

a) DESCRIÇÃO DETALHADA:

I- TÍTULO DO PROJETO

Vigilância das Condições Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária do Município de Campinas – “Conhecer para cuidar melhor”

II- INDICAÇÃO DA CATEGORIA EM QUE O PROJETO SE INSERE

Promoção à saúde.

III- A EQUIPE DO PROJETO, COM A INDICAÇÃO DO RESPONSÁVEL:

- 1- Juliana Natívio (Responsável pelo projeto) / Matrícula: 280976/ Local de trabalho: Coordenadoria de Informações Epidemiológicas (CIE)-Departamento de Vigilância (DEVISA);
- 2- Cecília de Moraes Barbosa Horita/ Matrícula: 121196-0/ Local de trabalho: Coordenadoria de Informações Epidemiológicas (CIE)-Departamento de Vigilância (DEVISA);
- 3- Milena Marques Silva/ Matrícula: 129945-0/ Local de trabalho: Coordenadoria de Informações Epidemiológicas (CIE)-Departamento de Vigilância (DEVISA);

IV- CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO ANTERIOR

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, proporcionando atenção integral à saúde de todos os brasileiros, com foco na qualidade de vida, visando prevenção e promoção da saúde. No cenário epidemiológico do Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam um dos maiores desafios desta política pública.

As DCNT são responsáveis por mais de 74% das mortes no mundo, representando a principal causa de morbimortalidade. São causadas por múltiplos fatores, incluindo estilo de vida e fatores genéticos, apresentando um desenvolvimento lento e de longa duração, com possíveis períodos de agudização, que podem gerar incapacidades.

No Brasil, as DCNT correspondem a 76% das causas de morte, e demandam um grande número de internações, consultas especializadas, exames e procedimentos,

causando uma sobrecarga ao SUS. E com o envelhecimento da população esta situação tende a se agravar.

As principais DCNT são as doenças cardiovasculares, o câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas. Estas enfermidades têm como principais fatores de risco comuns o tabagismo, o consumo excessivo de álcool e a obesidade (alimentação não saudável e a inatividade física). Estes fatores de risco são considerados como modificáveis, sendo, portanto, as doenças crônicas passíveis de prevenção e controle.

No contexto da pandemia de Covid-19, as DCNT se tornaram ainda mais preocupantes, pois, durante o período de restrição social, verificou-se uma diminuição da prática de atividade física, o aumento da ingestão de alimentos ultra processados, do número de cigarros fumados e do consumo de bebidas alcoólicas. A adoção de restrição social trouxe redução da taxa de transmissão da COVID-19, entretanto, efeitos negativos, associados a essa restrição, acarretou consequências para a saúde, principalmente com relação ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento de indivíduos com DCNT com impactos a curto, médio e longo prazo. Nesse sentido torna-se fundamental a reestruturação da assistência relacionada às DCNT no sentido de minimizar esses danos.

No SUS, a porta de entrada para prevenção, promoção e cuidado das DCNT é a Atenção Primária à Saúde (APS) que é o primeiro nível de atenção. A APS desenvolve um conjunto de ações coletivas e individuais relacionadas à promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, com o objetivo de prestar uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde dos indivíduos.

O município de Campinas tem uma população de aproximadamente 1.200.000 milhão de habitantes, IBGE 2010, e apresenta diversos cenários epidemiológicos relacionados aos diferentes territórios do município. Apresenta uma grande rede de assistência à saúde, e a APS conta com 67 Unidades Básicas de Saúde (UBS) distribuídas em diferentes territórios.

A Vigilância em DCNT reúne o conjunto de ações que possibilitam conhecer a distribuição, magnitude e tendência dessas doenças e de seus fatores de risco na população, identificando seus condicionantes sociais, econômicos e ambientais. E o

presente projeto de vigilância das DCNT, teve início após a diminuição das restrições causadas pela pandemia da Covid-19, durante a retomada e reestruturação do trabalho da assistência primária aos pacientes crônicos, apresentando-se como mais uma estratégia para aprimorar o cuidado e acompanhamento destes pacientes.

V- OBJETIVOS PROPOSTOS RESULTADOS VISADOS

OBJETIVO GERAL

Utilizar os dados epidemiológicos das DCNT de cada território para sensibilizar as Equipes de Estratégia da Família (ESF) do município de Campinas quanto a retomada do cuidado integral dos pacientes crônicos, após o contexto de pandemia da Covid-19.

Para isso estabelecemos como objetivos específicos:

- Produzir boletins específicos relacionados à mortalidade por DCNT das 67 unidades de saúde da atenção primária;
- Realizar visitas em loco à todas as unidades básicas de saúde do município, a fim de apresentar o boletim com dados específicos do território de cada unidade;
- Capacitar os profissionais das ESF quanto a utilização da ferramenta digital Módulo dos Crônicos, que é um sistema informatizado e automatizado, criado pela Prefeitura de Campinas para auxiliar o acompanhamento e vigilância dos pacientes crônicos.

RESULTADOS ALCANÇADOS

A sensibilização dos profissionais de saúde quanto a magnitude das doenças crônicas no seu território e seu impacto nos processos de saúde, gestão e na qualidade de vida dos usuários desencadeou a elaboração de novas estratégias de manejo e acompanhamento dos crônicos, de priorização das ações de prevenção de DCNT e promoção de saúde, demonstrando que esse é um investimento vital.

Foram realizados boletins epidemiológicos de 66 unidades básicas de saúde, que auxiliaram no processo de divulgação das informações nas reuniões realizadas. Foi

fundamental mostrar os dados específicos de cada território afim de que os profissionais de saúde tivessem um maior conhecimento da situação epidemiológica da área de sua abrangência de sua unidade, para a elaboração de estratégias e o planejamento das ações acerca do cuidado aos usuários com condições crônicas.

A capacitação com relação ao Módulo dos Crônicos foi importante para habilitar os profissionais para o uso dessa ferramenta automatizada, de fácil acesso e manejo que pode ser utilizada para o acompanhamento realizado pelas equipes, e contribui para o planejamento de fluxos, a organização das agendas e dos atendimentos em grupos. Os agentes de saúde, por exemplo, pontuaram como ponto de melhoria o preenchimento adequado dos cadastros realizados por eles, pois o Módulo dos Crônicos está diretamente relacionado ao cadastro no eSUS.

Após a realização dos encontros, as equipes de saúde se reuniram para elaborar estratégias de retomada ao atendimento e acompanhamento dos crônicos. Pactuaram junto aos seus coordenadores as primeiras ações a serem realizadas. Propuseram-se a utilizar o Módulo dos Crônicos como instrumento para a criação de grupos específicos, aprazamento das consultas e acompanhamento dos crônicos.

VI- JUSTIFICATIVA DO PROJETO

O SUS é um sistema de saúde complexo e universal, em constante construção, e como tal, tem muitos desafios a serem enfrentados e dentre os principais está o cuidado às DCNT. Para planejar, articular e efetivar este cuidado de maneira mais efetiva é necessário conhecer e acompanhar a situação epidemiológica de cada território. O uso de tecnologias que possibilitem melhor registro e acompanhamento dos pacientes também se faz imprescindível para o sucesso do cuidado.

Neste contexto, o Módulo dos Crônicos de Campinas, criado pela Prefeitura de Campinas, tem como objetivo o acompanhamento dos pacientes crônicos hipertensos e diabéticos, classificando-os segundo o grau de risco cardiovascular, levando em consideração os fatores de risco modificáveis, exames realizados e a data do último atendimento na unidade básica de saúde, colaborando para uma vigilância adequada desses usuários e otimizando tempo e os recursos disponíveis.

A capacitação dos profissionais de saúde com as ferramentas de tecnologia da informação, e sua incorporação na rotina diária, colaboram com a organização dos

processos de trabalho, sendo meios articulados para a produção de informações para os profissionais, gestores e cidadãos, ampliando a capacidade de gestão das políticas de saúde locais e auxiliando no controle social. Com a utilização adequada e integração de informações, é possível analisar de forma mais rápida e clara alguns dados que são essenciais na tomada de decisões, como o gerenciamento do fluxo de pacientes e o aprazamento de sua próxima consulta, de acordo com seu grau de risco.

O investimento nas visitas em loco foi realizado com o intuito de capacitar o maior número de profissionais, no sentido de capilarizar a informação por toda rede de atenção primária. A divulgação dos dados epidemiológicos específicos de cada unidade aproxima os profissionais de saúde da realidade do seu território. Por exemplo, uma UBS pode ter 3% da população de idosos e outra 21% de sua população. As demandas e as questões de saúde que predominam em uma, podem diferir das demandas de outra, dependendo do perfil dos usuários e da vulnerabilidade de cada território.

VII- PÚBLICO ALVO

Profissionais e gestores que atuam direta ou indiretamente na Atenção Primária do Município de Campinas.

VIII- INICIATIVA E TRABALHO EM EQUIPE

A equipe da pasta de Condições Crônicas Não Transmissíveis da Coordenadoria de Informações Epidemiológicas (CIE) foi formada em meados de 2021 com a chegada das servidoras que atuavam na Unidade Básica de Saúde. Juntamente com a coordenadora da CIE, elaboramos o Projeto “Conhecer para cuidar melhor” como estratégia inicial para implementar a vigilância das DCNT no município.

A concepção do Projeto e o modelo proposto de execução teve influencia direta da própria vivência e experiência da equipe da CIE durante os anos que atuaram como profissionais de saúde na Atenção Primária. A decisão de realizar o Projeto através de visitas presenciais em cada uma das unidades básicas de saúde de Campinas foi o elemento determinante para o efetivo engajamento e envolvimento dos profissionais de saúde com os dados epidemiológicos expostos na apresentação.

Uma das fases iniciais do Projeto foi a apresentação da proposta e conteúdo à gestão, tanto distrital como local. Isto se mostrou de grande importância para possibilitar a realização das reuniões locais.

IX- AÇÕES E ETAPAS DA IMPLEMENTAÇÃO

Para iniciar o Projeto “Conhecer para cuidar melhor”, avaliamos quais indicadores seriam utilizados para realização dos boletins de cada UBS e após avaliação escolhemos o Sistema de Mortalidade (SIM), por ser o sistema com informações mais robustas e fidedignas do Município. Desta forma realizamos:

- 1- Extração dos dados relacionados à mortalidade das principais condições crônicas não transmissíveis das 66 unidades básicas de saúde do município de Campinas.
- 2- Tabulação e análise dos dados.
- 3- Criação das apresentações em Power Point.

Concomitante à extração dos dados, iniciou-se as reuniões com a gestão e o agendamento das visitas presenciais às UBS. Durante o nosso encontro com duração aproximada de 2 horas com os profissionais de saúde da UBS, realizamos:

- 1- Apresentações individuais, introdução do propósito do encontro e sensibilização quanto à necessidade de retomada do olhar e a atenção para os pacientes com condições crônicas.
- 2- Parte 1 – Dinâmica Inicial

Momento quebra-gelo apresentando o paciente “Dito - O Hipertenso”

- a. Explanação sobre os desafios do manejo do paciente crônico
 - b. Entender nosso papel de profissional da saúde
 - c. Necessidade de traçar estratégias específicas
 - d. Importância de utilizar as ferramentas disponíveis para este acompanhamento
 - e. Trabalhar em equipe
- 3- Parte 2- Exposição dos dados epidemiológicos de Mortalidade relacionadas ao território de cada unidade
 - a. Mortalidade proporcional das principais causas de óbito
 - b. Principais fatores de risco para o desenvolvimento das DCNT

- c. Dados de Mortalidade Prematura das principais DCNT
 - d. Ações de vigilâncias das Condições Crônicas Não Transmissíveis
- 4- Parte 3 – Capacitação da ferramenta Módulo dos Crônicos + Tira Dúvidas
 - 5- Parte 4- Explicitar a importância da qualificação do cadastro realizado pelos ACS, dos pacientes na unidade
 - 6- Parte 5 - Dinâmica com as equipes:
 - a. Reunião com as equipes de saúde para elaboração de estratégias para a retomada do cuidado dos crônicos
 - 7- Parte 6 - Compartilhamento da experiência entre as equipes
 - 8- Parte 7 - Coleta de sugestões

X- RECURSOS UTILIZADOS

Data show, motorista para o transporte da equipe durante as visitas presenciais às UBS, material para a dinâmica inicial, para coletar as sugestões das equipes de saúde bem como para a entrega dos dados de cada equipe sobre os pacientes crônicos. Flexibilidade da equipe para atuar em diferentes horários afim de conciliar a disponibilidade da UBS para receber a capacitação.

XI- CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO ATUAL

Com a retomada dos cuidados aos crônicos pela Atenção Básica após o período da pandemia há um crescente entendimento da necessidade de realizar uma vigilância contínua dos pacientes crônicos.

Após as visitas às UBS houve uma ampliação do conhecimento dos profissionais sobre as características epidemiológicas do território bem como uma aproximação destes profissionais quanto as funcionalidades do Módulo dos Crônicos e a melhora à assistência aos usuários.

A melhora na qualificação do cadastro dos usuários e sua unificação foi amplamente discutida e o entendimento sobre sua importância conduziu a um preenchimento mais completo.

XII- RESULTADOS QUANTITATIVOS E/OU QUALITATIVOS MENSURADOS

Das 67 unidades básicas de saúde de Campinas, 50 unidades (75%) já receberam a visita da equipe da CIE, sendo sua grande maioria em encontros de reunião geral com duração aproximada de 2 horas.

Produção de 66 boletins epidemiológicos individualizados dos territórios das 67 UBS do município.

Ampliação do conhecimento a respeito da ferramenta digital Módulo dos Crônicos, sendo 85% dos profissionais que responderam a enquete afirmaram desconhecimento anterior do Módulo.

A incorporação tecnológica dos sistemas de informação na saúde tornou a produção de informações mais próxima do profissional que registra os dados, passando a refletir de forma mais verdadeira a realidade vivenciada pela ponta. As experiências acumuladas dos processos de informatização podem embasar as melhorias das práticas dos profissionais de saúde, além dos ganhos de eficiência e qualidade mensuráveis pela ampliação de acesso, equidade, integralidade e humanização dos serviços em saúde.

XIII- LIÇÕES APRENDIDAS

O incremento das iniciativas intersetoriais de prevenção e controle das principais DCNT constitui uma prioridade. Um dos alicerces da atuação nesse contexto consistirá na vigilância integrada dos principais fatores de risco modificáveis e comuns à maioria das doenças crônicas, quais sejam o tabagismo, a alimentação não saudável e a inatividade física.

Há necessidade de realizar um trabalho contínuo e constante com as UBS a fim de informar, incentivar e avaliar os avanços no processo.

O contato presencial mostra-se de suma importância e divulgar dados específicos de cada território é essencial para o desenvolvimento de ações de promoção e monitoramento mais efetivos e específicos para a demanda de cada UBS.

XIV- POR QUE A PRÁTICA PODE SER CONSIDERADA COMO EFETIVA?

Um trabalho que construa a promoção da saúde com visão multiprofissional, que contemple a integralidade dos saberes com o fortalecimento de capacitações e que considere as vulnerabilidades de grupos populacionais e suas necessidades, qualificando e fortalecendo as ações sobre as doenças crônicas acarreta na maior adesão e motivação dos profissionais de saúde para a retomada dos cuidados com o paciente crônico.

Alinhar ações e serviços já existentes no cotidiano das equipes de saúde e das gestões é fundamental para que, durante essa construção da retomada aos cuidados dos pacientes crônicos seja possível reconhecer os dados específicos de seu território, e assim, promover o desenvolvimento e a implementação de estratégias efetivas e integradas para a prevenção, controle e cuidado das DCNT e seus fatores de risco.

O fornecimento dos dados específicos do território serve de guia para a formulação de estratégias focadas nas questões mais pertinentes do território e atende às necessidades de saúde locais com concomitante economia de tempo e de recursos de cofres públicos.

Avançar na qualificação do cadastro dos pacientes e o registro de suas informações com objetivo de gerar dados cruciais para a formulação e avaliação do cenário do território e os problemas de saúde auxilia na produção de informações e avanço no conhecimento.

O uso da informação será tão importante e rotineiro quanto melhor a tecnologia represente a realidade do trabalho do profissional de saúde. Esse uso é reconhecido pelo profissional da ponta quando os resultados do trabalho facilitam a recuperação de históricos dos pacientes e a disponibilidade de informações auxilia na condução do caso.

O avanço existe porque o registro eletrônico reduz os erros, padroniza conceitos que podem ser agrupados em um conjunto de dados, gera visibilidade às ações que facilitam diagnósticos tanto para os profissionais de saúde quanto para a gestão, auxilia o monitoramento da linha de cuidado de saúde dos indivíduos e possibilita o melhor planejamento e tomada de decisão em saúde.

b) EQUIPE DO PROJETO

- 1- NOME: Juliana Natívio (Responsável pelo projeto)
MATRÍCULA: 280976
CPF: 25602848800
EMAIL: juliana.nativio@campinas.sp.gov.br
TELEFONE: 1925157154
CARGO: Dentista - Responsável pela Coordenadoria de Informações Epidemiológicas/ Departamento de Vigilância (DEVISA)
SECRETARIA: Secretaria de Saúde

- 2- NOME: Cecília de Moraes Barbosa Horita
MATRÍCULA: 121196-0
CPF: 08050095665
EMAIL: cecilia.barbosa@campinas.sp.gov.br
TELEFONE: 1925157154
CARGO: Enfermeira
SECRETARIA: Secretaria de Saúde

- 3- NOME: Milena Marques Silva
MATRÍCULA: 129945-0
CPF: 32646641869
EMAIL: milena.marques@campinas.sp.gov.br
TELEFONE: 1925157154
CARGO: Médica
SECRETARIA: Secretaria de Saúde