

Modalidade do trabalho: Relatório técnico-científico

Evento: XXI Jornada de Pesquisa

QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS EM UMA UNIDADE BÁSICA DA FRONTEIRA OESTE DO RIO GRANDE DO SUL¹

Bruna Cristiane Furtado Gomes², Isabel Cristine Oliveira³.

¹ Projeto de Intervenção realizado para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família pela UFPEL

² Enfermeira Especialista em Saúde da Família e Micropolítica da Gestão e do trabalho em saúde

³ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-RS

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública, é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. Com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (PA 140/90 mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido (BRASIL, 2006a). A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) representam dois dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, estas doenças levam, com frequência, a condições incapacitantes do indivíduo, com graves repercussões para o paciente, sua família e a sociedade (BRASIL, 2006a, BRASIL, 2006b). Quando diagnosticadas precocemente, estas doenças são bastante sensíveis, oferecendo múltiplas oportunidades de evitar complicações. A possibilidade de associação das duas doenças é muito comum, o que requer, na grande maioria dos casos, o manejo das duas patologias num mesmo paciente. Investir na prevenção é decisivo, não só para garantir a qualidade de vida como também para evitar a hospitalização e os consequentes gastos. (PASSOS, BARRETO, 2006).

Neste sentido, ao realizarmos uma análise situacional de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de um município da Fronteira Oeste do estado do Rio Grande do Sul, evidenciou-se um número crescente de usuários hipertensos e diabéticos, em confronto com uma tênue adesão ao acompanhamento e as atividades de educação em saúde, gerando em contrapartida, um grande número de pacientes com valores pressóricos e glicêmicos descompensados, a prática clínica muitas vezes centrada em uma ligeira renovação de receitas, e baixa adesão as atividades de educação em saúde. Sendo assim, observou-se a necessidade de qualificar a prática clínica e intensificar ações de prevenção e promoção da saúde deste público garantindo a longitudinalidade da atenção, a integralidade das ações, a sistematização de registros específicos que permitam o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas, impactando assim na melhor qualidade de vida da população acompanhada pela Unidade. Nesse sentido, lançou-se o Projeto de Intervenção com o objetivo de “Qualificar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus em uma unidade de Atenção Primária em Saúde”.

METODOLOGIA

Modalidade do trabalho: Relatório técnico-científico

Evento: XXI Jornada de Pesquisa

Trata-se de um projeto de intervenção com a finalidade de (1) Ampliar a cobertura para pacientes hipertensos e/ou diabéticos acompanhados em uma Unidade de atenção primária; (2) Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao Programa Hiperdia; (3) Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na UBS; (4) Melhorar o registro das informações; (5) Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular; Realizar promoção da saúde.

As ações ocorreram nos meses de Novembro de 2013 a Fevereiro de 2014, sendo planejadas contemplando os eixos de (1) organização e gestão do serviço; (2) monitoramento e avaliação; (3) engajamento público, e (4) qualificação da prática clínica.

Para direcionar a intervenção utilizou-se Caderno de Atenção Básica de Hipertensão Arterial Sistêmica de 2006 e o Caderno de Atenção Básica Diabetes Mellitus 2006. Elaborou-se uma ficha espelho para acompanhamento dos usuários, a fim de facilitar o monitoramento de consultas, exames clínicos e laboratoriais em atraso.

Incorporou-se a rotina de atividades de Educação Permanente com a participação multiprofissional para a atualização e qualificação da prática clínica. Onde iniciou-se com a revisão dos Cadernos de Atenção Básica sobre Hipertensão e Diabetes, tendo continuidade com a revisão dos protocolos de manejo clínico e revisão do registros específicos, técnicas de mensuração da pressão arterial, e acolhimento. Na sequência a equipe mobilizou-se para esclarecer a comunidade sobre os serviços ofertados pela Unidade Básica, bem como a inserção em grupos de educação em saúde e rotinas de rastreamento e acompanhamento de Doenças Crônicas não Transmissíveis.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Ao longo de quatro meses de intervenção, a equipe de saúde acompanhou de 351 hipertensos (57,5%) e 55 diabéticos (36,7%) adstritos em seu território, atingindo cobertura 57,5% de usuários hipertensos e 36,7% dos usuários diabéticos, permitindo uma avaliação parcial da intervenção, no qual se pode vislumbrar a melhoria da qualidade da atenção a estes usuários cadastrados e acompanhados durante este período. A atenção aos usuários hipertensos e diabéticos passou a ser uma responsabilidade compartilhada de toda a equipe.

Considerando os indicadores em relação à proporção de hipertensos e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, o acompanhamento através das fichas espelhos permitiu avaliar o perfil dos usuários acompanhados bem como suas condições clínicas, grau de dependência e situação familiar. A utilização do Escore de Framingham e escala de risco renal pela fórmula Cockcroft-Gault contribuíram para definir quais são os pacientes que necessitam de maior atenção por parte da equipe de saúde permitindo-nos repensar os cuidados a partir dos indicadores coletados.

Durante 04 meses de intervenção realizamos a mobilização da equipe para organizar estratégias de busca ativa sendo que no final da intervenção realizou-se a busca ativa de 139 usuários hipertensos e 59 usuários diabéticos, atingindo uma proporção de 100% dos usuários cadastrados no Programa Hiperdia que apresentavam consultas em atraso e cadastrados sem atualização há mais de 06 meses. A realização de busca ativa teve suas limitações em relação ao número insuficiente de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na área adstrita à UBS. A ampliação do quadro de agentes de saúde será fundamental para a detecção precoce de doenças como hipertensão e diabetes, bem como melhoria do acompanhamento domiciliar para que a busca ativa não se torne uma prática voltada

Modalidade do trabalho: Relatório técnico-científico

Evento: XXI Jornada de Pesquisa

apenas para o modelo sintomatológico nos remetendo à assistência flexneriana, mas sim que nos permita ampliar as possibilidades das práticas de saúde no território.

Considerando a proporção de hipertensos com exame clínico em dia, dos 536 hipertensos 437 possui exame clínico em dia de acordo com o protocolo, o que corresponde a 80,9% dos hipertensos cadastrados. Quanto aos pacientes diabéticos dos 129 pacientes adstritos na área de abrangência 85,5% apresentaram exame clínico adequado incluindo avaliação da sensibilidade dos pés. A meta de realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e/ ou diabéticos apresentou oscilações devido à falta de registro na ficha espelho, o que com o desenvolver das ações foi incorporando-se a rotina do serviço, hoje contamos com arquivo específico para o armazenamento das fichas espelho onde realizamos a revisão e acompanhamento.

Em relação à proporção de usuários hipertensos e diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo, a evolução foi gradual ao longo dos meses de intervenção atingindo uma proporção de 77,8% dos usuários hipertensos e 82,9% dos usuários diabéticos. A meta centrava-se em garantir 100% dos hipertensos e/ou diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo e com registro na ficha espelho, porém obtivemos dificuldades em relação ao retorno do usuário com o resultado dos exames.

Quanto à Proporção de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, observou-se que 97,7% hipertensos e 91,5% dos usuários diabéticos acompanhados na UBS 07 encontram suas medicações disponíveis na farmácia da unidade/ e ou farmácia popular do município. Durante a intervenção podemos observar que a maioria dos usuários cadastrados neste período tinha acesso às medicações, porém apresentavam dificuldade de adesão ao tratamento por motivos variados dentre eles podemos destacar, déficit cognitivos, hábitos culturais e comportamentais, e ainda a indisponibilidade de medicamentos na farmácia popular em alguns períodos do ano.

No que se refere à Proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular, utilizou-se do Escore de Framingham, dos 57,5% dos usuários hipertensos e 36,7% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade realizaram a avaliação do Escore de Framingham atingindo assim 99,6% dos usuários hipertensos e 99,2% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade. A utilização da avaliação do risco cardiovascular além de possibilitar a estimativa de risco cardiovascular em dez anos na comunidade, auxilia na identificação de pacientes com alto risco e nos leva a refletir a necessidade de intensificar ações preventivas.

Em relação à avaliação odontológica, 95 hipertensos (17,7%) receberam acompanhamento odontológico adequado, enquanto que 60 diabéticos (46,5%) receberam acompanhamento odontológico adequado durante a intervenção. Portanto constatou-se a dificuldade de acesso ao acompanhamento odontológico, de forma geral a demanda é maior que a oferta deste serviço, no cenário em questão o atendimento clínico por parte do profissional de odontologia apresenta limites tanto na conduta terapêutica a qual nem sempre disponibiliza matérias de trabalho, quanto na organização do território, que precisam ser pactuadas com o gestor para suprir a demanda reprimida sem interferir no padrão de qualidade de vida da população.

Durante o período de intervenção 100% de usuários dos hipertensos e diabéticos cadastrados receberam orientações quanto à alimentação saudável, atividades físicas e diminuição do consumo de tabaco atingindo a proporção de 100% de usuários orientados quanto ao estilo de vida saudável. Tal proporção só foi possível graças ao trabalho multiprofissional, onde todos os profissionais da

Modalidade do trabalho: Relatório técnico-científico

Evento: XXI Jornada de Pesquisa

unidade realizavam orientações de forma contínua perpassando o acolhimento, sala de espera, consultas, grupos e oficinas. Com a intervenção ampliamos na unidade a adesão às práticas de atividade física e instituímos o grupo de emagrecimento saudável com o acompanhamento de nutricionistas educadores físicos, e psicólogos.

CONCLUSÕES

Com o desenvolvimento da intervenção para a melhoria do atendimento aos pacientes hipertensos e diabéticos na Unidade Básica de Saúde, foi possível observar uma mudança de cenário, onde práticas pontuais de renovação de receitas, cedeu espaço a discussões de protocolos, alterações nas diretrizes de atendimento ao hipertenso e diabético, estudos de caso, definição de normas e rotinas para melhorar a qualidade da atenção a este grupo. A atenção aos usuários hipertensos e diabéticos passou a ser de responsabilidade compartilhada de toda a equipe. Os agentes de saúde aprimoraram seu papel fundamental de alertar a comunidade, levar informações aos pontos mais distantes da área adstrita, realizar a captação precoce, ampliar ações de educação em saúde. Os técnicos de enfermagem e recepcionista foram capacitados para detectar sinais alerta, acolher e orientar a comunidade, direcionando ao atendimento médico ou de enfermagem, conforme necessidade. O profissional médico, hoje além da renovação das receitas, realiza anamnese, exame clínico completo, solicitação de exames complementares, utilização do Escore de Framingham e escala de risco renal pela fórmula Cockcroft-Gault para classificação de risco, os atendimentos são registrados no prontuário e ficha espelho. O profissional médico apropriou-se das atividades de educação em saúde, participando ativamente das oficinas e grupos. A consulta de enfermagem complementa o atendimento médico, avaliando o paciente e orientando quanto aos hábitos de vida saudável e uso das medicações e melhorando a qualidade dos registros das ações desenvolvidas. A concretização desta intervenção só foi possível graças ao trabalho em equipe, a educação permanente e discussões de casos passaram a ser uma realidade incorporada à rotina do serviço. A comunidade no início apresentou dificuldade de compreender o processo de organização do serviço, uma vez que as consultas passaram a ser mais “demoradas”, pois a avaliação era completa, e exigia-se a atualização dos cadastrados e a participação nos grupos de educação em saúde. Porém a própria comunidade percebeu a melhoria na qualidade da atenção, organizando-se assim, conforme as rotinas do serviço. Sendo assim, o serviço de saúde após a intervenção passou a ter melhor organização, com ações planejadas, registradas e avaliadas, conforme o perfil populacional e realidade local. Hoje, as discussões das ações desenvolvidas na UBS fazem parte de nossa rotina de trabalho, em que a vontade de aprender, a pretensão de fazer a diferença e melhorar a qualidade da atenção ofertada à comunidade cresce a cada dia. As ações desenvolvidas nesta intervenção serão desdobradas e aplicadas os demais linhas de cuidado da Atenção Primária em saúde.

PALAVRAS CHAVE: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.