

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

MILAINIS TELLEZ MARTÍ

Melhoria da adesão dos usuários hipertensos e diabéticos da ESF Eneo José
Doncatto, no município de São Marcos/RS

SÃO MARCOS

2018.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO DO PORTFÓLIO..... | 2 |
| 2 ESTUDO DO CASO CLÍNICO..... | 4 |
| 3 PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO..... | 15 |
| 4 VISITA DOMICILIAR..... | 18 |
| 5 REFERENCIA | 21 |
| 6 REFLEXÃO CONCLUSIVA | 22 |
| ANEXO 1- PROJETO DE INTERVENÇÃO | 24 |

1.INTRODUÇÃO

Meu nome é Milainis Tellez Marti, tenho 33 anos, cresci e me formei em Doutora em Medicina no Instituto Superior de Ciências Médicas de Camagüey/ Cuba, o dia 11 do mês de Julho de 2008. Cursei residência em Medicina Geral Integral na Universidade de Ciências Médicas de Las Tunas/ Cuba, iniciando no ano de 2008 e concluindo no ano de 2010, iniciando durante este período minha atividade profissional em saúde comunitária. No ano 2011 trabalhei em Venezuela no Programa Bairro Adentro em um posto de saúde. No ano 2013 retornei a Cuba onde trabalhei no mesmo lugar onde havia trabalhado durante a residência. O 11 de Agosto de 2016 ingressei no programa Mais Médicos para o Brasil.

O dia 12 de Setembro de 2016 Comecei a trabalhar na Estratégia de Saúde da Família Eneo José Doncatto, no Município de São Marcos/RS, localizada na Rua Professor Francisco Stawinski #20, no bairro Francisco Doncatto, na área urbana da Cidade. Abrange 6 micros áreas totalizando 3 bairros: Parque do Sol, Santini e Francisco Doncatto, compreendendo uma população de 2776 habitantes segundo dados fornecidos pelo SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica). Na área existe uma escola de Educação Infantil, uma escola de Ensino Fundamental Municipal, a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-I) que está em construção. Temos um Club de Mães do Bairro e o Grupo de Escoteiros do Município, duas Igrejas Católicas e três Igrejas Evangélicas.

A equipe é composta atualmente por uma Médica, uma Enfermeira coordenadora e assistencial, uma Nutricionista, duas técnicas de Enfermagem, e somente duas Agentes Comunitárias de Saúde ativas, o que dificulta o processo de cadastramento e controle da totalidade da população da área de abrangência, elas estão fazendo recadastro de todos os moradores de seu micro área, informando inclusive que doenças têm quais são os medicamentos em uso, para a melhoria da atenção à saúde deles. Na unidade são realizadas consultas médicas da demanda espontânea e urgências, além disso agendamos consultas tais como: Pré-natal, Puericulturas, seguimento de doenças crônicas não transmissíveis, acompanhamento nutricional com a nutricionista, a enfermagem realiza coleta de amostra para cito patológico de colo do útero, testes rápidos (HIV, VDRL, Hepatite B e C), teste de gravidez em urina

(HCG), vacinas, procedimentos de enfermagem. Realizamos visitas domiciliares em conjunto e trabalhamos em equipe realizando palestras educativas para grupos específicos.

Contamos com apoio da equipe de Psicologia do Município para a realização de um grupo semanal com as mulheres do Bairro, também temos um educador físico para realização de um grupo semanal de atividade física.

Através das consultas, das visitas domiciliares, dos demais atendimentos do posto e do trabalho das Agentes Comunitárias de saúde, percebe-se um grande número de pacientes com Hipertensão Arterial Sistólica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Dislipidemias e em menor quantidade Asma, doenças do aparelho locomotor, também temos um número considerável de pacientes em uso de Psicotrópicos, sendo um problema significativo no qual devemos trabalhar com maior esforço. No período de inverno, as afeções que mais acometem a população são as doenças Respiratórias.

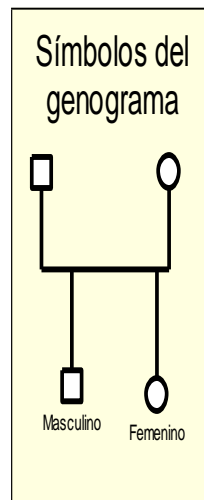
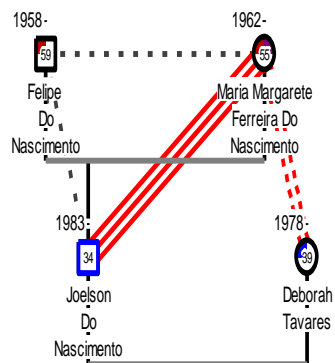
Observa-se que muitos pacientes não fazem uso correto da medicação para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, sendo que alguns não aderem ao tratamento, outros não sabem como tomá-los. Desta forma o Projeto de Intervenção “Progresso da Atenção à saúde dos pacientes hipertensos e diabéticos na ESF Eneo José Doncatto” que consta no ANEXO-1, foi baseado nesta problemática, a fim de melhorar a adesão ao tratamento por parte dos pacientes, bem como melhorar a identificação destes pacientes pela equipe de saúde.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

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

- ❖ HAS.
- ❖ Depressão.
- ❖ DM.
- ❖ Rinite.
- ❖ Dor de garganta.
- ❖ Corrimento vaginal
- ❖ Assistência Pré-natal (baixo risco).

Genograma



Leyendas de relaciones emocionales

- 2 Distante / Pobre
- ==== 1 Fusionado(a)
- 1 Discordia / Conflicto

- 1 Depresion
- 1 Hipertensión/ enfermedades sangre
- 1 Hipertensión/ enfermedades sangre, Diabetes
- 1 Alcoholismo

Caso:**ANAMNESE:****Identificação:**

Paciente Maria Margarete Ferreira do Nascimento (MMFN), 55anos, feminina, raça parda, casada, empregada doméstica, natural de São Marcos/RS. Tem sido avaliada em consulta frequentemente por apresentar HAS e DM diagnosticado há 12 anos, no momento encontra-se em tratamento, “que as vezes esquece”.

QP:

“Dor de cabeça”.

HDA:

Paciente relata que há cerca de uma semana iniciou episódios de dor de cabeça recorrentes, parece uma pressão ou aperto, de intensidade moderada, localizada nos dois lados da cabeça, com irradiação para nuca, acompanhado de choro frequente, lentidão para realizar seu trabalho, fadiga, falta de apetite e insônia. Nega déficits visuais ou auditivos, não apresenta queixas urinárias ou ginecológicas, não tem febre e diz que seu hábito intestinal é normal.

H. Patológica Pgressa:

Paciente nega internações, cirurgias, transfusão sanguínea, alergia a medicamentos, DST, IMA, AVC, intercorrências metabólicas anteriores.

H. Social:

Ela mora com seu marido, o filho e a nora. Dona Margarete mantém distanciamento com o senhor Felipe (marido), e constantes conflitos com sua nora Débora. Maria sempre está com humor deprimido, queixando-se porque seu marido não ajuda em nada e não se interessa por realizar trabalhos extra para melhorar as condições de vida, ela não toma suas medicações nos horários prescritos alegando que seu nível de stress é muito grande. Possui hábitos alimentares não saudáveis pois o consumo de sal, gorduras saturadas, carboidratos e cafeína é excessivo. Seus hábitos de higiene não são adequados, consomem água potável e moram em casa de madeira, teto de telhas com dois quartos, sala, cozinha e um banheiro. Tem um gato e um cachorro preso.

H. Familiar:

Pai vivo: HAS

Mãe viva: DM

Sinais vitais

PA:150/90mm/hg.

FC: 78bpm.

FR: 18rpm.

Tax: 36,3graus.

HGT em jejum 105

Peso: 73kg.

Altura: 1,60cm.

CA: 80

IMC:29,2

Exame Físico Cabeça e Pescoço:

Crânio normocéfalo. Ausência de movimentos involuntários, cabelos e sobrancelhas com implantação normal. Face simétrica com mímica preservada. Olhos, nariz e orelhas normais. Lábios, língua, gengiva, mucosa jugal e dentes sem alterações. Pescoço com mobilidade ativa e passiva normais, sem linfadenomegalias. Tireoide de tamanho normal, indolor, sem nódulos, móvel à deglutição e sem sopros. Mobilidade da traqueia normal. Ausência de sopros carotídeos.

Exame Físico do A. Respiratório:

Tórax atípico, sem esforço respiratório, expansibilidade preservada bilateralmente. Som claro a timpânico à percussão. Murmúrio vesicular universalmente audível s/ ruídos adventícios. (MVUA s/ RA).

Exame Físico do A. Cardiovascular:

Precórdio normodinâmico. Ausência de sopros ou extrasístoles. Ausência de turgências de jugular patológica (TJP). Pulsos periféricos simétricos, sincrônicos e com boa amplitude.

Exame físico do Abdome:

Abdome globoso, sem lesões de pele, cicatrizes, circulação colateral ou herniações. Peristalse normal. Ausência de hipertimpanismo difuso ou macidez em flancos. Fígado e baço impalpáveis. Abdome indolor à palpação superficial e profunda. Ausência de massa.

Exame Físico A.P Osteoarticular:

Mobilidade ativa e passiva das articulações preservadas, sem dor ou crepitações. Ausência de sinais flogísticos ou deformidades articulares.

Exame Físico dos Membros:

Ausência de edema e sinais de insuficiência venosa ou arterial. Panturrilhas livres. Pulsos periféricos palpáveis, simétricos e amplos. Pês sem lesões cutâneas.

Exame Físico Neurológico:

Marcha atípica. Estática sem anormalidades. Orientada em tempo, espaço e pessoa. Força muscular, sensibilidade e tônus preservados. Reflexos presentes e normais. Ausência de sinais de irritação meníngea. Exame dos pares craneanos sem alterações.

Hipótese Diagnóstica:

HAS

DM II

Síndrome Depressivo

Sobrepeso

Conduta:

-Oriento mudança intensiva do estilo de vida: redução do consumo de carboidratos, gorduras saturadas, sal, açúcar e aumentar frutas, vegetais, tomar 02 litros de água ao dia, além de realizar atividade física com o preparador físico da equipe.

- Realizar controle de Pressão Arterial durante uma semana.
- Solicito Exames Laboratoriais: química sanguínea, ECG, Fundoscopia, Radiografia de Tórax (PA-Tele), Urina tipo-1.
- Encaminhamento para nutricionista, Psicologista, Assistência Social.
- Manter a mesma medicação prescrita anteriormente com supervisão da equipe de saúde.
 - Losartana Potássica (50mg) tomar 01 cp 12/12 horas v/o.
 - AAS (100mg) tomar 01 cp no almoço.
 - Cloridrato de Metformina (850mg) tomar 01 cp depois do café da manhã e jantar v/o.
- Indico tratamento antidepressivo com:
 - Fluoxetina (20mg) tomar 01 cp pela manhã.
- Programar visita domiciliar para realizar abordagem.
- Discutir o caso da paciente na reunião de Equipe para realizar o Projeto Terapêutico Singular (PTS).
- Próxima consulta em 07 dias.

Conhecimentos atuais e antigos publicados sobre o assunto:

Alguns antidepressivos possuem efeitos sobre a glicemia. Antidepressivos tricíclicos e tetracíclicos com ação noradrenérgica, podem inibir a liberação de insulina pelo pâncreas e causar aumento da glicemia. Os tricíclicos podem causar hipotensão postural e sintomas cardiovasculares. A Bupropiona não altera a liberação de insulina e os níveis de Hemoglobina Glicosilada. Os ISRS têm sido associados a uma redução dos níveis de glicemia. Fluoxetina mostra redução de glicemia em jejum, Hemoglobina Glicosilada, peso, colesterol total, fração LDL e triglicérides. (Fráguas R et al. / Rev. Psiq. Clín. 2009;36(3):93-9).

A Metformina pode reduzir a incidência de infarto agudo do miocárdio em 36% e mortalidade em 32% [**GRADE B**] (SAENZ et al., 2005; HOLMAN et al., 2008; DUNCAN, 2013).

Em pacientes com HAS e DM a primeira linha de escolha são: Inibidores da enzima conversora da angiotensina, antagonistas da angiotensina II, bloqueadores dos canais de cálcio. (Adaptado de GUSSO, G.; LOPES, J. M. C., 2012).

Cabe ao profissional de saúde orientar mudanças na dieta habitual visando à adequação do consumo energético, dos macro e micronutrientes, associado à redução do consumo de sódio (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 1999; SACKS et al., 2001; CANNAN et al., 2006; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010), das gorduras saturadas e trans, além do incremento do consumo das gorduras mono e poli-insaturadas e das fibras [**Grau de Recomendação A**] (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; SAVICA; BELLINGHERI; KOPPLE, 2010). Dietas com baixo teor de carboidratos têm benefício no controle glicêmico, na perda de peso, na redução do uso de medicações e nos fatores de risco cardiovascular (WESTMAN et al., 2008; ESPOSITO et al., 2009).

Aos indivíduos em que a pressão arterial sistólica e/ou diastólica estiver superior a 160 ou 105 mmhg, não é recomendado que realizem atividades físicas intensas ou anaeróbias [**Grau de Recomendação A**] (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). As pessoas que realizam mudança intensiva do estilo de vida apresentam benefício na perda de peso, no controle glicêmico, na capacidade funcional, no controle pressórico e no aumento do HDL-colesterol, redução de aproximadamente 0,67% na hemoglobina glicosilada (WING, 2010).

ABORDAGEM: Ambiente familiar

| | |
|----------------------------------|---|
| Em Visita Domiciliar observa-se: | <ul style="list-style-type: none"> • Uso incorreto do tratamento. • Humor deprimido, chorosa. • Desfavorável situação económica. • Pouco apoio do marido. |
|----------------------------------|---|

Componentes 1 e 2 do abordagem centrada na pessoa:

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

Plano conjunto de manejo de problemas:**Ambiente Pessoal (Maria Margarete):**

- A. Entrevista profunda e compreensiva com a paciente Maria Margarete abordando os pontos referentes em quanto aos sintomas que apresenta com o objetivo de identificar as potencialidades e as vulnerabilidades (psíquicas, orgânicas e sociais).
- B. Realizar exame físico detalhado.
- C. Solicitação de exames complementares à paciente.
- D. Ajuste da medicação para os sintomas e doenças que precisem.
- E. Informar à paciente em quanto a seus problemas de saúde.
- F. Apoio psicológico por parte da Equipe de Saúde da Família.
- G. Encaminhamento para avaliação com Psicologista.
- H. Encaminhamento para avaliação com Nutricionista

- I. Encaminhamento para avaliação com Assistência Social.
- J. Planejar Visitas domiciliares frequentes com o objetivo de avaliar a evolução da paciente.
- K. Agendar consultas trimestralmente com a paciente para avaliação das doenças e medicações em uso.
- L. Discutir o: “CASO Maria Margarete” com prioridade na reunião de Equipe, como exemplo de Projeto Terapêutico Singular.

Ambiente Familiar:

- A. Marcar entrevista com seu marido para conversar sobre a situação que apresenta Maria Margarete, mostrando entendimento por parte da Equipe de Saúde.
- B. Responsabilizar e comprometer a seus familiares com o estado de saúde dela.
- C. Responsabilizar os familiares sobre o uso correto da medicação com o objetivo da recuperação satisfatória da paciente.
- D. Estimular ao casal para participar no grupo de HIPERDIA.
- E. Praticar exercícios físicos no Posto de Saúde com o Preparador Físico semanalmente.

Projeto Terapêutico Singular do Caso Maria Margarete:

Nome: Maria Margarete Ferreira do Nascimento.

Data de Nascimento:03/09/1962.

CNS:708 1025 2657 5531.

Endereço: Rua Reno Chinelatto, #265, Bairro Santini.

Momentos do projeto Terapêutico Singular

Plano Diagnóstico:

Paciente Maria Margarete Ferreira do Nascimento (MMFN), 55anos, feminina, raça parda, casada, empregada doméstica, natural de São Marcos/RS. Tem sido avaliada em consulta frequentemente por apresentar HAS e DM diagnosticado há 12 anos, no momento encontra-se em tratamento, “que as vezes esquece”. Ela mora com seu marido, o filho e a nora. Dona Margarete mantém distanciamento com o senhor Felipe (marido), e constantes conflitos com sua nora Débora. Maria sempre está com humor deprimido, queixando-se porque seu marido não ajuda em nada e não se interessa por realizar trabalhos extra para melhorar as condições de vida, ela não toma suas medicações nos horários prescritos alegando que seu nível de stress é muito grande. Possui hábitos alimentares não saudáveis pois o consumo de sal, gorduras saturadas, carboidratos e cafeína é excessivo. Seus hábitos de higiene não são adequados, consomem água potável e moram em casa de madeira, teto de telhas com dois quartos, sala, cozinha e um banheiro. Tem um gato e um cachorro preso.

Definição de metas:

- Fazer consultas programadas.
- Visitas domiciliares com maior frequência.
- Participar no grupo de HIPERDIA.
- Estimular a pratica de exercícios físicos para evitar Sedentarismo e obesidade.
- Encaminha-la para consulta com Nutricionista.
- Encaminha-la para consulta com Psicólogo.
- Encaminhar o caso para Assistência Social.

Identificação:

- ❖ Paciente depressiva, com mudanças de humor frequente, sobrepeso, com doenças crônicas não transmissíveis e não toma a medicação corretamente.
- ❖ Consulta com a Nutricionista.
- ❖ Consulta com a Psicologista.
- ❖ Avaliação pela Assistência Social.

Divisão de Responsabilidades:

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

- Enfermeiros: Visitas Domiciliares, orientações gerais.
- Técnico enfermagem: Visitas Domiciliares e organizar caixa de medicamentos.
- ACS: Acompanhamento a través da Visita Domiciliar com orientações.

Reavaliação:

Paciente comparece a consulta médica agendada no posto o dia 13/07/2017 com exames laboratoriais para mostrar, referindo que a dor de cabeça desapareceu, está mais tranquila, mas ainda não dorme bem, consegue alimentar-se melhor, na próxima semana começa as atividades físicas com o preparador físico.

TRIAGEM:

PA:130/90mm/hg. FC: 80bpm. FR: 18rpm. Tax: 36,2graus. Peso: 73kg.
Altura: 1,60cm. CA: 80 IMC:29,2

Avaliação laboratorial:

Hemoglobina: 12,3g/dl.

Hematócrito: 0,41

Plaquetas: 235 por 10⁹/L.

Glicemia jejum: 115mg/dl.

Hemoglobina Glicada: 6,3%

Creatinina: 0,9mg/dl.

Ácido Úrico: 3,2mg/dl.

Ureia: 34mg/dl.

TGP: 22U/L.

TGO: 25u/L.

Triglicerídeos: 115mg/dl.

Colesterol: 98mg/dl.

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

Ultrassonografia de Abdome Total: Normal.

ECG: Sobrecarga de ventrículo esquerdo.

Radiografia de Tórax (PA-Tele): Normal.

Fundoscopia; Normal.

- Igual conduta terapêutica.
- Agendada reconsulta para o dia 11/08/2017.
- Foi marcada consulta para Psicologista Silvana o dia 14/07/2017.
- Foi marcado consulta para Nutricionista: Carina o dia 18/07/2017, na Unidade de Saúde, indicando dieta e prática de exercícios físicos segundo suas doenças crônicas não transmissíveis.
- Participou no grupo de HIPERDIA.
- Pratica exercícios semanalmente no Posto de Saúde com o preparador físico.
- Orientado para que a mesma comparecesse mais vezes à unidade para acompanhamento da pressão arterial e HGT.
- Na visita domiciliar com a Médica, Enfermeira e Agente: Foram constatadas precárias condições de moradia. A enfermeira coordenadora da ESF Isabel entrou em contato com Assistência Social para repassar o caso e avaliar de conjunto.

Observações: Agosto/2017

- ✓ Paciente que está frequentando a unidade diariamente para acompanhamento da Pressão Arterial e glicose em jejum.
- ✓ Criada caixa organizadora de medicamentos para a paciente, sendo mantida na unidade para que a mesma compareça diariamente.
- ✓ A pressão arterial e glicemia a partir de então estão controladas (dentro dos limites da normalidade).
- ✓ Refere que está cumprindo com a dieta prescrita pela nutricionista.
- ✓ 14/07/2017 a paciente consultou com Psicóloga Silvana, relata que continua sem dormir bem, foi marcada reconsulta cada 15 dias
- ✓ 18/07/2017 a paciente consultou com a nutricionista marcando reconsulta semanal.
- ✓ 25/07/2017; 01/08/2017; 08/08/2017 a paciente teve reavaliações com nutricionista, foi indicada consultas mensais.
- ✓ 25/07/2017: Foi visitada por funcionaria de Assistência Social para avaliar seu caso.
- ✓ 28/07/2017: Reconsulta com Psicóloga e agendou próxima consulta para 31/08/2017.
- ✓ 11/08/2017 a Paciente refere na consulta com a médica dormir bem após medicação prescrita.

Paciente assistiu na consulta programada com a médica o dia 11/08/2017 e referiu que gostou muito das orientações da Psicóloga, que está realizando caminhadas com seu marido todas as tardes durante 1 hora, além dos exercícios com o professor, ele

está muito mais cooperativo com ela, ajudando a cozinhar e preocupa-se por seu tratamento medicamentoso. Já dorme a noite toda e encontra-se motivada pela vida.

TRIAGEM:

PA:120/80mm/hg. FC: 76bpm. FR: 19rpm. Tax: 36,0graus. HGT Jejum:99
Peso: 71kg. Altura: 1,60cm. CA: 79 IMC: 28,4

Exame Físico: negativo

ID: HAS Compensada.

DM II Compensada.

Síndrome Depressivo em tratamento.

Sobrepeso.

Observações:

Paciente que está seguindo as orientações e tratamentos indicados, assim como mudanças do padrão alimentar e estilo de vida geral; pelo que apresenta resultados satisfatórios quanto ao controle pressórico e glicêmico, além de perda de peso corporal.

- Foi entregue a caixa confeccionada no posto para organizar os medicamentos em uso.
- Orientado continuar com o tratamento indicado, vir no posto aleatoriamente para controlar pressão arterial e HGT, e reconsulta de reavaliação cada 3 meses.
- Continuar acompanhamento com nutricionista e Psicóloga conforme a programação.

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

Na população atendida na ESF: Francisco Eneo Doncatto, do Município São Marcos, R/S existe grande número de pacientes com doenças crônicas que não fazem adesão correta ao tratamento, entre eles se destacam os pacientes diabéticos. Um problema complexo como este, exige um conjunto de abordagens estruturadas de forma coordenada, conseqüente e congruente e cuja somatória resulte em avanço positivo ao desafio que se avizinha. Com certeza uma das tarefas mais importantes a serem desenvolvidas e qualificadas é o estímulo a programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, pois o objetivo principal do sistema de saúde deve ser promover a saúde e, não somente, tratar doenças.

Os primeiros conceitos de promoção da saúde foram definidos pelos autores Winslow, em 1920, e Sigerist, em 1946. Este definiu como as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação e a reabilitação. Posteriormente, Leavell e Clark, em 1965, delinearam o modelo da história natural das doenças, que apresenta três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. As medidas para a promoção da saúde, em nível de prevenção primário, não são voltadas para determinada doença, mas destinadas a aumentar a saúde e o bem-estar gerais (BUSS, 2003).

Dessa forma, o significado do termo Promoção da Saúde foi mudando ao longo do tempo e, atualmente, associa-se a definição de prioridades, planejamento e implementação de estratégias para promover saúde. (FARINATTI; FERREIRA, 2006). As ações preventivas, por sua vez, definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. Para tanto, baseiam-se no conhecimento epidemiológico de doenças e de outros agravos específicos (CZERESNIA, 2003). A prevenção orienta-se às ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco de enfermidades, sendo o foco a doença e os mecanismos para atacá-la (BUSS, 2003).

A fim de promover mudanças na direção de um novo modelo de atenção à saúde dos pacientes diabéticos, como primeira iniciativa, criamos o grupo HIPERDIA, com cadastros para focalizar a população de usuários crônicos, na tentativa de melhor

identificá-la e melhor direcionar as ações preventivas, que objetiva evolução satisfatória na qualidade de vida e a redução de riscos à saúde destes usuários, visando que existiam pacientes descompensados como consequência do uso incorreto do tratamento continuado, pois não procuravam a medicação antes de terminar em casa e não tomavam com a frequência indicada.

O grupo acontece a primeira quarta-feira de cada mês pela tarde, no salão da Igreja, por ordem de chegada. Neste momento são renovadas as receitas caso haja necessidade. Os registros são feitos no prontuário do paciente e no cadastro. Este contém informações sobre dados do paciente, dados gerais, histórico pessoal, doenças, peso, altura e pressão arterial, data da última consulta, medicações em uso. Assim fica mais fácil controlar o intervalo entre cada receita (6 meses) e saber se o paciente está tomando a medicação corretamente. Antes deste grupo, não havia o controle destas receitas, algumas vezes os pacientes as solicitavam na recepção ou por telefone, sem passar por atendimento; na maioria dos casos prescritas por médicos de qualquer especialidade, ou sugerida tal medicação por amigos, vizinhos e/ou familiares; sem acompanhamento no tratamento pelo prescritor inicial.

Hábitos e estilos de vida inadequados, Idade igual ou maior que 45 anos, Sobrepeso (IMC ≥ 25 Kg/m²), Obesidade central (cintura abdominal > 102 cm para homens e > 88 cm para mulheres, medida na altura das cristas ilíacas), Antecedente familiar (mãe ou pai) de diabetes, História de tolerância à glicose diminuída ou de glicemia de jejum alterada, Hábitos tóxicos, História de diabetes gestacional ou de recém-nascido com mais de 4 Kg, Hipertensão arterial ($\geq 140/90$ mmHg em adultos), Dislipidemia: hipertrigliceridemia (≥ 250 mg/dl) ou colesterol HDL baixo (≤ 35 mg/dl), História de macrossomia, Diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos, Doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida, Inatividade física habitual, Uso de medicamentos diabetogênicos, como corticosteroides; são fatores de risco já bem estabelecidos em nosso grupo, deste modo utilizamos o grupo para conscientizar os pacientes e seus familiares sobre a importância de manter controlada a doença, consequências do uso inadequado do tratamento, a traves de atividades de promoção e prevenção que resultam um grande impacto social a um baixo custo.

Realizamos palestras orientando mudanças de estilo de vida que têm como objetivo a redução de peso, a manutenção do peso perdido, o aumento da ingestão de fibras,

a restrição energética moderada, a restrição de gorduras, especialmente as saturadas, e o aumento de atividade física regular e redução ou abandono da ingestão de álcool e tabagismo.

A educação alimentar é um dos pontos fundamentais na prevenção primária e tratamento do DM, não sendo possível um bom controle metabólico sem uma alimentação adequada. O objetivo geral da orientação nutricional é auxiliar o indivíduo a fazer mudanças em seus hábitos alimentares, favorecendo o melhor controle metabólico, enquanto os objetivos específicos são: contribuir para a normalização da glicemia, diminuir os fatores de risco cardiovascular, fornecer calorias suficientes para a obtenção e/ou manutenção do peso corpóreo saudável, orientar os beneficiários sobre a automonitorização (glicosúria e glicemia capilar) e técnica de aplicação de insulina, prevenir complicações agudas e crônicas do DM e promover a saúde através da nutrição adequada (SBD, 2003).

Orientamos sobre a verificação dos níveis da pressão arterial, peso, altura e CA junto aos profissionais de saúde, controle odontológico, manter esquema de vacinação atualizado, assim como cuidados simples para prevenir o pé diabético.

Através do grupo HIPERDIA se faz evidente o cumprimento dos atributos da Atenção Primária de Saúde, ao atender a todos os pacientes independentemente do problema, idade, sexo; ficamos responsabilizados pelo paciente quando é avaliado no Hospital ou outros especialistas, acompanhando aos usuários e famílias ao longo do tempo pois intervenções no sentido não apenas controlar, mas de informar, são formas de atuação mais promissoras.

4.VISITA DOMICILIAR

A Visita Domiciliar (VD) vem ganhando visibilidade, e sua prática tem-se tornado indispensável no Brasil desde a década de 1990 com a progressiva efetivação de um novo modelo de atenção à saúde, com enfoque na promoção da saúde individual e coletiva.

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

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

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

Durante a visita, todas as situações de risco identificadas devem ser abordadas e/ou registradas para encaminhamentos posteriores, não havendo necessidade de serem abordados todos os aspectos definidos no planejamento, podendo-se redimensionar a atuação de cada profissional durante a visita, ao serem consideradas as situações identificadas no ato dessa visita.

A equipe deverá discutir todos os aspectos relativos à visita e suas observações e registros. Devem ser considerados o relacionamento estabelecido com a família e as necessidades identificadas ou relatadas pelo usuário ou por seus familiares, observações individuais de cada profissional presente no momento da visita e as

intervenções realizadas para análise das informações colhidas, com vistas à elaboração de um plano de abordagem e acompanhamento específico para cada família, definindo-se as linhas de cuidados pertinentes a cada situação problemática.

Caso de uma Visita Domiciliar:

Paciente Maria Margarete Ferreira do Nascimento (MMFN), 55anos, feminina, raça parda, casada, empregada doméstica, natural de São Marcos/RS. Tem sido avaliada em consulta frequentemente por apresentar HAS e DM diagnosticado há 12 anos, no momento encontra-se em tratamento, “que as vezes esquece”. Ela mora com seu marido, o filho e a nora. Dona Margarete, mantém distanciamento com o senhor Felipe (marido), e constantes conflitos com sua nora Débora. Maria sempre está com humor deprimido, queixando-se porque seu marido não ajuda em nada e não se interessa por realizar trabalhos extra para melhorar as condições de vida, ela não toma suas medicações nos horários prescritos alegando que seu nível de stress é muito grande. Possui hábitos alimentares não saudáveis, pois, o consumo de sal, gorduras saturadas, carboidratos e cafeína é excessivo. Seus hábitos de higiene não são adequados, consomem água potável e moram em casa de madeira, teto de telhas com dois quartos, sala, cozinha e um banheiro. Tem um gato e um cachorro preso.

DIA DA VISITA DOMICILIAR:

Chegamos a casa da paciente e a mesma estava sentada em uma cadeira, com:

Sinais vitais

PA:150/90mm/hg.

FC: 75bpm.

FR: 21rpm.

Exame Físico por aparelhos normal, exceto a PA em 150/90mm/Hg.

Definição de metas:

- Fazer consultas programadas.
- Visitas domiciliares com maior frequência.
- Participar no grupo de HIPERDIA.
- Estimular a pratica de exercícios físicos para evitar Sedentarismo e obesidade.
- Encaminha-la para consulta com Nutricionista.
- Encaminha-la para consulta com Psicólogo.
- Encaminhar o caso para Assistência Social.
- Manter medicação estável.

Identificação:

- ❖ Paciente depressiva, com mudanças de humor frequente, sobrepeso, com doenças crônicas não transmissíveis e não toma a medicação corretamente.
- ❖ Consulta com a Nutricionista.
- ❖ Consulta com a Psicologista.
- ❖ Avaliação pela Assistência Social.

Observa-se na casa condições de moradia péssimas, estrutura construtiva da casa não é boa, existe baixa renda familiar.

Observações depois de acompanhamento continuado, passado um tempo:

Paciente que está seguindo as orientações e tratamentos indicados, assim como mudanças do padrão alimentar e estilo de vida geral; pelo que apresenta resultados satisfatórios quanto ao controle pressórico e glicêmico, além de perda de peso corporal.

- Foi entregue a caixa confeccionada no posto para organizar os medicamentos em uso.
- Orientado continuar com o tratamento indicado, vir no posto aleatoriamente para controlar pressão arterial e HGT, e reconsulta de reavaliação cada 3 meses.
- Continuar acompanhamento com nutricionista e Psicóloga conforme a programação.

5.REFERENCIA

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

6.REFLEXAO CONCLUSIVA

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

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

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

A realização deste trabalho permitiu conhecer a realidade de um tópico muito importante que afeta à população em geral, a qual tem escassos conhecimentos dos fatores de risco que podem desenvolver algumas doenças crônicas.

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

Para mim o estudo dos aspectos que foram abordados no Eixo I e II contribuíram a melhorar a qualidade das consultas e abordagem dos pacientes e suas famílias, além

de aumentar meus conhecimentos em quanto ao manejo das DCNT no Brasil. Acho que minha trajetória no curso foi boa, já que mantive uma participação adequada, em contato sempre com minhas tutoras a partir do início. Agradecida imensamente de minhas tutoras: Pamela (Eixo I) e Manoela (Eixo II) que me apoiaram sempre. Sendo um desafio grande os estudos ONLINE para mim por ser esta a primeira vez.

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

ANEXO 1-PROJETO DE INTERVENÇÃO

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

MILAINIS TELLEZ MARTÍ

Melhoria da adesão dos usuários hipertensos e diabéticos da ESF Eneo José
Doncatto, no município de São Marcos/RS

Porto Alegre

2017

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica, sendo um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, tendo alta taxa de prevalência e baixas taxas de controle. Este projeto tem como objetivo melhorar o progresso da atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da ESF Eneo José Doncatto, do município de São Marcos/RS. Serão realizadas intervenções a fim de ampliar a cobertura dos usuários com estas patologias, também incluir seus familiares no cuidado à sua saúde, aumentando assim a qualidade de vida dos mesmos. Pretende-se também desenvolver estratégias de acompanhamento por parte da equipe de saúde, pois os profissionais da Atenção Básica têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Devem também ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica; Saúde Pública; Estratégias; Controle.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 Introdução..... | 1 |
| 2 Objetivos..... | 3 |
| 2.1 Objetivo Geral..... | 3 |
| 2.2 Objetivos Específicos..... | 3 |
| 3 Revisão da Literatura..... | 4 |
| 4 Metodología..... | 6 |
| 4.1 Pactuação das ações..... | 7 |
| 4.2 Organização e gestão do serviço..... | 7 |
| 4.3 Execução das ações..... | 7 |
| 4.4 Monitoramento e avaliação..... | 8 |
| 5 Recursos..... | 9 |
| 6 Cronograma..... | 10 |
| 7 Resultados Esperados..... | 11 |
| 8 Referências Bibliográficas..... | 12 |
| 9 Anexos..... | 13 |

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão é muito comum, acomete uma em cada 4 pessoas adultas. Assim, estima-se que atinge em torno de, no mínimo, 25% da população Brasileira adulta, chegando a mais de 50% após os 60 anos e está presente em 5% das crianças e adolescentes no Brasil. É responsável por 40% dos Infartos, 80% dos Derrames e 25% dos casos de Insuficiência Renal Terminal. As graves consequências da pressão alta podem ser evitadas, desde que os hipertensos conheçam sua condição e mantenham-se em tratamento com adequado controle da pressão (SBHAS, 2013).

O Diabetes Mellitus é uma das doenças crônicas que mais avança entre a população mundial. A Federação internacional do Diabetes estima que são cerca de 250 milhões de pessoas com o problema em todo o mundo, 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 (SBD, 2013).

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira, e a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus representam dois dos principais fatores de risco para essas doenças, que devem ser diagnosticadas e tratadas precocemente. A importância da realização do trabalho de intervenção em hipertensão e diabetes leva em conta que a maior quantidade de consultas realizadas em nossa ESF, está relacionada com essas duas doenças (SBHAS; SBD, 2013).

São relevantes as atividades de promoção e prevenção para garantir qualidade de vida, evitar hospitalização e os consequentes gastos na saúde pública. O controle adequado e seguimento evitariam complicações e danos à saúde dos usuários. Com o propósito de que o trabalho seja feito com a qualidade necessária e ao final a população se beneficie, desejando uma valoração integral de cada usuário que apresenta essas doenças, e trabalhar com a prevenção com os que têm fatores do risco para desenvolver estas doenças (SBHAS; SBD, 2013).

Nosso trabalho tem como objetivo melhorar a cobertura destas patologias e assim obter melhorias no atendimento, na prevenção e promoção da saúde. Para obter um trabalho de ótima qualidade se realizam grupos de diabéticos e hipertensos onde se fala sobre os fatores de risco, alimentação saudável, importância da prática

de exercícios físicos, do cuidado dos pés, saúde bucal, assim como, identificar os sinais de alerta, para prevenir complicações e assistir as consultas planejadas.

Com nosso projeto ampliaremos a cobertura de atendimento e qualidade integral dos usuários de nossa ESF Eneo José Doncatto, a qual está situada no próprio centro da cidade de São Marcos e tem uma população de 2.776 pessoas.

Teremos como objetivo melhorar os conhecimentos dos usuários de como prevenir suas complicações, onde temos um importante número de profissionais envolvidos já em nosso projeto. O trabalho será um desafio, pois sabemos que uma grande parte da população não está coberta em sua totalidade por agentes comunitários de saúde (ACS). A população não está cadastrada e não tem costume de ter um controle frequente de suas doenças, de maneira geral só procuram atendimento quando estão doentes e por isso encontramos muitos usuários com lesões em órgãos alvo. Com nosso trabalho melhoraremos os conhecimentos da população, realizando assim um trabalho preventivo das complicações, assim como, trabalharemos, mais com os fatores de risco. Frisamos a importância da abordagem individual e coletiva para obter resultados duráveis.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Melhorar a adesão ao tratamento dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da ESF Eneo José Doncatto, São Marcos/RS.

Objetivos específicos

- Identificar a totalidade dos pacientes Hipertensos e Diabéticos que correspondem à área de abrangência da unidade;
- Diagnosticar precocemente Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus;
- Melhorar a conscientização dos usuários sobre o uso correto da medicação;
- Ampliar a participação dos usuários no grupo mensal HIPERDIA (Hipertensos e Diabéticos);
- Desenvolver estratégias de acompanhamento dos usuários por parte da equipe de saúde;
- Incluir os familiares no cuidado à saúde dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Revisão da Literatura

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

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

O Diabetes Mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo (SBD, 2013).

No Brasil são cerca de seis milhões de portadores, a números de hoje, e deve alcançar 10 milhões de pessoas. Um indicador macroeconômico a ser considerado é

que o diabetes cresce mais rapidamente em países pobres e em desenvolvimento e isso impacta de forma muito negativa devido à morbimortalidade precoce que atinge pessoas ainda em plena vida produtiva, onera a previdência social e contribui para a continuidade do ciclo vicioso da pobreza e da exclusão social (SBD, 2013).

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

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

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

Além de prevenção e educação em saúde aos hipertensos e pacientes com diabetes, também são realizadas atividades voltadas ao paciente com dislipidemia, câncer, entre outras, sempre com uma abordagem preventiva e multidisciplinar. Percebe-se que a abordagem preventiva e de promoção à saúde à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus é importante, uma vez que estas são doenças muitas vezes silenciosas e com alto índice de morbidade e mortalidade, sendo eficazes atividades que minimizem os danos à saúde (SBHAS; SBD, 2013).

Metodologia

O município de São Marcos possui três Estratégias de Saúde da Família (ESF), uma delas, a ESF Eneo José Doncatto, realiza cobertura de dois bairros, Santini e Francisco Doncatto.

A ESF Doncatto, hoje, conta com uma médica de saúde da família, uma enfermeira coordenadora, duas técnicas de enfermagem e duas agentes comunitárias de saúde. Também dispõe de uma nutricionista que realiza consultas semanais na unidade, um educador físico que realiza um grupo de atividade física semanal no salão da igreja do bairro Francisco Doncatto e duas estagiárias de psicologia que trabalham com as mulheres do bairro em um grupo semanal.

Uma vez ao mês acontece a realização do grupo HIPERDIA, pela tarde no salão da igreja do bairro Francisco Doncatto e à noite na própria unidade, este exclusivo para trabalhadores. No grupo é aferida a PA de todos os pacientes e fornecidas as medicações disponibilizadas pela Farmácia Básica do município. Neste momento, são revisadas as receitas dos medicamentos e fornecidas orientações aos pacientes. As mesmas ações serão continuadas durante a intervenção.

Informações sobre o paciente, medicações em uso, data da última consulta, data da entrega da medicação e PA são registrados na Ficha de Acompanhamento (anexo) desenvolvida pela equipe. Esta Ficha de Acompanhamento é o instrumento de trabalho principal para o acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos. Os ACS farão busca ativa desses usuários e os registros serão computados para as fichas de acompanhamento.

O projeto de intervenção será desenvolvido no período de 12 semanas na ESF Eneo José Doncatto, em São Marcos/RS, onde participarão usuários com HAS e DM. Serão utilizados os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde – “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus” (Ministério da Saúde, 2014) e “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Hipertensão Arterial Sistêmica” (Ministério da Saúde, 2014) para desenvolver as ações propostas.

Pactuação das ações

O projeto no mês de Setembro se apresentará na reunião semanal da equipe ESF: "Eneo José Doncatto", que ocorrerá na segunda semana do mês citado anteriormente, explicando todas as fases de trabalho e os profissionais que estarão envolvidos no mesmo. Logo o projeto será apresentado na reunião do Conselho Municipal de Saúde de São Marcos para detalhar as ações a serem desenvolvidas com a população.

Organização e gestão do serviço

Na primeira quinzena do mês de Outubro se realizará a definição das atribuições de cada membro da equipe em cada etapa do estudo com pacientes com HAS e DM. Os atendimentos serão realizados pela equipe da ESF: Doncatto utilizando prontuários e cadastros da população alvo (Anexo A). Serão organizadas visitas domiciliares para verificar se o paciente está compensado da doença de base e se a medicação em uso está sendo tomada corretamente.

Execução das ações

A execução das ações iniciará no mês de Outubro especificamente na segunda quinzena. Os ACS utilizarão a ficha de cadastro HIPERDIA nas visitas domiciliares. Informaremos à comunidade sobre a existência do programa de atenção à HAS e DM na ESF. Serão realizadas atividades de promoção e prevenção de saúde com a população alvo destas doenças com o objetivo de manter relações cordiais. Orientaremos à comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão, da diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente e a realização de exames complementares.

Monitoramento e avaliação

O projeto será monitorado quinzenalmente na reunião de equipe da ESF Doncatto. Serão discutidas situações especiais que as ACS julgarem necessárias em relação às visitas domiciliares realizadas. Previamente as reuniões as ACS deverão entregar para a equipe de saúde as fichas de cadastro HIPERDIA para que os dados possam ser analisados. Ao final dos três meses de execução do projeto, serão apresentados os resultados na reunião semanal de equipe da ESF Doncatto para avaliação da intervenção e discussão dos resultados.

Recursos Necessários

Recursos Humanos:

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

Recursos Materiais:

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

Resultados Esperados

- ❖ Prevenir complicações e danos à saúde dos usuários.
- ❖ Evitar hospitalizações e os consequentes gastos.
- ❖ Aumentar a cobertura de atendimento.
- ❖ Obter uma avaliação mais integral dos pacientes de nossa ESF que apresentam essas doenças crônicas.
- ❖ Aumento do conhecimento dos pacientes acerca de sua doença e como prevenir suas complicações.
- ❖ Elevar a qualidade de vida dos pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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

SBHAS. Sociedade Brasileira de Hipertensão arterial, 2014 (SBHAS , 2014)

SBDM. Sociedade Brasileira de Diabetes Mellitus, 2014 (SBDM, 2014)

ANEXOS

| | | | | | | | | |
|-------------|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 40mg | Propanolol | | | | | | | |
| | Verapamil 80mg | | | | | | | |

ANEXO B-FLUXOGRAMA DE EXAMES LABORATORIAIS

| | | | | | |
|--------------------------------|--|--|--|--|--|
| DATA | | | | | |
| Glicemia em Jejum | | | | | |
| HGT | | | | | |
| Hemoglobina Glicosilada | | | | | |
| Colesterol Total | | | | | |
| HDL | | | | | |
| LDL | | | | | |
| Triglicerídeos | | | | | |
| Creatinina Sérica | | | | | |
| Potássio Sérico | | | | | |
| EQU | | | | | |
| Microalbuminúria | | | | | |
| Proteinúria de 24 hrs. | | | | | |
| TSH | | | | | |

| | | | | | |
|--------------------|--|--|--|--|--|
| ECG | | | | | |
| Hemograma | | | | | |
| Hemátocrito | | | | | |
| Hemoglobina | | | | | |
| VCM | | | | | |
| Plaquetas | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

