



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**REDUÇÃO DA NECESSIDADE DE PROCURA DA USF PARA
ATENDIMENTO DE PICO HIPERTENSIVO E HIPERGLICEMIA EM
DEMANDA IMEDIATA.**

TILA FACINCANI

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade Federal
de São Paulo para obtenção do
Título de Especialista em Saúde da
Família.**

Orientador(a): Julie Silvia Martins

São Paulo

2016

Resumo

A Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus tipo 2 fazem parte das principais causas de procura de atendimento médico na atenção básica (1) A busca do usuário pela Unidade Básica em caso agudo demonstra a necessidade de melhorar o acompanhamento a longo prazo, através de um projeto terapêutico eficaz. Além disso, essa alta demanda na crise mostra o ainda prevalente modelo assistencial, doença centrado, baseado essencialmente na cura por processos fragmentados e médico-focado (2,3). A partir desses pressupostos e da análise epidemiológica da demanda espontânea da Unidade de Saúde UBS Botafogo em São Carlos-SP surgiu a necessidade de se estabelecer um plano de ação para reduzir a busca da unidade pela descompensação dessas doenças crônicas. O presente projeto traz à tona os conceitos de evento sentinela e linha de cuidado, com o intuito de melhorar a assistência a esses pacientes, aumentando seus vínculos com a equipe, reduzindo a morbimortalidade por essas afecções e melhorando a qualidade de vida dos indivíduos cadastrados..

Palavras-chave: Evento Sentinela. Linha de Cuidado. Atenção Básica.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 OBJETIVOS	6
2.1 Geral	6
2.2 Específico(s)	6
3 REFERENCIAL TEÓRICO	7
4 MÉTODO	9
4.1 Local	9
4.2 Participantes	9
4.3 Ações	9
4.4 Avaliação e Monitoramento	11
5 RESULTADOS ESPERADOS	13
6. CRONOGRAMA	14
7 REFERÊNCIAS	16

1 INTRODUÇÃO

O trabalho em saúde é sempre definido como um fenômeno complexo, envolvendo uma análise profunda da área de abrangência, sua epidemiologia e o perfil de aceitação de novas ações pela população. A reflexão sobre esse trabalho é a chave para o seu aprimoramento e a melhoria do objetivo, que é a saúde, seja individual ou de coletividades.

Ao avaliar a contingência de demanda espontânea da UBS Botafogo envolvendo picos hipertensivos e descompensações de diabetes mellitus, pode-se entender a necessidade de melhora no cuidado desses pacientes com doenças crônicas que carecem de intervenções contínuas e profundas para manter seus basais de bem estar. Evitando assim, desfechos drásticos e evitáveis consequentes de suas descompensações.

Quando se pensa sobre esse trabalho, deve-se levar em conta os principais agentes envolvidos: o trabalhador da área da saúde e o usuário, com seus conhecimentos, anseios, necessidades e limitações. Dessa forma, esse projeto de intervenção é uma maneira de aprimorar o trabalho em saúde de uma Equipe de Saúde da Atenção Básica por meio dos conceitos de Linha de Cuidado e Evento Sentinela com foco em Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, de forma dialógica. A principal meta é criar instrumentos que possam ajudar a equipe a avaliar as ações que desempenha, assim como aprimorar o cuidado de saúde da população pela qual é responsável com foco na prevenção primária e secundária.

A UBS Botafogo conta com uma equipe composta por 3 médicos que atendem como Clínicos Gerais, 1 Pediatra, 2 Ginecologistas Obstetras, 2 enfermeiras, 5 auxiliares de enfermagem, 2 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 1 dentista e 1 auxiliar em saúde bucal. Além disso, conta com apoio matricial de uma fisioterapeuta e 2 terapeutas ocupacionais que atendem pacientes de outras unidades regionais.

A área de abrangência cobre 10.000 pacientes. Essa população geralmente se apresenta na unidade com queixas agudas, sendo atendidos no horário de acolhimento. Existe alta taxa de faltas em consultas agendadas de cuidado continuado. Dentre os motivos de procura no acolhimento se encontra

grande taxa descompensações de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial e condições evitáveis relacionadas a essas doenças crônicas.

O excesso de demanda espontânea por descompensações de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus caracterizam-se como eventos sentinelas e demonstram a falha na linha de cuidado desses pacientes.

Baseado nos princípios da atenção primária à saúde e a prevenção de doenças, vigilância em saúde, promoção da saúde e integralidade do cuidado se tornam necessárias ações de prevenção primária e secundária em uma linha de cuidado elaborada, com o objetivo de evitar eventos sentinelas relacionados ao Diabetes e Hipertensão.

O excesso de demanda espontânea desses pacientes com doenças crônicas descompensadas implica em prejuízo na organização do fluxo de atendimento da unidade básica de Saúde além de se relacionar à maior morbimortalidade desses pacientes. Essa alta demanda na crise também mostra o ainda prevalente modelo assistencial, doença centrado, baseado essencialmente na cura por processos fragmentados e médico-focado (2, 3), o que vai contra a linha de cuidado integral que seria ideal para esses pacientes, composta por equipe multiprofissional (10)

O cuidado do paciente com diabetes e/ou hipertensão tem como objetivo a prevenção de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, renal crônica e comorbidades relacionadas a lesões micro e macrovasculares. Evitando tais eventos podemos melhorar a qualidade de vida dos pacientes, aumentando suas expectativas de vida e produção econômica e economizar recursos destinados a internações e tratamento desses desfechos graves e evitáveis . (1,4,5).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

O objetivo desse Projeto de Intervenção é, ao longo do tempo, reduzir a ocorrência de descompensações de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial nos pacientes vinculados à Unidade de Saúde.

2.2 Objetivo específico

1) Definir eventos sentinela em Diabetes e Hipertensão, que demonstrarão as falhas no Sistema de Saúde e a partir dos quais motivarão as ações componentes da linha de cuidado.

2) Implantar a sistematização da linha de cuidado do paciente diabético e hipertenso na Unidade de Saúde, através da aplicação de protocolos atualizados;

3) Incluir o paciente em acompanhamento nessa linha de cuidado após atendimentos de urgência, diagnóstico ou identificação de fatores de risco para desenvolvimento da doença.

4) Promover educação em saúde para o paciente entender melhor a doença objetivando-se melhorar a adesão do mesmo ao tratamento, trazendo reflexos positivos para a sua qualidade de vida.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

A fundamentação teórica desse projeto se baseia na aplicação dos conceitos de evento sentinela e linha de cuidado sobre o manejo das doenças crônicas Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial na atenção Básica.

O Evento Sentinela é um importante instrumento de avaliação da organização e efetividade do serviço de Atenção Básica, pois se tratam de desfechos negativos evitáveis como óbitos ou consequências incapacitantes relacionadas aos agravos de saúde. Eles servem de alerta para gestores e profissionais de saúde aprimorarem ações com objetivo de afastar essas situações. (7,8). Desse modo, podemos ver a redução na taxa de eventos sentinelas como um indicador de qualidade e efetividade das ações desenvolvidas pela equipe de saúde na atenção básica. (7, 9)

Essas ações devem se basear no conceito de linha de cuidado, que podem ser definidos como os fluxos assistenciais assegurados ao paciente para que suas necessidades de saúde sejam supridas. Esse fluxo abrange tanto componentes da rede de saúde como segmentos complementares, como espaços comunitários e assistência social. (10)

Portanto, podemos entender que a linha de cuidado não se restringe à unidade básica de saúde, também incluindo uma rede assistencial nesse processo. Além disso, o esforço deve ser no sentido de se estabelecer uma linha de cuidado integral, unificando ações preventivas, curativas, de reabilitação, com acesso aos recursos tecnológicos existentes e ampla abertura da porta de entrada ao sistema criando um vínculo forte com a rede de saúde, seja pela ida à Unidade, seja por visitas domiciliares.

A importância da aplicação desse projeto se dá pelo fato de essas doenças serem controláveis e terem impactos tão relevantes quando não manejadas adequadamente. A Diabetes Mellitus e a Hipertensão arterial são condições clínicas crônicas, de etiologia multifatorial, caracterizadas por níveis glicêmicos e de pressão arterial persistentemente elevados respectivamente. Ambas as doenças apresentam alta prevalência e se encontram em muitos casos concomitantemente. Como principal desfecho das mesmas, temos lesão macro e microvascular com lesões de órgão alvo, resultando em inúmeras comorbidades limitantes e eventos cardiovasculares catastróficos, com alta

morbimortalidade e redução da qualidade de vida. Pode-se encarar essas doenças como fazendo parte dos principais fatores de risco modificáveis para eventos cardiovasculares, que estão em primeiro lugar em causa de morte no Brasil.

Além disso, é atribuído a essas doenças grande ônus com internação hospitalar em eventos agudos e com cuidados de pacientes já com quadro agravado por comorbidades referentes a descompensação dessas doenças. (4,5) Na atenção básica isso se reflete em maior número de atendimento em demanda imediata, tanto por motivos de reais descompensações, quanto por eventos relacionado a desinformação e má aderência em relação a sua condição e tratamento.

Estudos clínicos apontaram o impacto do tratamento e controle dessas doenças na redução de eventos cardiovasculares, mas no dia a dia da atenção básica pode-se perceber que o controle dessas condições e a manutenção dos níveis pressóricos e glicêmicos dentro dos alvos terapêuticos é difícil.

Devido à dificuldade no controle das doenças e como muitos dos fatores de risco, ações preventivas e tratamento não farmacológico são compartilhados, podemos integra-los em uma mesma linha de cuidados de forma eficaz, com foco na prevenção primária, secundária e promoção em saúde e com isso reduzir a morbimortalidade, melhorar a qualidade de vida e reduzir o impacto econômico e humano causado por essas condições

4. Metodologia

4.1 - Local:

O Projeto de Intervenção será realizado na UBS Botafogo localizada no município de São Carlos -SP

4.2 - Público-alvo e Participantes:

Público-alvo: indivíduos diabéticos e/ou hipertensos, ou pessoas que apresentem fatores de risco para desencadear tais condições, independentemente de apresentarem ou não comorbidades associadas a elas.

Participantes do projeto serão todos os integrantes da Equipe de Saúde da UBS Botafogo e também profissionais das equipes de matriciamento em fisioterapia, nutrição, terapia ocupacional e psicologia.

4.3 - Ações:

Para a execução desse projeto, podemos traçar a metodologia em 4 etapas:

Etapa 1: Apresentar o plano de cuidado do Projeto em reunião de equipe. Abrindo para sugestões e para a discussão sobre as linhas de cuidado e eventos sentinelas apresentados e buscando adesão e apoio da equipe.

Etapa 2: Estabelecer como eventos sentinelas em diabetes e hipertensão na Atenção Básica os seguintes eventos:

- A procura por acolhimento por pico hipertensivo (incluindo afecções mais graves como urgências ou emergências hipertensivas)
- A procura por acolhimento por descompensação do diabetes (hipo ou hiperglicemia, cetoacidose diabética e estado hiperosmolar)
- A procura da unidade após agravo dessas patologias com injúrias e incapacitações irreversíveis (como agravo cardiovascular, insuficiência renal, pé diabético, retinopatia e etc)

Etapa 3: Elaborar a linha de cuidado integral oferecida a esses pacientes:

A. cadastramento e atualização periódica dos pacientes diabéticos e hipertensos com intuito de controlar faltas em consultas agendados, questionar adesão ao tratamento;

B. A atenção a essas doenças deve se iniciar com a identificação da população que apresentam fatores de risco para que seja feito o diagnóstico precoce;

População de risco para rastreamento de diabetes e hipertensão:

- Idade maior que 45 anos.
- Sobrepeso (IMC maior que 25 Kg/m²).
- Obesidade central (circunferência abdominal > 102 cm para homens e > 88 cm para mulheres, medida na altura das cristas ilíacas).
- Antecedente familiar (pai, mãe ou irmão) de diabetes ou hipertensão.
- Colesterol HDL \leq 35 mg/dL e/ou triglicérides \geq 150 mg/dL.
- História de macrosomia (recém-nascido com mais de 4 Kg) ou diabetes gestacional.
- Diagnóstico prévio de síndrome dos ovários policísticos.
- Doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida.

Informações obtidas em (1,4,5,6)

C. Elaboração de um grupo de HiperDia com a proposta de educação em saúde para os pacientes, com reuniões semanais e coordenado por integrante da equipe.

- Orientações sobre a hipertensão e diabetes (o que são essas doenças e quais as suas possíveis repercussões);
- Orientações nutricionais e sobre atividade física;
- Orientações sobre uso correto de medicamentos com esclarecimentos sobre função e posologia dos medicamentos em uso;
- Integração desse grupo com a entrega de insumos para os diabéticos insulino dependentes;
- Compartilhamento de experiências e angustias dos usuários com o grupo, com apoio psicológico e de adaptação social na condição de portador de doença crônica;
- Orientar sobre a cessação do tabagismo e o consumo moderado de bebidas alcoólicas.
- Estimular a ida à unidade mensalmente para checagem da glicemia e da pressão arterial.

D. Reserva de agenda para um período destinado a consultas agendadas dos pacientes do HiperDia após a realização do grupo. O objetivo principal dessa etapa organizacional é aumentar a adesão dos usuários ao grupo e suscitar dúvidas e questionamentos a serem abordados em consulta.

E. Grupo de caminhada e alongamento 3 vezes por semana com instruções da fisioterapeuta

Etapa 4: Por linha de cuidado elaborada em prática com participação integral da equipe de saúde. Maiores detalhes são apresentados junto ao cronograma.

4.4 Avaliação e Monitoramento

Avaliação e Monitoramento através de consultas agendadas periodicamente para os pacientes participantes de HiperDia da seguinte forma: O paciente deve seguir em acompanhamento com médico ou enfermeira pelo menos a cada 3 meses, para atingir as seguintes metas terapêuticas:

Metas Terapêuticas e de Acompanhamento		
Pressão Arterial	< 130/80 mmHg	A cada consulta
Hemoglobina glicada	< 7%	Inicialmente a cada 3 meses, depois a cada 6 meses
Glicemia de Jejum	90-130 mg/dL	Mensal
HDL Colesterol	> 40 mg/dL	Anual
LDL Colesterol	< 100 mg/dL	Anual
Triglicérides	< 150 mg/dL	Anual

Informações obtidas em (1, 4, 5, 6)

4.5 Recursos necessários

A implantação desse projeto de intervenção demanda poucos recursos. Os recursos exigidos são mais de caráter humano, organizacional e de espaço físico, não tendo acréscimo de orçamento destinado a Unidade.

A princípio é necessário disponibilização da equipe com divisão de funções como quem participará dos grupos de caminhada e do HiperDia, quem ficará responsável na recepção por identificar os usuários alvo do projeto e treinamento de toda a equipe para abranger o cuidado integral dos pacientes.

Em seguida será necessário destinar um espaço físico adequado para as reuniões. Como na Unidade não existe uma sala que comporte o número estimado de pessoas, inicialmente pode ser tentado destinar a sala de espera para as reuniões as terças-feiras, antes das consultas agendadas para o HiperDia.

O grupo de caminhada pode usufruir do espaço comunitário existente próximo à Unidade, o Parque do Bicão, que é uma área verde, com local adequado para atividades físicas. Esse grupo pode ser gerido por qualquer membro da equipe após treinamento com a fisioterapeuta que atua na Unidade.

5. Resultados esperados

A expectativa com a implantação desse Projeto de Intervenção é de que com a sistematização da linha de cuidado proposta, se consiga organizar o fluxo da unidade e preparar melhor a equipe para lidar com o cuidado integral e eficaz do paciente-alvo do projeto. Com isso é esperado que se reduza o número de eventos sentinelas e demanda espontânea em crise de descompensação e aumente a participação do usuário de forma continuada, focando na prevenção primária e secundária e aumentando o vínculo com a equipe.

A avaliação e monitoramento do projeto deverão ser feitos através de uma contabilização de atendimentos por demanda espontânea e eventos sentinela propostos no projeto. Além disso, pode ser questionado à equipe de saúde e aos pacientes participantes do projeto se as mudanças implementadas contemplaram a expectativa de melhora no cuidado integral dos pacientes e de melhora no fluxo de trabalho da Unidade.

Através de um olhar mais ampliado, podemos esperar uma redução da morbimortalidade por afecções relacionadas ao descontrole dessas doenças crônicas.

6. Cronograma

Etapa 1	Discussão do PI em reunião de equipe	Primeira reunião de equipe de janeiro de 2016
Etapa 2	Definição dos eventos sentinelas	Primeira reunião de equipe de janeiro de 2016 (quinta-feira, 07 de janeiro)
Etapa 3	Elaboração da linha de cuidado	Segunda reunião de equipe de janeiro de 2016 (quinta-feira, 14 de janeiro)
Etapa 4	Implantação da linha de cuidado na rotina da UBS	A partir da terceira semana de janeiro de 2016 (segunda feira, 18 de janeiro)
Etapa 5	Avaliação e monitoramento	A partir da implantação da linha de cuidado

Detalhamento da etapa 4 (implantação da linha de cuidado):

Ação	Método sugerido	Data
Cadastramento e atualização dos pacientes do HiperDia	<ul style="list-style-type: none"> - Marcar o cartão e o prontuário de forma a identifica-lo como participante do HiperDia. - Fazer uma listagem dos pacientes participantes com nome e telefone 	- A partir da terceira semana de janeiro
Identificação da população com fatores de risco	- através dos critérios listados no item B. da etapa 3, identificados em qualquer momento de contato do paciente com a unidade (acolhimento, consulta agendada e etc)	- A partir da terceira semana de janeiro
Seguimento desses pacientes	- De acordo com o listado no item D. Com reserva de agenda as terças-feiras para consultas agendadas para HiperDia (item F.)	- A partir da terceira semana de janeiro
Implantação do grupo de HiperDia	- De acordo com o descrito no item E.	- grupos semanais as terças-feiras antes das consultas agendadas do HiperDia a partir da terceira semana de janeiro.
Implantação do grupo de caminhada e alongamento	- De acordo com o descrito no item G.	- Grupo realizado as segundas, quartas e sextas feiras as 7h da manhã a partir da terceira semana de janeiro.

7. REFERÊNCIAS

01. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na Atenção Básica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012 (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II)
02. OLIVEIRA, L.M.L.; TUNINI, A.S.M.; SILVA, F.C. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde. **Revista da APS**, v.11, n.4, p.362-73, 2008.
03. FIGUEIREDO, E.N.; DEMARZO, M.M.P. **Atenção Primária à saúde e Política Nacional de Atenção Básica**. Especialização em Saúde da Família. PAB 6. UnaSUS – UNIFESP, 2015
04. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, n. 95, supl.1, p. 1-51, 2010.
05. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015**. São Paulo: AC Farmacêutica, 2015.
06. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006.
07. PUCINI, P.T.; CORNETTA, V.K. Ocorrências em pronto-socorro: eventos sentinela para o monitoramento da atenção básica de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(9):2032-2042, 2008.

08. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Monitoramento na atenção básica de saúde:** roteiros para reflexão e ação. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)
09. PENNA, M.L.F. Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviço de saúde. In: SANTANA, J.P. organizador. **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 1997. p. 121-8.
10. FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas do cuidado integral:** uma proposta de organização da rede de saúde, 2012. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/dados/1312992014173Linha-cuidado-integral-conceito-como-fazer.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2012.