PREFEITURA DE CAMPINAS | SECRETARIA DE SAÚDE — SUS — UNICAMP UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS — FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA | COLETIVO DE ESTUDOS E APOIO PAIDEIA

REORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO D.M. E H.A. EM UMA EQUIPE DO CS SAN MARTIN CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO "GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE"

Autor(a):Maria Helena Sales Furlan
Email de contato:mahsales@gmail.com
Orientador(a): Raquel P. Teixeira Lima

Introdução

Levando em consideração que as doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão arterial e o diabetes mellitus estão cada vez mais freqüentes na população e que constituem importantes causas de morbimortalidade e hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e resultam em sérios problemas de saúde pública, é necessário atendimento qualificado e estruturado à esta população, pela Atenção Básica. (MENDES, 2012)

A integralidade na Atenção Básica permeia o vínculo entre equipe e clientela e implica em reflexão dos aspectos importantes da organização dos processos de trabalho, gestão e planejamento. Requer esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional a fim de garantir que as necessidades de saúde da população usuária seja assistida. (CECÍLIO, 2009)

A partir desta lógica, adscrever os usuários do território, realizar escuta qualificada e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, deve fazer parte das diretrizes de trabalho da equipe de saúde família, a fim de orientar o planejamento das ações a serem desenvolvidas. (BRASIL, 2012)

Este trabalho busca qualificar e reorganizar a assistência aos doentes crônicos portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial da equipe Branca do Centro de Saúde San Martin.

Objetivos

✓ Reorganizar a assistência aos doentes crônicos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus da equipe Branca, do CS San Martin, a fim de garantir equidade, integralidade e melhoria no acesso.

✓Estimular e incentivar esta reorganização para as demais Equipes de Saúde da Família do CS San Martin.

Metodologia

Optou-se pela construção conjunta com a equipe de um plano de intervenção (TABELA1):

TABELA1-Plano de intervenção

AÇÃO	ATIVIDADES ENVOLVIDAS
Cadastro de todos os usuários portadores de hipertensão e diabetes do território da equipe	Criação de banco de dados em planilha do Google Drive, pois todas as salas têm computador e acesso à internet, e assim os dados ficariam salvos em rede; e alimentação dos dados desta planilha durante o atendimento destes pacientes pelos profissionais da equipe
	Realização de mutirões de identificação destes usuários, por meio de verificação de todos os prontuários da equipe e digitação na planilha
	Inserção de novos usuários na planilha sempre que ocorrer um novo cadastro
Identificação do perfil epidemiológico bem como do risco cardiovascular e vulnerabilidades dos usuários portadores de hipertensão e diabetes da equipe	Avaliação e classificação de risco destes usuários durante as consultas e atendimentos, levando em consideração também as vulnerabilidades sociais, conforme orientações contidas nos cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde.
	Debate em reunião de equipe dos casos mais graves
	Retornos programados conforme o risco e vulnerabilidade
Vigilância e monitoramento em relação ao seguimento destes usuários	Manutenção dos dados na planilha durante os atendimentos
	Avaliação periódica da equipe (em espaço da reunião de equipe semanal) dos dados da planilha e convocação dos faltosos
Organização das agendas dos profissionais da equipe para atendimento desta população adscrita de forma a garantir o acesso considerando o risco e a vulnerabilidade de cada usuário	Aumento da freqüência dos grupos para hipertensos e diabéticos, porém cada grupo com número menor de participantes (até 8 usuários por grupo) para propiciar maior participação do usuário no grupo e no seu projeto terapêutico
	Capacitação dos agentes de saúde e auxiliares de enfermagem para desenvolvimento dos grupos pelo médico e enfermeira da equipe, com temas inerentes ao cuidado à hipertensão e diabetes mellitus, com enfoque em trabalhar com os usuários a autonomia e o auto cuidado
	Retornos programados conforme o risco e vulnerabilidade
	Acolhimento com escuta qualificada pela equipe aos pacientes que apresentarem alguma intercorrência e/ou necessitarem de atendimento fora do retorno programado

Priorizamos como atividade inicial a identificação e cadastro dos hipertensos e/ou diabéticos, bem como a inserção destes dados na planilha do Google Drive, atividade que ainda estamos desenvolvendo.

Identificamos, até o presente momento, 115 hipertensos e /ou diabéticos, sendo a maioria hipertensos (51%), seguido de diabéticos (28%) e portadores das duas patologias (21%), conforme observamos em GRÁFICO1.

Destes usuários, a maioria, ou seja, 69% são do sexo feminino e 31% do sexo masculino. A faixa etária predominante foi a de 50 a 59 anos, com grande parte também entre 40-49 anos, conforme GRÁFICO 2.

Dentre as comorbidades apresentadas pelos pacientes cadastrados a dislipidemia foi a mais evidente, atingindo 17% destes usuários. O tabagismo e o alcoolismo mostraram-se quase equivalentes dentre os fatores de riscos apresentados por estes usuários, sendo 5% e 4%, respectivamente.

Quanto à compensação clínica destes pacientes é de grande relevância salientar que boa parte deles estão compensados em relação à pressão arterial, 48%, porém em relação aos diabéticos, este quadro se inverte, visto que a maioria (12%) apresenta descompensação clínica, vide GRÁFICO 3.

GRÁFICO 1

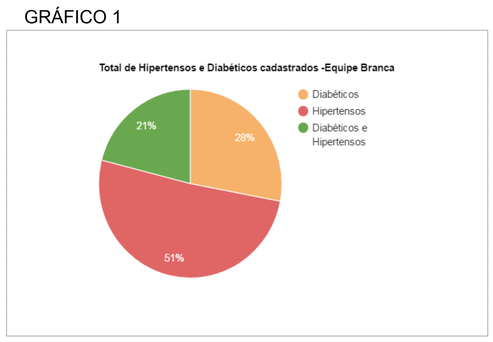


GRÁFICO 2

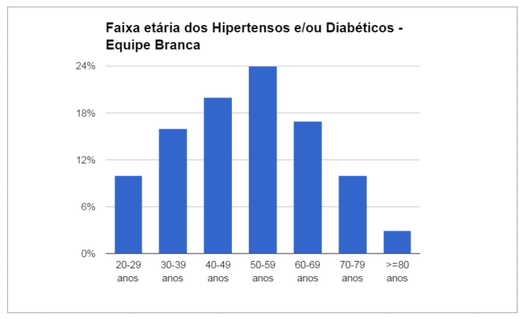
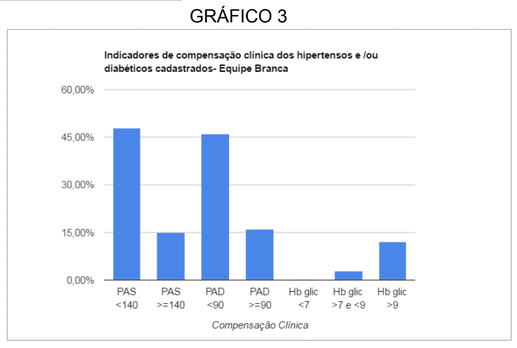


GRÁFICO 3



Conclusão

No desenvolvimento deste projeto foi possível observar maior integração e responsabilização de toda equipe para o planejamento e desenvolvimento das ações e para o cuidado aos hipertensos e diabéticos.

A equipe surpreendeu-se ao notar a quantidade de pacientes com quadro clínico descompensado e o fato vêm motivando ainda mais o desenvolvimento e a manutenção das ações.

Para que a assistência possa ser mais qualificada é imprescindível que a Equipe de Saúde da Família volte o olhar à sua prática cotidiana, avalie e planeje suas ações. É de fundamental importância que a equipe, em relação ao cuidado do doente crônico, tenha uma forma de identificar estes usuários e monitorá-los.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS
BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Anexo A, p 19-31.
CECILIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e eqüidade na atenção em saúde.In: PINHEIRO, R (Org.) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro:UERJ, 2009.
MENDES, E.V. *O Cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.* Brasília, DF: Organização Pan Americana da Saúde, 2012.