

A implantação de um sistema efetivo de vigilância e monitoramento de hipertensos e diabéticos nas Redes de Atenção à Saúde

Eduardo Alencar Thomaziello¹, Ana Rubia Matos², Cléber Roberto Delphino³, Janine Mariana Sampaio Silva⁴, Lucelena Marques Gonçalves⁵, Mariana Carolina dos Santos Alcalá⁶, Regiane da Silva Reis Aparecido⁷, Rosângela de Lima Campos⁸, Silvia Olivieri Monteiro Gomes⁹

,

1. Facilitador. Médico. Especialista em Medicina da Família e Comunidade e Homeopatia. Coordenador do Centro de Saúde Campo Belo da Prefeitura Municipal de Campinas.
2. Enfermeira. Ouvidora Municipal de Saúde/Apoio Técnico a Gestão da Prefeitura Municipal de Nova Odessa.
3. Músico. Coordenador do Centro de Atenção Psicossocial – Mário José de Carvalho (CAPS II) da Prefeitura Municipal de Santa Bárbara d' Oeste.
4. Enfermeira. Responsável Técnica de Enfermagem da UBS/PSF Jardim Beto Spana do Município de Cosmópolis.
5. Enfermeira. Responsável Técnica de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde do Município de Santa Bárbara d' Oeste.
6. Enfermeira. Responsável Técnica de Enfermagem da UBS/PSF do Centro de Saúde II Dr. Jéber Juabre, no Município de Santa Bárbara d' Oeste.
7. Tecnóloga em Gestão de Recursos Humanos. Gerente de Serviços de Saúde na UBS Dr. Carlos Peres no Município de Santa Bárbara d' Oeste.
8. Enfermeira. Enfermeira da UBS Dr. José Venceslau Júnior no Município de Santa Bárbara d' Oeste.
9. Fisioterapeuta. Responsável Técnica do Serviço de Fisioterapia no Município de Santa Bárbara d' Oeste.

Introdução

Nos encontros presenciais e discussões dos fóruns da Turma 48, houve prevalência no relato das dificuldades para execução das Linhas de Cuidado relacionados à Hipertensão Arterial e Diabetes, fato decorrente de equipes incompletas e dimensionamento inadequado na relação capacidade instalada e população assistida¹. Conseguimos identificar e listar dentro da Matriz SWOT o que temos realizado nestas Linhas de Cuidado. Pontos fortes relacionados à universalização do acesso aos serviços de saúde, como medicações e tratamentos eficazes disponíveis nas Redes de Atenção à Saúde e prioritariamente na Atenção Primária à Saúde²⁻³. Assinalamos fraquezas e ameaças das realizações em

virtude das constantes trocas de locais de trabalho dos profissionais, dos que têm seus vínculos quebrados pela mudança brusca na rotina de atendimento para cobrir ausências em outros locais, sem um planejamento prévio. A ausência de Agentes Comunitários de Saúde na quantidade preconizada pela PNAB de 2017 – 1 ACS para até 750 pessoas por microárea⁴, caracterizou uma fraqueza comum entre as equipes e consequentemente, grande dificuldade na realização do Cadastramento e rastreamento de novos casos. Neste sentido as Equipes de APS realizam seu processo de trabalho de maneira reativa, atendem usuários que tem algum tipo de acesso dentro da rotina de atendimentos individuais dos médicos e enfermeiros. A ausência do NASF é prejudicial às equipes. Há sobrecarga no processo de trabalho, o qual está centrado na consulta médica, no modelo Biomédico, e há desconhecimento de Ferramentas como a Entrevista Motivacional e o Autocuidado Apoiado (que formam a base do Modelo de Atenção às Condições Crônicas⁵ criado por Eugênio Vilaça para o SUS), que contribuem para que não ocorra uma abordagem eficiente aos usuários. No Autocuidado Apoiado se oferta um Plano de Cuidado Individualizado. Nesse Plano de Cuidado da pessoa, a equipe deve monitorar o usuário e ações, através da Visita Domiciliar do ACS, ou em Grupo na UBS ou até em outros atendimentos individuais. As transformações no Modelo de Atenção à Saúde devem retificar a promoção global do cuidado humano, ir além do diagnóstico e tratamento medicamentoso e incluir as práticas integrativas.

Objetivos: Melhorar o cadastramento e o rastreamento de hipertensos e diabéticos. Trabalhar com equipes completas seguindo o dimensionamento proposto pela PNAB 2017 e com NASF. Atuar na prevenção abordando os hábitos de vida antes da instalação da Hipertensão e do Diabetes. Melhorar a compreensão do diagnóstico pelo paciente. Capacitar as Equipes para trabalhar com Entrevista Motivacional e Autocuidado Apoiado. Criar Protocolos para Trabalho em Grupo relacionados aos fatores de risco para as condições crônicas. Melhorar adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico. Estimular a interlocução entre Saúde e outras Secretarias. Criar rotinas de Educação Permanente em Saúde durante as Reuniões de Equipe. Fomentar discussões para participação da Vigilância em Saúde no monitoramento de hipertensos e diabéticos na Rede de Atenção à Saúde. Estimular implantação de Práticas Integrativas e Complementares e Academias da Saúde para fazerem parte dos Planos de Cuidado.

Atividades e Resultados Esperados

Diminuir a incidência e prevalência de hipertensos e diabéticos a médio e longo prazo. Com o Autocuidado Apoiado e numa abordagem da Família, atuar nos hábitos de vida do indivíduo diabético

e hipertenso e indivíduo ainda sem a patologia instalada, mas que possui fator de risco modificável. Diminuir as complicações, como infartos, amputações de membros (diabéticos), insuficiência renal, cegueira, neuropatia diabética e outras. Com uma vigilância e monitoramento por todos os membros da ESF, criar rotinas de estímulo para que as pessoas consigam executar seus Planos de Cuidado, montados junto aos profissionais de saúde (incluir demais serviços da RAS nesta vigilância). Equacionar a prescrição medicamentosa, evitando grande quantidade de medicamentos sem coordenação de cuidados. Com profissionais do NASF, incluindo o farmacêutico, reavaliar todas as prescrições medicamentosas e indicar sempre que possível as Práticas Integrativas e Complementares. Atuar na Fila de Espera para Especialidades (Gestão da Clínica), diminuindo o “Inchaço” dos serviços secundários que evitam dar alta para pacientes por falta de continuidade na APS. Prevenir a Síndrome de Burnout nos profissionais da saúde que trabalham em Equipes da Estratégia de Saúde da Família mal dimensionadas para o território adscrito e que as impedem de trabalhar no Modelo de Atenção às Condições Crônicas.

Considerações Finais

Considerando que a principal fragilidade na execução das Linhas de Cuidado da Hipertensão e Diabetes está relacionado diretamente ao dimensionamento inadequado das Equipes de APS, este projeto depende do compromisso dos Gestores em contratar profissionais segundo a recomendação PNAB 2017 com NASF. Ao mesmo tempo estes profissionais devem receber capacitações para poder acolher e acompanhar os pacientes com foco no Autocuidado Apoiado, de maneira longitudinal, e com integração aos serviços de Atenção Especializada e outras secretarias. A comunicação entre os diversos serviços prescinde da participação da Vigilância em Saúde para ser o elo entre APS e demais serviços, e que também deve auxiliar na condução de projetos que abordem os hábitos de vida de maneira a diminuir a prevalência dos agravos decorrentes.

Referências Bibliográficas

1. Harzheim E, Santos CMJ, D’Avila OP, Wollmann L, Pinto LF. Bases para a reforma da Atenção Primária à Saúde no Brasil em 2019: mudanças estruturantes após 25 anos do Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2020;15(42):2354.
2. Linha de cuidado hipertensão arterial sistêmica: manejo na unidade de saúde / organizado por Fátima Palmeira Bombarda e Fabiana da Mota Peroni. -- 2 ed. -- São Paulo: SES/SP, 2018

3. Linha de cuidado diabetes mellitus: manual de orientação clínica / organizado por Fátima Palmeira Bombarda, Fabiana da Mota Peroni e Larissa Cássia Gruchovski Veríssimo. – São Paulo: SES/SP, 2018.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

5. Mendes, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan- -Americana da Saúde, 2011.