



**MARTHA ROSA PIRIZ LAO**

**“MELHORIA NA ATENÇÃO À SAÚDE DOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS  
CADASTRADOS NA UBSF QUERÊNCIA. MUNICÍPIO RIO GRANDE. RS”.**

**RIO GRANDE-RS**

**2017**



**MARTHA ROSA PIRIZ LAO**

**“MELHORIA NA ATENÇÃO À SAÚDE DOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS  
CADASTRADOS NA UBSF QUERÊNCIA. MUNICÍPIO RIO GRANDE. RS”.**

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

Orientador: Cynthia Ramos

**RIO GRANDE-RS**

**2017**

## RESUMO

Desde minha chegada a Brasil no ano 2015 trabalho no Programa Mais Médicos para o Brasil, no povoado Querência no Município Rio Grande RS. Conta com 3000 habitantes, onde a procura maior por atendimentos é hipertensão e diabetes. Uma população caracterizada por ser carente de recursos financeiros, dedicados à pesca e elaboração de alimentos gordurosos, com grande quantidade de carboidratos, temperados, salgados. O nível de ensino é baixo e o desemprego elevado, tabagismo, álcool, estresse mantido, sedentarismo. Analisando a problemática de saúde centro o trabalho de Projeto de Intervenção na "Atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos cadastrados na UBSF Querência", com o objetivo de incentivar mudanças de estilo de vida e trabalhar sobre fatores de riscos a través de ações educativas de promoção e prevenção de saúde de conjunto com a equipe de Núcleo de apoio e Equipe Básica de Saúde, melhorando a qualidade da atenção, ampliando cobertura e melhorando os registros. Uma vez feito o diagnóstico de saúde foi necessário continuar trabalhando na população pois três meses não são suficientes para modificar estilos de vida e fatores de riscos, o que requiere de trabalho sistematizado e aprofundado até chegar às pessoas dedicadas a elaboração de alimentos dando dicas para modificar e obter uma alimentação saudável evitando a negativa de alguns alimentos. Além das dificuldades, incrementamos os registros, as atividades de promoção e prevenção com maior número de pacientes, logramos interagir com os grupos, e assim obtivemos "Melhoria na atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos cadastrados na UBSF Querência.

**Descritores: Atenção Primária, Hipertensão, Prevenção em Saúde, Saúde da Família.**

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>5</b>
<b>2. ESTUDOS DE CASO CLÍNICO</b>	<b>10</b>
<b>3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS</b>	<b>15</b>
<b>4. VISITA DOMICILIAR</b>	<b>19</b>
<b>5. REFLEXÃO CONCLUSIVA</b>	<b>24</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>26</b>
<b>ANEXOS - PROJETO DE INTERVENÇÃO</b>	<b>27</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Iniciei minha formação com os estudos de medicina em 1984, no Instituto de Ciências Médicas “Mariana Grajales” província Holguín em Cuba; onde me foi conferido o Título de Doutora em Medicina em julho de 1990. Em novembro nesse mesmo ano comecei minha especialidade onde me foi conferido no ano 1994 como Especialista em Medicina Geral Integral. Também no ano de 2006 formei-me em Geriatria. Trabalhei em Cuba como profissional em saúde da família. Prestei atendimento em Programa das pessoas Idosas, logo trabalhei no programa de formação de médicos latino-americanos.

Em 2013 fui responsável do grupo básico de trabalho com atenção pediátrica e com gestantes. Prestei serviço em outros países como Honduras por dois anos, Venezuela por cinco anos e no Brasil desde o ano 2015. Trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF) Querência, município Rio Grande, RS. A Unidade de Saúde da Família Querência esta localizada no Distrito Praia Cassino, ao sudeste, sendo 3000 o número de pessoas atendidas. A área de abrangência conta com uma escola de ensino fundamental e duas Igrejas. Caracteriza-se por uma população predominantemente carente de recursos, onde o nível de ensino é baixo, o estilo de vida inadequado; muitas pessoas se utilizam da pesca para a elaboração dos alimentos e para o sustento das famílias. A venda desses produtos faz parte do cotidiano e os alimentos são preparados com grande quantidade de temperos, gorduras, carboidratos, o que faz de uma dieta nada saudável.

O desemprego é elevado, influi no incremento do tabagismo, álcool e o estresse. Todos estes aspectos influem na incidência e prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, especificamente na diabete e hipertensão. Antigamente a população não contava com o posto médico. Os atendimentos eram realizados no posto médico do Cassino, ou na cidade de Rio Grande. O índice de mortalidade das doenças crônicas era muito alto. No ano 2006, a SMS (Secretaria Municipal da Saúde) incrementou a formação do pessoal, com a preparação profissional de ACS (Agentes Comunitários da Saúde), treinando enfermeiras e técnicos de enfermagem. Foram criados os postos médicos até os

lugares de difícil acesso, para o benefício da população. Foi percebida uma melhora na qualidade da saúde das pessoas, mas ainda faltam muitas ações por fazer, para modificar o estilo de vida e trabalhar sobre os fatores de riscos modificáveis, facilitarem com que os serviços da saúde tenham melhor acesso, elevar a consciência das pessoas através das atividades de promoção e prevenção de saúde para controlar estas doenças; evitar suas complicações e diminuir o índice de morbimortalidade por estas causas.

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença que representa um dos maiores problemas de saúde no Brasil gerando elevado custo social. O Acidente Vascular Cerebral (AVC), uma das principais complicações da hipertensão e do diabetes, que se tornou a principal causa de morte no Brasil, atingindo 40% da população (1). Ao longo dos próximos 20 anos, estima-se que 25,1 milhões de pessoas, ou 8,7% da população adulta, terá diabetes. Estima-se que esse número irá aumentar em quase 60%, atingindo quase 40 milhões de pessoas. Além disso, as estimativas atuais indicam que 15,1 milhões de pessoas da população adulta, têm aumentada a intolerância à glicose (IGT)(2).

Atualmente contamos com os seguintes recursos humanos: um clínico geral uma enfermeira licenciada, duas técnicas de enfermagem, uma Agente Comunitária de Saúde, uma burocrata, o motorista e o pessoal de segurança. Contamos com ônibus adaptado para o atendimento odontológico cada 15 dias, e a equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família composta pela Assistente Social, psicóloga, educador físico, reabilitador e nutricionista, com o que temos boas relações de trabalho, e acompanhamento a cada paciente com suas respectivas condutas. Temos os seguintes departamentos para nossos atendimentos à população: Acolhimento e agendamento, Recepção e Arquivos, Vacinas, curativos, Sinais vitais, mensuração, Hemoglicoteste e outros procedimentos de enfermagens, e duas salas para o atendimento das consultas.

A ESF (Estratégia da Saúde da Família) atende mais mulheres do que homens; sendo uma população composta de 52.66% de mulheres e 47.34% de homens. A população maior varia entre a idade de 15 a 64 anos com 71 %. O índice de envelhecimento é de 37,7 %, a média de moradores por domicílios é de 2,9 habitantes. As doenças mais frequentes atendidas são as doenças crônicas

como: Hipertensão Arterial; Diabete Mellitus; Asma Brônquica; Doenças Ósseas degenerativas entre outras. Também de causas agudas como Infecções Respiratórias, Infecções urinárias e ginecológicas. O horário de trabalho do posto é de segunda a sexta feira de 08:00hs até 12:00hs e das 13:30hs até as 17:30hs, com uma agenda planejada para os atendimentos a grupos específicos, acolhimentos, atenção continuada e consultas agendadas, além de visitas domiciliares.

A equipe planeja as atividades de educação e promoção de saúde, e trabalhamos para diminuir e prevenir os fatores de risco da população. Temos uma boa aceitação pela população.

### CONHECENDO UM POUCO DE HISTÓRIA DE RIO GRANDE

Este município tem 208.641 habitantes segundo IBGE 2016. O Conselho Municipal de Saúde (CMS) foi instituído em 1993 e tem como presidente Sr. Fernando Oliveira Castro. O CMS tem atualmente 32 membros titulares, sendo 16 usuários; 4 representantes dos trabalhadores em saúde; 4 dos prestadores de serviço e 4 dos gestores. O nome do prefeito municipal é Alexander Duarte Lindenmeyer. A Câmara de Vereadores é composta por 21 vereadores. Quanto à economia, é baseada na agricultura, comércio, indústria, serviços. O município tem 7,5% de desempregados. A maior empresa da cidade é o grupo Gerdau, que trabalha no ramo de a empresa siderúrgica brasileira, tem 36.935 funcionários. O retorno de ICMS ao município é de R\$199.623.257,00 por ano e deste total, 38% são destinados para a saúde (3).

A população cresce cerca de 0,51% ao ano. De 10 anos atrás até hoje, a população local aumentou cerca de 10.634 habitantes. O percentual de pessoas com mais de 60 anos é de 13,9% o que corresponde a 27.256 habitantes (3). A mortalidade proporcional por idade indica que a maioria das pessoas morre quando está na faixa etária entre 60 e 70 anos. A expectativa de vida é de 78 anos para as mulheres e de 73 anos para homens. Quanto à escolaridade, temos cerca de 7,3% de pessoas analfabetas.

Quanto ao lazer, às principais alternativas são:

- (a) Atividades de esporte radical marítimo. (Surf, Wind-surf, stand up, entre outros);
- (b) Academias esportivas.
- (c) Desenvolvimento de atividades culturais e recreativas organizadas pelo conselho dos bairros;
- (d) Concertos e atividades relacionadas com a cultura gaúcha. Em relação à estrutura de saúde, temos 32 Unidades Sanitárias. O município tem 2 hospitais com 458 leitos.

O Conselho Municipal de Saúde definiu como prioridades:

1. Atenção integral à saúde da mulher e da Criança
2. Atenção integral à saúde das pessoas idosas e dos portadores de Doenças crônicas.
3. Atenção hospitalares e urgências
4. Vigilância em Saúde.
5. Violência Doméstica.

As três principais dificuldades para desenvolver ações relacionadas a estas prioridades são:

1. Pouca inter-relação entre Atenção Primária da Saúde (APS) e especialidades interferindo nas referencia e contra referências.
2. Falta de informação aos pacientes sobre as ações de promoção na vigilância em saúde o que provoca um diagnostico tardio das doenças transmissível.
3. Falta de leitos hospitalares e demora na atenção de urgências.

Justificativa: O tema escolhido para meu Projeto de Intervenção foi: “Atenção à saúde dos Hipertensos e Diabéticos cadastrados na UBSF Querência”.



O que consta em anexos. Com o objetivo de incentivar as mudanças no estilo de vida dos pacientes hipertensos e diabéticos a través de ações educativas de promoção e prevenção em saúde com a parceria dos profissionais: Nutricionista, psicóloga, educador físico, trabalhadora social e toda equipe da Estratégia de Saúde da Família, melhorando a qualidade da atenção, ampliar a cobertura na população, lograr adesão às consultas e melhorar os registros.

Meu trabalho de conclusão de curso tem uma grande importância pelas características da população. Nos permite fazer uma continuidade do trabalho iniciado do meu projeto de intervenção, e poder avaliar a “Melhoria na atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos cadastrados na UBSF Querência”, o que tem como tema, pois, constituem a principal causa das consultas, pelo elevado número que apresentam estas doenças, seus hábitos inadequados, em uma população carente, e assim conhecer sua situação, conseguindo um bom manejo das mesmas, com equidade, melhor acesso, integralidade, longitudinalidade, que o paciente mantenha adesão às consultas e seu tratamento, sua relação com os fatores de riscos e o atuar para lograr modificar o estilo de vida com atividades de promoção de saúde e prevenção das doenças.

## 2. ESTUDOS DE CASO CLÍNICO

QUERÊNCIA MUNICÍPIO RIO GRANDE - RS.

A paciente NA, de 53 anos, dona de casa, casada há 36 anos com JN de 57 anos, trabalhador da educação, tem duas filhas, chamada AS de 35 anos, trabalha no comércio e a mais nova TA, de 18 anos, é estudante. Esteve em consulta médica no dia 15/11/2015, com o histórico de Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus tipo II e Hipercolesterolemia desde o ano 2014. No mês de outubro de 2015 sofreu uma depressão pelo falecimento do seu pai num acidente de trânsito. Faz acompanhamento em nosso posto de forma regular de 3 em 3 meses, levando tratamento com Hidroclorotiazida de 25mg. 1 comprimido de manhã, Enalapril de 20mg. 1 comprimido de 12 em 12 horas, Glibenclamida de 5mg em jejum e Metformina de 850mg. 1 comprimido depois de almoço e jantar, além de Sinvastatina de 40mg 1 comprimido ao deitar. Teve atendimento pela Depressão, causada por luto familiar, com Fluoxetina de 20mg, um comprimido de manhã e Amitriptilina de 25mg. Um comprimido à noite, indicado pela Psiquiatra, com seguimento na unidade de saúde, melhorando. A senhora realiza acompanhamento pelo Cardiologista anual para avaliação das suas doenças.

Queixa Principal: Procurou atendimento informando ter resultados de sua glicemia alta há vários dias. História da Doença Atual, nesta primeira consulta (15/11/2015) questionei sobre seus sintomas, relatou ter resultados da glicemia de jejum há vários dias realizados na sua casa onde o dia 10/11/2015, estava em 243mg/dl, verificando-se hoje na Unidade Básica da Saúde da Família que mantém valores elevados. Com os antecedentes e os dados da triagem (Pressão Arterial: 140/100mmHg, Hemoglicoteste: 187 mg/dl, Peso: 72kg, Altura: 1:60cm Índice de Massa Corporal (IMSC): 28 para avaliação nutricional de Sobrepeso). Estando depressiva, se preocupa com tudo e tem dificuldade para adormecer.

Procedimentos de Consulta com o objetivo sintomatológico: Descrição geral: alegou dor de cabeça, dificuldade para adormecer, sem desejo de fazer as atividades do dia a dia, vertigem, muita sede e muita urina, mantém estado depressivo, muito preocupada com tudo.

## Antecedentes Pessoais:

Fisiológicos: Nascida de parto normal, filha única, menarca aos 13 anos, história obstétrica dois partos normais, nega abortos. Menopausa aos 49 anos. Patológicos: Doenças da infância: Varicela aos 7 anos, nega cirurgias, alergias medicamentosas e acidentes. Refere Diabetes Mellitus tipo II, Hipertensão Arterial e Depressão. Antecedentes Familiares: Pai falecido há 1 mês em acidente automobilístico, Hipertenso; Mãe viva, diabética tipo II.

Condições de vida: Alimentação a predomínio de carboidratos, gorduras, poucas frutas e vegetais. Mora com seu esposo e duas filhas, numa casa de alvenaria, com três quartos, uma sala, uma cozinha, um banheiro e, com água encanada. História ocupacional: Dona de casa. Atividades físicas: Sedentária. Vícios: Nega tabagismo, álcool e outras drogas. Condições econômicas: a renda familiar é adequada porque seu marido e uma filha trabalham.

Exame Físico: Paciente com bom estado geral, orientada em tempo, espaço e pessoa, de linguagem clara e coerente, consciência lúcida. Biótipo normolíneo, atitude voluntária, mucosas e pele com boa cor. Sinais Vitais: Temperatura: 36,6°C, Índice de Massa Corporal (IMC): 28, para avaliação de sobrepeso. Cabeça e pescoço: Simétricos, sem deformidades aparentes, ausência de linfonodomegalias, tireoide de consistência, mobilidade e tamanho preservados. Cavidade oral: orofaringe corada, ausência de molares com prótese parcial. Tórax típico, simétrico, retrações, cicatrizes e triagem; expansibilidade normal; frêmito tóraco-vocal sem alterações.

Respiratório: Ausculta sem estertores, Frequência Respiratória 20rpm. Cardiovascular: Batimentos cardíacos rítmicos, sem sopros, Batimentos Cardíacos: 80 bpm Pressão Arterial 130/80mm/Hg. Abdômen: Inspeção, plano, cicatriz umbilical centralizada, ausência de circulação colateral. Não cicatrizes, Não dores, Ausculta: Ruídos Hidroaéreos normais; Percussão: Timpânico, espaço de traube livre. Extremidades Simétricas, sem presença de edemas, microvarizes em ambos os membros inferiores, boa mobilidade, sem calos nem deformidades, unhas normais. Sistema Nervoso Central: Orientada em tempo espaço e pessoa. Pares craniais sem alterações. Sensibilidade táctil e dolorosa conservada, pulso

braquial, radial, femorais, poplíteos e pediosos presentes e sincrônicos, unhas sem alterações.

- Hipótese diagnóstica: Hipertensão Arterial Sistêmica descontrolada. Diabetes Mellitus tipo II descontrolada, Transtorno Depressivo de conduta. Hipercolesterolemia e Sobrepeso.
- Realizo orientações quanto à importância da adesão ao tratamento e às medidas para mudanças de estilo de vida, com alimentação adequada e balanceada (dieta com restrição de açúcares, sal, gorduras saturadas e cafeína), realizar atividade física regular de no mínimo 30 minutos por dias, participar no grupo de doenças crônicas da Unidade de Saúde da Família (USF).
- Encaminhei a paciente à equipe de Núcleo de Apoio da Família (NASF), para receber orientações quanto à saúde mental e nutrição adequada.
- Solicitei exames complementares para avaliação: Glicemia de jejum de 8 a 12 hora (GJ) e Hemoglobina Glicada (HbA1C), colesterol total, HDL, LDL e triglicérides (TG), Creatinina Sérica, ácido úrico, ureia, Exame Qualitativo Urina (EQU).
- Indiquei controle glicêmico capilar em jejum de 12 horas (Hemoglicoteste-HGT) na Unidade Básica Saúde diária por 5 dias e de Pressão Arterial.
- Retorno em 15 dias para avaliação de exames e plano terapêutico.

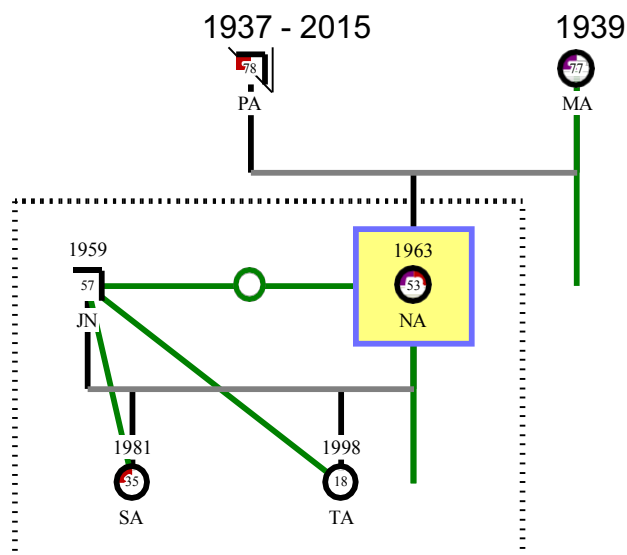
Retorna à consulta no dia 27/12/2015, a paciente mostrou melhoria e cumpriu com a medicação, indicando a mudança do estilo de vida, com uma dieta saudável, reconheceu que tem que continuar melhorando, incorporando atividade física; trouxe os exames laboratoriais (2/12/2015), onde a coleta foi tomada nos dias da descompensação, com uma glicemia de jejum de 162mg/dl, Colesterol total de 279mg/dl, HDL de 33mg/dl, VLDL de 28mg/dl, LDL 125mg/dl, triglicérides em 247, Creatinina em 0,88mg/dl, além da mamografia normal. Reviso a sequência de Hemoglicoteste na Unidade Básica da Saúde de 5 dias mais recentes e os valores melhoraram. No dia 25/11/2015, o resultado era de 178mg/dl, logo 161mg/dl, 151mg/dl, 137mg/dl, 109mg/dl, mas hoje verificamos um HGT de 107mg/dl. Pressão Arterial 130/90. Mantenho tratamento, cumpriu

com dieta recomendada e a atividade física; atividade de lazer para diminuir o estresse, terapias de grupo participando em grupos de convivência e de artesanato, indicou exames de laboratório para avaliar na próxima consulta em 3 meses.

No dia 28/12/2015 a paciente passou em consulta com a Nutricionista que a instruiu com plano alimentar, agendamento de retorno. Nesta mesma data, passou por consulta com a Psicóloga que ofereceu acompanhamento pessoal, apoio psicossocial e agenda retorno com seu familiar. No dia 27/04/2016 retornou em consulta mostrando estar melhor, cumpriu com as orientações e tratamentos, Pressão Arterial: 120/80 peso 68 kg. HGT107 mg/dl. Trouxe consigo resultados de exames solicitados: Glicemia de jejum, 112mg/dl; CT, 174mg/dl; Triglicerídeos, 158mg/dl; Creatinina sérica, 0,87mg/dl; HbA1C, 7mg/dl. Novamente solicito a HbA1C dando maior ênfase a sua importância para seguimento. Mantenho Orientações de dieta, atividade física regular, tratamento médico e retorno aos três meses.

Retornou à consulta o dia 4/7/2016 e foi avaliada pela nutricionista com perda de peso de 6 kg, Pressão Arterial: 120/85. Participando neste dia da terapia de grupo, a psicóloga avaliou a paciente com melhoras. No dia 19/12/2016 vem à consulta, Pressão Arterial: 120/80, Hemoglicoteste: 102mg/dl. Recuperou seu estado emocional não mais depressivo, demonstrou ter mudado seus hábitos e estilo de vida, fazendo atividades físicas aeróbica 30 minutos ao dia, reduziu 6kg de peso, controlou sua Hipercolesterolemia com exames periódicos normais em seus controles sem lesões em órgãos alvos. Avaliação de risco cardiovascular global moderado, Hemoglobina Glicada (HbA1C) em 6,9 %. Renovo receitas, explico a importância de continuar com os remédios já que se trata de doenças crônicas, começamos a diminuir os antidepressivos. Programo a solicitação de exames complementares de rotina anual. Solicito Hemoglobina Glicada (HbA1C) para controle trimestral. Fiz visita domiciliar no dia 30/2/2017 e neste momento elaborei o Genograma da família.

FIGURA 1 – GENOGRAMA



A multimorbidade com depressão em pacientes com doenças crônicas (hipertensão, diabetes, cardiopatia, etc.) tem efeito adverso, afetando o nível de funcionamento e a qualidade de vida, e dificultando o controle das doenças. A depressão tem sido identificada como fator de risco para a coronariopatia o infarto do miocárdio, o acidente vascular cerebral e a mortalidade cardíaca. Conforme o CAB de Saúde Mental (4) deve-se prover o cuidado para as multimorbidades clínicas nessa população, um aspecto frequente negligenciado. A hipertensão e diabetes podem ser agravadas por algumas das medicações mais usadas no tratamento da depressão.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizado por níveis elevados e sustentados de pressão arterial PA ( $\geq$  a 140x90 mmHg) (5). Associa-se frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos alvos, tais como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos, e às alterações metabólicas, sendo agravada pela presença de fatores de riscos como dislipidemia, obesidade, intolerância à glicose e diabetes Mellitus (DM), história familiar, fatores psicológicos, certos traços de

personalidade e estresse que são importantes desencadeadores do desenvolvimento da doença, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais, morte súbita, Acidente Vascular Encefálico (AVE), doença renal crônica entre outros (6). Quando a glicemia de jejum for superior a 200mg/dl, mas inferior a 300 mg/dl na ausência de critérios para manifestações graves, iniciar com modificações de estilo de vida e com a Metformina associada a outro hipoglicemiante (7). O segundo agente dependerá do predomínio de resistência à insulina ou de deficiência de insulina/falência da célula beta.

O CAB preconiza que se o paciente não alcançar a meta glicêmica (glicemia de jejum entre 70 e 130 mg/dl e HbA1C < 7 %) em até 3 meses com as medidas não farmacológicas, o tratamento preferencial é acrescentar a Metformina no plano terapêutico 500 mg/dia após o café da manhã (2), enquanto a Sociedade Brasileira da Diabetes (7) recomenda o uso da Metformina após jantar.

### **3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS**

Desde Novembro do ano 2015, trabalho na UBSF Querência, município Rio Grande, distrito Cassino. Na área dos pacientes com doenças crônicas coincidem os aspectos de Saúde Mental, pelo que tive que ter em conta para os cuidados integrais deles. No Brasil, em 2013, as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), foram a causa de aproximadamente 72,6% das mortes. Isso configura uma mudança nas cargas de doenças, e se apresenta como um novo desafio para os gestores de saúde (8).

Ainda mais pelo forte impacto das DCNT na morbimortalidade e na qualidade de vida dos indivíduos afetados, a maior possibilidade de morte prematura e os efeitos econômicos adversos para as famílias, a comunidade e sociedade em geral (3). As DCNT são resultado de diversos fatores, determinantes sociais e condicionantes, além de fatores de riscos individuais como tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física, estresse mantido e alimentação não saudável (1). No Brasil, os desafios do controle e prevenção de Hipertensão Arterial Sistêmica e suas complicações, são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica, as que são multiprofissionais, cujo processo de trabalho

pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de Estilo de Vida, no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão (9).

A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle de peso, a prática de atividade física, o abandono de tabagismo, e a redução do uso excessivo de álcool, são fatores que precisam ser adequadamente abandonados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos (9). O Diabetes Mellitus vem aumentando sua importância pela crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à Hipertensão e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária de Saúde (APS), ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Primária evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (10).

O diagnóstico precoce, manejo e acompanhamento do controle metabólico do paciente com Diabetes na Atenção Primária de Saúde, têm se mostrado eficazes na redução das complicações crônicas e diminuição da morbimortalidade. Estes não requerem tecnologias sofisticadas, são estratégias simples como modificação de estilo de vida da população, manejo medicamentoso adequado e de baixo custo, incentivo ao autocuidado, continuidade na assistência, favorecendo o vínculo e a facilidade do acesso. Portanto, fazer intervenção educativa sistematizada e permanente com os profissionais de saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas atuais em relação a esses problemas de saúde(2).

Realizamos trabalhos em equipe, dos registros, nível imunitário, saúde bucal, antecedentes familiares e pessoais. Analisamos os prontuários dos usuários das doenças crônicas que coincidiam com transtornos mentais, começando pelos pacientes que procuravam para renovação de receituários controlados através do preenchimento de fichas individuais de controle, similares àquelas utilizadas para as doenças crônicas como hipertensão e diabetes,



identificando os dados da pessoa, profissional responsável, medicações utilizadas, a data e quantidade de comprimidos prescritos, os que podem ser até dois meses em dependência do diagnóstico, das características da pessoa e da família. Desta maneira permite conhecer adesão ao tratamento, sua última consulta para renovação de receitas, além de controlar a medicação no próprio paciente e que não seja objeto de medicação para outra pessoa como acontece frequentemente, além de evitar a poli farmácia.

Anteriormente existia o hábito de solicitações renovações das receitas, e identificamos que desta forma interrompia o processo de avaliação estado mental para modificar o tratamento de algum psicofármaco, a diminuição da dose, ou criar plano de ação para evitar dependência, sempre com acompanhamento da psiquiatra em caso que seja necessário, diminuindo assim o fluxo de pacientes à especialidade. O paciente hipertenso e diabético com a doença de saúde mental tem um dia de agendamento pelo retorno a cada mês ou dois meses. São muitas as ações que temos que fazer para mudar costume dos pacientes, mas com uma boa comunicação e uma atenção integral de qualidade da para convencer da necessidade de proceder, deixando as informações em prontuário médico, o que é obrigatório, pelos aspectos éticos quanto legais. Além disso, é uma oportunidade para conhecermos os usuários.

Foi mudando a percepção inicial do médico generalista que só ficava no posto médico para renovar as receitas e que o acompanhamento era feito exclusivamente pelo cardiologista, endócrino ou psiquiatra no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Segundo o Caderno de Atenção Básica de Saúde Mental (4) “os médicos generalistas podem compartilhar o cuidado do transtorno mental com o psiquiatra, diminuindo o número necessário de visitas ao psiquiatra”, como acontecia anteriormente, onde só se limitava a renovar receitas controladas e negligenciava outros aspectos fundamentais do cuidado.

Muitas pessoas pareceram que perderam o direito aos cuidados de saúde integral em razão da esquizofrenia e da exclusão social em sua comunidade, assim como a associação da demência às doenças crônicas. Incrementamos as Visitas Domiciliares, as atividade de promoção em saúde e prevenção das doenças, tanto grupais como individuais, melhorando a cobertura, adesão às

consultas e obtendo longitudinalidade, possibilitando modificar o estilo de vida das pessoas e atuar sobre os fatores de riscos modificáveis como fumo, álcool, inatividade física, o estresse, e alimentação nada saudável.

Neste momento, conhecemos a população de diabéticos e hipertensos os que levam acompanhamento em saúde mental, com suas avaliações integrais correspondentes, seu rastreamento preventivo em caso das mulheres de Citológico Preventivo de colo de útero, mamografia, câncer de cólon, próstata em homens, a identificação dos fatores de riscos, mudanças do estilo de vida se precisar, vacinas, saúde bucal, os controles de Hipertensão, Diabetes Mellitus, Hiperlipidemia, etc., com seus respectivos controles e tratamentos já que estas doenças podem ser agravadas por alguns psicofármaco.

Encaminhamentos de usuários sem acompanhamentos regular com o especialista há anos, além de seu acompanhamento pela equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família, para terapias com psicólogo que atende na Unidade Básica, com identificação de situações de vulnerabilidade social, conflitos familiares, etc. Sua incorporação aos Grupos de Crônicos, nas ultimas sextas feiras, os que são estimulados nas Dinâmicas de grupo, a mudar o estilo de vida e os fatores de riscos modificáveis, sobretudo mudar uma alimentação que seja saudável oferecendo diferentes dicas que facilitem o bom resultado, também recebem atividades e orientações em grupos de convivência, de artesanato, nas segundas feiras pela tarde. Na agenda programática temos todas as quintas às 13h30min, atenção a Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) e saúde mental pelo retorno, os que se incorporam às 16h00min, ao desenvolvimento de dinâmica, conversas e palestras previamente preparadas para elevar os conhecimentos das pessoas sobre suas doenças e fatores de riscos.

Desta maneira os usuários ficaram convencidos receberam atenção integral de qualidade, logrou-se aceitação pela parte da equipe e do paciente, o que conhece data da próxima consulta, e mantêm acompanhamento pela equipe de Núcleo Atenção à Saúde da Família e pela Equipe Básica de Saúde, além de incremento massivo dos pacientes ao grupo de Crônicos o que iniciou com 5 pessoas e neste momento contamos com 38 participantes de forma regular os que mantêm motivação a participar.

#### **4. VISITA DOMICILIAR**

A assistência prestada por meio de a Visita Domiciliar (VD) constitui um instrumento de atenção à saúde que possibilita, a partir do conhecimento da realidade do indivíduo e sua família in loco, fortalecer os vínculos do paciente, da terapêutica e do profissional, assim como atuar na promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos (11).

A Visita Domiciliar tem sido apontado como importante veículo de operacionalização de parte de um programa ou de uma política de assistência à saúde presente na sociedade em dado momento histórico, possibilitando a concretização da longitudinalidade, integralidade, acessibilidade e a interação entre o profissional e o usuário/família (12). No Brasil, o enfoque da intervenção domiciliária foi introduzido no início do século XX, por meio de práticas sanitárias trazidas da Europa, em especial por Oswaldo Cruz, Emílio Ribas e Carlos Chagas. A Visita Domiciliar constituiu estratégia no combate às doenças transmissíveis daquela época (11).

A Visita Domiciliar 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 Estratégia Saúde da Família (ESF), a Visita Domiciliar (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 (13).

O Programa Saúde da Família (PSF) pressupõe a visita domiciliar como tecnologia de interação no cuidado à saúde (12), sendo um instrumento de intervenção fundamental utilizado pelas equipes de saúde como meio de inserção

e de conhecimento da realidade de vida da população, favorecendo o estabelecimento de vínculos com a mesma e a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares (13-14).

Na Unidade Básica Saúde da Família Querência, a prática da Visita Domiciliar era feita segundo solicitação dos cuidadores, familiares, vizinhos, ou interesse da Agente Comunitária da Saúde. Desde meus inícios mudamos ao fazer o diagnóstico da população com as prevalências das doenças crônicas não transmissíveis, predominantemente idosas, com pacientes acamados, e os problemas de acesso que temos, por ter o posto descentralizado em uma população carente de recursos.

Contamos com uma agente comunitária pelo que o trabalho foi organizado em equipe onde começamos fazendo um levantamento dos usuários que necessitam de visita domiciliar de forma regular, o que permitira fazer o planejamento mensal dos atendimentos, determinando assim quais pacientes seriam visitados em cada dia de Visita Domiciliar de acordo com a data da última visita realizada atendendo à prioridade do atendimento, com frequência aparecem os casos como Silvana, Margarida e outros.

Assim, regulamos os atendimentos e as reclamações dos cuidadores, vizinhos, entre outros foram diminuindo, ao conhecer a data do próximo controle, melhorando a comunicação. Neste momento contamos com cadastro das necessidades de visitas pela equipe com médico e enfermeira, que permite orientar e avisar com antecedência o dia da visita. Geralmente são realizadas as visitas dependendo do tipo da doença e riscos, temos pacientes que precisam de controle mensal e outros de três em três meses.

Apresentamos dificuldades neste momento com a falta de transporte, pois, o carro disponibilizado pela Secretaria se encontra em outras funções o que afeita o planejamento e temos que mudar constantemente, o que compromete e torna-se sensível o vínculo entre usuário-cuidador-profissional, perdendo a periodicidade da assistência planejada e a credibilidade pelo que são necessárias alternativas em alguns casos combinando com a equipe utilizando outros meios de transporte, etc. Os pacientes com necessidade de uma avaliação especializada pelos profissionais da equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (psicólogo,

nutricionista, fisioterapeuta, reabilitadora física, trabalhadora social) não temos dificuldades, pois vão pelos seus próprios meios de transporte até os respectivos domicílios. A dificuldade radica na longitudinalidade ao ter uma prevalência elevada dos casos que precisam como as incapacidades físicas, acamados, pelo que o familiar ou cuidador são orientados para uma continuidade regular dos exercícios reabilitadores, orientação psicológica, ou nutricional, ou de trabalhadora social.

Outras dificuldades que se apresentam com frequência são os encaminhamentos dos pacientes para as especialidades. Em nosso município não contamos com Oftalmologista, Gastroenterologista, os que são encaminhados para o município de Pelotas ou Porto Alegre. Outra dificuldade é que no resto das especialidades, o município conta com elas, mas a oferta é muito menor relacionada com a demanda pela população numerosa. As famílias relatam várias limitações para este deslocamento como: não tem dinheiro para passagem ou não tem quem acompanhe o paciente, etc. Nestes casos temos a opção, peço ajuda a través de Teles-saúde ou mais frequente, contato com o apoiador para as diferentes especialidades (Cardiologista, Endocrinologista, Dermatologista, Ginecologista, etc.) segundo requeira, oferecendo maior confiabilidade e satisfação dos pacientes e família.

Tem muita aceitação as visitas integradas com a equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família sobre todo nos casos sociais com a trabalhadora social a que esclarece todas as dúvidas e tenta dar solução aos problemas que se apresentam, conseguindo ajuda a pacientes psiquiátricos, de oncologia, nefrologia, os que apresentavam situações de vulnerabilidade social.

Nas situações agudas que se apresentam e dentro das possibilidades são resolvidas no próprio domicílio em dependência da situação, localidade onde mora e as condições do paciente, em outros, os pacientes são levados diretamente ao hospital, uma vez que o carro da visita só está disponível em dia e horário planejados. As visitas são realizadas juntamente com a Agente Comunitária da Saúde que conhece o endereço e a enfermeira participa para conhecer da situação e intervir em casos que precise. O paciente e a família ou responsável recebem orientações pela médica, sobre os cuidados, as ações de

saúde, as medicações, outros esclarecimentos que necessitem os cuidadores, sanar dúvidas em relação à conduta e outras questões. Muitas vezes as visitas domiciliares se tornam frustrantes e desgastantes para os profissionais quando percebemos que o usuário e sua família não seguem as orientações da forma adequada seja por negligência ou por falta de subsídios. Em outros casos, a família tenta transferir a responsabilidade do cuidado exclusivamente para a equipe de saúde, sobrecarregando os profissionais e negligenciando a sua própria responsabilidade. Em todas as visitas deixo claro qual papel nos cabe enquanto profissionais e quais as nossas limitações, enfatizando que o principal são os cuidados básicos que a própria família deve ter para garantir o bem estar biopsicossocial do usuário.

Em outro extremo existem os casos em que o cuidador centraliza todo o cuidado e não compartilha com os demais membros da família, em detrimento de sua própria saúde. Procuro enfatizar a importância de dividir o cuidado entre os filhos e demais membros, tanto do ponto de vista financeiro quanto prático e afetivo, pois essa atenção demanda muita energia e desprendimento de tempo. É preciso estar atento a esta demanda que mesmo após a morte do paciente acamado pode desenvolver transtornos psiquiátricos pela não aceitação da perda ou pelas circunstâncias extremas em que ela ocorreu. Este é um fato recorrente entre os cuidadores que atendo na Unidade Básica da Saúde da Família.

A realização de procedimentos mais utilizados nas visitas é a aferição da pressão arterial e da glicemia capilar em diabéticos. Quando há necessidades de exames laboratoriais, são solicitados no mesmo momento e combinamos para que a coleta seja feita na residência do usuário pela licenciada enfermeira. Outros exames como Eletrocardiograma e radiografias são combinados com o pronto atendimento perto da minha área e o paciente é transportado na ambulância, previa comunicação com o profissional de ali.

Os exames são trazidos desde o laboratório até o posto pelo motorista cada dia o que é avaliado por mim e logo a Agente Comunitária da Saúde liga ao familiar responsável, registro no prontuário o resultado e procedo à conduta imediata. Na próxima visita ao paciente, apresento o resultado dos exames ao mesmo e ao cuidador reforçando a orientação. Com ele consigo que as visitas sejam

gratificantes, sobre todo quando percebemos que as intervenções e orientações surtem o efeito esperado na melhora de qualidade de vida desta população que exige uma atenção diferenciada, nem melhor, nem pior, mas voltada para suas necessidades a longo, médio e curto prazo.

Compreender o contexto de vida dos usuários dos serviços de saúde e suas relações familiares deve visar ao impacto nas formas de atuação dos profissionais, permitindo novas demarcações conceituais e, conseqüentemente, o planejamento das ações considerando o modo de vida e os recursos de que as famílias dispõem (12-14).

No que tange à articulação com o modelo a primeira dimensão do primeiro tema – percepção da relação profissional-usuário – se expressa em múltiplos significados revelados nos depoimentos dos sujeitos. Nas falas, emergem palavras que traduzem sentimentos favoráveis à natureza da ação, tais como: felicidade, esperança, costume (14).

## **5. REFLEXÃO CONCLUSIVA**

Em nossa Estratégia de Saúde, Querência tem uma população de 3000 habitantes aproximadamente e oferecemos atendimento ao Bairro. As maiorias dos pacientes que precisam de atendimento são por causas de doenças crônicas e algumas agudas. Quando o nosso trabalho começou no ano 2016 os níveis da organização não estavam funcionando muito bem, a Estratégia da Saúde da Família só agendava consultas para Clínico Geral algumas vezes na semana, sem a cobertura total da população que precisava de atendimento por dia.

Com a chegada do Projeto Mais Médico para Brasil este trabalho começou a mudar; foram feitas propostas para a organização das Estratégias de Saúde da Família no município, aumentou o número de visitas domiciliares com equipe de saúde agendada, ao pacientes com doenças crônicas, deficientes e doenças agudas. Fazendo trabalho de intervenções para mudar hábitos, estilos de vida da população e qualidade de vida; estratificada de acordo com uma avaliação das condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham as características sociais dentro das quais a vida transcorre. A equipe de saúde tem que interagir com eles e eles ter noção de que precisam se cuidar com nosso apoio.

Com os Agentes Comunitários de Saúde, o trabalho começou a ficar mais organizado já que começamos a conhecer e estabelecer as necessidades de saúde dessa população específica, com uma melhor avaliação dos riscos, de programar e avaliar as intervenções sanitárias relativas a esta população atendida e de prover o cuidado com foco nas pessoas e suas famílias e no contexto de suas culturas e de suas preferências.

Dentre das dificuldades observadas na avaliação da trajetória do curso da Estratégia da Saúde da Família foram: demora em realização por os pacientes de exames de tecnologias avançadas, não contra referências em os casos complexos enviados a avaliação por especialidades, rastreamento de condições de saúde na comunidade por não ter os Agentes Comunitários de Saúde, assim como para uma adesão ao tratamento dos pacientes de acordo a suas doenças; o atendimento odontológico é limitado pela falta de recursos humanos e as vezes falta de medicação por o SUS. O Curso de Especialização ajuda a fazer mudanças



em minha prática como Profissional da saúde, já que com os conhecimentos adquiridos nos estudos dos casos clínicos melhoram minha qualidade na atenção à saúde das pessoas, com base em evidências científicas, segura, que não causa danos às pessoas, eficiente, provida com os custos ótimos, oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades injustas e que seja de maneira mais humanizada.

Também uma educação individual e educação em trabalho de conjunto com a equipe de saúde, ao conhecimento dos Protocolos Clínicos de trabalho do Brasil, utilizar os modelos de trabalhos das consultas (prontuário, Fichas Familiares e Individuais dos pacientes, Referencia e Contra referências, Solicitação de exames laboratoriais entre outros), à realização de Planos Terapêuticos para monitorar e avaliar opções de cuidados e de coordenação da atenção à saúde, de acordo com as necessidades das pessoas e com o objetivo de propiciar uma atenção de qualidade, humanizada e capaz de aumentar a capacidade funcional e de preservar autonomia individual e familiar.

O descrito anteriormente se traduz e leva à prática de um sistema de avaliação e de promoção da assistência médica de qualidade com melhor qualidade para o paciente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, 2012.
2. Brasil, 2013 a. Ministério da Saúde. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus. (Caderno de Atenção Básica, n.36) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Departamento de análise de situação de saúde. Brasília: Ministério de Saúde, 2015.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).
5. Brasil, 2013 a. Ministério de Saúde. Estratégia para o cuidado da pessoa com doenças crônicas: Hipertensão Arterial (Caderno de Atenção Básica, n. 37) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. VI Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010.
6. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016) /Adolfo Milech.... [et.al.]; organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio – São Paulo; AC Farmacêutica, 2016.
7. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Departamento de vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e promoção da saúde. Vigil. Brasil, 2014; Vigilância de Fatores de riscos e proteção para doenças crônicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição, 2009.
9. Alfradique; Maria Elmira, et al, Internações por condições sensíveis à internação primária: A construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do Sistema de Saúde (Projeto ICSAP-Brasil). Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6 2009. [www.scielo.org/pdf/csp/v25n5/17.pdf](http://www.scielo.org/pdf/csp/v25n5/17.pdf) de ABB de Albuquerque - 2009 - Citado por 87 - Acesso em 15 de Setembro de 2016.
10. [Brasilcampinas.com.br/campinas-nao-cumpriu-meta-de-visitas-domiciliar](http://Brasilcampinas.com.br/campinas-nao-cumpriu-meta-de-visitas-domiciliar). 21 de set de 2015 - Campinas não atingiu, em 2014, 8 das 14 metas do PQVS/ Acesso 28 de Setembro de 2016.

## **ANEXOS - PROJETO DE INTERVENÇÃO**



**MARTHA ROSA PIRIZ LAO**

**ATENÇÃO À SAÚDE DOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS CADASTRADOS  
NA UBSF. QUERÊNCIA.**

**RIO GRANDE-RS**

**2016**

## INTRODUÇÃO

O município Rio Grande, está localizado ao sudeste do estado RS. Conta com uma população de mais de 207.860 habitantes (IBGE 2015). Sua economia é variada, com desenvolvimento industrial, comércio, agrícola, serviços, etc. Com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,793 e uma expectativa de vida de 74 anos, sendo 13 % pessoas idosas. A Unidade de Saúde da Família Querência está localizada no Distrito Praia Cassino, ao sudeste do distrito, sendo 3000 o número de pessoas atendidas. A área de abrangência caracteriza-se por uma população predominantemente carente de recursos, onde o nível cultural é baixo, o estilo de vida, inadequado, muitas pessoas se dedicam à pesca e à elaboração dos alimentos, para o sustento das famílias.

As vendas desses produtos acontecem frequentemente e são feitos com grande quantidade de temperos, gorduras, carboidratos, o que faz uma dieta nada saudável. O desemprego é elevado, influi no incremento do tabagismo, álcool e o estresse. Todos estes aspectos influem na incidência e prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, especificamente na diabetes e hipertensão.

Anteriormente a população não contava com o posto médico, eram atendidos no posto de Cassino, ou trasladar-se até a cidade de Rio Grande. O índice de mortalidade das doenças crônicas era muito alto. No ano 2006, a SMS incrementou a formação do pessoal, com preparação profissional, ACS, enfermeiras, técnicos de enfermagem, foram criados os postos médicos até os lugares de difícil acesso, para o benefício da população.

Percebemos uma melhora na qualidade da saúde das pessoas, mas ainda faltam muitas ações por fazer, para modificar o estilo de vida, trabalhar sobre os fatores de riscos modificáveis, fazer que os serviços da saúde tenham melhor acesso, elevar a consciência das pessoas a través das atividades de promoção e prevenção de saúde para compensar estas doenças, evitar suas complicações e diminuir o índice de morbimortalidade por estas causas. Este trabalho é o início de uma pesquisa e investigação para avaliar a situação que apresentam na minha área de atuação os pacientes com as doenças crônicas mais frequentes como são o Diabetes e a Hipertensão. Uma intervenção voltada para a atenção à saúde dos

hipertensos e diabéticos no contexto da atenção primária à saúde constitui-se como fator primordial para proporcionar uma grande melhora dos indicadores de saúde e da qualidade de vida da população adstrita, já que essas enfermidades crônicas são importantes fatores de risco no desenvolvimento de doenças cardiovasculares, as quais constituem as principais causas de morbimortalidade na população brasileira.

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença que representa um dos maiores problemas de saúde no Brasil gerando elevado custo social. O Acidente Vascular Cerebral (AVC), uma das principais complicações da hipertensão e do diabetes, se tornou a principal causa de morte no Brasil, atingindo 40% da população (BRASIL, 2012).

Ao longo dos próximos 20 anos, estima-se que 25,1 milhões de pessoas, ou 8,7% da população adulta, terá diabetes. Estima-se que esse número irá aumentar em quase 60%, atingindo quase 40 milhões de pessoas. Além disso, as estimativas atuais indicam que 15,1 milhões de pessoas, ou 5,25 milhões da população adulta, terão intolerância à glicose (IGT). (BRASIL, 2006).

O Brasil tem o maior número de pessoas com diabetes, com 12,4 milhões, seguido pela Colômbia, Venezuela e Argentina. Além disso, Porto Rico tem a maior prevalência de diabetes em adultos, com 13,3%, seguida pela Nicarágua (11,2%), Venezuela (10,5%) e Brasil (10,4%) (BRASIL, 2006). Atualmente o número estimado de hipertensos residente na área e acompanhado na UBS são de 341 usuários, com uma cobertura de 58% e 198 diabetes, com uma cobertura de 43,4%.

A Unidade de saúde funciona com atendimentos diários de segunda a sexta feira. Pela manhã são realizadas consultas e nas tardes são desenvolvidos alguns projetos e feitas visitas domiciliares a idosos, acamados e outros com necessidade de atendimento como doença crônica. São realizadas visitas com frequência para os pacientes com diabetes e hipertensão por termos uma demanda muito grande destes usuários com dificuldades para acessarem o serviço médico.

Os integrantes de minha equipe são: médico geral, eu, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, um agente comunitário, uma burocrata, o motorista e o pessoal de segurança. O dentista e assistente dental nos visitam duas vezes

ao mês, e os integrantes da Equipe do NASF. Composta por: uma psicóloga, uma assistente social, a nutricionista, a fisioterapeuta e a educadora física. Algumas ações já estão sendo desenvolvidas com esta população, como a atualização dos prontuários, visitas domiciliares, realização de consultas semanais e educação em saúde. No entanto, com a intervenção pretendemos realizar busca ativa aos faltosos nas consultas e também organizar melhor nosso arquivo para os registros de informações importantes decorrentes das consultas, a fim de que se torne possível uma realização rotineira do planejamento, avaliação e monitoramento da respectiva ação programática.

O atendimento dos usuários diabéticos e hipertensos deve ser feito dentro de uma rede de atenção à saúde, sendo que a equipe de atenção primária deve ter conhecimento do fluxo de encaminhamento para os outros níveis de atenção quando necessário. No entanto ainda temos dificuldade neste aspecto, pois muitas vezes não temos endocrinologista, cardiologista, neurologista, oftalmologista, dificultando a atenção desta população pelo déficit das especialidades na atenção secundária.

Esta situação se adiciona às dificuldades que temos com os problemas de acesso ao posto médico pelo trajeto longo e trata-se de pessoas carentes, além disso, não contamos no município com centro de alta tecnologia, sendo dificultoso o traslado dos pacientes a outras cidades o que interrompe a integralidade da atenção e a qualidade da mesma. Estas são as principais dificuldades em nosso serviço de saúde. Já levamos esta situação à secretaria do município, a fim de encontramos uma solução, no entanto ainda estamos vivenciando este impasse.

Portanto, a realização desta intervenção na nossa área de abrangência será de extrema importância e necessidade, pois proporcionará um acompanhamento adequado aos usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes, garantindo um atendimento de qualidade, de acordo com o protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde.

**PROBLEMA:** Dificuldade na atenção à saúde dos pacientes diabéticos e hipertensos na UBSF Querência.

JUSTIFICATIVA: A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus são doenças relevantes do ponto de vista da saúde pública. Seu diagnóstico e tratamento costuma ter início negligenciado em função pelas características assintomática, bem como baixa adesão ao tratamento prescrito por parte do usuário.

Especial atenção para este trabalho nos inícios da minha atuação na UBSF Querência, analisando o elevado número de diabéticos e hipertensos, onde o estimado de hipertensos residente na área e acompanhado na UBS é de 341 usuários, com uma cobertura de 58%, e 198 diabéticos, com uma cobertura de 43,4%, o que nos motivou em trabalhar neste sentido e que de maneira estratégica nos permita melhorar a qualidade de vida dos pacientes diabéticos e hipertensos.

Trata-se de uma população predominantemente idosa, de deficientes recursos econômicos, com baixo nível educacional, com estilo de vida pouco saudável, e fazendo avaliação das características de minha equipe que é pequena, mas muito comprometida, responsável e profissional, é um desafio trabalhar nas diferentes direções juntos, o mesmo: em ações de promoção, prevenção, assistencial, e assim, conseguir modificar os fatores de riscos, e com ele, o estilo de vida, saudável.

É de vital importância nosso estudo e nossas ações de saúde na população da área de abrangência, não só pelo elevado índice de usuários diabéticos e hipertensos que as estatísticas brasileiras oferecem quanto à mortalidade por complicações destas doenças, também pelas características de nossa população, predominantemente idosa, em muitos casos com estas doenças não controladas, ou usuários sem diagnóstico estabelecido.



## **1. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVOS GERAIS**

Qualificar a atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos da unidade básica de saúde da população de Querência no município Rio Grande.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

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

### **3 REVISÃO DA LITERATURA**

#### **DOENÇAS CRÔNICAS**

As Doenças Crônicas não Transmissíveis são doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração. Atualmente constituem um serio problema de saúde pública, e já eram responsáveis de um 63% das mortes no mundo, em 2008, segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (Brasil, 2011). Seguindo essa tendência mundial, no Brasil, em 2013, as DCNT foram à causa de aproximadamente 72,6 % das mortes. Isso configura uma mudança nas cargas de doenças, e se apresenta como um novo desafio para os gestores de saúde (Brasil, 2015).

Ainda mais pelo forte impacto das DCNT na morbimortalidade e na qualidade de vida dos indivíduos afetados, a maior possibilidade de morte prematura e os efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidade e sociedade em geral (Brasil, 2011). As DCNT são resultado de diversos fatores, determinantes sociais e condicionantes, além de fatores de riscos individuais como tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física e alimentação não saudável (Brasil, 2011).

As quatro DCNT de maior impacto mundial são: Doenças Cardiovasculares, Diabetes, Câncer, e doenças respiratórias Crônicas, as que possuem estes quatro fatores de riscos modificáveis em comum (Brasil, 2011).

#### **HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial PA ( $\geq$  a 140 x 90 mm Hg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo, tais como, coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos, e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é

fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose, e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal.

Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de Insuficiência Cardíaca. Déficit cognitivo, como doença de Alzheimer e Demência Vascular, também têm a HAS, em fases mais precoces da vida como fator de risco. Essa multiplicidade de conseqüências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006).

No Brasil, a prevalência média de Hipertensão auto-referidas na população acima de 18 anos, segundo a Vigilância de Fatores de Riscos e proteção para doenças crônicas por Inquérito telefônico (Vigitel – 2011), é de 22,7%, sendo maior em mulheres (25,4%) do que em homens (19,5 %). A frequência de HAS tornou-se mais comum com a idade, mais marcante para as mulheres, alcançando mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade (Vigitel – 2011).

Entre as mulheres destaca-se a associação inversa entre nível de escolaridade e diagnóstico da doença: enquanto 34,4% das mulheres com até Oito anos de escolaridade referiam diagnóstico de HAS, a mesma condição foi observada em apenas 14,2% das mulheres com 12 ou mais anos de escolaridade. Para os homens, o diagnóstico da doença foi menos frequente nos que estudaram de 9 a 11 anos (Brasil, 2012).

O segundo país com os melhores indicadores em relação ao diagnóstico, ao acompanhamento e ao controle da HAS é Cuba, visto que, em 16 anos, houve um decréscimo significativo da prevalência de HAS e um aumento do diagnóstico, do acompanhamento e do controle desse problema de saúde. Esse país apresenta uma prevalência de HAS de 20%, destes 78% são diagnosticados, 61% utilizam a medicação de forma regular e 40% têm a HAS controlada (ORDUÑEZ-GARCÍA et al; 2006). Entre os usuários em acompanhamento regular na rede de Atenção Básica, o controle da HAS sobe

para 65%. Há uma pequena diferença entre homens e mulheres (estas têm menores proporções de diagnóstico e controle), mas não houve diferenças em relação às etnias e à escolaridade (ORDUÑEZ- GARCIA et al; 2006).

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica, as que são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de Estilo de Vida, no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão (Grupo Hospitalar Conceição, 2009).

A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo, e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos (Grupo Hospitalar Conceição, 2009).

## DIABETES MELLITUS

O Diabetes Mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudável como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo (Brasil, 2006).

Um indicador macroeconômico a ser considerado é que o DM cresce mais rapidamente em países pobres e em desenvolvimento e isso impacta de forma negativa devido à morbimortalidade precoce que atinge pessoas ainda em plena vida produtiva, onera a previdência social e contribui para a comunidade do ciclo vicioso da pobreza e da exclusão social (Brasil, 2006). O Diabetes Mellitus (DM)

é uma síndrome caracterizada pela hiperglicemia crônica, decorrente da falta e, ou incapacidade da insulina exercer adequadamente sua ação metabólica (BRASIL, 2006). O DM vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à HAS, e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária a Saúde (APS), ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Primária evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009).

No Brasil, um estudo realizado em Cuiabá/MT (Ferreira; Ferreira, 2009) descreveu as características epidemiológicas de 7938 pessoas com Diabetes Mellitus atendidas na rede pública entre 2002 e 2006. Os principais fatores de riscos cardiovasculares identificados foram: Sobrepeso, sedentarismo e antecedentes familiares cardiovasculares. Mais de 80% dessas pessoas também eram hipertensas.

O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é a complicação mais frequentemente observada. Outro resultado importante é a identificação de que o usuário, quando chega à Unidade Básica de Saúde, já apresenta sinais de estágio avançado da doença, o que demonstra, entre outros fatores, as dificuldades de diagnóstico precoce e ações de prevenção primária e secundária. Com o envelhecimento da população o DM vem aumentando em prevalência. O Ministério da saúde estima que 11% da população com idade igual ou superior a 40 anos sejam portadores de DM. (BRASIL, 2013).

O Diagnóstico precoce, manejo e acompanhamento do controle metabólico do paciente com DM na APS, têm se mostrado eficazes na redução das complicações crônicas e diminuição da morbimortalidade. Estes não requerem tecnologias sofisticadas, são estratégias simples como modificação de estilo de vida da população, manejo medicamentoso adequado e de baixo custo, incentivo ao autocuidado, continuidade na assistência, favorecendo o vínculo e a facilidade do acesso. Portanto, fazer uma intervenção educativa sistematizada e permanente com os profissionais de Saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas atuais em relação a esses problemas de saúde, (BRASIL, 2013).

## 4 METODOLOGIA

### DETALHAMENTOS DAS AÇÕES

A ação programática a qual iremos realizar intervenção, na nossa área de abrangência, é sobre a atenção aos adultos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Este projeto está estruturado para ser desenvolvido nos 12 meses do ano 2016, com uma população de 3000 pessoas. Em relação a cada objetivo específico da respectiva ação programática, vamos buscar desenvolver algumas ações em quatro eixos, os quais são:

- Monitoramento e avaliação.
- Organização e gestão de serviço.
- Engajamento público.
- Qualificação da prática clínica.

### RELACIONADO AO OBJETIVO 1

Desta forma, para ampliar a cobertura dos pacientes hipertensos e diabéticos, pretendemos cadastrar 90 % desta população no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Dentre das ações desenvolvidas para o alcance da meta, no eixo **Monitoramento e avaliação** iremos monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados, para isso serão avaliadas semanalmente todas as fichas de registro, também a revisão de todos os prontuários de diabéticos e hipertensos cadastrados em nossa área e precisar a quantidade exata dos mesmos. Será feito também um resumo semanal de todos os registros realizados durante a semana.

Quanto a **Organização e Gestão do Serviço**, será garantido o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa. Para isso será construído uma ficha de registro que contenha todas as informações necessárias a respeito do usuário e, realizado o cadastro desta população juntamente com o apoio da equipe de saúde e médico especialista, em consultas prioritizadas para este grupo e visitas domiciliares. Quanto ao acolhimento, todos os profissionais da equipe

serão responsáveis por garantir a realização do mesmo diariamente na unidade. Em cada consulta será preenchido a ficha espelho e agendada a próxima consulta de acordo com a necessidade de cada paciente. Buscaremos também junto à gestão garantir a obtenção de todo o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e realização do Hemoglicoteste na unidade de saúde.

Quanto ao **Engajamento público**, todo o processo de informação, orientação, esclarecimento, será realizado através de palestras educativas com a população, com periodicidade a cada 15 dias pelo médico e equipe de saúde. No que se refere à **Qualificação da Prática Clínica** disponibilizaremos de um horário após as reuniões de equipe para treinar e conversar sobre a atenção integral dos pacientes com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial. Também garantiremos uma versão atualizada dos protocolos impressa na unidade de saúde, para que assim seja possível aplicá-lo a toda a população em risco.

#### RELACIONADO AO OBJETIVO 2

A fim de melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos, quanto ao **Monitoramento e avaliação** será monitorado a realização do exame clínico para os hipertensos e diabéticos, o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo, assim como o acesso aos medicamentos da farmácia popular. Para isso será realizada uma revisão mensal em todas as fichas registros e prontuários de cada usuário e também a lista de medicamentos da farmácia.

Quanto a **Organização e Gestão do Serviço**, será definida a atribuição de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos. Será também organizada a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, os quais serão atualizados a cada 15 dias. Será providenciada a versão atualizada do protocolo impresso no serviço. Quanto ao controle das medicações será realizado um controle de estoque, incluindo validade, dos medicamentos e atualização do registro dos medicamentos necessários para os hipertensos e diabéticos na unidade de saúde.

Quanto ao **Engajamento público**, serão realizadas palestras quinzenais para orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Orientar também quanto à necessidade e periodicidade de realização de exames complementares.

Quanto à **Qualificação da prática clínica**, a equipe será capacitada para a realização de exame clínico apropriado, assim como para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Também para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

#### RELACIONADO AO OBJETIVO 3

Para melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa, quanto ao **monitoramento e avaliação**, será monitorado o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia), através da avaliação dos prontuários e fichas-espelho.

Quanto a **Organização e Gestão do Serviço**, serão organizadas visitas domiciliares semanais para buscar os faltosos, com a ajuda do Agente Comunitário de Saúde e técnico de enfermagem. Será também disponibilizado um turno diário para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares. Quanto ao **Engajamento Público**, durante as palestras realizadas na unidade e também durante as consultas individuais ou nas visitas domiciliares os portadores de diabetes e hipertensão, assim como a comunidade será informada sobre a importância da realização das consultas e sobre a periodicidade preconizada para a realização das mesmas. Quanto à **Qualificação da Prática Clínica**, o ACS e o técnico de enfermagem serão treinados para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

#### RELACIONADO AO OBJETIVO 4

A fim de melhorar o registro das informações, no **Monitoramento e Avaliação**, será feito um acompanhamento diário a respeito da qualidade dos



registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde. Na **Organização e Gestão do Serviço**, iremos manter as informações do SIAB atualizadas, implantar registro específico de acompanhamento. Será definida uma pessoa específica para fazer o controle dos registros, sempre atentando para os atrasos nas consultas e na não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgão salvo e ao estado de compensação da doença.

Quanto ao **Engajamento Público**, os pacientes e a comunidade serão orientados tanto nas consultas como nas visitas domiciliares, sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via se necessário. Na **Qualificação da Prática Clínica**, a equipe será treinada para o devido preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e diabético na unidade.

#### RELACIONADO AO OBJETIVO 5

Para mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular, no eixo **Monitoramento e Avaliação**, será monitorado através das fichas espelho, o número de pacientes hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. Quanto à **Organização e Gestão de Serviços**, será priorizado o atendimento a todos os pacientes com pressão arterial elevada e com elevados níveis de glicose. Também será considerada prioridade todos aqueles usuários que apresentar em fatores de risco para estas doenças.

No que se refere ao **Engajamento Público**, os usuários serão orientados nas consultas, nas visitas domiciliares e grupos, quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação, obesidade, sedentarismo, álcool, tabagismo, etc.).

Quanto à **Qualificação da Prática Clínica**, durante os encontros para as capacitações, a equipe será capacitada para realizar estratificação de risco segundo o score de Framingham de lesões em órgãos alvo, para a importância do registro desta avaliação e quanto a estratégias para o controle de

fatores de risco modificáveis.

#### RELACIONADO AO OBJETIVO 6

Para promover a saúde de hipertensos e diabéticos, no eixo **Monitoramento e Avaliação**, será monitorado através dos registros dos usuários a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista; a realização de orientação nutricional, para a prática de atividade física regular, assim como a realização de orientação sobre riscos do tabagismo e álcool.

Para a **Organização e Gestão do Serviço**, iremos conversar para organizar um horário na agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e o diabético. Organizaremos nos grupos, práticas coletivas sobre alimentação saudável. Será também solicitado ao gestor parcerias institucional para envolver educadores físicos nesta atividade e também a compra de medicamentos para o tratamento do “abandono ao tabagismo”, assim como o desenvolvimento das ações da equipe de NASF. Com o correspondente apoio da Nutricionista, Psicologista, Trabalhadora social, Educador Físico, de maneira que seja efetiva a mudança do estilo de vida para combater a obesidade, as HLP, o sedentarismo, o tabagismo e o álcool.

No **Engajamento Público**, tentaremos buscar parcerias na comunidade, reforçando a inter-setorialidade nas ações de promoção da saúde; conversaremos com a comunidade para demandar junto aos gestores municipais a garantia da disponibilização do atendimento com dentista. Também orientaremos nas reuniões e consultas, os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, da prática de atividade física regular e aos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Para a **Qualificação da Prática Clínica**, a equipe será capacitada quanto a avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso e diabético, também sobre práticas de alimentação saudável, para o tratamento de pacientes tabagistas, alcoolistas, bem como sobre metodologias de educação em saúde. Será realizado um encontro com os pacientes, com duração de duas horas nas últimas sextas de cada mês, com uma hora restante para discussão e avaliação da equipe do encontro e planejamento do encontro do próximo mês, definindo

papel e atribuições para cada um dos participantes.

No encontro, além de abordagem em educação em saúde deverão ser esclarecidas questões a cerca da doença, cuidados clínicos como verificação de pressão arterial, peso, altura, IMC, solicitação de glicemia de jejum e Hemoglobina Glicada. Outras questões como a renovação das receitas também poderão ser realizadas no final do atendimento conjunto pelo medico em sala especifica e com tempo máximo de 5 minutos por paciente, iniciando estes encontros, no mês de setembro do ano 2016. Esperamos uma participação de 75 % desta população aos encontros.

## 5 CRONOGRAMA

<b>ATIVIDADES/MESES-2016</b>	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de Hipertensão e diabetes	X	x										
Definir atribuições de cada membro da equipe, no desenvolvimento da ação programática.	X											
Capacitação dos ACS para realização de busca ativa de pacientes hipertensos e diabéticos.	X	x										
Cadastramento dos hipertensos e diabéticos da área adscrita no programa.	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Atendimento clínico dos pacientes hipertensos e diabéticos	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Contato com líderes comunitários para informar sobre a importância da ação programática e sobre como ela deve ocorrer.	X				x				x			
Busca ativa dos pacientes faltosos às consultas.	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Monitoramento da intervenção.	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Ações de promoção a saúde	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x
Visitas domiciliares aos pacientes Hipertensos e Diabéticos que se encontram impossibilitados de comparecer à UBS.	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Atendimento dos pacientes de alto risco.	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Registro das informações.	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Monitoramento do exame clínico, exames complementares e do acesso às medicações da farmácia básica.	X		x		x		x		x		x	
Reunião da equipe para planejamento e avaliação da ação programática.				x				x				x

## 6 Recursos Necessários

ACS.

1. Sala para realização de Grupos.
2. Balança.
3. Esfigmomanómetro.
4. Requisição para exames laboratoriais.
5. Pasta para Arquivos do planeamento das atividades.
6. Profissionais: médico, enfermeiro, Técnico enfermagem,
7. Caneta.
8. Prontuários dos pacientes presentes na atividade.
9. Boletins de atendimento coletivo.
10. Listas de pacientes cadastrados.

Para realizar a intervenção no programa de hipertensos e diabéticos, vamos adotar o protocolo de atendimento ao paciente hipertenso e diabético do Ministério da Saúde, 2006 e 2012. Nossa unidade de saúde não possui sistema informatizado. Assim para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção o médico e a enfermeira irão elaborar uma ficha espelho que contenha todas as informações necessárias, tais como: Total de hipertensos e diabéticos da área de abrangência, exame clínico apropriado, exames complementares em dia, segundo o protocolo, prescrição de medicamentos da farmácia popular, necessidade de atendimento odontológico, faltosos às consultas médicas, estratificação do risco cardiovascular, orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre prática regular de atividade física, sobre os riscos de tabagismo e sobre higiene bucal. Faremos contato com o gestor municipal para dispor da totalidade das fichas necessárias para imprimir as fichas complementares.

Para organizar o registro específico do programa, o médico, a enfermeira, e os demais membros da equipe localizarão os prontuários do

total de hipertensos e diabéticos da área de abrangência, e transcreverão todas as informações disponíveis para a ficha espelho. Também, será realizado o primeiro monitoramento, anexando uma anotação sobre consultas, exames clínicos e laboratoriais em atraso.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe de saúde da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre Protocolo de atendimento ao paciente hipertenso e diabético. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isso serão reservados 2 horas cada semana, após a reunião de equipe e o médico será responsável pela organização da mesma.

O acolhimento dos hipertensos e diabéticos que buscarem o serviço será realizado por todos os membros da equipe. Serão reservadas quatro consultas diárias em um mesmo turno com prioridades no agendamento e sairão da unidade básica com a próxima consulta agendada.

Faremos contato com a Associação de moradores e com os representantes da comunidade e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância do controle de fatores de risco para estas doenças. Também realizaremos palestras sobre a importância da prática de atividade física

regular, e para abandonar o tabagismo. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de hipertensos e diabéticos.

Semanalmente a equipe de saúde examinará as fichas espelho dos hipertensos e diabéticos identificando aquelas que estão com consultas e exames em atraso. O ACS fará a busca ativa de todos os pacientes em atraso. Ao fazer a busca já agendará a consulta para um horário que seja conveniente para o usuário. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

## **7 RESULTADOS ESPERADOS**

1. Ampliar a cobertura aos pacientes hipertensos e/ou diabéticos, viabilizando seu atendimento, diminuindo os riscos cardiovasculares e com eles a morbimortalidade por estas causas.
2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos, estimulando a equipe para o trabalho multidisciplinar.
3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa, ampliando a responsabilidade de cada participante com relação a seu próprio tratamento.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Acompanhar um maior número de pacientes motivando as mudanças de hábitos de vida e comportamentos com a finalidade de melhorar o seu estado de risco.
6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alfradique, Maria Elmira, et al. Internações por condições sensíveis à internação primária: A construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP- Brasil). Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6 2009.
2. BRASIL, Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica: Diabetes Mellitus. 1. ed. n. 16. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64p
3. BRASIL, Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica: Hipertensão Arterial Sistêmica. 1. ed. n. 15. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58p.
4. BRASIL, Ministério da saúde. Caderno de atenção básica, 2012.
5. BRASIL, Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
6. BRASIL, 2013 a. Ministério da Saúde. Estratégias para o Cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial (Cadernos de Atenção Básica, n. 37) Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il.
6. BRASIL, 2013 a. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus. (Caderno de Atenção Básica, n. 36) Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il.
7. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e agravos não transmissíveis e promoção da saúde. Vigitel. Brasil 2014; Vigilância de Fatores de Riscos e proteção para doenças crônicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição, 2009. Ordunez-Garcia et al; 2006. Sociedade Brasileira de Cardiologia; 2010.



## ANEXO

Ficha Espelho

Programa de atenção aos pacientes Hipertensos e Diabéticos.

Data no ingresso no programa: \_\_/\_\_/\_\_ ACS:\_\_\_\_\_.

Número do prontuário:\_\_\_\_\_ C. SUS:\_\_\_\_\_.

Nome Completo:\_\_\_\_\_.

Data de Nasc: \_\_/\_\_/\_\_. Estatura:\_\_\_\_\_cm. Perim. Braquial:\_\_\_cm.

Endereço:\_\_\_\_\_.

Telefones de Contato.\_\_\_\_\_.

Necessita Cuidador?  Sim  Não.

Nome do cuidador:\_\_\_\_\_.

Tem HAS Sim Não Tem DM Sim Não Tem HAS e DM Sim Não.

Há quanto tempo tem HAS\_\_\_\_\_.

DM\_\_\_\_\_.

HAS e DM\_\_\_\_\_.

Foi realizada avaliação da necessidade de tratamento odontológico?  Sim  Não.

Data da Primeira Consulta Odontológica: \_\_/\_\_/\_\_.