

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

ARADIANKA JIMÉNEZ CANTERO

**Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus na UBS/ESF: Luiz Nicoletti, São Marcos /RS.**

SÃO MARCOS

2018.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO DO PORTFÓLIO.....	2
2 ESTUDO DO CASO CLÍNICO.....	4
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO.....	17
4 VISITA DOMICILIAR.....	19
5 REFERENCIA	22
6 REFLEXÃO CONCLUSIVA	23
ANEXO 1- PROJETO DE INTERVENÇÃO	25

1.INTRODUÇÃO:

Meu nome é Aradianka Jiménez Cantero, tenho 38 anos, sou natural da Habana, capital de Cuba, onde cresci e fiz os meus estudos a partir da Educação Básica até a Universidade. Me graduei com o título de médica em 14 de julho do ano 2004 pela Faculdade: Calixto García Iñiguez, uma das instituições mais prestigiosas de meu país, localizada no município Praça da Revolução-HAB. Iniciei minha carreira profissional como médica de comunidade no município Habana do Este pelo período de 7 anos. Fiz a especialização de saúde na comunidade no ano 2008 até 2010. Posteriormente atuei em Venezuela por 3 anos na Missão: " Bairro Dentro" e depois no bairro Alamar, pertencente ao município Habana do Este na casa de Atenção as gestantes. Iniciei uma residência médica na especialidade de Pediatria no Hospital Pediátrico de Centro Habana, mas desisti após 1 ano. Em seguida, retornei ao bairro de Alamar para continuar com o trabalho e atendimento as gestantes.

Em agosto de 2016 aderi ao Programa: " Mais Médicos para o Brasil" e, desde então atuo na cidade de São Marcos-RS há cerca de 11 meses, município que tem uma população aproximada de 20600 habitantes. Estou lotada na Estratégia de Saúde para Família (ESF): "Luiz Nicoletti", localizada na Rua Padre Feijó, esquina São Luiz, cuja área de abrangência atende aos bairros de: Industrial, Progresso e Michelin. O território adscrito á ESF corresponde a 5 micro áreas consideradas 2 de risco por: Nível económico das famílias, ausência de saneamento básico adequado. Há 2 igrejas evangélicas, 3 igrejas católicas, 2 creches, 2 escolas e 1 associação comunitária. A população atendida abrange um total de 3000 usuários, segundo dados de dezembro 2016. As doenças mas prevalentes nos atendimentos são: Hipertensão Arterial (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Dislipidemias, Doenças do Aparelho ósseo, Infecções do Aparelho Respiratório e Doenças Psiquiátricas.

O Projeto de Intervenção na ESF foi sobre doenças crónicas com o título: "Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com HAS e/ou DM na UBS/ESF: Luiz Nicoletti, São Marcos/RS" (vide Anexo 1). Este projeto foi direcionado para pacientes com doenças crónicas já estabelecidas como Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial (HAS), além de pacientes com riscos de sofrer as mesmas da área pertencente da ESF com a proposta de fornecer informações fundamentais aos pacientes na prática e

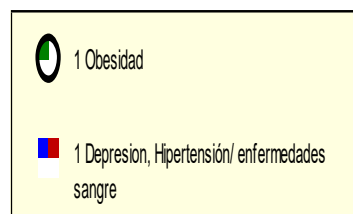
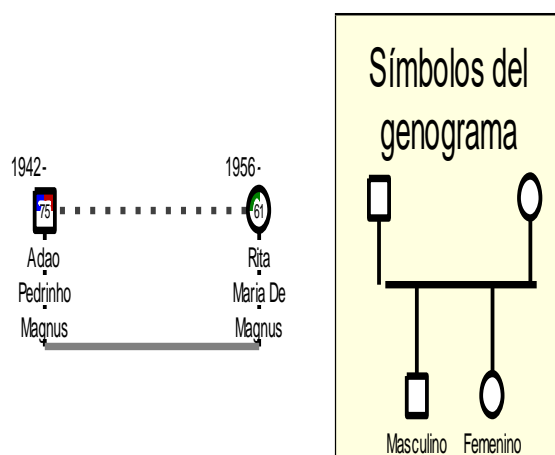
planejamento da Equipe, com o objetivo de elevar a qualidade de vida das pessoas com as doenças anteriormente citadas. A escolha desta temática foi realmente devido à alta prevalência de Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial (HAS) no território da Equipe. A metodologia foi a través de identificação deste público e convite pessoal feito pelos trabalhadores da ESF, em especial as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), seguindo o cronograma determinado.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

As situações de assistência mais prevalentes na Unidade dentro das estudadas são:

- ✚ HAS.
- ✚ DM.
- ✚ Dislipidemias.
- ✚ Depressão.
- ✚ Assistência Pré-natal (baixo risco).
- ✚ ITU.
- ✚ Rinite.
- ✚ Dor de garganta.

Genograma:



Caso:

Adão Pedrinho Magnus (APM) é um paciente idoso, que é encaminhado a consulta com frequência por apresentar HAS. Ele mora com sua mulher, mantém relacionamentos de distanciamento entre eles, mas Adão sempre está com mudança de caráter, preocupado por sua situação econômica, esquece as medicações com muita frequência e não dorme bem. Foi avaliado em muitas ocasiões, foram feitos exames laboratoriais e reajustada a medicação, mais ficava compensado por alguns dias nada mais.

Exame Físico do paciente em consulta:

Sinais Vitais:

PA:180/100mm/hg.

FC:73bpm.

FR:19rpm.

Tax:36graus.

Peso:70kg.

Altura:1,73cm.

IMC:23,39.

Exame Físico por Aparelhos:

Mucosas: Molhadas e cor normal.

Aparelho Respiratório: Murmúrio Vesicular universalmente audível s/ ruídos adventícios.

Aparelho Cardiovascular: RCR, ausência de sopros ou extra-sístoles. Pulsos arteriais periféricos simétricos, sincrônicos e com boa amplitude.

Abdômen: Plano, sem lesões de pele, não circulação colateral, indolor á palpação superficial e profunda, ausência de massas.

Exame Físico dos membros: Ausência de edema, não sinais de insuficiência venosa ou arterial.

Aparelho Neurológico: Lúcido e orientado no tempo e no espaço. Ausência de déficits cognitivos. Sensibilidade preservada. Força muscular preservada e simétrica em todos os grupos musculares. Tônus preservado. Reflexos superficiais e profundos presentes sem alterações.

Tratamento: Enalapril (20mg) 01 comprimido c/12 horas.

Hidroclorotiazida (25mg) 01 comprimido c/12 horas.

Abordagem:

Ambiente Familiar:

- Pouco apoio da mulher.

Em Visita Domiciliar observa-se:	1) Abandono da medicação. 2) Não dorme bem, mudança de caráter. 3) Situação Económica precária.
-------------------------------------	---

Componentes 1 e 2 da abordagem centrada na pessoa:

1. Explorando a doença e a experiência da pessoa com a doença.
2. Entendendo a pessoa como um todo.

Plano conjunto de manejo de problemas:

Ambiente Pessoal (ADAO):

- A.** Entrevista profunda e compreensiva com o paciente Adão abordando os pontos referentes em quanto aos sintomas que apresenta com o objetivo de identificar as potencialidades e as vulnerabilidades (psíquicas, orgânicas e sociais).

- B.** Realizar exame físico detalhado.

- C.** Solicitação de exames complementares ao paciente.

- D.** Ajuste da medicação para os sintomas e doenças que precisem.

- E.** Informar ao paciente em quanto a seus problemas de saúde.

- F.** Apoio psicológico por parte da Equipe de Saúde da Família.

- G.** Encaminhamento para avaliação com Psicologista.

- H.** Encaminhamento para avaliação com Nutricionista

- I.** Encaminhamento para avaliação com Assistência Social.

- J.** Planejar Visitas domiciliares frequentes com o objetivo de avaliar a evolução do paciente.

- K.** Agendar consultas trimestralmente com o paciente para avaliação das doenças e medicações em uso.

- L. Discutir o: “CASO ADAO” com prioridade na reunião de Equipe, como exemplo de Projeto Terapêutico Singular.

Ambiente Familiar:

- A. Marcar entrevista com sua mulher para discutir a situação que apresenta Adão, mostrando entendimento por parte da Equipe de Saúde.
- B. Responsabilizar e comprometer a sua mulher com o estado de saúde de Adão.
- C. Responsabilizar à mulher de Adão sobre o uso correto da medicação com o objetivo da recuperação satisfatória do paciente.
- D. Estimular ao casal para participar no grupo de Idosos.
- E. Praticar exercícios físicos no Posto de Saúde com o Preparador Físico semanalmente.

Projeto Terapêutico Singular do Caso Adão:

Nome: Adão Pedrinho Magnus.

Data de Nascimento:14/09/1942.

CNS:705808437700939.

Endereço: Rua Padre Feijó, #1091, Bairro Industrial.

Momentos do projeto Terapêutico Singular

Plano Diagnóstico:

Adão Pedrinho Magnus (APM) é um paciente idoso, que é encaminhado a consulta com frequência por apresentar HAS. Ele mora com sua mulher, mantém relacionamentos de distanciamento entre eles, mais Adão sempre está com mudança de caráter, preocupado por sua situação econômica, esquece as medicações com muita frequência e não dorme bem. Foi avaliado em muitas ocasiões, foram feitos exames laboratoriais e reajustada a medicação, mais ficava compensado por alguns dias nada mais.

Definição de metas:

- Fazer consultas programadas.
- Visitas domiciliares com mais frequência.
- Participar no grupo de HIPERDIA.
- Estimular a prática de exercícios físicos para evitar Sedentarismo.
- Orientar que participe do grupo de idosos.
- Encaminha-lo para consulta com Nutricionista.
- Encaminha-lo para consulta com Psicólogo.
- Encaminhar para Assistência Social.

Identificação:

- ❖ Paciente depressivo, com mudanças de humor frequente.
- ❖ Consulta com a Nutricionista.
- ❖ Consulta com a Psicologista.
- ❖ Avaliação pela Assistência Social.

Divisão de Responsabilidades:

- Médica: Consultas programadas, Visitas Domiciliares com periodicidade estabelecida e encaminhar a Psicologista, Nutricionista e Assistência Social.

- Enfermeiros: Visitas Domiciliares, orientações gerais.
- Técnico enfermagem: Visitas Domiciliares e organizar caixa de medicação.
- Dentista: Visita Domiciliares, avaliação e acompanhamento ao paciente.
- ACS: Acompanhamento a través da Visita Domiciliar com orientações.

Reavaliação:

- Foi marcado consulta para Psicologista: Mónica o dia 31/08/2017, contatado com o paciente para que viesse a unidade que a equipe previdenciária transporte para encaminha-lo, porém o mesmo relata no dia que não está bem, remarcando então para o dia 20/09/2017, foi feriado. Feito contato com o mesmo, ficou de ir à consulta.
- Foi marcado consulta para Nutricionista: Carina o dia 25/09/2017, que foi feita na Unidade de Saúde, indicando-se dieta saudável, baixa em sal, não alimentos fritos, não gordura, comer muitas verduras e frutas.
- Participou no grupo de HIPERDIA.
- Pratica exercícios semanalmente no Posto de Saúde com o preparador físico.
- Orientado para que o mesmo comparecesse mais vezes a unidade para acompanhamento da pressão arterial.
- Na visita domiciliar com a Médica, Enfermeira e Agente: Foi constatado péssimas condições de moradia. A técnica. Marines tentou contato com Assistência Social, sem sucesso porque uma estava de férias, e a outra estava doente. Contato então com a Diretora da Assistência Social por meio de e-mail para avaliação do caso.

Observações: Mês Setembro e Outubro /2017.

- ✓ Paciente que está frequentando a unidade diariamente feito acompanhamento da Pressão Arterial.
- ✓ Feito caixa organizadora de medicação para o paciente, sendo mantida na unidade para que o mesmo compareça diariamente.

- ✓ A pressão arterial a partir de então está controlada (dentro dos limites da normalidade).
- ✓ Refere que está comendo baixo de sal e nada de fritura.
- ✓ 27/09/2017-Paciente fez consulta com Psicóloga Silvana, relata se sentir melhor, deixando marcada próxima consulta.
- ✓ Relata que não consegue dormir, encaminhadas para consulta medica 28/09/2017.
- ✓ 05/10/2017-Paciente refere dormir bem após medicação prescrita.

Resumo:

Adão Pedrinho Magnus (APM) é um paciente idoso, que é encaminhado a consulta com frequência por apresentar HAS. Ele mora com sua mulher, mantém boas relações entre eles, mais Adão sempre está com mudança de caráter, preocupado por sua situação econômica, esquece as medicações com muita frequência e não dorme bem. Foi avaliado em muitas ocasiões, foram feitos exames laboratoriais e reajustada a medicação, mais ficava compensado por alguns dias nada mais.

Com os seguintes resultados de exames:

Hemoglobina:14,6g/dl.

Glicemia:81mg/dl.

Creatinina:1mg/dl.

EQU: Negativo (Leucos:2 por campo, não Bactérias).

Plaquetas: 223 por 10⁹/L.

Ácido Úrico: 5,2mg/dl.

Ureia:38mg/dl.

TGP:21U/L.

TGO:24u/L.

Triglicerídeos:93mg/dl.

Colesterol:110mg/dl.

Ultrassonografia de Abdômen Total: Normal.

Eletrocardiograma: Frequência Ventricular:74 bpm, Ritmo Sinusal, não supra desnível, não alterações em segmentos.

Em muitas ocasiões foi explicado como tinha que administrar as medicações, mais também estava presente sua mulher para ajudar a Adão, de início tomava certo e depois ele esquecia, não fazendo uso das medicações regularmente.

Então a Equipe decidiu fazer caixa organizadora de medicação para o paciente, a partir deste momento a pressão foi ficando compensada.

Ele não tinha adesão ao tratamento por isto a pressão sempre estava alta, também depois da consulta com a Nutricionista e Psicologista, ele teve mudança em sua alimentação e caráter respectivamente, participando no grupo de HIPERDIA e praticando exercícios físicos semanalmente no Posto de Saúde. Observando-se estado positivo do paciente. Além que tinha queixa de insônia, sintoma que estava presente até esse momento.

O dia 28/09/2017 foi avaliado com a médica, onde o paciente relata que se sente como novo, a PA estava boa (13/8mm/hg), já que:

- ✓ Toma as medicações estáveis.
- ✓ Administra alimentos saudáveis.
- ✓ Com bom estado de humor e sorria (coisa isso é esse muito surpreendente, já que sempre estava de mal humor).

Pelo que na consulta desse dia, e indicada a medicação de Amitriptilina (25mg) 01 comprimido de noite, passada uma semana o paciente refere que está dormindo muito bem: " COMO UM ANJO ".

Conhecimentos atuais e antigos publicados sobre o assunto:

HiperCARDIO

Blog Médico-Hipertensão Arterial e doenças cardiovasculares.

Sábado, 10 de Março de 2012.

RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO E HIPERTENSÃO ARTERIAL

A depressão é um transtorno mental comum, que geralmente provoca incapacidade grave e tem um grande impacto sobre os indivíduos, famílias e comunidades. Estima-se que a prevalência de episódios depressivos unipolares seja de 1,9% para os homens e 3,2% para as mulheres, e que 5,8% dos homens e 9,5% das mulheres experimentarão um episódio depressivo em um período de 12 meses. A depressão é considerada um fator de risco para doença cardíaca isquêmica, além de contribuir indiretamente através de outros fatores como a falta de atividade física, tabagismo e abuso de álcool. A relação entre depressão e hipertensão, um dos mais importantes fatores de risco para doenças cardiovasculares, tem sido estudada há mais de um século. Em 1898, Maurice Craig relatou que a pressão arterial (PA) sempre aumenta durante a depressão e retorna ao normal com remissão. A partir de então, numerosos estudos clínicos foram publicados, associando a hipertensão com a depressão, mas se a depressão é um fator de risco para hipertensão ainda é inconclusivo. Esta meta-análise publicada recentemente teve como objetivo avaliar se a depressão aumenta a incidência de hipertensão. Foram pesquisadas literaturas do PubMed, EMBASE, Cochrane e PsycINFO. Qualquer estudo de coorte prospectivo que relataram a correlação entre depressão e a incidência de hipertensão em indivíduos normotensos aparentemente saudáveis foi incluído. A hipertensão foi definida como uma PA sistólica superior a 140 e / ou diastólica a 90 mmHg determinado em entrevista, uso de medicamentos anti-hipertensivos, auto-relatados ou registros com diagnóstico de hipertensão. Setenta e cinco estudos foram inicialmente analisados, mas apenas nove preencheram os critérios de inclusão, num total de 22.367 participantes, com um seguimento médio período de 9,6 anos. Foi encontrado que a depressão aumentou o risco da incidência hipertensão [risco relativo ajustado 1,42, intervalo de confiança de 95% (CI) 1,09-1,86, P $\frac{1}{4}$ 0,009] o risco foi significativamente correlacionado com o tempo de seguimento (P $\frac{1}{4}$ 0,0002) e a

prevalência de depressão (P <0,0001).

Em conclusão a meta-análise mostrou que a depressão é provavelmente um fator de risco independente para hipertensão e que é importante levar em consideração a depressão durante a processo de prevenção e tratamento da hipertensão. Mais estudos são necessários para excluir os efeitos de outros fatores.

Referência: **Journal of Hypertension, volume 30, Number 1, 2012** (click)

Postado por Dr. Cesimar S. do Nascimento às 08:34

Estudos desvendam relação entre depressão e doenças cardíacas

18 de dezembro de 2008 • 09h06 • atualizado às 09h16

Pessoas depressivas estão literalmente doentes do coração: elas correm um risco significativamente maior de ter doenças cardiovasculares e ninguém sabe exatamente por quê. Três novos estudos tentam explicar o fato e suas conclusões são sutilmente diferentes.

O primeiro, liderado pela doutora Mary A. Whooley do Centro Médico de Cuidados aos Veteranos de São Francisco, estudou 1.017 pacientes com doenças da artéria coronária durante uma média de quatro anos. Embora o estudo tenha encontrado uma associação entre depressão e doenças cardíacas, quando os pesquisadores levaram em conta outras condições médicas, como a severidade da doença e inatividade física, a associação desapareceu.

A conclusão a que chegaram veio por meio de uma explicação relativamente direta: a depressão leva à inatividade física, e a falta de exercício aumenta o risco de doenças cardíacas. O estudo aparece na edição de 24 de novembro do Journal of the American Medical Association.

Um segundo estudo, publicado na terça-feira no Journal of the American College of Cardiology fornece uma perspectiva diferente. Ele envolveu mais de 6,5 mil homens

e mulheres saudáveis com idade média de 51 anos. Os pesquisadores testaram os sintomas de depressão dos pacientes e os acompanharam durante mais de sete anos em média.

Esse estudo também constatou que questões comportamentais, como fumo e inatividade, eram fortes fatores de risco de doenças cardíacas entre pessoas depressivas ou ansiosas, sendo responsáveis por 65% da diferença de risco. Mas eles também constataram que pessoas depressivas tinham níveis mais altos de hipertensão e de proteína C-reativa, e que esses dois fatores fisiológicos eram responsáveis por cerca de 19% do aumento de risco. Mark Hamer, pesquisador sênior da Universidade College London, foi o autor líder do estudo.

Enquanto esses dois estudos sugerem que o mecanismo pelo qual a depressão exerce seu efeito se deve em grande parte ou inteiramente a comportamentos prejudiciais à saúde, um terceiro estudo, publicado na edição de dezembro do *Archives of General Psychiatry*, constatou que outra coisa poderia ser ainda mais importante.

Esse estudo, cuja autora principal foi a doutora Brenda Penninx, professora de psiquiatria da Universidade VU de Amsterdã, acompanhou 2.088 adultos em boas condições físicas entre 70 e 79 anos. Não foi constatada diferença na atividade física entre os adultos depressivos e o restante.

Mas o estudo constatou que sintomas de depressão estavam associados a um aumento do acúmulo de gordura visceral e a barriga pochete, conhecida como um fator de risco de doenças cardiovasculares. Isso sugere que existe um mecanismo biológico que associa a depressão a mudanças fisiológicas, a despeito de quanto uma pessoa se exercita.

Para complicar ainda mais a questão, Penninx sugeriu que seus pacientes fisicamente saudáveis poderiam ter um tipo diferente de depressão. "Existe hoje bastante evidência de que entre os pacientes que sofreram ataque cardíaco, os sintomas físicos de depressão são mais preponderantes", disse ela, "o que sugere que a sua depressão é diferente daquela normalmente observável em amostras de pessoas saudáveis".

Por enquanto, Hamer, de Londres, ofereceu o que poderia ser a última palavra sobre a relação complicada entre depressão e doenças cardíacas.

"É realmente bastante difícil de entender," disse ele.

Tradução: Amy Traduções

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

Há aproximadamente 14 meses eu trabalho na ESF- Luiz Nicoletti no município de São Marcos, e uma das consultas de maior demanda é a de Saúde Mental. Ao trabalhar na Atenção Primária de saúde (APS), nós constituímos a porta de entrada no sistema de saúde e cumprimos com os atributos da mesma fazendo atendimento integral e longitudinalmente aos pacientes, já que são atendidos todos independentemente do problema de saúde mental, sexo, idade, raça e acompanhamos com suas famílias ao longo do tempo. Também se faz coordenação de cuidado porque estamos responsabilizados pelo paciente mesmo quando encaminhamos para o especialista ou vai para internação hospitalar.

No caso dos pacientes com transtornos mentais comecei a identifica-los com ajuda dos membros da Equipe e leitura dos prontuários, de forma organizada criamos um cadastro destes pacientes onde se escrevem informações muito importantes como: Nome, endereço, agente comunitária de saúde que visita ao mesmo com seu número de micro-área, telefone, número de cartão de SUS, data de nascimento, idade, sexo, estado civil, escolaridade, outras doenças acompanhantes, medicações em uso, hábitos tóxicos, se tem acompanhamento em alguma Unidade de Saúde Mental e com Psiquiatra, além perguntamos sobre o tempo que leva tomando a medicação, se adquire a medicação em farmácia gratuita ou privada, que diagnóstico tinha ao ser indicada a medicação, se faz o efeito desejado, além de saber a medicação prescrita. Desta forma o cadastro permite saber mais sobre o paciente e fica em minha consulta, em uma pasta organizada e com estas informações foi criado: "O Grupo de pacientes de Saúde Mental".

Antes de criar o cadastro dos pacientes de Saúde Mental, eles estavam identificados, porém não organizados, já que chegavam ao posto uma vez quase terminados seus remédios e deixavam a receita para renovar sem passar ou ser avaliados pelo profissional médico, coisa essa muito errada porque: ¿ Como obter informação da evolução do paciente? De início realmente foi uma tarefa difícil porque estavam acostumados a renovar receitas e tomar remédios sem avaliação profissional. Mais minha equipe com muitos esforços explicou para cada um dos pacientes que era preciso marcar e agendar consulta com a médica para avaliar. Alguns pacientes com resistência inicial, porém pouco a pouco foram avaliados em consulta, sendo muito produtiva porque se pode observar, perceber (A comunicação verbal e não verbal, a própria reação emocional imediata, a comunicação do paciente, existência de conflitos e perdas, situações de vida), escutar seus problemas próprios na ordem pessoal, biológico, econômico e social, permitindo isso trabalhar em base a suas queixas e intervir.

Minha Equipe foi muito positiva com o trabalho deste grupo e sempre eu recebi grande apoio deles, graças a isso hoje contamos com: “O Grupo de pacientes de Saúde Mental”, o qual fica reunido cada 15 dias, nas sextas de tarde no Posto de Saúde para participar em atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças por meio de palestras onde indicamos:

1-Hábitos alimentares saudáveis.

2-Prática de atividades físicas regularmente, as quais tem um efeito positivo já que: reduz a ansiedade, o estresse, a depressão, aumenta a autoestima e melhora o sono. Além disso, fortalece o coração, faz o corpo usar melhor o oxigênio, baixa a pressão, melhora os tônus muscular, reduz a gordura do corpo, faz ficar saudável. Na ESF uma vez por semana é feita a prática física com o preparador físico, todas as terças de manhã.

3-Descanso e lazer apropriados aproveitando o tempo livre.

4-Cultivar bons pensamentos e manter a mente estimulada, ativa e produtiva por meio de atividades a fim para cada paciente.

5-Manter esquema de vacina atualizado.

6-Evitar hábitos tóxicos.

7-Manter a saúde bucal com o Odontologista da ESF.

8-Em caso de paciente IDOSO, também participa nas atividades do Grupo de Idoso do posto.

Ao conhecer a população e ter um sistema de informações necessárias se trabalha com o objetivo de intervir oportunamente evitando o deterioro do paciente, complicações da doença e internações não necessárias.

Utilizando abordagens terapêuticas como: psicoeducação, intervenções no estilo de vida, práticas integrativas e complementares, psicoterapia, psicofármacos (nos casos necessários) o profissional médico obtém bons resultados com seus pacientes.

Ficamos todos felizes com a criação deste grupo porque está melhor identificado, é atendido com programação prévia e observa-se a evolução de cada paciente em dependência do tratamento, além que permite maior RAPPORT com os usuários.

“Saúde Mental na atenção primária promove ACESSO e respeito aos direitos humanos”

4. VISITA DOMICILIAR

A VD vem ganhando visibilidade, e sua prática tem-se tornado indispensável no Brasil desde a década de 1990 com a progressiva efetivação de um novo modelo de atenção à saúde, com enfoque na promoção da saúde individual e coletiva, inicialmente por meio do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, por fim, com a institucionalização da Estratégia Saúde da Família (ESF), na última década.

Para a ESF, a VD é uma tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo de fundamental importância quando adotada pela equipe de saúde no conhecimento das condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade. Estabelece o rompimento do modelo hegemônico, centrado na doença, no qual predomina uma postura profissional tecnocrática e de pouca interação com o usuário, voltando-se à nova proposta de atendimento integral e humanizado do indivíduo inserido em seu contexto familiar.

A VD só se configura como instrumento intervencionista das equipes de saúde da família quando previamente planejada e realizada de forma sistematizada, iniciando-se antes e continuamente após o ato da visitação. Nem toda ida do profissional ao domicílio do usuário pode ser considerada VD, pois para se caracterizar como tal deve estar pautada em objetivos claros e ser previamente delineada pela equipe de profissionais.

Ao agente comunitário de saúde (ACS) cabe realizar no mínimo uma visita mensal a cada família na sua área de abrangência, com o objetivo bem definido de assegurar o acompanhamento dos indivíduos e suas famílias, independentemente de situação de risco.

No domicílio, inicia-se pela abordagem clínica ao caso prioritário. Após a avaliação individual é realizada a abordagem familiar e, posteriormente, são prescritos os cuidados, feitos os encaminhamentos e fornecidas as orientações pertinentes de acordo com a especificidade do caso e de sua família.

Durante a visita, todas as situações de risco identificadas devem ser abordadas e/ou registradas para encaminhamentos posteriores, não havendo necessidade de serem abordados todos os aspectos definidos no planejamento, podendo-se redimensionar

a atuação de cada profissional durante a visita, ao serem consideradas as situações identificadas no ato dessa visita.

A equipe deverá discutir todos os aspectos relativos à visita e suas observações e registros. Devem ser considerados o relacionamento estabelecido com a família e as necessidades identificadas ou relatadas pelo usuário ou por seus familiares, observações individuais de cada profissional presente no momento da visita e as intervenções realizadas para análise das informações colhidas, com vistas à elaboração de um plano de abordagem e acompanhamento específico para cada família, definindo-se as linhas de cuidados pertinentes a cada situação problemática.

Em meu caso particular de Visita Domiciliar:

Adão Pedrinho Magnus, paciente idoso, de 75 anos com antecedentes de HAS e saúde mental, mora sozinho, as vezes apresenta alterações de comportamento, não fez uso das medicações regularmente e sempre está com a pressão arterial descompensada, esquece de tomar as medicações e tem insônia, com frequência vem ao posto de saúde com pressão arterial alta.

Antes de visitar o paciente no domicílio e discutido o caso entre a ACS, Médica e enfermeira, além de revisar o prontuário.

DIA DA VISITA DOMICILIAR:

Chegamos a casa do paciente APM e o mesmo estava sentado em uma cadeira, respondeu ao interrogatório sem dificuldade para falar, bem orientado em espaço, pessoa e tempo. Sua mulher falou que o paciente estava tomando os medicamentos inadequadamente e a pressão estava sempre dentro dos limites elevados.

Realizou-se Exame Físico, sendo positivo o Exame Cardiovascular:

Aparelho Cardiovascular: RCR, ausência de sopros ou extra-sístoles. Pulsos arteriais periféricos simétricos, sincrônicos e com boa amplitude.

PA:180/100mm/hg.

FC:73bpm.

Exames Laboratoriais: Todos com resultados ótimos.

PROBLEMAS:

- HAS.
- Insomnia.

PLANOS:

1. Dieta saudável: Comer frutas, verduras, diminuição de sal nas comidas, evitar alimentos com gorduras e fritos.
2. Cumprir tratamento farmacológico.
3. Encaminhar com a Nutricionista do NASF.
4. Avaliação de Pressão Arterial por parte do técnico de enfermagem ao paciente.
5. Planejar visita com a Psicologista do NASF.
6. Informar à mulher sobre a importância de apoiar o paciente na melhoria.
7. Visita por parte da ACS a paciente quinzenalmente.
8. Visita Domiciliar planejada mensalmente pela médica e enfermeira para avaliar evolução da paciente.
9. Encaminhar para atenção por Assistência Social.

Na visita domiciliar foram identificadas as condições socioeconômicas da família (foi constatado péssimas condições de moradia), estado em que mora (péssimo por baixa renda) e estrutura do domicílio(que não está feita com bons materiais de construção), sendo as Visitas Domiciliares muito importantes para a evolução do estado de saúde do paciente, a integração da família no processo de recuperação, além de permitir o vínculo do médico e os outros profissionais da ESF e do NASF com o núcleo familiar.

6.REFERENCIA

1 Abrahão AL, Lagrange V. A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio. In: Morosini MVGC, Corbo A D. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: ESPJV, 2007. P. 151-72. 2 Pereira MJB, Mishima SM, Fortuna CM, Matumoto S, Teixeira RA, Ferraz CA et al. Assistência domiciliar: instrumento para potencializar processos de trabalho na assistência e na formação. In: Barros AFR. Observatório de Recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. P. 71-80. 3 Santos EM, Kirschbaum DIR. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2008; 10(1):220-7. 4 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28/3/2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em <http://www.saudeprev.com.br/psf/saopaulo/GM-648.htm> Acesso em 26/04/2011. 5 Albuquerque ABB, Bosi MLM. Visita domiciliar no âmbito da estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Cad de Saúde Pública. 2009; 25(5): 1103-12. 6 Lacerda MR, Giacomozzi CM, Oliniski SR, Truppel TC. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. Saúde e Sociedade. 2006; 15(2): 88-95. 7 Takahashi RF, Oliveira MAC. A visita domiciliária no contexto da Saúde da Família. In: Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. P. 43-6. 8 Ohara ECC, Ribeiro MP. Assistência domiciliária. In: Ohara ECC, Saito RXS (Eds.). Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo: Martinari, 2008. P. 115-30. 9 Borba PC, Oliveira RS, Sampaio YPCC. O PSF na prática: organizando o serviço. Juazeiro do Norte: FMJ, 2007. 10 De-Oliveira R, Sampaio YP, Borba PC. Organização de visitas domiciliares. In: Anais do VI Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, 2004. Rio de Janeiro: SBMFC, 2004. P. 134. 11 Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 12 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

As doenças crônicas são muito frequentes em todo o mundo. Tais agravos representam um grande desafio para a equipe de saúde na atenção básica. Estas condições são multifatoriais, com coexistência de determinantes biológicos e socioculturais, e sua abordagem, para ser efetiva, necessariamente envolve as diversas categorias profissionais das equipes de Saúde e exige o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade.

As doenças cardiovasculares e diabetes mellitus, constituem grupos de DCNT que impactam a saúde das pessoas em todo o mundo. Têm como causas principais o tabagismo, o sedentarismo, o etilismo e alimentação não saudável, sendo esses fatores de risco evitáveis (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b). Este trabalho se justifica pela alta prevalência das doenças crônicas e suas complicações entre a população da ESF, assim como a importância do correto acompanhamento no tratamento e reabilitação dos pacientes. É importante destacar que a dificuldade de controle dos níveis pressóricos e de glicose pode incorrer no aumento do risco cardiovascular e das complicações, ocasionando aumento de internações, invalidez e óbitos, além da demanda de gastos para o sistema de saúde e previdenciário.

O sucesso do manejo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) depende de muitos aspectos sobre todo a vontade do paciente de cumprir o tratamento com o objetivo de ter adesão ao mesmo e obter melhoria, além da atuação da Equipe profissional que é fundamental.

A realização deste trabalho permitiu conhecer a realidade de um tópico muito importante de uma população com escassos conhecimentos dos fatores de risco que podem desenvolver algumas doenças crônicas.

Em quanto aos profissionais de saúde é necessário que haja uma capacitação contínua para que estes estejam preparados para atender as demandas em quanto a estas doenças desde o acolhimento até o seu acompanhamento contínuo. Recordando que o momento do acolhimento é essencial para o sucesso da inserção do manejo na Estratégia de Saúde da Família.

Para mim o estudo dos aspectos que foram abordados no Eixo I e II contribuíram a melhorar a qualidade das consultas e abordagem dos pacientes e suas famílias. Acho que minha trajetória no curso foi boa, já que mantive uma participação adequada, em contato sempre com meus tutores a partir do início. Agradecida imensamente de meus tutores: Demétrio (Eixo

I) e Márcio Marcolino (Eixo II) que me apoiaram sempre. Sendo um desafio grande os estudos ONLINE para mim.

A ferramenta do Portfólio é muito importante e valiosa porque permite uma organização cronológica dos estudos de cada aluno e enriquece o nível de conhecimento dos médicos participantes do Projeto Mais Médicos.

ANEXO 1- PROJETO DE INTERVENÇÃO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS-UNASUS**

Dra. Aradianka Jiménez Cantero.

**Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus na UBS/ESF: Luiz Nicoletti, São Marcos /RS.**

Porto Alegre

2017

RESUMO

A Organização Mundial de Saúde recentemente divulgou dados referentes à prevalência e estimativas de crescimento mundial da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) para os próximos anos. O Brasil ocupa o sexto lugar mundial em números de casos de pessoas adultas com Diabetes. O mais importante é que, por ser a HAS e DM doenças em muitos casos assintomáticas, aproximadamente a metade dos indivíduos afetados efetivamente desconhecem a doença. As estimativas para os próximos 25 anos destas doenças são impressionantes. Isso seria mais ou menos assumir que populações precisarem de medicações, visitas regulares ao médico e de exames laboratoriais. Uma boa parte desta população necessitaria ainda de eventuais internações hospitalares por razões ligadas ao surgimento de complicações crônicas relacionadas. ¿Qual seria o impacto disto na qualidade de vida das pessoas e na estrutura de um sistema previdenciário já precário? Esta pergunta não deve ser respondida somente pelos médicos, mas por toda a sociedade.(SBHAS,2013 e SBDM,2013).

Estas doenças: HAS e DM estão muito associadas porque possuem aspectos em comum como origem e fatores de riscos entre outros sendo sua relação bem estreita. (SBHAS,2013 e SBDM,2013).

Esta proposta de projeto estabelece um cenário rico, já que pode fornecer informações fundamentais para a prática e planejamento da equipe. Os profissionais da Atenção Básica tem importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da HAS e DM. O princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle para HAS e DM.

Nosso trabalho tem como objetivo elevar a qualidade de vida e atenção de pessoas com estas doenças.

SUMÁRIO

Introdução	3
Objetivos	7
Revisão de Literatura	8
Metodologia	11
Recursos	19
Cronograma	20
Resultados Esperados	21
Referência Bibliográfica	22
Anexos	23

I-INTRODUÇÃO:

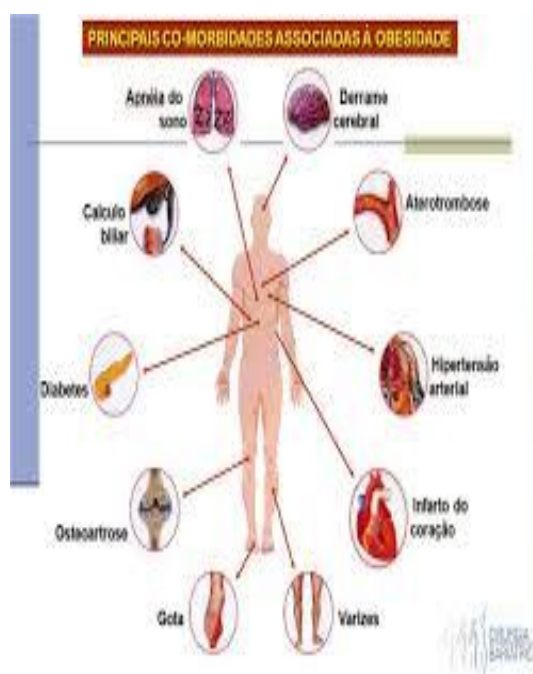
As Gerências dos programas de Hipertensão e Diabetes atuam junto às Coordenações de Área e unidades de Atenção Primária na implementação das linhas de cuidado para Doenças Cardiovasculares (DCV) e Diabetes. Algumas das ações incluem a elaboração de protocolos clínicos, o matriciamento das equipes da Atenção Primária, a análise dos indicadores epidemiológicos, entre outras. O objetivo principal é estimular a detecção precoce e o acompanhamento adequado das pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes, de forma a melhorar a qualidade de vida, minimizar as complicações crônicas a longo prazo e reduzir a morbimortalidade cardiovascular, principal causa de morte na cidade e no país como um todo. (SBHAS,2013 e SBDM,2013)

A Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus não tem cura, mais que podem ser prevenidas ou controladas por meio de detecção precoce, adoção de dieta e hábitos saudáveis, prática de exercícios e acesso a tratamento adequado recomendado pelo profissional de saúde. São doenças que ocorrem com muita frequência, constituem sérios problemas de saúde pública e são a primeira causa de hospitalizações no Brasil. Também que constituem, uma das principais causas de morte nos países desenvolvidos e nas grandes cidades brasileiras. (SBHAS,2013 e SBDM,2013)

Hipertensão arterial é o aumento da pressão arterial que pode ter como causas a: Hereditariedade, a obesidade, o sedentarismo, o alcoolismo, o estresse, o fumo, etc. considerada um problema de saúde pública por sua magnitude, risco e dificuldades no seu controle. É também reconhecida como um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento do Acidente Vascular Cerebral e Infarto do Miocárdio. Pressões arteriais elevadas provocam alterações nos vasos sanguíneos e na musculatura do coração. Pode ocorrer Hipertrofia de ventrículo esquerdo, Acidente Vascular Cerebral (AVC), Infarto do Miocárdio, Morte Súbita, Insuficiência Renal e Cardíacas, etc. (SBHAS,2013)

Diabetes Mellitus é uma doença do metabolismo da glicose causada pela falta ou má absorção de insulina, hormônio produzido pelos pâncreas e cuja função é quebrar as moléculas de glicose em energia a fim de que seja aproveitada por todas as células. A ausência total ou parcial desse hormônio interfere não só na queima do açúcar como na sua transformação em outras substâncias (proteínas, músculos e gordura). (SBDM,2013).

As mudanças no estilo de vida têm contribuído para a ascensão de casos de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) cujo risco aumenta em pessoas sedentárias, com excesso de peso, obesidade central, hipertensão arterial, glicemia plasmática de jejum $\geq 100\text{mg/dl}$, hábitos alimentares inadequados, o avançar da idade e, ainda, com histórico familiar (Lima et al., 2014). A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada como o principal fator de risco para doenças cardiovasculares, bem como possível associação como sedentarismo, tabagismo, envelhecimento, gênero, aumento do peso corporal e hábitos dietéticos (Muraro et al., 2013); dessa forma, ambas as doenças crônicas não degenerativas se apresentam como desafios à Saúde Pública requerendo uma atenção integral. (SBHAS,2013 e SBDM,2013)



COMPLICAÇÕES DA OBESIDADE

A UBS/ESF em que atuo se chama: Luiz Nicoletti, alocada no município de São Marcos (RS) e foi construída há 04 anos, envolvendo 100% da população da área de abrangência da UBS de 3000 pessoas, sendo o maior por cento pessoas do sexo feminino. Na sua área de abrangência reside uma população predominantemente idosa com elevado número de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis que exigem cuidado continuado. A equipe é constituída por uma médica, um técnico em enfermagem, uma enfermeira, um odontólogo, uma auxiliar em saúde bucal e quatro agentes comunitárias de saúde (ACS).

Dentre as ações programáticas realizadas na unidade de saúde ocorrem atendimentos de adultos com HAS e/ou DM, um dia por semana, único turno (manhã) realizados pelo enfermeiro, médico e odontólogo, porém, sem organização frente a agendamentos e a atividades de educação em saúde.

Em relação aos indicadores da qualidade do serviço de saúde, verifica-se que são realizados estratificação do risco cardiovascular, exames complementares periódicos, orientações sobre prática regular de atividade física e alimentação saudável bem como avaliação de Saúde Bucal. Aos pacientes diabéticos realizam-se: exame físico dos pés, palpação dos pulsos tibial posterior e pedios, avaliação da sensibilidade, orientações sobre prática regular de atividade física, alimentação saudável e avaliação de Saúde Bucal.

Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus estão constantemente associadas, visto que possuem vários aspectos em comum, como origem, fatores de risco, tratamento não medicamentoso, algumas complicações e, geralmente, a ausência de sintomas. A relação entre ambas as doenças é bem estreita, sendo um fator de risco para a outra. (SBHAS,2013 e SBDM,2013)

Portanto, Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus devem ser alvos de atenção pela sociedade, principalmente quando juntas, dadas as potenciais complicações que geram quando tratadas, o elevado índice de mortalidade que elas causam e o impacto financeiro que elas têm para as famílias e para o sistema público no mundo inteiro. (SBHAS,2013 e SBDM,2013)

Pela necessidade de uma reorganização do serviço de saúde e uma melhor qualidade da atenção nos serviços, além do número expressivo de população com doenças crônicas não transmissíveis como: Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, estabelecem um cenário rico para a execução desta proposta, já que pode fornecer informações fundamentais para a prática e planejamento da equipe. Eu decido fazer este trabalho de intervenção na UBS/ESF: Luiz Nicoletti, São Marcos /RS, com o objetivo de elevar a qualidade de vida das pessoas com as doenças crônicas anteriormente citadas.

Objetivos:

Objetivo geral:

Melhorar a atenção à saúde de usuários com HAS e/ou DM na UBS/ESF: Luiz Nicoletti.

Objetivos específicos:

Objetivo nº 1. Aumentar a cobertura de usuários com HAS e/ou DM na UBS.

Objetivo nº 2. Melhorar a qualidade da atenção aos usuários com HAS e/ou DM.

Objetivo nº 3. Melhorar a adesão de usuário com HAS e/ou DM ao programa

Objetivo nº 4. Melhorar o registro das informações sobre usuário com HAS e/ou DM.

Objetivo nº 5. Mapear usuário com HAS e/ou DM de risco para doenças cardiovasculares.

Objetivo nº 6. Promover a saúde de usuário com HAS e/ou DM na área de abrangência.

Revisão da Literatura:

A Hipertensão Arterial é uma doença crônica de alta prevalência no Brasil e no mundo. Estudos mais recentes com a população brasileira demonstram uma prevalência de 26% da população geral adulta, e aproximadamente 50% da população idosa, variando de acordo com a localidade, e em algumas regiões essas taxas podem chegar a até 44%. Sabe-se que a causa primária para a maioria dos casos de hipertensão arterial é desconhecida, uma vez que apenas 5% dos pacientes possuem pressão alta por motivos secundários a outras patologias (renais, tireoidianas, hipofisárias, adrenais). Índices elevados de pressão arterial ao longo dos anos podem causar lesões em diversos órgãos-alvo (olhos, rins, coração e cérebro, por exemplo), devido à agressão ao endotélio vascular pela alta pressão nas pequenas artérias dos órgãos. Compreende-se que em muitos indivíduos a hipertensão se manifesta associada a outras patologias, o que aumenta o padrão de morbidade da mesma. Médicos de família são capacitados para identificar os casos que necessitam de outros níveis de atenção à saúde, mas a maioria dos hipertensos consegue controlar-se na Atenção Primária à Saúde (APS). Na assistência integral à saúde é necessário tratar o indivíduo como um todo e a Unidade de Atenção Primárias à Saúde (UAPS) é que se insere neste contexto de prevenção, promoção e assistência, a fim de evitar complicações muitas vezes incapacitantes. (SBHAS,2013)

Há a necessidade de uma mudança de estilo de vida dos pacientes (hábitos alimentares, prática de exercícios), uma vez que é uma doença de difícil controle apenas no âmbito ambulatorial. É importante que não só o hipertenso, mas toda sua família se conscientize acerca da importância dos hábitos saudáveis de vida como principais medidas de prevenção contra a hipertensão. (SBHAS,2013)

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.

No Brasil são cerca de seis milhões de portadores, a números de hoje, e deve alcançar 10 milhões de pessoas. Um indicador macroeconômico a ser considerado é que o diabetes cresce mais rapidamente em países pobres e em desenvolvimento e isso impacta de forma muito negativa devido à morbimortalidade precoce que atinge pessoas ainda em plena vida produtiva, onera a previdência social e contribui para a continuidade do ciclo vicioso da pobreza e da exclusão social. (SBDM,2013).

As consequências humanas, sociais e econômicas são devastadoras: são 4 milhões de mortes por ano relativas ao diabetes e suas complicações (com muitas ocorrências prematuras), o que representa 9% da mortalidade mundial total. O grande impacto econômico ocorre notadamente nos serviços de saúde, como consequência dos crescentes custos do tratamento da doença e, sobretudo das complicações, como a doença cardiovascular, a diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores. (SBDM,2013).

O maior custo, entretanto, recai sobre os portadores, suas famílias, seus amigos e comunidade: o impacto na redução de expectativa e qualidade de vida é considerável. A expectativa de vida é reduzida em média em 15 anos para o diabetes tipo 1 e em 5 a 7 anos na do tipo 2; os adultos com diabetes têm risco 2 a 4 vezes maior de doença cardiovascular e acidente vascular cerebral; é a causa mais comum de amputações de membros inferiores não traumática, cegueira irreversível e doença renal crônica terminal. Em mulheres, é responsável por maior número de partos prematuros e mortalidade materna. (SBDM,2013).

No Brasil, o diabetes junto com a hipertensão arterial, é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à diálise. É importante observar que já existem informações e evidências científicas suficientes para prevenir e/ou retardar o aparecimento do diabetes e de suas complicações e que pessoas e comunidades progressivamente têm acesso a esses cuidados. (SBHAS,2013 e SBDM,2013)

Além de prevenção e educação em saúde aos hipertensos e pacientes com Diabetes, também são realizadas atividades voltadas ao paciente com dislipidemia, câncer, entre outras, sempre com uma abordagem preventiva e multidisciplinar. Percebe-se que a abordagem preventiva e de promoção à saúde à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus é importante, uma vez que estas são doenças muitas vezes silenciosa e com alto índice de morbidade e mortalidade, sendo eficazes atividades que minimizem os danos à saúde.

Metodologia:

O projeto de intervenção será desenvolvido no período de 12 semanas na UBS/ESF Luiz Nicoletti, em São Marcos / RS em que participarão usuários com HAS e/ou DM. Serão utilizados os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde – “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica” (2013).

Detalhamento das ações:

Objetivo 1: Aumentar a cobertura de usuários com hipertensão para 80% e com diabetes para 80%.

Ação - Monitoramento e avaliação:

Monitorar o número de usuários com hipertensão e/ou diabetes cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes.

Ações - Organização e Gestão do serviço:

Garantir o registro dos usuários com HAS cadastradas no Programa.

Melhorar o acolhimento para os usuários com HAS

Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na UBS.

Garantir o registro dos usuários com DM cadastradas no Programa.

Melhorar o acolhimento para os usuários com DM.

Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na UBS.

Ações Públicas:

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus na UBS e sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Ações - Qualificação da prática clínica.

Capacitar os ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS.
Capacitar a equipe da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Metas:

Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão.

Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com diabetes.

Realizar exame dos pés em 100% dos usuários com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Garantir a 100% dos usuários com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Garantir a 100% dos usuários com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão.

Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com diabetes.

Ações - Monitoramento e avaliação:

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários com hipertensão.

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários com diabetes.

Monitorar a realização de exame dos pés dos usuários com diabetes.

Monitorar o número de usuários com hipertensão com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS.

Monitorar o número de usuários com hipertensão com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Monitorar o número de usuários com diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS.

Monitorar o número de usuários com diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Monitorar os usuários com hipertensão que necessitam de atendimento odontológico.

Monitorar os usuários com diabetes que necessitam de atendimento odontológico.

Ações - Organização e Gestão do serviço:

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos usuários com hipertensão.

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos usuários com diabetes.

Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.

Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na UBS.

Solicitar a referência e contra referência (realizar a coordenação do cuidado) para os usuários com hipertensão e/ou diabetes que necessitem de consulta especializada.

Garantir a solicitação dos exames complementares.

Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

Manter um registro das necessidades de medicamentos dos usuários com hipertensão e/ou diabetes cadastrados na UBS.

Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Ações Públicas:

Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão, da diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Orientar aos usuários com hipertensão e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Orientar aos usuários com diabetes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos usuários com hipertensão e diabetes.

Ações - Qualificação da prática clínica.

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Capacitar a equipe para a realização de exame apropriado dos pés.

Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Realizar atualização do profissional no tratamento do diabetes.

Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários com hipertensão e diabetes.

Objetivo 3. Melhorar a adesão dos usuários com hipertensão e/ou diabetes

Metas:

Buscar 100% das pessoas com hipertensão ausentes às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Buscar 100% dos usuários com diabetes ausentes às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Ações - Monitoramento e avaliação:

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Ações - Organização e Gestão do serviço:

Organizar visitas domiciliares para buscar os ausentes.

Organizar a agenda para acolher aos usuários com hipertensão provenientes das buscas domiciliares.

Organizar a agenda para acolher aos usuários com diabetes provenientes das buscas domiciliares.

Ações Públicas:

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Esclarecer aos usuários com diabetes e com hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Ações - Qualificação da prática clínica.

Capacitar os ACS para a orientação dos usuários com hipertensão e diabetes em quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Metas:

Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão.

Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes.

Ações - Monitoramento e avaliação:

Monitorar a qualidade dos registros dos usuários com hipertensão acompanhados na UBS.

Monitorar a qualidade dos registros dos usuários com diabetes acompanhados na UBS.

Ações - Organização e Gestão do serviço:

Manter as informações do SIAB/e-SUS atualizadas.

Implantar a ficha de acompanhamento.

Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame

complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Ações - Qualificação da prática clínica.

Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos usuários com hipertensão.

Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos usuários com diabetes.

Objetivo 5. Mapear o risco para doença cardiovascular dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Metas:

Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão e aos diabéticos.

Ações - Monitoramento e avaliação:

Monitorar o número de usuários com hipertensão e com diabetes à realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Ações - Organização e Gestão do serviço:

Priorizar o atendimento dos usuários com hipertensão avaliados como de alto risco.

Priorizar o atendimento dos usuários com diabetes avaliadas como de alto risco.

Ações Públicas:

Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Esclarecer aos usuários com hipertensão, com diabetes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Ações - Qualificação da prática clínica.

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés.

Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6. Promover a saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes

Metas:

Garantir orientação nutricional a 100% dos usuários com hipertensão e diabetes

Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com hipertensão e diabetes.

6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com hipertensão e diabetes.

Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com hipertensão e diabetes.

Ações - Monitoramento e avaliação:

Monitorar a realização de orientação nutricional dos usuários com hipertensão e diabetes.

Monitorar a realização de orientação para atividade física regular dos usuários com hipertensão e diabetes.

Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos usuários com hipertensão e diabetes.

Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos usuários com hipertensão e diabetes.

Ações - Organização e Gestão do serviço:

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Ações Públicas:

Orientar aos usuários com hipertensão, com diabetes e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Orientar aos usuários com hipertensão, com diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da hipertensão e da diabetes.

Orientar aos usuários com hipertensão tabagistas e com diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Orientar aos usuários com hipertensão, diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Ações - Qualificação da prática clínica.

Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável.

Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável e específica para os usuários com diabetes.

Capacitar a equipe da UBS sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Recursos Necessários:

Recursos Humanos:

- ❖ Profissionais Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde, Odontologista.

Recursos Materiais:

- ❖ Computador.
- ❖ Impressora.
- ❖ Sala para realização de grupos.
- ❖ Esfignomanómetro.
- ❖ Balança.
- ❖ Canetas.
- ❖ Pasta para arquivo de planeamento de atividades.
- ❖ Requisição para exames laboratoriais.
- ❖ Caderno: “Estratégias para o cuidado da pessoa com Doença Crónica-Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistémica” (2013).

Cronograma:

Atividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Capacitação da equipe sobre protocolo de HAS e/ou DM.												
Atendimento clínico dos usuários com HAS e/ou DM												
Atividades de educação em saúde.												
Monitorar o número de usuários cadastrados no Programa												
Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo												
Busca ativa dos faltosos às consultas programadas.												
Monitorar a realização de exames complementares e de atendimento odontológico.												
Monitorar a realização de exame dos pés dos usuários com DM.												
Monitorar a realização de exame clínico apropriado												
Monitorar a qualidade dos registros.												
Monitorar o número de usuários com HAS com estratificação de risco.												
Monitorar a realização de orientação individual nas consultas clínicas.												
Manter as informações do e-SUS atualizadas.												

Resultados Esperados.

Com nosso trabalho esperamos ter os seguintes resultados:

- ❖ Evitar complicações e danos à saúde dos usuários.
- ❖ Evitar hospitalizações e os consequentes gastos.
- ❖ Ampliação da cobertura de atendimento.
- ❖ Lograremos uma valoração mais integral dos pacientes de nossa UBS que apresentam essas doenças crônicas.
- ❖ Aumento do conhecimento dos pacientes acerca de sua doença e como prevenir suas complicações.
- ❖ Elevar qualidade de vida.

Referências:

BRASIL, 2013 a. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de atenção Básica, n. 37. - Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 128p.: il.

BRASIL, 2013 b. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de atenção Básica, n. 36. - Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 160p.: il

SBDHAS-SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO ARTERIAL SISTÊMICA.

SBDM-SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES MELLITUS.

ANEXOS:

Anexo A - Planilha de coleta de dados:

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1																		
Local para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	Opacinto 6 hipertensao?	Opacinto 6 diabética?	Opacinto até com o como clínica em dia do acar de com a protocolo?	Opacinto até com o como complementar e em dia do acar de com a protocolo?	Opacinto ou coexistem com medicamento?	Tomar medicamento de lista de Hipertensao de Farmácia Popular?	Opacinto foi avaliado quanto à ocorrência de efeitos adversos?	Opacinto até faltou de consultar de acar de com a protocolo?	Foi realizado busca ativa para opacinto com consultar em outros?	Opacinto até com requere o que de Fiche do acompanhamento?	Atualização de ficha de controle de opacinto até com acompanhamento?	Opacinto recebeu orientação nutricional sobre a importância da atividade física?	Opacinto recebeu orientação sobre a importância da atividade física?	Opacinto recebeu orientação sobre a importância da atividade física?	Opacinto recebeu orientação sobre a importância da atividade física?
Orientações do profissional	de 1 até total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim
	1																	
	2																	
	3																	
	4																	
	5																	
	6																	
	7																	
	8																	
	9																	
	10																	
	11																	
	12																	
	13																	
	14																	
	15																	
	16																	
	17																	
	18																	
	19																	
	20																	
	21																	
	22																	
	23																	
	24																	
	25																	

Anexo B - Ficha espelho.



Saúde da Família

ESF LUIZ NICOLETTI

Nome:	D.N.:
Endereço:	Telefone:
Cartão SUS:	CPF:
Data da última consulta:	Val. Receita:

Necessita de cuidador: Sim () Não ()

Nome do cuidador:

Tem HAS? Sim() Não()

Tem DM? Sim() Não()

Tem HAS e DM? Sim() Não()

Está cadastrado no HIPERDIA? Sim() Não()

Há quanto tempo tem HAS? _____

Há quanto tempo tem HAS? _____

Peso:	Estatura:
-------	-----------

Anexo C-Medicções de uso contínuo:

DATA							
	APRESENTAÇÃO	½	1	2	3	4	5
Hidroclorotiazida-25mg							
Captopril-25mg							
Propranolol-40mg							
Enalapril-10mg							
Enalapril-20mg							
Atenolol-25mg							
Atenolol-50mg							
Atenolol-100mg							
Metformina-500mg							
Metformina-850mg							
Glibenclamida-5mg							
Insulina NPH							

Anexo D-Fluxograma de exames laboratoriais:

DATA					
Glicemia em Jejum					
HGT					
Hemoglobina Glicosilada					
Colesterol Total					
HDL					
LDL					
Triglicerídeos					
Creatinina Sérica					
Potássio Sérico					
EQU					
Microalbuminúria					
Proteinúria de 24 horas.					
TSH					
ECG					
Hemograma					
Hematócrito					
Hemoglobina					
VCM					
Plaquetas					

Anexo F- Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias:

Eu, _____ (nome da especializada 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 à 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 ESF: Rua São Luiz, esquina Padre Feijó, Bairro Industrial.

Endereço de e-mail do orientador: