



**YORDAN ESCALONA GONZALEZ**

**INCENTIVAR A MELHORA DO PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DA  
PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS**

**CANTA - RORAIMA  
FEVEREIRO DE 2017**



**YORDAN ESCALONA GONZALEZ**

**INCENTIVAR A MELHORA DO PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DA  
PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS**

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: Faviano Fraga de Carvalho

**CANTA - RORAIMA  
FEVEREIRO DE 2017**

## RESUMO

Este projeto constitui uma proposta de intervenção para trabalhar com pacientes hipertensos e Diabéticos da Unidade Básica de Saúde de Felix Pinto , do município de Canta , Roraima . Buscamos ampliar a cobertura de atenção aos mesmos, melhorar a qualidade no atendimento, sendo mais organizado , desenvolver ações de promoção à saúde aumentando os conhecimentos sobre a doença, promover mudanças positivas no estilo de vida modificando os fatores de riscos associados. Contribuir com a diminuição da morbidade causada pela doença. Melhorar o estado de saúde e o controle dos usuários hipertensos. A estratégia será baseada em ações de promoção de saúde, palestras, atividades coletivas, consultas individuais, visitas domiciliares. No Projeto de Intervenção participarão todos os integrantes da ESF de Felix Pinto , os pacientes cadastrados com Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabete mellitu ,pertencentes à área de abrangência. O principal objetivo do projeto é melhorar a atenção em saúde dos pacientes hipertensos e diabéticos de nossa área.

**Descritores: atenção primária, doenças crônicas, prevenção de doenças, saúde da família.**

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>5</b>
<b>2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO</b>	<b>6</b>
<b>3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO.</b>	<b>9</b>
<b>4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO</b>	<b>12</b>
<b>5. REFLEXÃO CONCLUSIVA.</b>	<b>15</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>17</b>
<b>ANEXO 1 - PROJETO DE INTERVENÇÃO</b>	<b>18</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Yordan Escalona Gonzalez , tenho 35 anos, sou de nacionalidade cubana, sou Dr em Medicina graduado da Universidade de Ciências Médicas de Holguín, Cuba, no ano 2009, com especialização em Medicina Geral Integral no ano 2014. Sou médico do Programa Mais Médico para o Brasil desde o mês de fevereiro de 2016, atuo no município Canta do estado de Roraima .

Estou lotado na Estrategia de Saude da Familia de Felix Pinto. que se encontra localizada na vila do mesmo nome , no município de Canta 75 km da sede do município. A ESF conta com o equipe de trabalho , e brindam se também: consulta de pediatria, ginecologia e obstetrícia, e uma consulta para atendimento odontológico.

Minha equipe é composta por quince integrantes: um médico do Programa Mais Médico (eu), uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, e 12 Agentes Comunitários de Saúde.

Atendemos uma população cadastrada de 5125 pacientes, moradores da Vila de Felix Pinto. Representando os pacientes idosos o maior número dos atendimentos, e as doenças mais prevalentes as crônicas não transmissíveis como: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, doenças cardiovasculares, entre outras. E em menor medida outras infecciosas como: infecções respiratórias agudas, urinárias, parasitoses intestinais, doenças sexualmente transmissíveis.

Sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus os principais problema de saúde, em nossa ESF, não só pela alta prevalência como também pelo elevado índice de incidência nos últimos anos, constituiu a motivação para a realização do nosso projeto de intervenção com o tema: Incentivar a melhoria do programa de acompanhamento da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na UBS/ESF Felix Pinto . (anexo 1).

O projeto constitui uma proposta de intervenção para trabalhar com pacientes hipertensos e diabeticos na Estrategia de Saúde da Familia , do município de Canta, Roraima. Buscando ampliar a cobertura de atenção aos mesmos, melhorar a qualidade no atendimento, sendo os atendimentos mais organizados e integrais, desenvolver ações de promoção à saúde aumentando os conhecimentos sobre a doença. E finalmente melhorar o estado de saúde e o controle dos nossos usuários hipertensos.

## 2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Acompanhamento do paciente O.S.P. pela ESF de Felix Pinto.

Primeira consulta 24/11/2016, Dados gerais: Paciente O.S.P. masculino de 43 anos, casado, trabalha como vendedor, com ensino médio completo, católico, natural de canta , mora na Rua Angela conceição barros , sem número, Centro. Dados da triagem: Peso: 80 kg      Altura: 164 cm      CA: 95 cm PA: 160/100 mmHg

Queixa Principal: Cefaléia e cifra pressórica elevada.

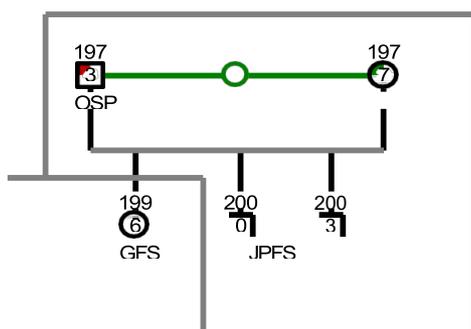
Historia da Doença Atual: Paciente que se apresenta na UBS hoje queixando cefaléia intermitente há uma semana, principalmente na região occipital e acompanhadas de visão turva em ocasiões, que melhorava com Paracetamol e repouso. Relatando ter apresentado o dia anterior, durante o horário de trabalho na tarde, uma dor de cabeça forte, na região occipital e leve dor no peito, foi levado por um colega à emergência do Hospital Jofre Cohen onde permaneceu durante algumas horas em tratamento e observação médica, com cifras de pressão arterial 170/100 mmHg.

Antecedentes Pessoais.

Fisiológicos: Nascido de parto normal é o terceiro filho de 6 filhos. Patológicos: Não histórico de doenças crônicas. Alergia: Penicilina, Ibuprofeno. Não hábitos tóxicos. Antecedentes Cirúrgicos: Apendicectomia há 16 anos.

Antecedentes Familiares

Pai: vivo Hipertensão Arterial e Cardiopatia Isquêmica. Mãe: viva, Hipertensão Arterial. Irmão maior: Hipertensão Arterial. Genograma: Realizou-se visita domiciliar no dia 25/11/2016 para montagem do genograma familiar completo:



O paciente mora com sua esposa, de 39 anos, professora, Obesa. E seus dois filhos menores: 16 e 13 anos, sem histórico de doenças referidas. Os dois filhos estão estudando. A filha maior, de 20 anos, é casada e mora com seu esposo, mas visita eles frequentemente. A casa tem boas condições estruturais, conta com serviços sanitários básicos e boa higiene. A alimentação é predominantemente baseada no consumo de carboidratos, a esposa gosta muito de fazer bolos e outros doces de frutas e churrascos. As maiorias das tardes jantam na rua (pizzas e churrascos). As relações familiares são boas.

### Exame Físico

Paciente com bom estado geral, biótipo normolíneo, orientado, bem hidratado, mucosa normocorada, eupneico, afebril ao toque. Estado Nutricional: IMC: 25.7 (normopeso). Exame cardiovascular: ruídos cardíacos rítmicos, 85 bpm, sem sopros, PA: 160/100 mmHg. Pulsos periféricos: normais, sincrônicos.

Respiratório: FR: 16 irpm, não dispnéia, murmúrio vesicular conservado, sem ruídos agregados. Abdome: Plano, não circulação colateral, ruídos hidroaéreos normais, não dor à palpação, não visceromegalias. Não presença de edemas. Hipótese Diagnóstica: Hipertensão Arterial Sistêmica. Estágio II. Risco cardiovascular baixo. Calculado o Risco cardiovascular do paciente (escore de Framingham) 7%. (Escore de Framingham baixo (<10%/ 10 anos) Ausência de fatores de risco e ausência de lesão em órgãos-alvo).

Conduta: O paciente é diagnosticado e cadastrado como hipertenso. Orientado (MEV) Nutrição adequada e prática regular de exercícios físicos. Iniciar tratamento com Enalapril (20mg) um comprimido de 12 em 12 horas e Hidroclorotiazida (25mg) um comprimido de manhã. Controle diário de PA na UBS. (Mapa de PA) Indicados exames complementares: Hemograma completo, glicemia de jejum, lipidograma completo, creatinina sérica, uréia, exame de urina tipo 1 (EAS), Eletrocardiograma. Encaminhamento a consulta de Oftalmologia para fundoscopia. Encaminhamento a Nutricionista do NASF. Agendada próxima consulta em sete dias.

Segunda consulta 01/12/2016. Dados da triagem: Peso: 68 kg, Altura: 164 cm CA: 90 cm PA: 130/80 mmHg Paciente volta para consulta evolutiva, apresentando bom estado geral, refere se sente bem, negando cefaléias, em uso regular do tratamento conforme orientado. Refere começou fazer mudanças na sua alimentação,

de acordo com as orientações da nutricionista que avaliou ele o dia 29/11/2016. Pendente a consulta com oftalmologista.

Avaliado o MRPA orientado

- 25/11- 150/90
- 28/11- 140/90
- 29/11- 130/80
- 30/11- 120/80

Avaliados resultados dos exames laboratoriais indicados na consulta anterior: dia (28/11/2016) hemograma completo Hb 13,0 mg/dl, Hto 41%, leucograma normal, glicemia de jejum 80 mg/dl, LDL colesterol 159, HDL colesterol 54, triglicerídeos 136 mg/dl, creatinina sérica 0,6 mg/dl, uréia 25, exame de urina tipo 1 (EAS) normal.

Pendente o Eletrocardiograma. Exame físico: Bom estado geral, orientado, bem hidratado, mucosas normocorada, eupneico, afebril ao toque. Exame cardiovascular: ruídos cardíacos rítmicos, 84 bpm, sem sopros, PA: 130/90 mmHg. Respiratório: FR: 18 irpm, não dispnéia, murmúrio vesicular normal, sem ruídos agregados. Abdome: Ruídos hidroaéreos normais, não dor à palpação, não visceromegalias. Sem edemas. Hipótese Diagnóstica: Hipertensão Arterial Sistêmica em tratamento. Conduta: Orientado novamente sobre nutrição adequada e atividade física regular.

Continuar tratamento de base igual (Enalapril (20mg) um comprimido de 12 em 12 horas e Hidroclorotiazida (25mg) um comprimido de manhã). Controle de PA na UBS duas vezes na semana. Exame do Eletrocardiograma (pendente). Avaliação Oftalmológica (pendente). Agendada próxima consulta em quinze dias.

Terceira consulta 15/12/2016. Dados da triagem: Peso: 67.5 kg, Altura: 164 cm, CA: 90 cm PA: 120/80 mmHg Paciente referendo sentir se bem, sem queixas, bom estado geral. Com exame de eletrocardiograma (07/12/2016) sem alterações. Controle de PA: (05/12)- 130/80. (8/12)- 130/80. (12/12)- 120/80. Refere tem marcada a consulta com oftalmologia para amanhã. Hipótese Diagnóstica: Hipertensão Arterial Sistêmica controlada. Conduta: Orientado manter igual o tratamento de base. Agendado retorno para 90 dias.

Quarta consulta 16/03/2017. Dados da triagem: Peso: 66.5 kg, Altura: 164 cm CA: 87 cm PA: 120/80 mmHg Paciente comparece a consulta programada de Hipertensão. Bom estado geral, negando queixas, fazendo uso regular do tratamento indicado. Avaliado em consulta de Oftalmologia o dia 28/12/2016, e indicado o uso de óculos para esforços visuais. Hipótese Diagnóstica: Hipertensão Arterial Sistêmica controlada.

Conduta: Continuar tratamento de base. Renovado o receituário.

Agendada próxima consulta em 90 dias com exames complementares de controle de rotina.

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

Há um ano e quatro meses, atuo como médico do Programa Mais Médicos na Unidade Básica de Saúde Vila Central no município de Cantá, Roraima. Estou integrado na equipe de saúde do mesmo nome que é composta por 20 integrantes: uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e 13 Agentes Comunitários de Saúde.

Na nossa UBS brindam-se atendimentos de qualidade à nossa população de acordo com os princípios da atenção primária. Constituindo o primeiro acesso das pessoas ao sistema de Saúde, garantindo a integralidade no atendimento, a continuidade no cuidado, e a coordenação no cuidado à saúde das mesmas. Desde o início da minha atuação na equipe, além do processo curativo e de reabilitação, comecei dar grande importância e significação ao desenvolvimento de atividades educativas de promoção e prevenção de agravos no bem de mudar condutas nos estilos de vida dos pacientes e melhorar o estado de saúde dos mesmos. Acredito que o desenvolvimento de uma medicina mais educativa e preventiva, traz maiores benefícios e logros nos indicadores de saúde da comunidade.

A primeira coisa que eu fiz foi procurar toda a informação que existia sobre a área na qual iria me desenvolver, conhecendo os principais problemas de saúde, doenças mais comuns, e características da população. Com a ajuda da equipe comecei atualizar o cadastro dos pacientes por patologias, grupos e programas prioritizados da Atenção Básica como: as consultas aos usuários do programa de

Hiperdia, a idosos, puericultura, pré-natal, pacientes com doenças mentais, entre outros. Várias estratégias de trabalho e ações foram desenvolvidas, como a realização de um projeto de intervenção para trabalhar com pacientes usuários do programa de Hiperdia, especificamente diabéticos, com o fim de aumentar seus conhecimentos sobre a doença, melhorar o acesso às consultas e diminuir a incidência das complicações ocasionadas pelo mau controle da mesma, alcançando logros significativos.

Enquanto ao pré-natal: começamos planificar visitas a cada uma das grávidas da área, procurando atualizar o cadastro das mesmas, e obtendo maior informação sobre sua realidade e avaliando elas de forma integral, promovendo a importância de assistir à consulta e fazer um bom acompanhamento pré-natal, assim como da realização dos exames complementares, vacinas, e os cuidados durante a gestação, orientando sobre: dieta saudável, prevenção de doenças infecciosas, importância do parto no hospital, amamentação e cuidados ao recém nascido, orientações sobre prevenção de DHEG, e outras doenças infecciosas durante a gravidez. Na nossa UBS de acordo ao preconizado no CAB No. 32. (Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco. Brasília/2013) as consultas do pré-natal são feitas com qualidade desde o acolhimento, triagem e na sala de consulta, fazemos uma avaliação integral das pacientes, interconsultamos com odontologia e profissionais do NASF. São solicitados os exames laboratoriais, e prescreve se medicamentos como sulfato ferroso e ácido fólico. Procuramos sempre a participação do esposo nas consultas com a finalidade de fazer uma abordagem familiar em cada caso.

Enquanto à puericultura: começamos fazer visitas domiciliares dirigidas às crianças faltosas, atualizando o cadastro e promovendo a importância de levar as crianças às consultas de puericulturas programadas pela ESF. Iniciamos as consulta de puericultura desde a gravidez, durante o pré-natal orientamos sobre os cuidados adequados ao recém nascido, aleitamento materno exclusivo e a livre demanda durante os seis primeiros meses de vida, a realização do teste do pezinho, entre outros. A equipe faz o acompanhamento da puérpera e do RN através das visitas domiciliares e as consultas programadas na UBS. Em cada contato orientamos à família sobre os cuidados à criança, prevenção de acidentes, aleitamento materno, alimentação complementar adequada, importância da vacinação, entre outras indicações dependendo da idade das crianças. Identificamos aqueles casos que estão em situações de maior vulnerabilidade e atuamos neles com especial ênfase. E de

acordo ao preconizado no CAB No. 33. (Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento. Brasília/2012) fazemos vigilância do crescimento e desenvolvimento da criança e prescrevemos o ferro como tratamento preventivo de anemia a todas as crianças de 6 a 18 meses (a partir dos 4 meses para as que não estiverem em aleitamento materno exclusivo) e mais cedo para as de baixo peso ao nascer e as prematuras (com menos de 37 semanas).

Enquanto às consultas de saúde mental: a equipe desenvolve ações que possibilitam suporte emocional a esses pacientes: desde o acolhimento adequado até a consulta e cuidado integral dos mesmos e não olhando para eles como pacientes que vem só para renovar uma receita ou solicitar um encaminhamento para o psicólogo ou psiquiatra. Apesar de que em nosso município contamos com um CAPS e com psicólogo no NASF, a nossa equipe tem cadastrados os pacientes com doenças mentais da nossa área de abrangência e fazemos acompanhamento deles, programamos visitas domiciliares, consultas agendadas, atividades que de acordo ao preconizado no CAB No. 34. (Saúde Mental. Brasília/2013) permitam manter uma boa comunicação com eles, logrando empatia, acolhendo suas queixas emocionais como legítimas, e incorporando eles nas atividades educativas e de prevenção de saúde organizadas pela equipe.

Acho que o trabalho educativo desenvolvido pela nossa equipe durante o último ano através de palestras individuais e coletivas, as consultas e visitas domiciliares tem mudado um pouco aquele pensamento dos pacientes de que “só era preciso procurar atenção médica quando estavam doentes”. Hoje temos uma população que acredita também na prevenção e que reconhece a importância de consultas como: as consultas de puericultura e pré-natal. Temos logrado melhor adesão ao tratamento dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, e bons resultados nas consultas a gestantes, crianças e população em geral.

#### **4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO**

A prática de a Visita Domiciliar é uma atividade fundamental realizada por as ESF na Atenção Básica de Saúde. Permitindo à equipe obter um melhor conhecimento da população adstrita, sobre seus principais aspectos demográficos, epidemiológicos, sociais, culturais, entre outros, o que contribui com o melhor desenvolvimento do trabalho da mesma. Favorece o desenvolvimento de ações de saúde no âmbito da realidade do território. Permite fornecer atenção, avaliação e cuidados sistemáticos aos usuários com doenças agudas e crônicas, oferecer suporte emocional necessário para pacientes em estado grave ou terminal e familiares. Permite instituir o papel do cuidador, e por ser realizada no domicílio do paciente, expõe as equipes à realidade social na qual a família está inserida, à sua rotina, seus valores, ajudando a construir ambientes mais favoráveis à recuperação da saúde. (Caderno de Atenção Domiciliar volume 1. Brasília/2012)

Na minha UBS, as visitas domiciliares são feitas semanalmente pelos profissionais das duas ESF. No caso da minha equipe, antes da minha chegada, tinha permanecido sem médico durante um tempo, e as VD eram feitas segundo solicitação dos cuidadores, familiares, ou dos ACS. Desde meus inícios eu comecei mudar essa realidade, visando ampliar a cobertura de atendimentos, melhora do acesso, e lograr a organização e a programação das mesmas. Primeiramente solicitei a ajuda da equipe que conhecia bem a área para fazer uma análise integral da mesma, com o fim de conhecer sobre a situação de saúde geral e ambiental, fazer um levantamento dos usuários com doenças crônicas não transmissíveis, idosos em situações de maior vulnerabilidade, e pacientes com necessidades de visita domiciliar contínua como: pacientes acamados, com doenças terminais, etc. E fazer também busca ativa dos pacientes faltosos às consultas programadas, e de aqueles com maiores riscos e vulnerabilidades.

Atualmente nossas visitas, além de ser feitas por solicitações por parte dos cuidadores ou ACS em situações de urgências, a maioria são feitas de forma programada. Permitindo aos pacientes serem avisados com antecedência sobre o dia da visita. A programação é feita semanalmente durante as reuniões da equipe. Fizemos um livro de controle das VD, no qual fazemos essa programação e registramos os agendamentos tanto programados quanto os que são solicitados por demanda dos familiares e cuidadores do paciente. No livro ficam registradas também

as principais observações da equipe durante as visitas. Também cada profissional registra tudo o acontecido durante as VD nos prontuários individuais dos pacientes.

Na nossa equipe as visitas são organizadas da seguinte maneira: a enfermeira faz a VD acompanhada pelo ACS responsável da família e a técnica de enfermagem, duas vezes na semana, os dias de terça e quinta feira no horário da manhã, fazendo um total de até 10 VD semanais. Eu (médico) faço todas as sextas feiras, no horário da manhã, também acompanhado por os ACS responsáveis das famílias a visitar e a técnica de enfermagem. Faço um total de até 5 VD semanais. Os ACS fazem as visitas diariamente.

As visitas são feitas de moto geralmente, graças a que a nossa área de abrangência fica bem perto da UBS e não contamos com áreas rurais de difícil acesso.

Durante as visitas fazemos uma avaliação integral dos pacientes, fazemos a anamnese o exame físico, avaliamos o ambiente em que se desenvolve o paciente, as condições higiênico-sanitárias do lar, os cuidados oferecidos pelo cuidador, a participação da família no cuidado ao paciente, orientamos sobre várias questões como a terapêutica a ser instituído, fazemos esclarecimento das dúvidas do paciente e do familiar em relação à conduta, enfatizamos sobre a importância de obedecer às orientações, fomentamos a participação de todos os membros da família no cuidado ao paciente, brindamos apoio emocional e capacitamos aos cuidadores para que realizem algumas ações e procedimentos de menor complexidade necessários no cuidado ao paciente.

As visitas que mais freqüentes fazemos são aos pacientes com doenças crônicas, idosos, acamados. No caso dos pacientes hipertensos e diabéticos faltosos às consultas programadas na UBS, fazemos a busca ativa na área e programamos as visitas domiciliares visando o melhor acesso e controle dos mesmos. Os procedimentos que mais realizamos nas VD são a aferição da pressão arterial e da glicemia capilar em pacientes diabéticos. Enquanto aos exames laboratoriais quando preciso, solicito, e dependendo dos mesmos, após serem agendados pelo ACS ou pelo familiar, sempre que possível, coordenamos para fazer a coleta na residência do usuário.

Quando trata se de exames como: ECG, Radiografias, entre outros, que precisam do deslocamento do paciente ao local de realização, solicitamos a colaboração dos familiares ou da ambulância dependendo da gravidade do caso. Os resultados desses exames são trazidos pelos familiares ou os ACS para avaliar na

UBS. Avalio e registro os mesmos no prontuário do paciente e fazemos então a programação da próxima consulta ou visita domiciliar imediatamente para tomar conduta e dar as indicações pertinentes em cada caso.

A visita domiciliar integrada com a equipe do NASF para avaliar os casos de pacientes que necessitam da avaliação especializada desses profissionais como o fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo, tem alcançado boa aceitação por parte da população devido aos problemas e situações que temos logrado resolver até o momento. Fazemos também VD em conjunto com a trabalhadora social. Quando não é possível fazer em conjunto, fazemos então o encaminhamento e a coordenação dos atendimentos com esses profissionais e de igual maneira com os especialistas da atenção secundária.

Considero que o nosso trabalho através das intervenções e orientações realizadas pela ESF durante as VD está sendo frutífero quando logramos o principal objetivo das mesmas, que é alcançar bons resultados na melhoria da qualidade de vida e nos processos curativos e de reabilitação dos nossos pacientes.

## **5. REFLEXÃO CONCLUSIVA.**

O Curso de Especialização em Saúde da Família representou a minha primeira experiência com a metodologia de educação à distância, realmente diferente ao que eu estava acostumado. E também um desafio enquanto ao idioma. Possibilitando me melhorar meus conhecimentos sobre a língua portuguesa. A experiência dessa nova metodologia foi ótima por muitas razões, entre elas a flexibilidade do horário e a constante disponibilidade das aulas e materiais educativos, podendo ser consultados quantas vezes precisava, assim como a comunicação direta e rápida com as tutoras. Conheci sobre o trabalho dos outros colegas da turma, suas realidades e trocamos experiências através de mensagens e fóruns durante o curso.

A realização do curso me deu a possibilidade de conhecer muitas coisas sobre a história e realidade do Brasil. Conheci tudo o relacionado com o SUS e o PSF, sua importância, logros e desafios. Amplie meus conhecimentos através das aulas, materiais educativos, artigos e atividades dos módulos, me atualizei em vários temas, fluxogramas e protocolos da atenção primária no Brasil, adquiri e aperfeiçoei minhas habilidades na realização dos atendimentos, anamnese, exame físico, diagnósticos, toma de conduta e decisões médicas na UBS. Dessa forma alcançando maior segurança na minha prática clínica, utilizando o método clínico-epidemiológico e baseado em evidências, aprendi sobre gerência em saúde, e me deu uma nova visão com respeito ao trabalho na APS.

Os materiais, questionários, fóruns interativos, e casos complexos, disponibilizados no curso foram de grande utilidade na minha prática diária, possibilitando-me a atualização em muitas doenças próprias ou mais frequentes no Brasil. O curso me permitiu que interagisse melhor com meus colegas da ESF e com os outros profissionais e colegas da UBS e da atenção secundária no município. Fortaleceu a comunicação entre a equipe e a proposta de muitas atividades, projetos e ações foram desenvolvidos. Um exemplo foi a realização do Projeto de Intervenção para trabalhar com os usuários diabéticos da área, o qual trouxe resultados satisfatórios no controle da doença .

O aprendido durante o curso me ajudou na organização do trabalho e no planejamento das ações em saúde ao tomar mais iniciativa e participação nas reuniões da equipe. Fizemos muitas mudanças no nosso trabalho, como o resgate da prática de uma medicina mais educativa e preventiva, a participação nos grupos de

idosos e adolescentes da comunidade, a realização de atividades educativas como palestras durante o tempo de espera para a consulta, o controle e seguimento dos pacientes dos grupos e programas priorizados como Hipertensão, idosos, grávidas (pré-natal), puericultura, consultas de saúde mental, entre outros.

Os conhecimentos que adquiri me possibilitaram mudar vários aspectos no meu trabalho como o referente à coleta das informações sobre os usuários e as consultas aos mesmos, que anteriormente os médicos da UBS só registravam a queixa principal e a conduta nos prontuários, então ampliei a coleta e registro dessas informações seguindo o modelo do SOAP, favorecendo o seguimento longitudinal dos casos. Comecei cobrar e preencher adequadamente e atualizar as cadernetas das grávidas, crianças e idosos. Uma estratégia que tomamos foi fazer uma atividade participativa com o grupo de idosos da área, no local da área esportiva da comunidade, fazendo consulta e atualização da caderneta e atividade educativa e de promoção de saúde nesse espaço.

Uma mudança significativa foi enquanto à organização da Agenda Profissional da equipe, que antes predominavam os atendimentos de demanda livre, e conseguimos mudar isso, de forma tal que além da demanda espontânea se fizesse o atendimento de forma também agendado e priorizado para grupos específicos. Deixando 10 vagas para agendamentos programados e 6 para demandas e urgências em cada período. Hoje temos organizada a agenda para consultas de Hipertensão, e atendimento de grupos como: Saúde da mulher e do Homem, da Criança, do Idoso, pré-natal e visitas domiciliares.

Enquanto às visitas domiciliares começamos fazer de forma também programada em sua maioria, registrando tudo o acontecido durante as mesmas, no livro de VD da equipe. Fazemos também registro dos atendimentos nos livros de hipertensos, diabéticos, saúde mental, tuberculose, hanseníase. Ficando mais organizado o nosso trabalho. Passei colocar as fichas do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAM) no meu consultório para notificação nesses casos.

Ter realizado o Curso de Especialização em Saúde da Família foi uma experiência excepcional, proporcionou ganhos pessoais, aprendi mais sobre a história, cultura, costumes de um novo país, e me permitiu estreitar vínculos com meus colegas e pacientes da área onde trabalho e me desenvolvo há um ano e meio. Agradeço a oportunidade por ter participado e adquirido essa experiência realizando um curso com essas características que foi totalmente novo para mim.

## REFERÊNCIAS

- Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica, No. 32. Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco. Brasília/2013.
- Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica, No. 33. Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento. Brasília/2012.
- Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica, No. 34. Saúde Mental. Brasília/2013.
- Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Domiciliar Volume1. Brasília/2012.
- Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Domiciliar Volume2. Brasília/2013
- Tratado de Medicina de Família e Comunidade: 2 Volumes: Princípios <https://books.google.com.br/books?isbn=8536327979> - Gustavo Gusso, José Mauro Ceratti Lopes - 2012 - Psychology
- Rev Técnico-Científica do Grupo Hospitalar Conceição. 1998;11(1):63-9. 6.
- ... Amaral NN, Cunha MCB, Labronici RHDD, Oliveira ASB, Gabbai AA. Assistência domiciliar à saúde (home health care): sua história e sua relevância para o sistema de saúde atual. Rev Neurociências. 2001;9(3):111-7. 8.
- Lopes JMCA Visita domiciliar no âmbito da Atenção Primária em Saúde – UFF [www.uff.br/.../A\\_VISITA\\_DOMICILIAR\\_NO\\_MBITO\\_DA\\_AT...](http://www.uff.br/.../A_VISITA_DOMICILIAR_NO_MBITO_DA_AT...)Takahashi, 2001.

## **ANEXO 1 - PROJETO DE INTERVENÇÃO**



## **PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**YORDAN ESCALONA GONZALEZ**

**INCENTIVAR A MELHORA DO PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DA  
PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS**

**CANTA - RORAIMA  
FEVEREIRO DE 2017**

Incentivar a melhoria do programa de acompanhamento da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na UBS/ESF Felix Pinto.

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA MAIS MÉDICOS  
PARA O BRASIL

TURMA 14 DE JUNHO GRUPO NORTE 2

TUTOR: Faviano Fraga de Carvalho

DR. YORDAN ESCALONA GONZALEZ

RORAIMA-CANTA

SETEMBRO-2016

## RESUMO

Este projeto constitui uma proposta de intervenção para trabalhar com pacientes hipertensos e Diabéticos da Unidade Básica de Saúde de Felix Pinto, do município de Canta, Roraima. Buscamos ampliar a cobertura de atenção aos mesmos, melhorar a qualidade no atendimento, sendo mais organizado, desenvolver ações de promoção à saúde aumentando os conhecimentos sobre a doença, promover mudanças positivas no estilo de vida modificando os fatores de riscos associados. Contribuir com a diminuição da morbidade causada pela doença. Melhorar o estado de saúde e o controle dos usuários hipertensos. A estratégia será baseada em ações de promoção de saúde, palestras, atividades coletivas, consultas individuais, visitas domiciliares. No Projeto de Intervenção participarão todos os integrantes da ESF de Felix Pinto, os pacientes cadastrados com Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabete mellitu, pertencentes à área de abrangência. O principal objetivo do projeto é melhorar a atenção em saúde dos pacientes hipertensos e diabéticos de nossa área.

**PALAVRAS-CHAVE:** Hipertensão arterial, Diabete Mellitus, promoção de saúde, estilo de vida.

## 1. INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) são condições clínicas multifatoriais caracterizadas por níveis elevados de pressão arterial e a elevação dos níveis da glicose. Associadas a alterações no metabolismo do organismo, nos hormônios, e nas musculaturas cardíaca e vascular. As doenças apresentam curso clínico em geral assintomático, ou com períodos de manifestações clínicas que podem ser comuns a outras patologias, tais como: dor de cabeça, tonturas, cansaço, falta de ar e sangramentos nasais, perda de peso, poliúria, cetoacidose, polifagia. A hipertensão arterial sistêmica e a Diabetes Mellitus são doenças que representam um dos maiores problemas de saúde no Brasil e no mundo.

Eu atuo como médico do Programa Mais Médico para o Brasil, desde o mês de fevereiro do ano 2016 na ESF de Felix Pinto, no município de Cantá, Estado de Roraima. A ESF conta com médico, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Funciona com atendimentos diários de segunda a sexta-feira, nos horários da manhã e na tarde. São realizadas consultas médicas e de enfermagem, desenvolvidos programas priorizados de saúde como o programa Hiperdia, se fazem consultas de atenção para crianças, idosos, pré-natais e pacientes de todas as idades, representando uma demanda significativa os pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, sendo a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus as mais frequentes. Também são feitas visitas domiciliares. Nossa motivação na realização deste projeto de intervenção, é com a finalidade de contribuir na melhoria da atenção a estes pacientes.

O controle e o diagnóstico da Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus tem sido atribuição da atenção primária da saúde, o programa de estratégia de saúde da família pretende promover a saúde através de ações básicas que possibilitam a promoção de hábitos de alimentação saudável, atividade física, e a prevenção ao uso do tabaco e álcool que contribuem a diminuir o desenvolvimento e as complicações da doença.

### Situação-problema

Pouco conhecimento dos pacientes com hipertensão e diabetes sobre os principais fatores de risco como: hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo e

obesidade (Brasil, 2013).

### Justificativa

A atenção primária à saúde, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), se constitui como a porta de entrada aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e isso torna o trabalho da equipe de saúde extremamente importante para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção aos usuários da HIPERDIA, tendo em vista que o acompanhamento contínuo da hipertensão e do diabetes pode diminuir as complicações, evitar encaminhamentos para outros níveis de atenção e reduzir custos para o sistema de saúde brasileiro (Brasil, 2013).

O DM pode permanecer assintomático por longo tempo e sua detecção clínica é frequentemente realizada, não pelos sintomas, mas pelos seus fatores de risco. (Brasil, 2013). Por essa razão, é de suma importância que as equipes de Atenção Básica estejam atentas, não apenas para os sintomas do diabetes, mas também para seus fatores de risco, como: hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo e obesidade (Brasil, 2013).

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Melhora a atenção aos hipertensos e diabéticos na UBS/ESF Felix Pinto, Cantarras.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Implementar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.
- Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos
- Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.
- Melhorar o registro das informações.
- Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

### 3. REVISÃO DA LITERATURA

A atenção primária à saúde, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), se constitui como a porta de entrada aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e isso torna o trabalho da equipe de saúde extremamente importante para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção aos usuários da HIPERDIA, tendo em vista que o acompanhamento contínuo da hipertensão e do diabetes pode diminuir as complicações, evitar encaminhamentos para outros níveis de atenção e reduzir custos para o sistema de saúde brasileiro (Brasil, 2013). O DM pode permanecer assintomático por longo tempo e sua detecção clínica é frequentemente realizada, não pelos sintomas, mas pelos seus fatores de risco. (Brasil, 2013).

Por essa razão, é de suma importância que as equipes de Atenção Básica estejam atentas, não apenas para os sintomas do diabetes, mas também para seus fatores de risco, como: hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo e obesidade (Brasil, 2013). Já a HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA ( $PA \geq 140 \times 90 \text{mmHg}$ ). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (Brasil, 2013). A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo.

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. Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também têm HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco (Brasil, 2013). Essa multiplicidade de consequências 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. A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle (Brasil, 2013)

A Diabetes Mellitus é uma doença crônica degenerativa, produzida por uma disfunção do metabolismo, que afeta a população em geral, sem distinção de idade, raça, ou área geográfica, com impacto de natureza individual, familiar, econômico e social. Considerada atualmente como um dos principais problemas de saúde pública

mundial. Representando uma das principais causas de óbitos e internações hospitalares na sociedade moderna. Faz parte do grupo das doenças crônicas não transmissíveis (Obesidade, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus), sendo uma das que mais avança entre a população mundial. Abrange um grupo de distúrbios metabólicos, caracterizados por hiperglicemia, e anomalias no metabolismo dos carboidratos, gorduras e proteínas. A federação Internacional do Diabetes estima que são cerca de 250 milhões de pessoas com o problema no mundo. E o 4% delas (10 milhões) estão no Brasil. Segundo a sociedade Brasileira de Diabetes, 33% da população brasileira dos 60 aos 79 anos de idade têm diabetes ou alguma alteração relacionada à glicose.

#### 4. MATERIAIS E MÉTODO

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de quatro meses na Unidade Felix Pinto, município Cantá/RR. Participarão da intervenção 390 usuários hipertensos e 90 usuários diabéticos (segundo a estimativa pois ainda não temos cadastrada toda a população da área de abrangência). O cadastro será realizado pelos agentes comunitários de saúde nas vistas domiciliares e na própria consulta, se realizará de acordo com as planilhas de cadastro nacional de usuários do HIPERDIA para o 80% dos usuários hipertensos e diabéticos já diagnosticados e os novos diagnosticados se aparecerem. Serão utilizados os protocolos do Ministério da Saúde.

Trata-se de uma proposta intervencional, onde trabalharemos com os pacientes diagnosticados com HAS e DM na ESF Felix Pinto, que apresentam dificuldades no acesso à atenção em saúde e que não têm controle adequado da doença, visando melhorar a cobertura de assistência, aumentar seus conhecimentos sobre a doença, modificando fatores de riscos e diminuindo as possibilidades de desenvolver complicações, melhorando assim, o estado de saúde destes pacientes.

O projeto terá uma duração de 7 meses, onde serão realizadas atividades individuais, (consultas), e atividades grupais. Será realizado pelos integrantes da ESF o médico (do Programa Mais Médicos), o enfermeiro, a técnica de enfermagem, e os 12 ACS que integram a equipe.

A coleta de dados e atividades será realizada pelos integrantes da equipe. Contando com a participação ativa dos pacientes cadastrados com HAS e DM, pertencentes à área de abrangência. A área conta com uma população cadastrada de 5125 pacientes, dos quais, 310 pacientes são hipertensos e 94 são diabéticos.

No início do projeto será feita uma capacitação aos profissionais de saúde da UBS sobre Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus, sendo o médico o responsável dessa atividade.

As consultas individuais para cada paciente serão realizadas de 15 em 15 dias alternando com as visitas domiciliares. Na UBS os dias planejados para as consultas aos pacientes do programa de HiperDia são todas as quartas-feiras, no horário das 08h00min horas até 12h00min horas. Mas realizaremos também consultas os dias de segunda-feira no mesmo horário, das 08h00min horas até 12h00min horas, aumentando assim a cobertura de assistência médica para estes pacientes. Todos os

dados das consultas serão registrados no prontuário individual do paciente. Os atendimentos serão realizados de forma integral, realizando o exame físico completo e detalhado dos pacientes, pesquisado também a presença de outras possíveis doenças associadas, serão indicados exames complementares, fazendo ênfase no estudo cardiovascular, conhecendo que a HAS e a Diabetes Mellitus constitui um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, serão realizadas avaliações multidisciplinares, incluindo avaliação por cardiologia, oftalmologia, nutricionista, entre outros, naqueles casos que precisarem, e se brindará sempre informação clara e atualizada ao paciente sobre sua condição.

Além das consultas na ESF serão realizadas visitas domiciliares semanais aos pacientes. As visitas serão programadas nas reuniões semanais da equipe e com a ajuda dos ACS, fazendo ênfase nos pacientes faltosos às consultas. Nas visitas serão controladas as cifras de pressão arterial, o uso adequado dos tratamentos de base, e serão realizadas atividades educativas de tipo conversa dando orientações de saúde individual, familiar, e ambiental, todas as informações serão também registradas nos prontuários.

Será realizado o constante monitoramento dos exames complementares e o acesso às medicações da farmácia básica por parte dos pacientes. Contando para isso com a ajuda dos ACS responsáveis pelos pacientes.

Serão desenvolvidas 2 atividades grupais. A primeira atividade grupal se realizará no segundo mês do início do projeto através de palestra, com o objetivo de brindar informações sobre a doença, as medidas de prevenção, os fatores de riscos, os esquemas de tratamentos e a prevenção das complicações. A segunda atividade será realizada no penúltimo mês do início do projeto com o objetivo de avaliar os conhecimentos adquiridos pelos pacientes sob riscos e complicações da doença.

As ações de promoção de saúde serão realizadas de forma constante, aproveitando todos os momentos e contatos com os pacientes, durante o tempo de espera para a consulta médica, durante as consultas individuais e as visitas domiciliares.

No penúltimo mês do projeto será realizada uma avaliação dos conhecimentos adquiridos pelos pacientes ao longo do projeto. Será realizado em forma de questionário individual. (Em anexo)

No último mês se realizará a avaliação dos resultados do projeto pela equipe, logro dos objetivos traçados e impacto na população.

## 5. CRONOGRAMA.

Ações	MESES						
	et	ut	ov	ec	an	ev	ar
	016	016	016	016	017	017	017
Apresentação da proposta de intervenção.							
Elaboração do projeto de intervenção							
Capacitação dos profissionais da equipe de saúde na UBS/ESF							
Atendimento clínico aos pacientes hipertensos e diabético.							
Visitas domiciliares							
Atividades grupais.							
Monitoramento dos exames complementares e às medicações da farmácia básica.							
Ações de promoção à saúde.							
Registro das informações.							
Avaliação dos conhecimentos adquiridos pelos pacientes.							
Avaliação dos resultados do projeto.							

## **6. RECURSOS NECESSÁRIOS**

Recursos humanos: O projeto utilizará material de consumo disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Canta. O computador utilizado para execução desse trabalho será disponibilizado pela ESF Felix Pinto ,alem da participação da equipe da ESF Felix Pinto que conta com as ACS ,tec de enfermagem ,laboratorista e o medico . Portanto, a equipe deverá trabalhar unida para oferecer a saúde almejada para a população.

Recursos Materiais: Sala para a realização de atividades de grupo. Prontuários dos pacientes, requisição para exames laboratoriais, receituários, pasta para arquivo do planejamento das atividades, sala para consulta médica individual. Esfigmomanómetros aparelho de pressão, estetoscópios, balança, fita métrica, canetas, folhas.

## **7. RESULTADOS ESPERADOS**

- Aumento dos conhecimentos adquiridos pelos pacientes sobre a doença, fatores de riscos e prevenção das complicações.
- Melhoramento na qualidade da atenção integral aos pacientes hipertensos e diabéticos.
- Mudanças positivas nas condutas e estilos de vida dos pacientes hipertensos e diabético.
- Diminuição na incidência de urgências hipertensivas e complicações nos pacientes hipertensos e diabético.
- Ampliação da cobertura de assistência aos pacientes hipertensos e diabéticos da área.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Brasil Ministério da saúde. Caderno de Atenção Básica 2013.

Vigilância de Fatores de Riscos e proteção para doenças crônicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

Brasil, Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2011.

Brasil, Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010.

Brasil, Ministério da saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis .

## ANEXO

Questionário final de avaliação individual dos pacientes hipertensos e diabético participantes no projeto.

Nome Completo:

Data de Nascimento: / / .

Considerou importante sua participação no projeto:  Sim  Não

Acha que o projeto teve um impacto positivo na sua saúde:  Sim  Não

Adquiriu conhecimentos novos sobre a sua doença:  Sim  Não

Mencione dois fatores de riscos que predispõem às complicações da doença:

e

Logrou mudar algum dos fatores de riscos que apresentava ao início do projeto:

Sim  Não

Mencione duas complicações da doença:

e

Fez mudanças positivas no seu estilo de vida:  Sim  Não Qual (s):

Recebeu apoio familiar durante sua participação no projeto:  Sim  Não

Como avalia o trabalho desenvolvido pelos integrantes da equipe durante o projeto:  B  R

Foto ESF Felix Pinto Canta /RR-am



FONTE arquivo pessoal Dr Yordan Escalona /2016