

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CAROLINE MARCELINO PISSOLATO

MELHORIA NO ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES PORTADORES DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS NO DISTRITO
DO ALTO SÃO JOÃO NO MUNICÍPIO DE RONCADOR – PARANÁ

RONCADOR
2020

CAROLINE MARCELINO PISSOLATO

MELHORIA NO ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES PORTADORES DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS NO DISTRITO
DO ALTO SÃO JOÃO NO MUNICÍPIO DE RONCADOR – PARANÁ

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Pós-Graduação em Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Atenção Básica.

Orientadora: *Prof. Dr. Rubens Cat*

RONCADOR
2020

RESUMO

O plano de intervenção, que aborda a melhoria no acompanhamento dos pacientes portadores de doença crônica no distrito do Alto São João em Roncador, Paraná, é um resultado do Curso de Especialização em Atenção Básica da UFPR, financiado pelo UNA-SUS. O distrito apresenta um grande número de pacientes crônicos, em especial hipertensos e diabéticos. Há algum tempo alguns estavam apresentando descompensações e até evoluindo ao óbito por complicações das doenças. Para auxiliar no atendimento a estes usuários, foi criado um cronograma de reuniões e rodas de conversa para abordar os problemas tendo foco na atualização profissional ao cuidado do portador de doença crônica. O objetivo geral é a redução da incidência de complicações e descompensações dos hipertensos e diabéticos na população do distrito do Alto São João, tendo profissionais capacitados e atualizados, fazendo controle pressórico e controle glicêmico. Para este plano utilizou-se a técnica de pesquisa-ação, iniciando com uma breve descrição do distrito, logo colocando o problema em questão e elaborando a proposta de intervenção. Foram realizados encontros com a equipe e rodas de conversa para atualização e capacitação dos profissionais de saúde, além da participação da comunidade para identificar os problemas a serem abordados posteriormente. Utilizou-se materiais impressos, multimídia e apresentação de slides. Contou com a presença de toda a equipe de saúde. Os resultados obtidos com este propósito é um melhor desempenho de cada profissional para a prática da atenção voltada a comunidade. Participaram das reuniões 5 agentes comunitárias de saúde, 1 técnica de enfermagem, 1 enfermeira e 1 médica, todos da unidade de saúde. Foram criados panfletos educativos e apresentação de slides. O objetivo do projeto foi alcançado devido a boa participação e aceitação da equipe e da comunidade, contribuindo para um Atenção Básica mais resolutiva.

Palavras-chaves: Educação. Educação Permanente. Acolhimento. Hipertensão Arterial. Diabetes Mellitus. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The intervention plan, which addresses the improvement of monitoring of patients with chronic disease in the district of Alto São João in Roncador, Paraná, is a result of the Specialization Course in Primary Care at UFPR, funded by UNA-SUS. The district has a large number of chronic patients, especially hypertensive and diabetic patients. For some time some were showing decompensation and even progressing to death due to disease complications. To assist in the care of these users, a schedule of meetings and conversation circles was created to address the problems, focusing on professional updating in the care of patients with chronic diseases. The general objective is to reduce the incidence of complications and decompensation of hypertensive and diabetic patients in the population of the Alto São João district, having trained and updated professionals, performing blood pressure and glycemic control. For this plan, the action research technique was used, starting with a brief description of the district, then posing the problem in question and preparing the intervention proposal. Meetings were held with the team and conversation circles to update and train health professionals, in addition to community participation to identify problems to be addressed later. Printed materials, multimedia and slide presentations were used. It was attended by the entire health team. The results obtained for this purpose are a better performance of each professional for the practice of community-oriented care 5 community health agents, 1 nursing technician, 1 nurse and 1 doctor participated in the meetings, all from the health unit. Educational pamphlets and slideshows were created. The project's objective was achieved due to the good participation and acceptance of the team and the community, contributing to a more resolute Primary Care

Keywords: Education. Permanent Education. Reception. Arterial hypertension. Diabetes Mellitus. Primary Health Care.



Ministério da Educação - MEC
Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS
Universidade Federal do Paraná - UFPR
Setor de Ciências da Saúde
Curso de Especialização em Atenção Básica



LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – QUADRO DE INTERVENÇÕES	12
---	----

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO.....	7
1.1-JUSTIFICATIVA.....	7
1.2-OBJETIVOS.....	8
2-METODOLOGIA.....	9
3-PESQUISA-AÇÃO.....	10
3.1- EXPLORATÓRIA.....	10
3.2- TEMA DA PESQUISA.....	11
3.3- COLOCAÇÃO DO PROBLEMA.....	11
3.4- ELABORAÇÃO DA PROPOSTA.....	12
3.5- INTERVENÇÃO.....	12
4- REVISÃO DE LITERATURA.....	13
4.1- DOENÇAS CRÔNICAS NÃO – TRANSMISSÍVEIS: HIPERTENSÃO E DIABETES.....	13
4.2- EDUCAÇÃO PERMANENTE.....	15
5- RESULTADOS.....	17
6- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	18
REFERÊNCIAS.....	20

1. INTRODUÇÃO

A cidade de Roncador é um município localizado no estado do Paraná, com uma população estimada em 9.645 habitantes em 2020. Em 2010, cerca de 62% residiam em área urbana e 38% tinham domicílio rural (IBGE, 2010).

O município possui um distrito, chamado Alto São João (ASJ), onde é formada principalmente por pequenos agricultores e trabalhadores rurais. É uma população de baixo nível socioeconômico e o número de dependentes de bolsas assistenciais e pensionistas é alto. O distrito conta com duas escolas públicas, uma somente de ensino fundamental e outra com ensino fundamental e médio, também tem uma quadra esportiva coberta, recém construída, para atividades coletivas e fonte de lazer para os moradores.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) do distrito foi construída recentemente, em 2015, e foi um avanço importante para a melhora dos marcadores de saúde dessa comunidade. A equipe é composta por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um médico, um dentista e agentes comunitários de saúde. Também conta com apoio de profissionais específicos do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que, quando necessidade, vão até a unidade.

1.1) JUSTIFICATIVA

Após uma análise do território foram identificados alguns problemas de saúde, o qual foi possível selecionar os doentes crônicos como o principal problema a ser destacado. Há um grande número de doentes crônicos que apresentam descompensações agudas devido a vários fatores, que muitos deles são modificáveis.

Abordar este tema sobre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) é de importância para a redução da morbimortalidade dos doentes, além de melhorar a expectativa de vida, através da educação, promoção e prevenção.

Com a pandemia do novo corona vírus, SARS-CoV-2, ocorreu um aumento no número de complicações das DCNT e percebemos que isso ocorreu pelo fato das pessoas ficarem com medo de sair de casa e contraírem o COVID-19, não realizando atividade física e sem controle da alimentação, muitos passaram mal em casa e não procuraram ajuda imediatamente.

Tanto a Diabetes Mellitus como a Hipertensão arterial sistêmica, são problemas frequentes no nosso dia-a-dia na UBS e por este motivo merecem uma atenção especial e também tendo em vista que são doenças crescentes no país e que muitos pacientes não entendem a importância de um bom controle e as suas complicações.

1.2) OBJETIVOS

a) OBJETIVO GERAL

Em ambas doenças crônicas, Hipertensão e Diabetes, temos como objetivo a redução da incidência de suas complicações e descompensações na população do distrito do Alto São João.

b) OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Em relação ao atendimento dos pacientes crônicos, contratar pessoas qualificadas para o devido trabalho e/ou promover capacitações para os profissionais, onde deverão fazer um bom acolhimento e escuta inicial para triar o paciente corretamente.

Na hipertensão, deve-se manter um controle pressórico, abaixo de 140/90 mmHg, orientar sobre benefícios das atividades físicas, mudança dos hábitos alimentares, cessar tabagismo e/ou etilismo.

Na Diabetes Mellitus tipo 2, deve-se manter os níveis de glicemia basal dentro do padrão (pré-prandial 70-130 mg/dL e pós prandial <180 mg/dL), incentivar uma

dieta balanceada, exercícios físicos e um controle constante dos níveis de glicemia capilar.

2. METODOLOGIA

O conhecimento do número de portadores de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em uma comunidade é fundamental para a quantificação do problema e para planejamento de ações de saúde. Dentro das DCNT, discutiremos mais a fundo sobre as duas grandes protagonistas, Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

Foi realizado um trabalho em conjunto com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em 2019, para estratificarmos e monitorarmos todos as famílias residentes dessa comunidade do ASJ. Com esse trabalho conseguimos separar as famílias onde residiam pacientes crônicos e conseguimos perceber que uma parte consideravelmente grande dessa comunidade é portador principalmente Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Dessa pesquisa contabilizamos mais de 340 pacientes com alguma dessas enfermidades citadas anteriormente, o preocupante é que este número está crescendo cada dia mais.

O objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares (KANNEL, 1996; PADWAL, STRAUS, McAALISTER, 2001). Os anti-hipertensivos orais servem tanto para reduzir a pressão arterial (PA), como também para reduzir os eventos cardiovasculares, sejam fatais ou não, e a taxa de mortalidade.

Muitos portadores de HAS, na comunidade do ASJ, têm um bom controle pressórico com o uso dos anti-hipertensivos orais, mas que não fazem dietas balanceadas, não mudam o estilo de vida, não realizam atividades físicas. O mesmo acontece com pacientes com DM, porém, alguns não têm um bom controle mesmo com duas classes de medicações, ou até mesmo usando insulina. A comunidade do ASJ, até em 2019, teve um total de 270 pacientes hipertensos. Quando não tratada,

a pressão alta pode levar a complicações que atingem o sistema cardiovascular, renal e nervoso, podendo ainda acarretar aumento do coração (SANTOS, 2013).

Para desenvolver a Diabetes Mellitus tipo 1, já se sabe que há uma influência genética – ter parente próximo com a doença aumenta consideravelmente as chances de você ter também. Mas ainda não há pesquisas conclusivas sobre os fatores de risco (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Os portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 também estão relacionados com maus hábitos alimentares, porém neste grupo, pelo abuso de açúcares em geral. Aqui também existe o fator genético da doença – procurar histórico familiar próximo. Alguns outros fatores de risco seriam o sedentarismo, obesidade, idade e a pressão alta. No ASJ, em 2019, teve um total de 70 pacientes diabéticos e todos adultos maiores. As consequências dessa doença também são inúmeras, por exemplo, doença renal, infecções em membros inferiores (que podem evoluir para amputação do membro), problemas oculares (ex.: glaucoma, cataratas, retinopatia diabética) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Além do tratamento direcionado a doença em si, também é necessário que tenhamos profissionais capacitados para fazer a escuta inicial do paciente, o qual consiga fazer um bom acolhimento, uma boa triagem do paciente para conhecer e criar vínculo, o que favorecerá o tratamento como um todo.

3. PESQUISA – AÇÃO

3.1) EXPLORATÓRIA

a) Aspectos gerais do município de Roncador e do Distrito do Alto São João

Roncador é um município localizado no estado do Paraná, que possui um distrito, Alto São João, formado principalmente por pequenos agricultores e trabalhadores rurais, possui uma população de baixo nível socioeconômico e o número de dependentes de bolsas assistenciais e pensionistas é alto.

O distrito conta com duas escolas públicas, uma somente de ensino fundamental e outra com ensino fundamental e médio, também tem uma quadra esportiva coberta, recém construída, para atividades coletivas e fonte de lazer para os moradores.

b) Unidade Básica do Distrito do Alto São João

A Unidade Básica de Saúde (UBS) do distrito foi construída recentemente, em 2015, e foi um avanço importante para a melhora dos marcadores de saúde dessa comunidade. A equipe é composta por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um médico, um dentista e agentes comunitários de saúde. Também conta com apoio de profissionais específicos do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que, quando necessidade, vão até a unidade.

3.2) TEMA DA PESQUISA

Melhoria no acompanhamento, tratamento e diagnóstico dos pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus no Distrito do Alto São João com o objetivo de diminuir complicações e/ou descompensações.

3.3) COLOCAÇÃO DO PROBLEMA

A proposta neste projeto de intervenção é a educação dos profissionais de saúde e melhorar o acompanhamento na atenção básica dos pacientes crônicos, tendo em vista como público alvo a população adulta portadora de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) no distrito do Alto São João.

Pacientes crônicos merecem uma atenção redobrada e como o distrito fica em área rural, a maior dificuldade que encontramos atualmente é a distância e a locomoção dos pacientes, um dos motivos pelo quais ocorre aumento das descompensações das doenças.

3.4) ELABORAÇÃO DA PROPOSTA

Em conjunto com a equipe, foi estabelecido algumas intervenções relacionadas aos problemas abordados neste trabalho.

O problema priorizado é a educação dos profissionais para melhorar o acompanhamento dos pacientes crônicos na unidade básica, tendo como objetivo adiminuição dos casos de descompensação e das complicações, formando grupos de discussões e sanar duvidas, orientação aos profissionais de saúde sobre acolhimento desses pacientes e as técnicas corretas para aferição da PA, palestras com utilização de multimídia mostrando a importância do bom controle das doenças enfatizando suas complicações e promovendo uma mudança no estilo de vida (MEV), convocando para atividades físicas em conjunto.

3.5) INTERVENÇÃO

TABELA 1 – QUADRO DE INTERVENÇÃO

Objetivo	Estratégia	Duração	Envolvidos	População alvo/ amostra	Data	Recursos Educacionais utilizados	Locais de divulgação dos recursos educacionais
Melhorar a qualidade e da assistência ao doente crônico do ASJ	roda de conversa, palestras, reuniões sobre educação à saúde voltado ao doente crônico.	Indeterminado	Equipe de enfermagem e ACS	Adultos e idosos portadores ou não de comorbidades	Início em 2019	Panfleto informativo, folders e exposição de slides, esfigmomanômetro.	Secretaria de saúde, UBS, prefeitura
Capacitação de profissionais da saúde ao acolhimento inicial do paciente crônico	roda de conversa, palestras, reuniões sobre educação à saúde voltado ao doente crônico.	Longo prazo	Secretaria de saúde	ACS, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos	Segundo semestre de 2020	Exposição de slides, folders, práticas entre profissionais e esfigmomanômetro.	Sala de reunião da UBS central.
Incentivo de prática de atividade física	Aulas de dança, de alongamento e funcional	indeterminado	Equipe de enfermagem e professor de educação física	Adultos e idosos portadores ou não de comorbidades, crianças	Início em 2019 sem prazo para término	Encontros semanais na quadra de esportes e planilha de evento.	UBS, praça central, prefeitura, carro de som, quadra de esporte

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1) DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS – HIPERTENSÃO E DIABETES

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são as principais causas de mortalidade. As que mais acometem a população são as doenças do aparelho circulatório, neoplasias malignas, diabetes mellitus e doenças respiratórias crônicas. No Paraná, considerando os últimos dez anos, esse conjunto de doenças correspondeu a 59% de todas as mortes e 43% desses óbitos ocorreram na faixa etária de 30 a 69 anos. São doenças que no início não tendem a apresentar sintomas, por esse motivo há um atraso no diagnóstico e conseqüentemente no tratamento. (BRASIL, 2011).

Segundo o caderno 35 de Atenção Básica do Ministério da Saúde, a estratégia para cuidados da pessoa portadora de doença crônica, requer o combate aos fatores de risco e a educação em saúde além do tratamento adequado. (BRASIL, 2014).

As complicações/descompensações de HAS e DM são causas comuns de internações nos hospitais do SUS. Com o intuito de reduzir estes números de hospitalizações, fazer um acompanhamento e tratamento adequado na atenção básica, algumas estratégias devem ser implementadas seguindo diretrizes do Ministério da Saúde, por exemplo, reuniões periódicas com ações educativas, consultas médicas agendadas, medicações disponíveis na rede pública de saúde e pela Farmácia Popular são algumas das atividades propostas. (BRASIL, 2014)

a) Hipertensão Arterial Sistêmica

A HAS é caracterizada por níveis persistentes e elevados da pressão arterial, representado por cifras iguais ou maiores a 140 mmHg de pressão sistólica e/ou 90

mm Hg de diastólica. Para rastrear, todo paciente acima de 18 anos deve ter sua pressão arterial (PA) aferida quando for à UBS.

O diagnóstico é feito quando a média das aferições da PA, em duas ou mais consultas, acima do valor adotado como normal pelas diretrizes. (MEDGRUPO, 2020). E segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), na 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2016) a HAS é diagnosticada na primeira consulta quando identifica uma PA igual ou maior a 140/90 mmHg associada a Risco Cardiovascular (RCV) alto ou PA igual ou maior a 180/100 mmHg independente do RSC. Em pacientes com um RSC baixo ou médio e a pressão maior ou igual a 140/90 mmHg, necessita uma nova aferição de PA em outra ocasião.

A classificação de HAS consiste em: pré-hipertensão e hipertensão estágio 1, 2 e 3. Considera pré-hipertenso o paciente com valores da pressão arterial sistólica (PAS) entre 121 e 139 e/ou pressão arterial diastólica (PAD) entre 81 e 89, a hipertensão estágio 1 com PAS 140 a 159 e PAD 90 a 99, hipertensão estágio 2 com PAS 160 a 179 e PAD 100 a 109 e hipertensão estágio 3 com PAS igual ou maior 180 e PAD maior ou igual a 110 (MALACHIAS, 2016).

Existe ainda outros dois tipos de classificação de HAS, a Hipertensão do Avelar Branco (HAB) e a Hipertensão Mascarada (HM). Segundo a linha guia de Hipertensão Arterial da Secretaria do Estado da Saúde do Paraná, a HAB é caracterizada quando paciente possui valores de PA maiores de 140x90 mmHg que não são observados na ausência do profissional de branco, sem fatores de risco ou lesões de órgãos alvos (LOA), e a HM é relacionada a um maior risco cardiovascular (RCV) e maior incidência de LOA, apresenta valores de PA normais durante a avaliação do profissional de saúde, mas em monitorização ambulatorial da PA e verificações domiciliares, apresenta valores elevados. (PARANÁ, 2018)

O caderno 37 de Atenção Básica do Ministério da Saúde diz que o cálculo de RCV é feito pelo escore de Framingham, onde classifica por meio de pontuação em baixo, intermédio e alto risco. Fatores de risco: sexo, idade, histórico familiar de

doença cardiovascular, tabagismo, dislipidemia, obesidade, lesões de órgãos alvo e outras doenças crônicas associadas. (BRASIL, 2014)

Além do tratamento medicamentoso, o tratamento não farmacológico é um fator extremamente importante também. Recomenda-se aos pacientes hipertensos a redução da ingestão de sal, mudança nos hábitos alimentares, incentivo à atividade física, abandono da ingestão de bebidas alcoólicas e do tabaco

b) Diabetes Mellitus

Segunda a linha guia de DM da Secretaria de Estado de Saúde do Paraná, a classificação é feita segundo sua etiologia: DM tipo 1, DM tipo 2, DM gestacional e DM de tipos específicos que são menos comuns e tem suas causas inidentificáveis, como infecções, pancreatopatias, endocrinopatias e defeitos genéticos. (PARANÁ, 2018). O público alvo deste plano de intervenção são os pacientes portadores de DM tipo 1 e 2.

DM tipo 1 são aqueles com deficiência abrupta na produção de insulina pelas células beta do pâncreas, seu diagnóstico é feito comumente na infância e juventude e seu tratamento consiste em insulina exógena. O tipo 2 é relacionado a fatores genéticos e obesidade. Alguns sintomas clássicos de DM são a poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso.

Segunda a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2019), os critérios diagnósticos são: glicemia jejum maior ou igual a 126 mg/dl; teste de tolerância a glicose de 2 horas após 75g de glicose maior ou igual a 200 mg/dl; hemoglobina glicada maior ou igual a 6,5% e glicemia casual acima de 200mg/dl. O tratamento medicamentoso vai depender dos níveis glicêmicos em que se encontra o paciente.

4.2) EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

“A Educação Permanente em Saúde (EPS) traz como marco conceitual uma concepção de trabalho no SUS como aprendizagem cotidiana e comprometida com os coletivos. Os atores do cotidiano são os principais detentores da tomada de

decisão sobre acolher, respeitar, ouvir, cuidar e responder com elevada qualidade.” (BRASÍLIA, 2014).

A Educação permanente (EP) é vista como relevante estratégia no processo de prevenção de doenças e agravos. A qualificação educacional dos profissionais de saúde é essencial para que exerçam seu papel baseados cientificamente e envolvidos civilmente com a saúde da pessoa e da coletividade. Podemos evidenciar uma urgência na reorganização dos métodos de trabalho na saúde, impondo cada vez mais uma conexão de diferentes conhecimentos e profissões. Com isso a ordenação e a fundamentação de padrões renovados de atenção, demandam diversos desafios no sistema de saúde. (ALMEIDA, 2011). O preparo dos profissionais é um ponto desafiador dos sistemas de saúde. (PINTO, TEIXEIRA, 2011).

A EP parte da ideia de aprendizagem profunda e problematizadora ao sugerir métodos que possam contribuir com uma organização coletiva, direcionando recursos para um relacionamento horizontalizado. Presume o progresso de práticas educativas que tenham foco na solução de dilemas reais, através de argumentações em equipe e autoavaliação para modificar o processo de trabalho e buscar alternativas para transformar o processo de trabalho para o alcance de consequências eficientes. (VASCONCELOS et al., 2009; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A educação para a saúde, no Brasil, ainda se organiza no modelo biomédico. Pode ter formação de técnicos com competências satisfatórias, porém não muito engajados com as políticas públicas ou às transformações sociais e à promoção de saúde compatíveis com a realidade do país, mostrando-se como profissionais ignorantes e resistentes em relação ao SUS. (ALMEIDA, 2013).

Segundo o MS, “no Brasil, a principal estratégia institucional para a qualificação dos profissionais do SUS é a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.” (BRASIL, 2007).

A Educação Continuada (EC) é elaborada como uma prorrogação grade escolar, com base no antigo conhecimento técnico-científico, sem pensamento crítico, é pontual e fragmentada. É onde ocorrem os treinamentos e cursos. Por outro lado, a Educação Permanente (EP) é uma técnica norteadas em resolução de problemas, estimula o pensamento crítico e a apropriação do saber, utiliza o trabalho multiprofissional e prática institucionalizada, focando na transformação de práticas técnicas e sociais.

Criada inicialmente como “formação de espaços orgânicos de relações entre as estruturas de gestão do SUS”, a Roda de Conversa revela-se como uma estratégia divulgadora de informação, de continuidade e de reciprocidade, em que a relação entre os sujeitos, se dá de forma horizontal, permitindo a permeabilidade dos diferentes saberes que a integram (BRASIL, 2005). Contudo, os participantes sentam-se em círculo, o que possibilita a aproximação e a discussão dos assuntos através de habilidades utilizadas pelo mediador.

5. RESULTADOS

Este projeto tem como título: “Melhoria no acompanhamento dos pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus no distrito do Alto São João no município de Roncador – PR” e surgiu com a preocupação de evitar possíveis descompensações desses pacientes crônicos, criando ações que promovem a educação e uma reciclagem do conhecimento de cada profissional de saúde.

Como resultado da implantação do presente projeto, espera-se enfatizar a EPS como estratégia de ação na atenção básica na UBS do Alto São João. Ao propormos as rodas de conversa com variados temas, pretende-se melhorar a qualidade da assistência aos pacientes crônicos portadores de HAS e DM, aprimorar a capacitação dos profissionais de saúde frente ao acolhimento inicial desses pacientes e também sanar dúvidas da comunidade sobre os temas.

Como exemplo podemos nos basear nas primeiras reuniões com a equipe e rodas de conversa realizadas em 2019, nos dias 16/05, 13/06 e 04/07 com tema “Acolhimento dos pacientes com HAS e DM”. Esses encontros aconteceram na UBS

do ASJ e contou com a presença das agentes comunitárias de saúde, técnica de enfermagem, enfermeira e médica. Utilizamos de panfletos e apresentação de slides que expuseram primeiramente sobre as doenças em questão e logo como abordar e rastrear os pacientes. Na primeira reunião foi anotado as opiniões e sugestões dos profissionais e colocados em pratica por 3 semanas, até a segunda reunião para avaliarmos, ajustarmos alguns pontos e fizemos atividades entre os profissionais para avaliarmos se os métodos de rastreio estavam corretos. Já no terceiro encontro, conseguimos fazer uma roda de conversa com alguns pacientes presentes, onde sanamos dúvidas e conversamos sobre a importância do controle dessas doenças e agendamos as próximas consultas.

Também pontuamos algumas dificuldades encontradas principalmente pelas ACS e um desses problemas foi a dificuldade da promoção em saúde e combate aos fatores de risco na comunidade, já que alguns vivem em fazendas e sítios isolados, longe e de difícil acesso. Durante a roda de conversa conseguimos agendar visitas domiciliares para esses casos.

Foi iniciado também em 2019 as aulas de educação física e zumba, onde de início eram realizadas na UBS, e logo mudaram para a quadra de esportes por ter um maior espaço e acomodar mais pessoas.

As principais dificuldades enfrentadas no processo foram: adequação dos horários das reuniões para que toda a equipe comparecesse e a sobrecarga de trabalho de alguns profissionais.

Houve uma boa aceitação do projeto, resultando em uma melhor organização do trabalho no atendimento, o acolhimento e um grande interesse na expansão futuramente do projeto, com outras temáticas em saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Educação Permanente em Saúde é uma importante ferramenta para revitalizar o conhecimento, levando o profissional de saúde a ter uma melhor visão sobre as necessidades dos pacientes e da comunidade.

É esperado que as Equipes de Saúde da Família participem ativamente, para identificar problemas e desenvolver ações para organizar a prática na atenção aos

usuários e para isso o aperfeiçoamento profissional é necessário, para que tenha senso crítico e atue de modo resolutivo.

Os objetivos do projeto na equipe da U.S do Alto São João focaram em proporcionar um melhor atendimento aos hipertensos e diabéticos da comunidade, atualizando conhecimentos, capacitando profissionais e criando atividades para aumentar o vínculo do usuário com a unidade e diminuir os casos de pacientes descompensados.

Os resultados obtidos foram satisfatórios, atingindo diretamente os problemas organizacionais da equipe, promovendo melhor desempenho da relação entre os profissionais de saúde e comunidade, das ações e da colaboração da equipe. Contaram com apoio da secretaria de saúde, que esteve presente em algumas rodas de conversa, além da equipe completa e dos usuários do sistema de saúde. Nas rodas de conversas os participantes puderam expor as dificuldades encontradas no processo e também atualizar novas formas de abordagem.

O projeto apresentou poucas limitações, já que não foram utilizados grandes recursos financeiros, dispôs de um local de fácil acesso a todos, os encontros ocorreram durante o dia em horários de baixo fluxo de pessoas e os materiais e recursos tecnológicos foram disponibilizados pela secretaria de saúde.

Os bons resultados e o interesse da equipe e da comunidade, criaram moldes para implementações de outras intervenções futuras, dando continuidade ao projeto no distrito e estendendo até a unidade central do município.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. Higher education and health care in Brazil. Lancet, Mai. 2011. Disponível em: . Acesso em: 21 Mai. 2019. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60326-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60326-7)

ALMEIDA FILHO, N. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, Jun. 2013. Disponível em: . Acesso em: 28 Mai. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000600019>.

Atenção Básica, Epidemiologia, Indicadores de Saúde, BRASIL, 2009. https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/33455/mod_resource/content/1/un2/top2_1.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA. n.35. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus. CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA. n.36. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial. CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA. n.37. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Educação Permanente em Saúde, Reconhecer a produção local de cotidianos de saúde e ativar práticas colaborativas de aprendizagem e de entrelaçamento de saberes. Brasília – DF, 2014. http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/educacao_permanente_saude.pdf



Ministério da Educação - MEC
Universidade Aberta do SUS - UNASUS
Universidade Federal do Paraná - UFPR
Setor de Ciências da Saúde
Curso de Especialização em Atenção Básica



BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Portaria nº 1996 GM/MS, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Educação Permanente/Milton Menezes da Costa Neto, org. Brasília: 2000.

CECCIM, R. B. C.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

IBGE, Ministério da Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS 2017 <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/roncador/panorama>

IBGE, Censo Demográfico, 2010
<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/roncador/pesquisa/23/47427?detalhes=true>

Kannel WB. Bloodpressure as a cardiovascular riskfactor: preventionandtreatment. *JAMA*. 1996;273:1571-6 <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-1/10-cap06.pdf>

MALACHIAS, M. V.B; GOMES, M.A.M; NOBRE; ALESSI, A; FEITOSA, A. D; COELHO, E.B. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 2 - Diagnóstico e Classificação. 2016. http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf

MEDGRUPO, Clínica Médica vol.2, Intensivão, pagina 8, 2020.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022, 2011, <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Doencas-e-agrivos-nao-transmissiveis>

Padwal R, Straus SE, McAlister FA. Cardiovascular risk factors and their impact on decision to treat hypertension: a evidence-based review. BMJ. 2001;322:977-80 <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-1/10-cap06.pdf>

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. Linha guia de Diabetes Mellitus/ SAS. 2. ed. Curitiba : SESA, 2018.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. Linha guia de hipertensão arterial/ SAS. 2. ed. Curitiba : SESA, 2018.

PINTO, I.C.M; TEIXEIRA, C.F. Formulação da política de gestão do trabalho e educação na saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. Cad Saúde Pública, 2011; 27:1777-88.

SANTOS, ÉRICA, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Blog Da Saúde, 2013 <http://www.blog.saude.gov.br/promocao-da-saude/33075-se-nao-for-tratada-da-maneira-correta-pessao-alta-pode-causar-danos-irreversiveis-a-saude>

Sociedade Brasileira de Diabetes, SBD, 2019 <https://www.diabetes.org.br/publico/diabetes/fatores-de-risco>, <https://www.diabetes.org.br/publico/complicacoes/complicacoes-do-diabetes>

VASCONCELOS, M. et al. Módulo 4: práticas pedagógicas em atenção básica a saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Belo Horizonte: Editora UFMG – Nescon UFMG, 2009.