

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE – UFCSPA

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS



TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO: PORTFÓLIO

Liliana López Comptis.

PORTO ALEGRE, 2018

TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO: PORTFÓLIO

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Ciências de Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNASUS), sob a tutoria do Professor Bruno Pereira Stelet, médico de família e comunidade como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família

PORTO ALEGRE, 2018

SUMÁRIO

1. Introdução	4
2. Estudo de caso clínico.....	6
3. Promoção da saúde e prevenção de doenças.	10
4. Visita domiciliar:	13
5. Reflexão conclusiva	16
6. Referências bibliográficas.	18
7. Anexos... ..	20
7.1: Projeto de intervenção	20

1.INTRODUÇÃO DO PORTFÓLIO

Graduada em Medicina na Universidade de Holguín, Cuba, no ano de 2012. Minha primeira experiência profissional foi trabalhando na atenção primária como médica de família em uma policlínica da mesma cidade antes citada. A partir do mês de Janeiro do ano 2017 comecei a trabalhar no Programa Mais Médicos para o Brasil na Unidade Básica de Saúde (UBS) Paulo Cardoso Dora, no município de Camaquã no Estado do Rio Grande do Sul.

O município de Camaquã está localizado à margem direita da Lagoa dos Patos, e a margem esquerda do Rio de Camaquã, distante 127 km de Porto Alegre, 125 km de Pelotas e 180 km do superporto de Rio Grande, na rota do Mercosul. Tem 62.723 habitantes. A economia do município é baseada principalmente na agricultura, produção de arroz, soja e cultivo de fumo, a maior empresa da cidade é Santa Lúcia / Blue Ville a qual trabalha com o preparo, armazenamento e distribuição do arroz e suas diversificações.

O município possui quatro UBS tradicionais em que estão distribuídos oito médicos que fazem parte do Programa Mais Médicos para o Brasil. Nenhuma das UBS possui a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e nem Agentes Comunitários de Saúde (ACS), contamos também com o Hospital Nossa Senhora Aparecida que possui 149 leitos, desses 122 SUS e 27 convênios e particulares, junto à ele uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas que não é suficiente para o atendimento de toda a população.

A UBS Paulo Cardoso Dora está situada na periferia da cidade, no bairro Carvalho Bastos, em uma área mista (urbana e rural) sem área de abrangência definida. Disponibiliza consulta com clínico geral todos os dias da semana. Entretanto, conta com os serviços do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) composto por assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, acupunturista, ginecologista, pediatra, psiquiatra, nutricionista, psicólogo, educador físico e terapeuta ocupacional.

A disponibilidade das consultas com especialistas no município é insuficiente e, além disso, as mesmas demoram muitos meses até um ano para que os usuários recebam atendimento. Além da demora da realização das consultas, os exames também, muitas vezes, levam de 2 a 3 meses para que sejam realizados e outros exames mais complexos, por exemplo, Tomografias Computadorizadas, Ressonâncias Magnéticas, chegam até 2 anos de espera. Não tem vínculos com as instituições de ensino devido a não ter área de abrangência definida. As doenças crônicas de maior prevalência são Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

Entretanto, o Projeto de Intervenção pode ser consultado nos Anexos deste Portfólio, trata a respeito da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, ambos, temas de vital importância pelo elevado número de pacientes com estas doenças em nossa unidade, muitos não são cadastrados, não tem um controle adequado, não conhecem as complicações de suas doenças, por isso a importância do projeto, pois aumentando o cadastro podemos modificar estilos de vida e evitar complicações que aumentem a morbimortalidade na população referenciada.

2. Estudo de caso clínico

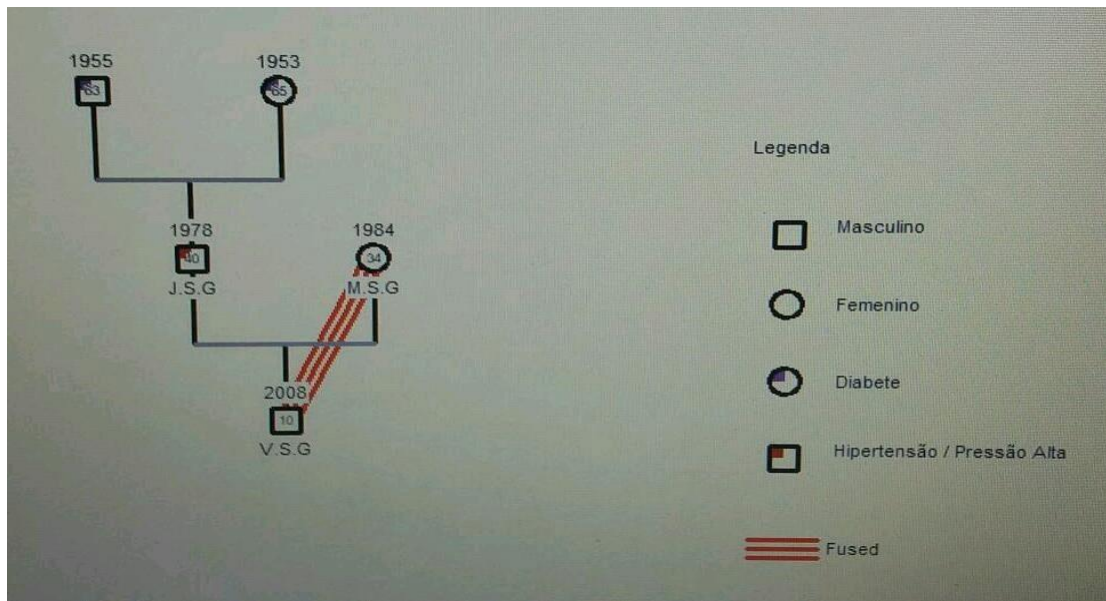
Dentre as doenças mais frequentes nesta população são as doenças crônicas não transmissíveis como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). O principal problema enfrentado na atenção aos pacientes já diagnosticados, é que não são cadastrados na unidade e consequência disso não possuem um acompanhamento adequado.

Relato de Caso

Paciente J.S.G, 40 anos, casado, motorista, pai de V.S.G, 10 anos de idade, residentes no bairro Ouro Verde, situado na periferia do Município de Camaquã. Veio até a unidade solicitando renovar a prescrição do tratamento para HAS.

Divide residência com sua esposa M.S.G, seus pais e seu filho em casa alvenaria, com banheiro interno, fossa séptica e diversos animais (cães e gatos). M.S.G, 34 anos, é dona de casa, esta grávida de 10 semanas, a mesma já tem consulta agendada para dar início à atenção pré-natal, tem uma boa relação com seu filho. V.S.G., o qual não possui antecedentes de doenças pregressas. Sua mãe de 65 anos é diabética há 5 anos, porém ignora a importância do tratamento, e não faz uso regular dos medicamentos para DM. Seu pai de 63 anos é diabético há 6 anos, o mesmo vem conseguindo manter níveis glicêmicos satisfatórios devido à medidas higiênico-dietéticas.

Genograma



Na consulta ao realizar a anamnese informou que tinha HAS há mais de 8 anos, com tratamento com Captopril 25 mg/dia e que havia parado de tomar por sugestão da sua mãe, pois ela achava que havia muito tempo tomando o fármaco. Atualmente ele refere a intenção de retornar o uso da medicação. Ao questionar J.S.G, refere que é tabagista há aproximadamente 25 anos (½ maço/dia), sua alimentação é rica em sódio e lipídios, sedentário e não realiza exames laboratoriais há aproximadamente dois anos.

Ao Exame Físico: na inspeção, sem alterações, ausculta cardíaca e respiratória sem alterações, Pressão Arterial Sistêmica 170/100mmHg, Frequência cardíaca 90bpm, palpação do abdômen sem alterações.

Frente a tal falta de conhecimento do paciente, iniciei uma longa conversa abordando sobre a importância de hábitos alimentares saudáveis. Enfatizando aumentar o consumo de frutas, legumes, verduras, cereais integrais e leguminosas (feijões), limitar a ingestão de açúcar livre, limitar a ingestão energética procedente de carboidratos, substituir as gorduras saturadas por insaturadas e eliminar as gorduras trans (Hidrogenadas) assim como limitar a ingestão de sal (sódio) de toda procedência.(OMS,2003)

Abordei sobre os malefícios do tabagismo explicando que o hábito aumenta o risco de complicações cardiovasculares secundárias em hipertensos e que aumenta a progressão da insuficiência renal. Além disso, cessar o tabagismo pode diminuir rapidamente o risco de doença coronária entre 35% e 40%. (FERREIRA et al.,2009)

Expliquei que as atividades físicas precisam fazer parte do dia a dia, incorporando aos poucos atividades segundo seus interesses, necessidades e limitações. Que no caso dele a pressão arterial sistólica esta superior a 160mmHg, não é recomendado que realize atividades físicas intensas ou anaeróbicas, sugeri realizar atividades leves e de relaxamento.(DICKINSON et al, 2008)

Orientei realizar a rotina complementar mínima: Electrocardiograma, Dosagem de Glicose, Dosagem de Colesterol total, Dosagem de Colesterol HDL, Dosagem de Triglicérides, Calculo do LDL= Colesterol total – HDL colesterol - (Triglicérides/5); Dosagem de creatinina; Dosagem de potássio, Análise de caracteres físicos, elementos e sedimentos na urina (Urina tipo 1); Fundoscopia. Orientei sobre a importância de realizar estes exames com uma periodicidade anual.(JOBIM,2008)

Prescrevi novamente o Captopril 25 mg/dia, associado com a Hidroclorotiazida 25 mg/dia, pois como os níveis pressóricos se enquadram no estágio 2, o tratamento medicamentoso pode ser iniciado com dois anti-hipertensivos em doses baixas simultaneamente. (GUSSO, 2012)

Ao ser abordado com estas informações, J.S.G, reagiu com incredulidade, afirmando não ser preciso realizar tantas mudanças em sua vida. Aproveitei a oportunidade explicando que a HAS pode ter como complicações o Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente vascular encefálico, diminuição da função renal, entre outras, por isso a importância de seguir as orientações antes pautadas.

Solicitei que J.S.G compartilhasse tais informações para com sua família, me colocando à disposição para sanar dúvidas.

Finalizei a consulta orientando aferições da pressão arterial na unidade de saúde, se possível até a primeira consulta médica de reavaliação do tratamento, sendo que a mesma não deverá ultrapassar 30 dias.
(RAINFORTH,2007)

3. Promoção, educação e prevenção de saúde.

Atenção ao pré-natal.

O cenário da intervenção não é uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) convencional, a equipe esta composta por uma médica, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem, porém não possuímos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), realizamos visitas periódicas, atendimentos e atividades de prevenção, promoção e educação em saúde elaboradas pela própria UBS.

A atenção pré-natal tem como principal objetivo acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando no fim da gestação o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal. Devendo ser a Unidade Básica de Saúde (UBS) a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde e o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal, fundamentalmente durante a gravidez.(BRASIL,2005)

As equipes das UBS devem realizar o pré-natal, provendo cuidado contínuo no período gestacional, os serviços de atenção secundária e/ou terciária devem ser envolvidos apenas quando se faz necessário cuidado adicional, e a gestante deve permanecer em acompanhamento pela APS, responsável pela coordenação do cuidado. Todos os membros das equipes devem envolver-se no cuidado à gestante.(TANAKA,1999)

Uma ferramenta importante para a redução dos índices de morbidade e mortalidade materna e infantil é a consulta de avaliação pré-concepcional, a qual o casal deveria fazer antes de uma gravidez, para identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação. (BUNDUKI,2005)

Lamentavelmente em nosso trabalho cotidiano não temos pacientes que refiram os desejos de engravidar. A maioria das gestantes referem que a

gravidez não foi planejada, devido á isso ficou determinado com a equipe intensificar as ações de saúde que tenham como foco o planejamento familiar.

Um dos problemas identificados em nossa população é a falta de cadastro na unidade, por isso em muitas ocasiões as pacientes procuram atendimento em qualquer um das unidades do município sem ter um acompanhamento contínuo e de qualidade.

Toda mulher da área de abrangência da unidade de saúde com histórico de atraso menstrual de mais de 15 dias é orientada pela equipe de saúde a realizar o Teste Imunológico de Gravidez (TIG), se o atraso menstrual for superior a 12 semanas, o diagnostico de gravidez pode ser feito pelo exame clínico e torna-se desnecessária a solicitação do TIG. (WINNICOTT, 1994)

Em nossa unidade de saúde, ao recebermos uma paciente com suspeita de gravidez, em caso de confirmação da gestação é realizado o cadastro da gestante, preenchendo a ficha de cadastro do Sis Pré Natal, a grávida recebe o carteira da Gestante, onde irão ser anotados os exames, as consultas e as ocorrências durante a gestação, o que nos permite a continuidade do atendimento, orientando sempre sobre os intervalos pré-estabelecidos de acompanhamento:

- Mensalmente, até as 28 semanas.
- Quinzenalmente das 28 até as 36 semanas.
- Semanalmente no término da gestação.

Essas gestantes são acompanhadas tanto em nossa unidade quanto em seus domicílios. Preferencialmente, as consultas devem ser alternadas entre médico e enfermeiro e os agentes comunitários de saúde (ACS) deveriam realizar visitas domiciliares mensais à gestante.

Não existe alta do pré-natal. O acompanhamento da mulher no ciclo gravídico puerperal encerra-se apenas após a realização de, pelo menos, uma consulta puerperal, que deverá ocorrer até o 20º dia pós-parto. O seguimento poderá ser prolongado se forem observados riscos no período puerperal. (DESLANDES, 2005)

Entre as formas de realização de nosso trabalho educativo, encontram-se as discussões em grupo e as dramatizações que nos facilitam a fala e a troca de experiências entre a equipe, as gestantes e seus acompanhantes.

Dentre os temas que são abordados em reuniões de equipe:

- Higiene.
- Realização de atividade física.
- Promoção da alimentação saudável.
- Medos e fantasias referentes à gestação.
- Atividade sexual e prevenção da DST/AIDS.
- Doenças crônicas associadas com a gravidez assim como o tratamento durante a gestação e após parto.
- O que fazer diante dos sinais de alerta tais como: sangramento vaginal, cefaleia, transtornos visuais, dor abdominal, febre, perdas vaginais, dificuldade respiratória e cansaço.
- Cuidados com o recém-nascido, coto umbilical, pele do bebê.
- Aleitamento materno (Vantagens para a mãe e o filho), higiene das mamas.
- Importância da realização da triagem neonatal (teste do pezinho) na primeira semana de vida do recém-nascido.
- Importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, e das medidas preventivas (vacinação, higiene e saneamento do meio ambiente).

Diante da realização destas atividades foi possível identificar a falta de conhecimento dos pacientes sobre os temas abordados, o que nos incentiva a continuar o cadastro de nossa população com o objetivo da captação de mais pacientes nas ações realizadas pela equipe e assim diminuir a morbidade e mortalidade materna e infantil.

4. Visita Domiciliar

Na atenção primária à saúde, várias ações são realizadas no domicílio, como o cadastramento, busca ativa, ações de vigilância e de educação em saúde. Na visita domiciliar, a equipe deve respeitar o espaço da família, ser capaz de preservar os laços afetivos das pessoas e fortalecer a auto-estima, ajudando a construir ambientes mais favoráveis visando a recuperação da saúde. Essa assistência prestada no ambiente privado das relações sociais contribui para a humanização da atenção a saúde as pessoas no processo de cuidado, potencializando a participação ativa do sujeito no processo saúde-doença.

Para os pacientes com HAS, a visita domiciliar pode ser uma forma de conhecer os hábitos e rotinas desses pacientes, oportunizando momentos de intervenção, de diálogo, de aferição dos níveis pressóricos e acompanhamento do uso da terapia medicamentosa.

As visitas domiciliares aumentam, na maioria dos casos, a aproximação dos profissionais de saúde com as famílias. É uma atividade que exige conhecimentos e habilidades, responsabilidade ética, profissional, pois tem implicações legais para o exercício profissional de quem realiza.

O espaço domiciliar tem uma dimensão de alta complexidade. Para atuar neste espaço são necessários, além de competências técnicas, que os profissionais tenham habilidades na forma de fazer saúde, diferente do seu cotidiano, uma unidade básica de saúde. (GAIVA,2011)

É de extrema importância a visita domiciliar periódica a pacientes hipertensos, pois os mesmos não comparecem à UBS para fazer o controle pressórico devido à sua maioria apresentarem-se assintomáticos ou desconhecerem sinais de alerta. Devido a isso permanecem por longos períodos fazendo uso dos mesmos medicamentos, acreditam estar com a hipertensão controlada, podendo estar desenvolvendo resistência medicamentosa.

Na visita domiciliar é permitido às equipes observarem mais de perto a forma em que estes pacientes tomam as medicações, os horários, orientações na alimentação, dentre outras ações necessárias que podem ser realizadas.

A visita domiciliar representa uma possibilidade de ampliação de vínculos com os familiares, serve de subsídio para a elaboração de diagnóstico situacional com base na realidade local, oportuniza uma atenção mais humanizada e conseqüentemente maior responsabilização dos profissionais com as necessidades de saúde das famílias. (CUNHA,2013)

As vantagens da visita domiciliar, como modalidade assistencial, são inúmeras, especialmente nos casos em que é necessária uma maior aproximação do profissional, que representa o sistema de saúde, com a realidade de vida das famílias. Isso faz com que ela seja insubstituível pelos procedimentos executados na unidade de saúde. O domicílio é o retrato do contexto em que as desigualdades sociais se apresentam como o grande determinante das condições de saúde doença e que, em muitas vezes, são de pouca visibilidade, impossibilitando sua apreensão pelos profissionais responsáveis pela atenção à saúde das famílias. (EGRY,2000)

A enfermeira da UBS Paulo Cardoso Dora realiza constantes visitas domiciliares, na área de abrangência delimitada, entretanto, essas visitas acontecem irregularmente de acordo com a necessidade de cada paciente. Portanto, o paciente que não apresenta agravos relacionados à patologia e tem condições de comparecer na UBS, não são acompanhados no domicílio, sendo este acompanhamento realizado somente na unidade. Alguns comparecem em alta frequência por demanda espontânea, estes são assistidos e orientados adequadamente, contudo, os que não têm este hábito e não apresentam agravos ficam desassistidos.

Desta forma, torna-se necessário um aprimoramento no serviço, para que todos tenham assistência de qualidade e igualitária, tendo em vista o agravo silencioso e assintomático da doença hipertensiva.

É de extrema importância o acompanhamento rigoroso desses pacientes, evitando, assim, o desencadeamento de agravos, relacionado ao uso incorreto dos medicamentos, alimentação e hábitos de vida não saudáveis.

A visita domiciliar à pacientes hipertensos deve ser integral, independentemente da situação atual da doença, a fim de prevenir agravos.

Quanto à frequência das visitas, estas podem ser realizadas semanal, quinzenal e até mensalmente, de acordo com as necessidades de cada paciente e de sua família, ficando a critério da avaliação do profissional de saúde, quanto à situação do paciente.

Desta forma, a enfermeira realiza as visitas e os procedimentos de enfermagem necessários a cada paciente, periodicamente, conforme demanda programada, encaminhando para consulta com a médica por identificação de necessidades (referenciamento), e/ou agendamento de visitas no domicílio.

Reconhece-se a importância da visita domiciliar como ferramenta de excelência para acompanhamento desses pacientes e ainda para criação de vínculo com os profissionais e seguramente haverá uma melhor comunicação entre os usuários do serviço e a equipe de saúde da UBS.

5. Reflexão conclusiva

Atuar como profissional da atenção primária de saúde tem sido uma grande e enriquecedora experiência na minha vida profissional. É notável a evolução na atuação como médica desde que comecei a trabalhar em ambiente diferente ao qual estava habituada. Certamente a rotina de atendimentos do dia a dia nos proporciona mais segurança como agentes de cuidado, porém sem dúvidas, a oportunidade de ter como suporte o curso de especialização e outras ferramentas como o Telessaúde foi um importante fator para o aprimoramento que pude experimentar nesse período.

Mudanças ocorrem diariamente, essa realidade exige de nós, profissionais da saúde principalmente, aprimorar nossos conhecimentos, atualizando-os constantemente a fim de proporcionar o melhor para nossos pacientes, pois esses cada vez mais se apresentam informados com novos questionamentos, isso se deve também ao fato do avanço da tecnologia. Neste sentido a educação continuada é uma valiosa ferramenta que nos permite adquirir e renovar conhecimentos, por isso considero que o curso de especialização tem caráter fundamental para suprir essa necessidade tanto dos médicos como demais profissionais da rede de apoio.

Antes da especialização, estava restrita às literaturas que conhecia, alguns artigos e protocolos e ao explorar esse recurso me vi diante de um mundo de possibilidades. Isso me permitiu lidar com diferentes casos que antes seria muito mais difícil de atender.

O curso, além de muito útil no que diz respeito aos conteúdos, tem vantagens importantes como a organização dos temas e seleção dos materiais. Realizar o curso de especialização me permitiu melhorar minhas habilidades e adquirir novas. Algo muito importante que aprendi nesse tempo foi a usar as fontes disponíveis em diferentes plataformas que permitem tomar decisões clínicas a partir da medicina baseada em evidências.

Considero ter tido um bom aproveitamento dos conteúdos de um modo geral, evolui em minhas condutas na abordagem dos problemas de saúde mais comuns como diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, obesidade, depressão, atenção ao idoso, entre outras. Porém foi primordial ter acesso ao conhecimento de temas mais específicos, como por exemplo, a saúde do trabalhador.

Antes do curso não sabia como atuar nesses casos no Brasil e tinha dificuldade de encontrar literatura de apoio. Embora sejam muito comuns, os acidentes de trabalho muitas vezes ficavam sem o adequado seguimento pois não sabia preencher a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e lamentavelmente na unidade onde trabalho poucos conheciam esse documento, pois rotineiramente ele é preenchimento na unidade de pronto atendimento onde é realizado o primeiro atendimento do usuário em caso de acidentes.

Ao analisar minha trajetória nesse ano de trabalho, percebo o quanto a especialidade contribuiu para o desenvolvimento da minha prática como médica da atenção primária e me permitiu ser uma melhor profissional. Essas melhorias vão além do âmbito pessoal e envolvem o serviço onde estou inserida, estendendo-se aos demais profissionais e conseqüentemente aos usuários.

No dia de hoje, me sinto mais preparada e confiante no meu trabalho. E embora saiba que ainda há um longo caminho pela frente estou cada dia mais convencida de continuar trabalhando no projeto do SUS.

6.Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministerio da Saude. Secretaria de Atenção a´saude. Departamento de ações Programaticas e Estrategicas. Área Técnica de Saude da mulher. Pré-natal e puerperio: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília, 2005.

BUNDUKI, V. S. A. Cuidados pré-concepcionais visando à promoção da saúde do embrião. In: ZUGAIB, M. (Ed.). Pré-natal. 3ª ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

CUNHA, M.S. A visita domiciliar a estratégia saúde da família: desafios de se mover no territorio. Interface. Comunic; Saúde. Educ. v.17, n 44, 2013

DESLANDES, S.F. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. Ciência e Saúde Coletiva 2005; 10(3): 615-26.

DICKINSON,H.O. et al. Relaxation therapies for the management of primary hypertension in adults. Cochrane Database Syst. Rev., v.1, 2008

EGRY, E.Y A família, a visita domiciliar e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho do enfermagem em saúde coletiva. Rev. Esc. Enf. VSP, v.34, n. 3, set 2000.

FERREIRA, S.R.S et al. Protocolo de hipertensão arterial sistêmica para a atenção primaria em saúde. Porto Alegre: Gerência de Saúde Comunitária. Grupo Hospitalar Conceição, 2009.

GAIVA, M. A. M. A pratica da visita domiciliar pelos profissionais da estratégia saúde da família. Cienc. Cuid. Saúde. v. 10, n.4, 2011.

GUSSO, G; LOPES, J. M. Tratado de medicina de família e comunidade. Sao Paulo: Artmed, 2012. volume 2.

JOBIM, E. F. C. Hipertensão arterial no idoso: classificação e peculiaridades. Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, São Paulo, v. 6, p. 250-253, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Doenças crônicas-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação, atividade física e saúde. 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/d_cronic.pdf>.

RAINFORTH, M.V. et al. Stress reduction programs in patients with elevated blood pressure: a systematic review and meta-analysis. Curr. Hypertens. Rep., [S.l.], v. 9, n. 6, p. 520-528, 2007.

TANAKA. Estudo da magnitude da Mortalidade Materna em 15 cidades Brasileiras. São Paulo, 1999.

WINNICOTT, D, W. Os bebês e suas mães. São Paulo, 1994.

7. Anexos

7.1 Projeto de intervenção

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE SUS – UFCSPA
Curso de Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 16

Liliana López Comptis

Melhoria da Atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou diabetes
mellitus na UBS Paulo Cardoso Dora, Camaquã/RS.

Porto Alegre/RS
2017

LILIANA LOPEZ COMPTIS

MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DE PACIENTES COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL E DIABETES MELLITUS, NA UBS PAULO CARDOSO DORA,
CAMAQUÃ/RS.

Projeto de intervenção apresentado
ao Curso de Especialização em
Saúde da Família – Modalidade a
Distância – UFCSPA/UNASUS como
requisito para aprovação na unidade
de análise estratégica.

Orientador: Guilherme Emanuel
Weiss Pinheiro

Porto Alegre, RS

2017

Sumário

1-INTRODUÇÃO	5
2-PROBLEMA	6
3-JUSTIFICATIVA.....	6
4-OBJETIVOS.....	7
4.1-Objetivo Geral.....	7
4.2-Objetivos Específicos.....	7
5-REVISÃO DE LITERATURA.....	8
6-METODOLOGIA.....	9
7-CRONOGRAMA.....	11
8-RECURSOS NECESSÁRIOS	12
9-RESULTADOS ESPERADO.....	13
10-REFERÊNCIAS.....	14
11-ANEXOS	15

Resumo

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares, também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. O Diabetes Mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. Se realizara uma intervenção na UBS Paulo Cardoso Dora, município Camaquã, unidade básica, sem estratégias de saúde da família, nem agentes comunitários, com uma população aproximada de 6000 habitantes, cujo objetivo a melhorar a atenção à saúde de hipertensos e diabéticos, maiores de 20 anos de idade. As ações previstas são o cadastro dos pacientes, o atendimento individual, prescrição de medicamentos, estratificação de risco cardiovascular e orientações nutricionais, de atividade física, tabagismo e saúde bucal e incentivar o indivíduo a refletir sobre seu estilo de vida cotidiana relacionado a essas duas doenças crônicas, caracterizando-se como um instrumento de educação e saúde sobre uma perspectiva de promoção, prevenção e principalmente controle dos agravos.

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

1-Introdução

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares, também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais, e esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. (Brasil,2006)

O Diabetes Mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo. Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), o número de portadores da doença em todo o mundo era de 177 milhões em 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025. No Brasil são cerca de seis milhões de portadores, a números de hoje.(Brasil,2006)

A ação programática sobre a qual se dará a intervenção é Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, este tema tem vital importância pelo número elevado de pacientes com estas doenças em nossa unidade, muitas não estão cadastrados e nem se quer tem um adequado controle, não conhecem as complicações das doenças que eles têm, não tem comprometimento no cumprimento da medicação e portanto é difícil o controle, por isso a importância de tratar este tema, pois aumentando o cadastro podemos lograr o maior controle, podemos modificar estilos de vida e evitar complicações que aumentam a morbimortalidade em nossa população.

2-Problema

Como melhorar a Atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou diabetes mellitus na Unidade Básica de Saúde Carvalho Bastos?

3-Justificativa

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Carvalho Bastos atende uma população de 6000 habitantes aproximadamente, pois são atendidos pacientes de outras comunidades.

Segundo estimativas do Caderno de Ações Programativas (CAP) o número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área é de 1.341 usuários hipertensos, mas apenas temos registro em prontuários clínicos de 321 usuários com hipertensão perfazendo uma cobertura de 23,9%.

Em relação ao DM, a estimativa prevê 383 usuários com DM, mas temos apenas 95 usuários cadastrados perfazendo 24,8% do total estimado. Não há nenhuma forma de registro para monitoramento e controle na unidade quanto ao número dos usuários com as referidas patologias.

Em quanto a adesão da população-alvo atualmente atendida é boa, realizam-se ações de promoção em saúde; as quais têm com o objetivo de evitar complicações e mortalidade.

4-Objetivos

4.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou diabetes mellitus na UBS Paulo Cardoso Dora, Camaquã/RS.

4.2 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 saúde de hipertensos e diabéticos.

5-REVISÃO DE LITERATURA

Hipertensão arterial

A hipertensão arterial é a mais comum das doenças cardiovasculares, além de ser o principal fator de risco para outras doenças cardiovasculares. (Brasil,2001)

A Hipertensão Arterial é uma doença silenciosa, inicialmente sem sintomas, e diagnosticada muitas vezes no aparecimento das complicações e, comumente, nas unidades de emergência, tardiamente, causando significativa perda na qualidade de vida e aumento nas taxas de morbidade e mortalidade.

Para o acompanhamento e controle da hipertensão arterial, é importante a sua detecção, iniciada pela aferição da pressão arterial (PA). O rastreamento da PA elevada deve ser realizado por profissionais da saúde como medida preventiva de saúde.

No caso da hipertensão, seu controle é realizado não apenas pelo tratamento farmacológico, mas também por mudanças nos hábitos de vida, como mudanças na alimentação e realização regular de atividade física (Brasil,2001). No entanto, uma grande parcela dos hipertensos não utiliza os medicamentos de forma correta e usual e não modifica suas rotinas de alimentação e de atividade física para controlar uma doença que, na maioria das vezes, não se manifesta com sintomas.

Diabetes Mellitus

Distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia crônica e alterações do metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, decorrentes de defeitos da secreção e/ou ação da insulina. O diabetes apresenta elevada morbimortalidade associada à complicações agudas (hipoglicemia, cetoacidose e coma hiperosmolar) e crônicas (retinopatia, nefropatia e neuropatia), além de maior risco para doenças cardíacas e cerebrovasculares, sendo, portanto, prioridade em saúde pública. (Silva,2006)

O manejo da maioria dos pacientes diabéticos pode ser adequadamente realizado na unidade de saúde, porém, em alguns casos,

necessita de consulta com endocrinologista. É importante lembrar que a principal causa de descompensação do diabetes é a má adesão ao tratamento, situação na qual a atenção primária em saúde tem mais instrumentos para ajudar o paciente.(Brasil, 2006)

6-Metodologia

O projeto de intervenção será desenvolvido no município de Camaquã. A intervenção será direcionada para pacientes acima de 20 anos com HAS e DM que assistem à unidade e participam do programa de Hiperdia. O Sistema Municipal de Saúde de Camaquã apresenta capacidade instalada para realização do serviço primário e secundário. Dispõem de 04 Unidades Básicas de Saúde sem ESF, as 04 unidades são tradicionais, 01 núcleo de apoio NASF e 01 Hospital público com atendimento de 24 h. A proposta será desenvolvida na área de abrangência da Unidade de saúde Paulo Cardoso Dora, situada no bairro Carvalho Bastos, Camaquã. A área da UBS é responsável pela cobertura de aproximadamente 6000 pessoas, contendo 321 hipertensos e 95 diabéticos cadastrados.

O projeto de intervenção começa com a capacitação e atualização conceitual dos profissionais de saúde da equipe para as atividades que serão realizadas, essa capacitação será realizada pela médica e enfermeira da unidade, durante as reuniões da equipe, tendo como guia o protocolo de atendimento ao programa de pacientes hipertensos e diabéticos. O Programa de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA) desenvolvido na Unidade de Saúde tem como objetivo o acompanhamento sistematizado destes pacientes, visando ao manejo adequado da HAS e DM. As atividades previstas no programa são: o cadastro dos pacientes, o atendimento individual, prescrição de medicamentos, estabelecer estratificação de risco e garantir orientações nutricionais, de atividade física, tabagismo e saúde bucal.

O cadastramento será realizado durante a procura dos usuários hipertensos e diabéticos pela unidade, seja para consulta, troca de receita ou

outros, e também pela busca ativa dos outros usuários sabidamente hipertensos e diabéticos ou portadores de fatores de risco. Os pacientes portadores de fatores de risco, não hipertensos, serão avaliados em quanto a possibilidade do diagnóstico de HTA e orientados, mas não terão seu cadastro realizado. Apenas os usuários hipertensos e diabéticos serão cadastrados. Será utilizada uma ficha de cadastro com preenchimento sobre dados de identificação, dados antropométricos (peso, altura, circunferência abdominal), FR, medicações em uso e classificação de risco de cada paciente. Para classificação dos pacientes na estratificação de risco cardiovascular, será utilizada a escala de risco de Framingham.

A enfermeira será responsável por organizar a agenda dos profissionais de saúde, destinado ao tempo necessário às atividades do plano e, junto a médica e a técnica de enfermagem, verificará e controlar o plano de cuidado dos pacientes. Os casos de maior complexidade serão discutidos nas reuniões de equipe e serão elaborados planos cuidados diferenciados quando for preciso.

Os exames complementares serão indicados nas consultas médicas e de enfermagem, com adaptações individuais quando for necessário. As consultas médicas e de enfermagem citadas serão realizadas preferencialmente em horários pré-determinado para essa atividade, dia do HIPERDIA. O controle da frequência e regularidade dos pacientes às consultas médicas e de enfermagem, realização de exame físico adequado e orientações nutricionais, atividade física, tabagismo e saúde bucal, será realizada por meio da ficha espelho do programa de atenção a paciente hipertenso e diabético e planilha coleta de dados. A equipe deverá buscar conscientizar a população em relação ao seu problema de saúde de forma a estabelecer abordagem da HTA e DM centrada em medidas de promoção à saúde e prevenção de complicações durante todas as atividades realizadas, desde o cadastramento até as consultas médicas e de enfermagem.

8-RECURSOS NECESSÁRIOS

RECURSOS HUMANOS: Equipe de saúde da família composta por 2 técnicas de Enfermagem, 1 enfermeira, 1 médico e 4 agentes comunitários de saúde.

RECURSOS MATERIAIS:

Computadores

Folha A4

Impressora

Esfignomanometro DIGITAL

Requisição para exames laboratoriais

Caneta

Pasta para arquivo do planejamento das atividades

Prontuários dos pacientes.

9-RESULTADOS ESPERADOS

Ao final dessa intervenção espera-se melhorar atenção, controle e qualidade de vida dos pacientes com hipertensão e diabetes.

Com a intervenção queremos lograr o cadastro do maior número de hipertensos e diabéticos da área, ampliar a cobertura e qualidade da atenção, realizar exames clínicos adequados lograr a estratificação de risco de todos os pacientes cadastrados e promover saúde aumentando atividades de promoção, garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável, pratica regular de exercícios físicos, risco do tabagismo e higiene bucal a estes pacientes com o objetivo de evitar complicações e mortalidade.

10-REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica, Caderno de Atenção Básica-nº15. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília,D.F,2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Caderno de Atenção Básica-nº16. **Diabetes Mellitus**. Brasília, D. F, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Cadernos de Atenção Básica, Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes mellitus, Protocolo. Brasília, D.F, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e diabetes mellitus**: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília, DF, 2001.

SILVA, et al. **Controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma unidade básica de saúde**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 15, n. 3, p.180-189, set./dez. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Caderno de Atenção Básica-nº14. **Prevenção de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica**. Brasília, D. F,2006.

11-Anexos

Anexo 1- Planilha de coleta de dados

	A	B	C	D	E	F
1	Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 4					
2	Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
4		1				
5		2				
6		3				
7		4				

Planilha de coleta de dados (Colunas A a F)

G	H	I	J	K	L
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 Hipertensão 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?
0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

Planilha de coleta de dados (Colunas G a L)

M	N	O	P	Q	R	S
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?
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

Planilha de coleta de dados (Colunas M a S)

Anexo 3 -Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante