



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2015

Luziana Suzuki Brambila

Implantação do cuidado continuado a pacientes com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na Unidade Básica de Saúde Vila Ribeiro, município de Santo Antônio da Platina-PR

Florianópolis, Março de 2016

Luziana Suzuki Brambila

Implantação do cuidado continuado a pacientes com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na Unidade Básica de Saúde Vila Ribeiro, município de Santo Antônio da Platina-PR

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Aline Lima Pestana
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016

Luziana Suzuki Brambila

Implantação do cuidado continuado a pacientes com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na Unidade Básica de Saúde Vila Ribeiro, município de Santo Antônio da Platina-PR

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof. Dr. Antonio Fernando Boing
Coordenador do Curso

Aline Lima Pestana
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016

Resumo

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus são doenças silenciosas e de alta prevalência na população adulta, evoluindo, a longo prazo, com complicações micro e macrovasculares. Além disso, são as principais responsáveis pelas elevadas taxas de morbimortalidade cardiovascular e hospitalizações. Tem como objetivo elaborar um plano de ações multidisciplinares para a melhoria da atenção à saúde dos pacientes hipertensos e diabéticos da Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Ribeiro, no município de Santo Antônio da Platina-PR. Serão estabelecidas como estratégias de acompanhamento os encontros de Hiperdia. O projeto dará início em março de 2016 quando será realizado convite individual nas residências e a divulgação dos encontros com cartazes na recepção da UBS. Os encontros mensais serão divididos em 3 grupos e contarão com a participação de uma equipe multidisciplinar. Os encontros seguintes acontecerão em 3 meses para os descompensado e em 6 meses para os controlados. Serão ministradas palestras rápidas e claras sobre hábitos de vida saudáveis. Após, será feita a triagem, os pacientes passarão por consulta com o médico, por uma breve conversa com a enfermeira e a farmacêutica fará a dispensação gratuita das medicações prescritas. A fim de facilitar o acesso aos dados individuais para posterior análise e seguimento, será empregado o uso de ficha cadastral. As agentes comunitárias verificarão quais pacientes estão com dificuldades para promover o autocuidado. A análise dos resultados de um ciclo completo poderá ser feita em torno de 8 meses do início da intervenção para verificar se houve melhora nos parâmetros avaliados. Espera-se que os pacientes tenham uma mudança significativa nos hábitos de vida, tornando-se conscientes e motivados a perpetuar com hábitos de vida saudáveis. Além disso, espera-se uma melhoria nos níveis pressóricos e glicêmicos, mantendo 100% dos pacientes dentro das metas.

Palavras-chave: Hipertensão, Diabetes Mellitus, Saúde da Família

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivos Específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	15
5	RESULTADOS ESPERADOS	17
	REFERÊNCIAS	19

1 Introdução

A comunidade pertencente a Unidade Básica de Saúde Vila Ribeiro, localizada na cidade de Santo Antônio da Platina, no norte pioneiro do estado do Paraná, surgiu por volta de 1880 e é composta por uma população de 8540 pessoas segundo dados do SIAB, e abrange 13 bairros (Jardim Santa Cruz, Jardim São Pedro, Vila Ribeiro, Conjunto Álvaro de Abreu, Jardim São João, Conjunto Júnior Afonso, Alceu Garbeline, Conjunto Dr Jamidas, Aparecidinho I, Aparecidinho II, Aparecidinho III, João Furtado e Jardim Vista Alegre) mais a área rural.(DATASUS, 2015)

A comunidade da Vila Ribeiro funciona como uma mini cidade, pois contém mercados, farmácias, padarias, restaurantes, bares, lojas de móveis e eletrodomésticos, vestuário, entre outros. Possui como serviços públicos uma Unidade Básica de Saúde composta por três equipes, duas creches, duas escolas estaduais, uma Escola de Jovens e Adultos (EJA) destinada ao ensino supletivo e um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Como movimentos sociais, possui o Lar Jesus Adolescente, o Projeto Boia-fria e a Reciclagem. Além disso, há algumas Igrejas Evangélicas, uma Igreja Metodista, uma Paróquia e três capelas.

A maioria dos trabalhadores ganham em torno de 2 salários-mínimos e muitas famílias são beneficiadas pelo bolsa-família. Existem muitos analfabetos e diversas crianças que não frequentam a escola.

Em torno de 95% das famílias tem rede de esgoto, porém ainda há áreas de risco ambiental onde não é realizado o saneamento básico. A maioria das casas é de alvenaria (2209), porém, existem também casas de madeira (213), material aproveitado (23), taipa revestida (7), outros (58). Nessas casas, 99,5% possuem energia elétrica.(DATASUS, 2015)

Das 8540 pessoas, 4148 são homens e 4392 são mulheres. Do total de homens, 1198 são menores de 20 anos, 2346 estão na faixa etária entre 20 e 59 anos e 604 são maiores de 60 anos. Do total de mulheres, 1164 são menores de 20 anos, 2489 estão na faixa etária entre 20 e 59 anos e 739 são maiores de 60 anos.(DATASUS, 2015)

Em toda a cidade, a taxa de mortalidade geral, em 2012, foi de 7,65 por mil habitantes, e no ano de 2014 foram 334 óbitos, considerando todas as faixas etárias. A taxa de mortalidade infantil, em 2012, foi de 11,09 por mil nascidos vivos, muito semelhante a taxa referente ao país.(IBGE, 2015) Cem por cento das crianças com até 1 ano de vida estão com esquema vacinal em dia, e 80% das gestantes tiveram 6 ou mais consultas durante o pré-natal. Em 2010, o índice de idosos na cidade é de 36,69%, com uma taxa de envelhecimento de 8,64%.(IPARDES, 2015)

Em caso de doença, a maioria da população procura preferencialmente atendimento na UBS de referência, seguido por farmácia e depois hospital.

As principais causas de morte ocorridas na comunidade são de extrema importância

para o planejamento de ações que visem a redução desse número, através de medidas de prevenção, como rastreamento dessas doenças, orientações aos grupos de risco, análise dos fatores de risco e profilaxia. Na minha comunidade, as principais causas de morte foram acidente vascular encefálico (AVC), infarto agudo do miocárdio, neoplasia, pneumonia e violência. Já as principais causas de internações foram devido a pneumonia, doenças cardiovasculares, seqüela de AVE, úlceras por pressão e neoplasias.

No mês de maio de 2014, a taxa de prevalência de hipertensão arterial sistêmica foi de 5,48/100 habitantes, e de Diabetes Mellitus foi de 5,23/100 habitantes. Porém, na prática, percebemos que esse número é muito maior, visto a grande quantidade de consultas e renovação de receitas, todos os dias, relacionadas à hipertensão e diabetes.

Na UBS da qual faço parte, toda a equipe faz o acompanhamento de hipertensos e diabéticos conforme a demanda, porém, não há um programa de cuidado continuado para atender esse público-alvo. Reservar um dia específico somente para atender essa população é uma estratégia de extrema importância para poder dar seguimento a esses pacientes e prevenir complicações a médio e longo prazo. Diante da grande demanda da população com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na unidade de saúde, elegeu-se como problema para este projeto de intervenção a alta prevalência de hipertensos e diabéticos subdiagnosticados e subtratados, perceptíveis durante as consultas do dia-a-dia, renovação de receitas e procura por medicamentos relacionados a essas doenças.

A realização deste projeto justifica-se pelo fato de que a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus são doenças silenciosas e de alta prevalência na população adulta, evoluindo, a longo prazo, com complicações micro e macrovasculares, como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, insuficiência renal crônica, retinopatia diabética, neuropatia periférica, dentre outras.(BRASIL, 2014) Dar seguimento, de forma regular, aos pacientes com essas doenças crônicas faz-se necessário para evitar as complicações ou detectá-las em seu estágio inicial. O momento é oportuno para a realização do projeto de intervenção, que conta com o apoio dos profissionais de saúde e da população, e sua realização contribuirá para a melhoria da atenção à saúde aos hipertensos e diabéticos, qualificando o cuidado e reduzindo as demandas dos serviços e complicações relacionadas a essas doenças.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

- Elaborar um plano de ações multidisciplinares para a melhoria da atenção à saúde dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus da Unidade Básica de Saúde Vila Ribeiro, no município de Santo Antônio da Platina-PR.

2.2 Objetivos Específicos

- Realizar ações de promoção e educação em saúde que incentivem mudanças no estilo de vida dos pacientes hipertensos e diabéticos.
- Incentivar a prática de atividade física regular e alimentação saudável entre os pacientes hipertensos e diabéticos.
- Controlar os níveis pressóricos e glicêmicos dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.
- Qualificar o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos cadastrados na Unidade Básica de Saúde Vila Ribeiro.
- Prevenir e detectar precocemente as complicações relacionadas à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

3 Revisão da Literatura

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tornou-se o acesso prioritário da atenção básica, que devido ao seu processo de trabalho, possui as condições mais favoráveis para a promoção da saúde e prevenção de agravos. Atualmente, uma Unidade Básica de Saúde (UBS) tem plena capacidade resolutiva para a maioria das doenças e, sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) doenças crônicas e muito frequentes na população, a abordagem e manejo dessas patologias precocemente faz com que muitos agravos sejam evitados ou detectados em seu estágio inicial.

As mudanças no estilo de vida trouxeram modificações no perfil epidemiológico da população, no qual as doenças crônicas passaram a estar entre as principais causas de morte.(BRASIL, 2014) A maioria das populações consome mais sal que o recomendado pela OMS, apenas 18,2% consome cinco porções de frutas e hortaliças em cinco ou mais dias por semana e os níveis de atividade física na população adulta ainda são muito baixos (15%).(BRASIL, 2011)

A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus são os principais responsáveis pelas elevadas taxas de morbimortalidade cardiovascular e hospitalizações, e por mais de 50% do diagnóstico primário em doentes renais crônicos submetidos à diálise no SUS, além do elevado índice de absenteísmo e aposentadoria precoce.(VIRGOLINO et al., 2013)(BRASIL, 2013b)(ROSA, 2008)

Habitualmente, a pessoa com doença crônica é um grande frequentador da UBS por diversos motivos, como renovação de receitas, consultas gerais, de acompanhamento ou por agudização da doença crônica, verificação da pressão arterial e glicemia capilar, dentre outros.(BRASIL, 2014)

A melhoria da qualidade de vida das pessoas com condições crônicas requer a substituição de um sistema de atenção à saúde que responde aos eventos agudos e é essencialmente fragmentado, por outro sistema que possua um monitoramento regular dos pacientes, para que eles não fiquem abandonados e percam o seguimento, e que seja contínuo e focado na promoção e manutenção da saúde.(MENDES, 2011)

A fim de reduzir a morbimortalidade cardiovascular e melhorar a qualidade de vida da população, o Ministério da Saúde implantou, a partir de 2000, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, com o objetivo de reorganizar os serviços para oferecer uma atenção continuada e qualificada aos diabéticos e hipertensos, por meio do sistema Hiperdia.(VIRGOLINO et al., 2013) Esse sistema propõe quatro etapas: treinamento dos profissionais de saúde, identificação de casos suspeitos e promoção de hábitos de vida saudáveis, confirmação diagnóstica e início do tratamento, cadastramento e seguimento desses pacientes.(BRASIL, 2001)

Somando-se a isso, em 2011, o Ministério da Saúde elaborou um plano de ações es-

tratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre as quais: hipertensão arterial, diabetes, acidente vascular cerebral, infarto, câncer e doenças respiratórias crônicas; que visa políticas públicas de enfrentamento dessas doenças e políticas públicas de promoção à saúde. (BRASIL, 2011)

Com a mudança do perfil epidemiológico nas últimas décadas, a implantação de um novo modelo de atenção crônica deve ser uma prioridade das organizações de saúde. Dessa forma, os grupos/encontros de Hiperdia surgiram nas Unidades Básicas de Saúde justamente para suprir essa demanda. Os grupos devem envolver uma equipe multidisciplinar que visa ao acompanhamento e monitoramento desses pacientes através de reuniões, consultas médicas e de enfermagem, exames complementares, medidas antropométricas, promoção de hábitos de vida saudáveis e de autocuidado, tratamento farmacológico e, caso necessário, encaminhamento a outras especialidades. (MENDES, 2011)

A associação de medidas farmacológicas e não farmacológicas, com o objetivo de controlar a glicemia, a pressão arterial, a dislipidemia e a microalbuminúria, quando comparada a intervenções tradicionais, foi mais eficaz na redução de diversas complicações do DM, reduzindo em 53% o risco de doença cardiovascular, em 58% o risco de retinopatia, em 61% a incidência de nefropatia e em 63% de neuropatia. (BRASIL, 2013a)

O que vem para reforçar a importância da atuação de uma equipe multidisciplinar para realizar ações educativas de hábitos de vida saudáveis que incluem: uma alimentação saudável (redução da ingestão de sal e aumento da ingestão de frutas, verduras e legumes), a prática de atividade física regular, a cessação do tabagismo e a redução do uso abusivo de álcool, além da capacitação de cuidadores na comunidade, incentivar a ampliação da autonomia e independência para o autocuidado, oferta gratuita e uso racional dos medicamentos. (BRASIL, 2011)

Sabe-se que a atividade física regular reduz o risco de doença circulatória, inclusive hipertensão, diabetes, câncer de mama e de cólon e depressão. (BRASIL, 2011) Em pessoas com diabetes, o risco de desenvolver complicações crônicas graves é bem maior do que em não diabéticos, 30 vezes para cegueira, 40 vezes para amputações de membros inferiores, 2 a 5 vezes para IAM e 2 a 3 vezes para AVC. (BRASIL, 2013a) (DONNELLY et al., 2000)

Por isso faz-se necessário o acompanhamento contínuo e regular desses pacientes a fim de evitar ou retardar as complicações micro e macrovasculares decorrentes, muitas vezes, de um controle inadequado dos índices glicêmicos e pressóricos. Dar seguimento as pessoas com doenças crônicas é de extrema importância, pois tratam-se de doenças muitas vezes silenciosas, que exigem paciência e disciplina por parte dos doentes, e cujo tratamento implica, sobretudo, em mudanças no estilo de vida.

Dessa forma, as ações de promoção à saúde são custo-efetivas, uma vez que as medidas de prevenção reduzem o risco de DCNT. Compreende-se então a importância da Atenção Básica no acompanhamento longitudinal dos portadores de doenças crônicas, o que é fundamental na melhoria da resposta ao tratamento dos usuários. (BRASIL, 2011)

4 Metodologia

O público alvo dessa intervenção serão todos os pacientes com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus pertencentes a área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Vila Ribeiro. Devido a alta morbimortalidade decorrente dessas patologias, serão estabelecidas como estratégias de acompanhamento os encontros de Hiperdia.

O projeto dará início em março de 2016 quando será realizado o convite individual nas residências por meio das agentes comunitárias de saúde e será feita intensa divulgação desses encontros com cartazes na recepção da UBS.

Esses encontros serão mensais, em um dia em que a UBS fique reservada somente para este fim e contarão com a participação do médico, enfermeiras, técnicas de enfermagem, nutricionista, educador físico, farmacêutica, agentes comunitárias e assistente social.

Os encontros serão realizados na própria UBS, na sala de reuniões, que tem capacidade para acolher em torno de 40 pessoas e serão divididos em 3 grupos conforme a área de abrangência das agentes comunitárias. O primeiro encontro (Grupo 1) ocorrerá em abril, o segundo encontro (Grupo 2) em maio e o terceiro (Grupo 3) em junho. Os encontros seguintes acontecerão em 3 meses para os pacientes descompensados e em 6 meses para aqueles controlados. A cada encontro a avaliação e análise dos resultados será feita para verificar se houve melhora nos parâmetros avaliados e diminuição das complicações crônicas.

Os encontros iniciar-se-ão com palestras rápidas e claras com a nutricionista sobre alimentação saudável, com o educador físico sobre a importância da prática de atividade física regular, com o médico sobre orientações quanto aos riscos do tabagismo e alcoolismo e palestras sobre o que é e quais as complicações que o diabetes e a hipertensão podem ocasionar, promoção do autocuidado com a equipe de enfermagem, dentre outros.

Após, será servido um café da manhã saudável ofertado por doadores da própria comunidade, a fim de demonstrar na prática o que foi transmitido na palestra, uma vez que a alimentação saudável é um dos pilares essenciais do tratamento.

Em seguida serão realizadas as consultas de rotina. Primeiro será feita a triagem pela equipe de enfermagem com medidas antropométricas (peso, altura, IMC, circunferência abdominal), aferição da pressão arterial (PA) e glicemia capilar (GC). Depois, os pacientes passarão por consulta com o médico que fará a anamnese e exame físico dirigidos, solicitação dos exames de rotina para HAS e DM, prescrição dos medicamentos e encaminhamento a especialistas, caso necessário.

Após a consulta, o paciente passará por uma breve conversa com a enfermeira para esclarecer sobre a forma correta de tomar as medicações e já agendará o retorno em 3 a 6 meses. Em seguida, a farmacêutica fará a dispensação gratuita das medicações prescritas.

A fim de facilitar o acesso aos dados individuais para posterior análise e seguimento,

será estabelecido o uso de ficha cadastral. Cada paciente terá um prontuário específico para os encontros de Hiperdia, contendo dados cadastrais, comorbidades, medicações de uso contínuo, história familiar e vícios, e a cada encontro serão anotados os dados antropométricos, PA, GC, resultado de exames e histórico da consulta.

As agentes comunitárias, por meio de visitas domiciliares, verificarão quais pacientes estão com dificuldades para promover o autocuidado. Na maioria das vezes, eles não têm o entendimento de como tomar corretamente as medicações permanecendo, dessa forma, subtratados.

A análise dos resultados de um ciclo completo poderá ser feita em torno de 8 meses após o início da intervenção, pois dessa forma todos os grupos (descompensados e controlados) já terão realizado um mínimo de 2 consultas, podendo então analisar se houve melhora dos parâmetros estabelecidos.

5 Resultados Esperados

A intervenção por meio de encontros mensais para hipertensos e diabéticos tem como principal objetivo o cuidado continuado, a fim de se criar vínculo e dar seguimento a esses pacientes. Espera-se uma alta assiduidade nesses encontros, em torno de 60 a 75% dos pacientes e que a cada encontro não haja perda de seguimento, e sim um número cada vez maior de participantes.

Esse projeto deverá iniciar em março de 2016 sem data de término, uma vez que se trata de um projeto de educação em saúde. Os encontros serão mensais e será necessário no mínimo oito meses, ou seja, um mínimo de dois encontros de cada grupo para podermos avaliar as melhorias dos parâmetros desejados.

Os recursos necessários são uma sala de reuniões, um datashow, um computador portátil, café da manhã ofertado por doadores da própria comunidade, 2 esfigmomanômetros, 3 estetoscópios, 2 fitas métricas, uma balança, um consultório médico, guia de exames, receituários, agenda de retornos e prontuários individuais.

Quanto aos resultados, espera-se uma mudança significativa nos hábitos de vida, tornando os pacientes conscientes e motivados a perpetuar com hábitos de vida saudáveis.

Além disso, espera-se uma redução de peso para aqueles com sobrepeso ou obesidade, principalmente com diminuição da circunferência abdominal, e uma melhoria nos níveis pressóricos e glicêmicos, mantendo 100% dos pacientes dentro das metas para pressão arterial e glicemia capilar, metas essas atingidas por meio da regularidade do acompanhamento e reforço das orientações e palestras realizadas nos encontros.

Quanto às complicações crônicas decorrentes dessas patologias, estima-se uma diminuição da incidência e prevalência, que somente poderão ser avaliadas a médio e longo prazo, após um longo período de melhora clínica e laboratorial.

Referências

- BRASIL, M. da Saúde do. *Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus*: Departamento de ações programáticas estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Citado na página 13.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado na página 14.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado na página 13.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Citado 2 vezes nas páginas 10 e 13.
- DATASUS. *Sistema de Informação da Atenção Básica*. 2015. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>. Acesso em: 15 Jun. 2015. Citado na página 9.
- DONNELLY, R. et al. Abc of arterial and venous disease: vascular complications of diabetes. *BMJ*, v. 320, n. 7241, p. 1062–1066, 2000. Citado na página 14.
- IBGE, I. B. de Geografia e E. *Taxa de mortalidade infantil*. 2015. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>. Acesso em: 15 Jun. 2015. Citado na página 9.
- IPARDES, I. P. de Desenvolvimento Econômico e S. *Taxa de envelhecimento*. 2015. Disponível em: http://www.ipardes.pr.gov.br/anuario_2012/5indicadores/tab5_1_8.htm. Acesso em: 15 Jun. 2015. Citado na página 9.
- MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.
- ROSA, R. dos S. Diabetes mellitus: magnitude das hospitalizações na rede pública do Brasil, 1999-2001. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 17, p. 131–134, 2008. Citado na página 13.
- VIRGOLINO, J. L. B. et al. Sistema hiperdia: estudo longitudinal em um distrito sanitário. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, p. 6006–6012, 2013. Citado na página 13.