- Alimentação saudável, rica em frutas e verduras, com pouca gordura.
- Evitar o sedentarismo.
- Realizar atividades físicas frequentemente: Fazer caminhadas por 30 minutos mínimo três vezes na semana.
- Evitar o consumo de bebidas alcoólicas.
- Estabelecer metas de controle de PA, de controle de peso em conjunto com o paciente.

Tratamento medicamentoso: Prescrever tratamento farmacológico baseados nos protocolos estabelecidos para Hipertensão e com o prévio consentimento do paciente, indicasse Hidroclorotiazida 25 mg tomar um comprimido ao dia, de uso contínuo e continuar monitoramento de sua pressão arterial por duas semanas mais, para reavaliar. Uso de Sinvastatina 40 mg tomar um comprimido ao dia e Ácido Acetilsalicílico 100 mg tomar 1 comprimido ao dia. Calcular risco cardiovascular (Neste

caso o resultado do cálculo foi 32%). Cadastrar e incorporar a nosso paciente no grupo de hipertensos para intercâmbio de experiências. Realizar eletrocardiograma e fundo de olho e encaminhar para a nutricionista. Fazer visita domiciliar para avaliar estilos de vida do paciente.

EVOLUÇÃO

O paciente foi incentivado a continuar aderido ao tratamento da Hipertensão. Logo de vinte dias o paciente retorna à consulta com evolução satisfatória, bom estado geral, relata que está se sentindo muito bem.

Eletrocardiograma: ritmo sinusal, frequência cardíaca de 87 batimentos por minuto, demais parâmetros dentro da normalidade.

Fundo de olho com resultados normais para sua idade; Exame Físico Significativo: PA 120/70 mmHg, peso 69 kg. Conduta:

Orientações gerais: Oriento sobre a importância de fazer adequadamente o tratamento para previr complicações. Vantagens de fazer atividades físicas no mínimo três vezes na semana como, por exemplo, caminhadas.

DISCUSSÃO

O paciente deste caso é sobrepeso, apresenta Índice de Massa Corpórea (IMC) = 28,12 kg/m² e é sedentário. Diagnosticado recentemente com Hipertensão Arterial, doença crónica não transmissível, que na maioria dos casos não desenvolve sintomas e precisa controle através de tratamento e acompanhamento médico.

É importante que a equipe multiprofissional que atende este paciente o incentive a realizar tratamento não medicamentoso, o qual pretende a mudança de estilos de vida mediante a prática diária de atividade física, manter um bom hábito alimentar, manutenção do peso adequado, diminuir o consumo de sal, não fumar, evitar consumo de bebidas com álcool e procurar aproveitar os momentos de prazer, pois este tipo de tratamento aumenta a eficácia do tratamento medicamentoso, além de reduzir a pressão arterial e por consequente o risco cardiovascular (4).

A equipe de saúde deve interagir com a família com o fim de provocar o envolvimento dos familiares do hipertenso na busca das metas a serem atingidas pelas modificações do estilo de vida.

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO.

Na introdução deste Portfólio foi descrito a situação de saúde atual do município de Crissiumal destacando-se o aumento da incidência e prevalência das Doenças Mentais, o qual está muito ligado ao processo de envelhecimento da população, devido a que este grupo populacional é muito susceptível de ser afetado tanto por agravos físicos assim como por agravos à saúde mental. Esta afirmação baseasse no conceito de envelhecimento oferecido pela Organização Pan- Americana de Saúde (OPAS): “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte” (OPAS/OMS, 2005) (5).

Eu cheguei ao Brasil para trabalhar no programa “Mais médicos para o Brasil” no mês de janeiro do ano 2017. Fui locada na ESF V do município Crissiumal, estado Rio Grande do Sul.

Fiquei muito impressionada com as dificuldades apresentadas pela equipe de trabalho para o atendimento à saúde mental do idoso. Por isso, um dos principais objetivos que eu me coloquei foi organizar e fortalecer o atendimento a este grupo especial.

Primeiramente nossa equipe concordou na necessidade de reunir-nos e apresentar de forma geral a problemática, contar com os pontos de olhar de cada integrante da equipe, fazer uma análise crítica e procurar uma estratégia inicial de atuação envolvendo a todos na sua aprovação e abordagem. A mesma consistiu em mapear toda a população idosa da área, sendo um dos responsáveis os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de cada microrregião e nossa enfermeira. Após do mapeamento, foi preciso agendar consultas dando prioridade a esta faixa etária nossa ESF (porta de entrada), além disso, durante o mapeamento se explicou a necessidade de levar toda a documentação que tinham de suas doenças. Começamos a identificar-nos como médico e equipe de saúde responsável pela saúde integral de cada um dos usuários, questão que foi bem aceita pela população, que gostaram do acolhimento por parte da equipe permitindo-nos continuar avançando no nosso dia a dia uma relação mais estreita (6). Devido a abordagem do idoso é um terreno fértil e muito bem

documentado pela bibliografia internacional, foi ameno organizar desde o ponto de vista prático essa abordagem, no primeiro momento das consultas foi feita anamneses ampla com o objetivo de abordar todos os aspetos da vida do idoso, incluindo sua esfera mental, logo se fez um exame físico geral e foram aplicadas a Avaliação Funcional Global, o Mini Exame do Estado Mental e a Escala de Depressão Geriátrica que serviram como instrumentos clínicos na detecção de agravos físicos e cognitivos assim como no posterior acompanhamento dos pacientes (7).

Feitas as consultas e apoiados nos relatórios, nos prontuários identificamos as patologias mais frequentes que adoecem nossa população idosa tendo muita relevância o elevado número de pacientes com depressão e demências o qual concordou com a bibliografia consultada (ABP, 2006) (8). Tivemos conhecimento do consumo excessivo de psicofármacos desta porcentagem da população por longos períodos de tempo sem reavaliação de nenhum profissional.

Após esta etapa inicial foram realizadas visitas domiciliarias aos pacientes, com incapacidade de assistir às consultas na ESF por causas como demência e outros problemas cognitivos e neurológicos; criando-se uma rede de apoio ao paciente e ao familiar para garantir os máximos recursos que estivessem a nossa alcance em quanto à capacitação dos cuidados, fornecimento de material de cura, foi facilitado o agendamento de consultas tanto para eles, como para seus familiares e de encaminhamentos para consultas especializadas.

Deu-se seguimento com a realização de outras ações de promoção e prevenção tais como a criação de grupos de saúde mental do idoso para a aplicação de terapia comunitária. Durante o funcionamento das terapias comunitárias, além de serem conferidas as receitas de uso controlado, fizemos palestras sobre a desvantagem do uso prolongado de psicofármacos e a necessidade da mudança desta postura assim como da importância da incorporação de estilos de vida saudáveis como são o hábito de leitura a prática de exercícios físicos. Além disso, em cada encontro foi avaliada a necessidade particular de cada paciente e prescrição de acordo as necessidades clínicas. O psicólogo da área foi inserido de forma positiva nestas ações o que permitiu ampliar as possibilidades de restabelecimento da saúde mental neste grupo populacional (9).

É válido destacar as transformações, mudanças e os ganhos obtidos após o planejamento das ações de saúde que foram desenvolvidas pela nossa equipe, desde nossa recepcionista que já conta com a capacitação adequada para a não aceitação

de receitas sem consulta atual feita, sendo capaz de “disciplinar” e acolher ao usuário; somando-se o bom trabalho de nossos ACS, enfermeira, técnica de enfermagem, dentista e auxiliar da dentista que diariamente reforçam e potencializam aos usuários a importância de ser avaliados e de quão importante é que cada um deles reconheça seus direitos aos cuidados de sua saúde de forma integral (10).

4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

Faz um ano e três meses eu comecei a trabalhar na ESF V, a primeira tarefa que fiz foi uma reunião de apresentação com a equipe de saúde para detalhar e conhecer as dificuldades no processo de trabalho. Solicitei aos ACS uma lista dos grupos vulneráveis como pacientes idosos, acamados, com doenças crônicas, crianças até dois anos de idade, gestantes, puérperas, pacientes com alterações da saúde mental, com sequelas motoras, com doenças malignas em etapa terminal e outros com problemas agudos de saúde. Desse jeito, identificamos o universo de pacientes que precisam de visitas domiciliares de forma permanente.

No município onde atuo existem cinco equipes de saúde e cada uma tem seu dia programado para realizar as visitas domiciliares devido ao transporte. A minha equipe realiza as visitas nas quintas-feiras no período da tarde e devido a que grande parte da população adscrito à ESF V reside na zona rural somos dependentes do transporte da Secretaria de Saúde.

Uma das atividades mais importantes de nosso trabalho é a visita domiciliar, pois permite conhecer o processo de desenvolvimento das famílias e da comunidade no próprio lugar onde estão inseridas, com suas potencialidades e debilidades. Além disso, através da visita podemos descobrir e analisar os fatores de risco de doenças que atingem nossa população, fazer busca ativa de doenças como HAS, Hanseníase, Dengue, entre outras. Também é a forma de garantir um dos principais atributos do SUS, o acesso aos serviços de saúde da atenção primária em pacientes incapacitados ou com mobilidade reduzida (11).

Os ACS são os integrantes da equipe de saúde que moram mais perto dos pacientes e estão em constante relacionamento com eles e conhecem melhor os problemas de saúde da sua área de abrangência, tendo um papel de muita importância no processo da visita domiciliar. Eles são os encargados do agendamento da maior parte das visitas domiciliares.

Sempre utilizamos critérios de prioridade para o agendamento da visita, priorizando os casos mais complexos e tendo em conta o princípio da equidade, ou seja, maior atendimento para os casos mais necessitados. Nas reuniões semanais da equipe de saúde, fazemos o planejamento das visitas domiciliares, escutando os critérios de todos os integrantes da equipe. Além dos grupos vulneráveis já mencionados, colocamos no plano das visitas domiciliares outros pacientes como são

as mulheres que não concorrem às consultas de pré-natal e puericultura; mulheres que não cumprem o calendário de realização do exame citopatológico; mulheres em período de amenorreia e que ainda não começaram o pré-natal; pacientes que precisam de curativos e não podem acudir ao posto de saúde, etc.

No âmbito da visita domiciliar, sempre avisamos com antecedência à família para que o paciente este preparado no momento da visita para desse modo fazer nosso trabalho mais rápido e poder avaliar a maior quantidade de pacientes possíveis. Fazemos uma avaliação integral dos pacientes e seu entorno, e cada integrante da equipe aporta seus conhecimentos e experiências. Sempre tratamos de que o paciente e a família participem da toma de decisões o qual é muito importante para uma correta relação médico-paciente e para obter mudanças importantes nos estilos de vida desfavoráveis, além de facilitar uma melhor adesão aos tratamentos. Também realizamos atividades de educação para a saúde e capacitamos às famílias no cuidado dos pacientes. Fazemos, além disso, atividades para transformar a dinâmica familiar naquelas famílias com dificuldades para a convivência. De este modo a visita domiciliar termina com sucesso e cumpre com os objetivos propostos (12).

A visita domiciliar permite-nos observar a realidade do paciente em seu domicílio, seu contexto familiar, sempre tratando de desenvolver as habilidades de comunicação no processo de relacionamento com os pacientes, por exemplo, cumprimentar, escutar com atenção tudo o que eles têm que falar sem interromper para que complete sua ideia e desta maneira não esqueçam algum elemento importante da conversa e falar com uma linguagem clara para que possam compreender (13).

Serão descritas diferentes situações a continuação, onde a visita domiciliar foi uma estratégia de intervenção da equipe da ESF V necessária para provocar mudanças nas famílias alvos:

A senhora M. V.O, de 25 anos não gostava de amamentar a sua filha de dois meses e começou precocemente a introduzir fórmulas artificiais de leite e outros alimentos, pois ela achava que sua filha sempre ficava com fome porque chorava de mais depois de amamenta-la. Além disso, a criança apresentou vários episódios de diarreias. Foi difícil convencê-la de que sua opinião estava errada. Ela e seu esposo estavam desempregados e gastavam dinheiro comprando leite artificial. Colocamos sua família no plano preferencial das visitas domiciliares que logo foram feitas pela equipe com participação da Nutricionista. Com muita perseverança de nossa parte,

logramos conscientizá-la e ela aceitou nossas recomendações e retomou a prática do aleitamento materno exclusivo e compreendeu as vantagens para sua saúde e de sua filha de praticar o aleitamento materno.

O senhor M. S.O, de 75 anos, com HAS, sempre apresentava níveis elevados de pressão sanguínea. Ele explicava que fazia o tratamento certo. Mas na visita domiciliar foi onde descobrimos que isto não era verdade. Seus medicamentos eram trocados constantemente de dose, pois ele ficava sozinho o dia inteiro e não tinha acompanhamento pela sua família, a filha dele ficava a maior parte do tempo em casa de suas amigas e não se preocupava de acompanha-lo. Depois de algumas intervenções educativas em diferentes visitas domiciliares, obtemos uma correta adesão ao tratamento e a filha começou a acompanhar ele, tendo o sucesso desejado com este paciente.

A senhora M. B.N, de 65 anos de idade, é portadora de Diabetes e tem algumas complicações como cegueira por retinopatia diabética e pê diabético (esquerdo). Ela é uma paciente que não cumpre as orientações que constantemente fornece nossa equipe de saúde. Temos colocada ela no plano de atendimento contínuo domiciliar e visitamos muito frequentemente sua casa. Mora com vários integrantes de sua família, mas não acompanham no tratamento. Usa insulina de forma muito irregular, não toma os comprimidos de Glibenclamida e não faz a dieta prescrita pelo Nutricionista. Sua Glicemia nunca fica por embaixo de 300 mg/dl. Consideramo-la o caso de mais difícil acompanhamento da nossa unidade de saúde e foi traçada a tarefa de começar a brindar assistência domiciliar à paciente. Foi necessário encontrar um cuidador que resultou ser uma filha da paciente que trabalhava na prefeitura a qual ficou comprometida com o processo. A paciente foi avaliada com o pessoal de saúde mental (Psicologia), com Endocrinologia, Angiologia e Nutricionista. A participação dum cuidador no acompanhamento regular do tratamento da paciente teve como desfecho a melhoria do estado de saúde atual da paciente. A nossa equipe continuou o acompanhamento dela, fornecendo atendimento com qualidade, além de responsabilizar a família nas ações de saúde, não só ao cuidador, com a finalidade da coparticipação do processo de cuidados e a compreensão da sua função determinante nesse processo. A equipe de saúde constitui o apoio principal e nunca substitui a família na responsabilidade de cuidado dos pacientes (14).

Estes são vários exemplos que demostram a grande importância das visitas domiciliares para prevenir e controlar as doenças, assim como para elaborar

estratégias no âmbito da saúde comunitária, encaminhadas a elevar a qualidade de vida de nossos pacientes e diminuir os riscos de doenças e agravos à saúde. Considero que os eixos fundamentais nestes labores são as atividades de educação em saúde (promoção e prevenção).

Atualmente a nossa população tem uma boa opinião de nosso trabalho, reconhecendo os esforços que realiza a equipe de saúde para brindar um atendimento com qualidade nas visitas domiciliares e sempre falando muito favoravelmente das mudanças satisfatórias na organização e desenvolvimento dessa atividade. Temos estabelecida uma correta relação equipe de saúde- comunidade, o qual faz mais fácil nosso trabalho.

Garantir a acessibilidade ao Sistema de Saúde e a longitudinalidade do cuidado de nossos pacientes são objetivos fundamentais do nosso acionar diário, pela importância do nível de Atenção Primária como porta de entrada ao Sistema de Saúde. A visita domiciliar é de muita importância para os pacientes que estão impossibilitados de receber atendimento nas unidades de saúde, possam acessar sem dificuldade a estes serviços, com igualdade de direitos, e com o princípio da equidade como bandeira.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

O presente Curso de Especialização em Saúde da Família tem sido de muito apoio na minha atuação como profissional da Atenção Básica no Programa Mais Médicos para o Brasil, além de haver sido uma experiência nova e um reto superar as barreiras do idioma contribuindo positivamente na melhora da comunicação com minha equipe de trabalho e com a população em geral.

Durante o transcurso de ambos os eixos fui adquirindo conhecimentos e habilidades que me permitiram a aplicação dos princípios do SUS e brindar uma atenção de maior qualidade, integralidade e resolutividade no município de Crissiumal. Vale ressaltar que a interação com os tutores e com os colegas da turma, além de servir para compartilhar experiências, me ajudou a visualizar as diferentes realidades vivenciadas nos diferentes municípios de Rio Grande do Sul.

Resultou muito interessante a posta em prática do código de ética médica no ganho da confiança da equipe de trabalho e da população, assim como a aplicação de numerosas ferramentas tais como o método clínico centrado na pessoa, a abordagem familiar, as dinâmicas de grupo, a elaboração da agenda de trabalho, realização de reuniões da equipe, entre tantas outras que me possibilitaram um trabalho mais organizado e com desfechos satisfatórios na comunidade.

Também foi possível a aplicação dum projeto de intervenção nos pacientes hipertensos e diabéticos da minha área de abrangência que resultou ser uma experiência maravilhosa que deu cumprimento aos objetivos traçados, evidenciando-se a melhoria na qualidade da atenção destes pacientes pela equipe de saúde da ESF V, mediante a ampliação da cobertura do atendimento, a adesão ao programa, o registro das informações no e-SUS assim como o mapeamento do risco para doença cardiovascular do 100 por cento dos pacientes alvos.

O uso da tecnologia constituiu um verdadeiro desafio durante a trajetória do curso que provocou mudanças no meu desempenho como profissional da saúde promovendo autonomia e princípios de autocontrole e responsabilidade, tendo prioridade a utilização dos sistemas de informação do que dispõe a Atenção Básica pelos integrantes da equipe, destacando-se o uso do prontuário electrónico do cidadão para a coleta dos dados que a sua vez geram informações para alimentar os grandes sistemas de informação nacionais como o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), Sistema de Informação

de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação de Mortalidade, entre outros. O desenvolvimento dos casos clínicos durante o Eixo 2 foi uma etapa muito decisiva que precisou da aplicação dos conhecimentos adquiridos no Eixo 1 assim como do apoio da minha equipe de trabalho para levar a nossa realidade muitas das sugestões oferecidas pelos colegas e tutor durante os fóruns realizados.

Acredito que a participação no Curso de Especialização, assim como a realização deste Portfólio tem sido muito importante para mim no desenvolvimento dum bom desempenho além de oferecer-me novas ferramentas que me permitiram manter o foco de atenção na promoção e prevenção da saúde da minha população o que trouxe mudanças já detectáveis. A minha superação como profissional da saúde não termina ainda, pois o caminho a transitar é longo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS\

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 1993. Acesso: 22/11/2017. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/crissiumal/panorama.

PORTAL DO DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Acesso 22/11/2017. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php.

Caderno de Atenção Básica No. 37. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crónica. Hipertensão Arterial Sistémica. Brasília – DF, 2013.

III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. Arquivos Brasileiros Endocrinologia & Metabologia. V. 43, n.4, p. 257-286, agosto 1999.

Organização Panamericana de Saúde /Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília. Organização Pan-Americana de Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf

Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria GM/MS N° 2528 de 19 de outubro de 20: aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília (DF); 2006.

Morris JC, Heyman A, Mohs RC, et al. The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer·s Disease (CERAD). Part I: Clinical and neuropsychological assessment for Alzheimer·s disease. Neurology 1989; 39:1159-1165.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). Diretrizes para um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_assit_integral_final.pdf

Ferreira Filha MO, Dias MD, Andrade FB, Alves TT. Terapia Comunitária: principais problemas e estratégias de enfrentamento de seus participantes. In: Grandesso M,

Barreto MR. Terapia Comunitária: Tecendo redes para a transformação social, saúde, educação e políticas públicas. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo; 2007. p. 295-300.

Nickels MW, McIntyre JS. A model for psychiatric services in primary care settings. Psychiatr Serv. 1996;47(5):522-6.

Nogueira MJC, Fonseca RMGS. A visita domiciliar como método de assistência em enfermagem da família. Rev Esc Enferm USP. 1997; 11(1) :28-50.

Drulla AG, Alexandre AMC, Rubel FI, Mazza VA. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. Cogitare Enferm. 2009;14(4):667-74.

Azeredo CM, Cotta RMM, Schott M, Maia TM, Marques ES. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do

Programa de Saúde da Família. Ciênc Saúde Coletiva. 2007;12(3):743-53.
Giacomozzi CM, Lacerda MR. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. Texto Contexto Enferm. 2006;15(4):645-53.

ANEXO - PROJETO DE INTERVENÇÃO

BERNYS ROSA HERNÁNDEZ GUERRA

MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DOS PACIENTES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS, NA ESF 5, CRISSIUMAL.

CRISSIUMAL

2017

1. INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Não há uma causa única para essas doenças, mas vários fatores de risco, que aumentam a probabilidade de sua ocorrência. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário, em nível nacional. Com frequência, essas doenças levam à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o paciente, sua família e a sociedade. Neste sentido, as ações programáticas são medidas de promoção de saúde e de prevenção destas doenças, proteção específica contra os fatores de riscos que as caracterizam, o diagnóstico precoce e tratamento imediato delas e das respectivas complicações e reabilitação de indivíduos com incapacidades (Caderno de Atenção Básica No. 36 e 37).

A ESF5 conta com a seguinte estrutura física: sala de espera, sala de procedimentos da enfermagem, um consultório médico, um consultório odontológico, sala de vacinação, sala de esterilização, cozinha e lavanderia. Os recursos humanos são: 1 médica do Programa Mais Médicos Para o Brasil, 1 cirurgiã-dentista, 1 auxiliar de saúde bucal, 1 enfermeira, 1 técnica em enfermagem, 1 auxiliar de serviços gerais e 6 agentes comunitários de saúde. A ESF 5 atende uma população de 2265 habitantes.

A realidade do número de hipertensos com 20 anos ou mais, residentes na área, corresponde a 399 pacientes, o que totaliza 31,3 % da estimativa feita a partir da distribuição da população por idade e sexo. O número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área corresponde a 44 pessoas, o que significa 3,4% da estimativa feita. A cobertura de atendimento chega a cada um dos pacientes anteriormente representados. Para eles foi planejado uma frequência mínima de acompanhamento de 3 consultas (cada 4 meses), podendo uma delas ser feita através de visita domiciliar. Para a promoção da saúde deste grupo de pacientes foram criados grupos de hipertensos e diabéticos em cada uma das microáreas, e foram feitas palestras motivacionais as quais muito foram muito bem recebidas pelos usuários. Esta intervenção é importante no contexto de minha ESF porque a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus representam dois dos principais fatores de

riscos para as doenças cardiovasculares sendo estas a principal causa de morte de nossa área de abrangência e do município Crissiumal. A hipertensão afeta de 22% a 44% da população brasileira adulta com mais de

20 anos e a diabetes mellitus estima-se 4,6 % da população nacional. Os dados compilados de nossa população vêm ao encontro das estatísticas nacionais antes mencionadas (Caderno de Atenção Básica No. 36 e 37). Dada esta importância a equipe cadastrou em sua totalidade os pacientes com estas duas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e também são realizados trabalhos dirigidos de promoção e prevenção para melhorar a qualidade de vida dos afetados pelas doenças pesquisadas. São 443 usuários atendidos, divididos em seis grupos. Tem-se seis agentes comunitárias que atuam em regiões diferentes da área de atendimento do posto. Cada agente possui um grupo, que é atendido em uma quinta-feira de cada mês.

A cada mês, um profissional da saúde trabalha assuntos diferentes com o grupo. Além da troca de experiências, orientações, os usuários tiram as dúvidas que muitas vezes não surgem durante as consultas médicas e ainda passam por uma série de testes que servem de apoio para a equipe, como aferição da pressão e medição da glicemia. Em cada encontro um profissional da saúde da equipe realiza uma atividade com esses grupos.

Avaliando os aspectos do processo de trabalho em relação à HAS e DM considero que poderiam ser melhoradas as ações de pesquisa ativa na população maior de 20 anos e chegar mais perto especificamente naquelas que tem fatores de riscos.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção à saúde dos pacientes hipertensos e diabéticos, na ESF 5, Crissiumal, RS.

2.2 Objetivos Específicos

- Ampliar a cobertura a 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 melhoria da saúde de hipertensos e diabéticos.

3. REVISÃO DE LITERATURA

HIPERTENSÃO ARTERIAL

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA ≥140 x 90mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração), ocorrendo a maioria delas em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos (WILLIAMS, 2010).

Apesar de apresentar uma redução significativa nos últimos anos, as DCVs têm sido a principal causa de morte no Brasil. Entre os anos de 1996 e 2007, a mortalidade por doença cardíaca isquêmica e cerebrovascular diminuiu 26% e 32%, respectivamente. No entanto, a mortalidade por doença cardíaca hipertensiva cresceu 11%, fazendo aumentar para 13% o total de mortes atribuíveis a doenças cardiovasculares em 2007 (SCHMIDT et al., 2011).

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrito, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. 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 (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2009).

DIABETES MELLITUS

O termo “diabetes mellitus” (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999). O DM vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009).

É estimado que o Brasil passe da 8ª posição, com prevalência de 4,6%, em 2000, para a 6ª posição, 11,3%, em 2030. Os fatores de risco relacionados aos hábitos alimentares e estilo de vida da população estão associados a este incremento na carga de diabetes globalmente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

No Brasil, um estudo realizado em Cuiabá/MT (FERREIRA; FERREIRA, 2009) descreveu as características epidemiológicas de 7.938 pessoas com DM atendidas na rede pública entre 2002 e 2006. Os principais fatores de risco cardiovasculares identificados foram: sobrepeso, sedentarismo e antecedentes familiares cardiovasculares. Mais de 80% dessas pessoas também eram hipertensas. O infarto agudo do miocárdio (IAM) foi a complicação mais frequentemente observada. Outro resultado importante foi a identificação de que o usuário, quando chega na Unidade Básica de Saúde (UBS), já apresenta sinais de estágio avançado da doença, o que demonstra, entre outros fatores, as dificuldades de diagnóstico precoce e ações de prevenção primária e secundária.

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo Clínico de Intervenção, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos pacientes hipertensos e diabéticos, na ESF 5, Crissiumal, RS. Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão e Diabetes Mellitus, vamos adotar os Cadernos de Atenção Básica de Hipertensão Arterial e o Caderno de Atenção Básica de Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, ambos do ano 2013. Utilizaremos o prontuário individual do paciente, o prontuário não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal e dados relativos a classificação do risco de cada um dos pacientes com estas patologias; mas será elaborado um novo prontuário individual que complemente o anterior para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção. Estimamos alcançar com a intervenção o 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência.

Para organizar o registro especifico do programa, a enfermeira com ajuda da técnica de enfermagem e as agentes comunitárias, fará um livro de registro identificando todos os pacientes que vieram ao serviço para consulta de acompanhamento nos últimos 4 meses. Localizará os prontuários destes pacientes, ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas e exames clínicos e laboratoriais em atraso.

Começaremos a intervenção com a capacitação da equipe sobre os cadernos de atenção básica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, para que cada um dos integrantes da equipe utilize esta referência na atenção aos pacientes hipertensos e diabéticos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada uma hora nas quartas-feiras, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte dos cadernos e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

O acolhimento dos pacientes hipertensos e diabéticos que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem. Pacientes com manifestações clínicas de uma das duas patologias, na primeira vez, serão atendidos no mesmo turno para ampliar a captação destas doenças; pacientes com problemas agudos destas patologias serão atendidos no mesmo turno com caráter prioritário para agilizar o tratamento de intercorrências, nas consultas disponíveis para pronto atendimento; pacientes que buscam consulta de acompanhamento de rotina terão prioridade no

agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que três dias, e os que vierem à consulta programada sairão da UBS com a próxima consulta agendada.

Faremos contato com associação de moradores e com os representantes das diferentes microáreas de nossa comunidade e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância de: ampliar a cobertura de atendimento a hipertensos e/ou diabéticos, melhorar a qualidade da atenção dos mesmos e sua adesão ao programa, identificar aos que tem risco para doenças cardiovasculares e promover a saúde deste grupo tão vulnerável. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de hipertensos e diabéticos, e sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Semanalmente a enfermeira examinará os prontuários dos pacientes hipertensos e diabéticos identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos ou laboratoriais em atraso. As agentes comunitárias de saúde faram busca ativa de todos os pacientes em atraso, estima-se 10 hipertensos e 10 diabéticos por semana totalizando 40 hipertensos e 40 diabéticos por mês. Ao fazer a busca já agendará o paciente para um horário de sua conveniência.

O odontólogo da equipe fará treinamentos com a equipe, uma vez por semana, com o objetivo de fornecer informações sobre a avaliação bucal adequada dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos. Assim, os profissionais que prestam assistência direta a estes pacientes, ou seja, médico e enfermeiro, durante as consultas farão a avaliação odontológica destes pacientes e, aqueles que tiverem necessidade de tratamento ou de uma avaliação mais criteriosa, serão encaminhados para o odontólogo. A equipe buscará parcerias na comunidade para demandar, junto aos gestores municipais, a garantia de mais recursos material e humano na disponibilização do atendimento de odontologia.

Com ajuda da nutricionista da UBS orientaremos os pacientes hipertensos e diabéticos, além de seus familiares sobre a importância da alimentação saudável. Durante as consultas, identificaremos os pacientes que têm mais propensão às complicações futuras relacionadas à hipertensão e/ou diabetes e estes serão encaminhados para acompanhamento com a nutricionista, a qual disponibilizará, semanalmente, 08 vagas para pacientes hipertensos e 03 para pacientes diabéticos. Em relação às orientações sobre a importância da atividade física regular, a equipe realizará estas orientações durante palestras, salas de espera e consulta individual.

5. CRONOGRAMA

Ações	UL	GO	ET	UT	OV
Capacitação dos profissionais da saúde da UBS sobre os protocolos de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.					
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática.					
Capacitação das ACS para realização de busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos.					
Criação de planilha para registro de dados.					
Contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, solicitando apoio para as estratégias que serão implementadas.					
Atendim cl hiperte ento ínico os nsos diabético s.					
Grupos de hipertensos e diabéticos.					
Cadastramento de todos os pacientes hipertensos e diabéticos de nossa área de saúde.					

Desenvolver folders explicativos para que serem entregados nos domicílios, treinando as ACS para o uso desse material.		X			
Monitoramento da intervenção.		X			
Desenvolver um questionário para que as ACS apliquem às famílias de seu micro área para a pesquisa ativa de novos casos de hipertensos e diabéticos diagnosticados fora da UBS, treinando as mesmas na sua aplicação.		X			
Fazer um levantamento de quantos hipertensos e diabéticos já foram alcançados, e ver os que ainda não tiveram avaliação e nem orientações de saúde bucal.		X			
Aplicação do questionário pelas ACS nas microáreas.		X			
Analisar os questionários já respondidos, que foram entregados aos ACS no mês de agosto.					
Fazer um levantamento de todos os dados obtidos, para registrar nessa planilha.					
Discutir com a equipe se ouve melhoras, e solicitar opiniões/ críticas/ sugestões para seguir melhorando.					
Fazer uma análise final e o levantamento dos dados.					
Elaboração do informe final.					

6. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Cadernos de Atenção Básica de Hipertensão Arterial e o Caderno de Atenção Básica de Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde do ano 2013;
- Prontuário individual do paciente;
- Sala para realização de grupos;
- Balança;
- Esfignomanômetros;
- Glicômetros e fitas de glicemia;
- Requisição para exames laboratoriais;
- Profissionais Médico, Enfermeiro, Téc. /Aux. Enfermagem, ACS Odontologista, Nutricionista;

7. RESULTADOS ESPERADOS

- Cadastrar 100% dos hipertensos e dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos.
- Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.
- Encontrar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.
- Preencher ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.
- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.
- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 2009.

Caderno de Atenção Básica No. 37. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crónica. Hipertensão Arterial Sistémica. Brasília – DF, 2013.

Caderno de Atenção Básica No. 36. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crónica. Diabetes Mellitus. Brasília – DF, 2013.

FERREIRA, Celma Lúcia Rocha Alves; FERREIRA, Márcia Gonçalves. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde: análise a partir do sistema HiperDia. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia, v. 53, n. 1, p. 80-86, 2009. Doi: <10.1590/S0004-27302009000100012>.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Serviço de Saúde Comunitária. Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação em Ações de Saúde. Doenças e agravos não transmissíveis. Ação programática para reorganização da atenção a pessoas com hipertensão, diabetes mellitus e outros fatores de risco para doenças cardiovasculares no SSC-GHC. Porto Alegre: [s.n.], 2009. Disponível em: <http://www. ghc.com.br/unidades/saudecomunitaria>. Aceso em: 10 out. 2012.
Versão 2.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. The Lancet, London, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, jun. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. Journal of the American College of Cardiology, New York, v. 55, n. 1, p. 66-73, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: WHO, 1999.