



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

Edgar Baldi Castro

Implantação do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos na Unidade Básica de Saúde Vila Nova em Astorga - PR

Florianópolis, Março de 2016

Edgar Baldi Castro

Implantação do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de
Hipertensos e Diabéticos na Unidade Básica de Saúde Vila Nova
em Astorga - 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: Monica Motta Lino
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016

Edgar Baldi Castro

Implantação do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos na Unidade Básica de Saúde Vila Nova em Astorga - 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

Monica Motta Lino
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016

Resumo

As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade no mundo contemporâneo, sendo que dentre os fatores de risco para o desenvolvimento de tais doenças, a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus desempenham papel preponderante, realidade que incita gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde a efetivar ações que visem o controle dessas doenças. Neste sentido, o presente trabalho objetiva propor melhorar do cadastramento e acompanhamento dos hipertensos e diabéticos na Unidade de Saúde Vila Nova do município de Astorga. Busca-se assim garantir maior eficiência na adesão e acompanhamento dos usuários, através da busca ativa e efetiva dos agentes comunitários de saúde, do controle da pressão arterial e glicemia, aumentando a efetividade do Programa Hiperdia, diminuindo assim a médio e longo prazo a morbimortalidade local. As ações de saúde preventiva são de suma importância para a efetivação do programa Hiperdia, devendo estar atrelada à participação efetiva de todo os profissionais da rede para realizar ações intergrais.

Palavras-chave: Hipertensão, Diabetes Mellitus, Sistema Único de Saúde

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivos Específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	17
5	RESULTADOS ESPERADOS	19
	REFERÊNCIAS	21

1 Introdução

O Programa Saúde da Família no qual atuo é conhecido como Vila Nova, que atende os bairros de Verelena, Antônio Lourenço 1 e Antônio Lourenço 2. Sua origem está relacionada a abertura da Caixa Econômica nesta região na década de 90. Conta atualmente com 1043 famílias, compostas em sua grande maioria por adultos de meia idade e idosos. Vivendo cerca de 80% em casas de alvenaria; muitas delas já reformadas, o que mudou consideravelmente a vida das pessoas.

Há rede de esgoto em 64% das residências. A renda per capita da população é cerca de 2 salários mínimo. Existem poucas pessoas em situações precárias. Embora não seja um bairro de muita pobreza existem várias famílias inclusas nos benefícios governamentais existentes no município, como o bolsa família (cerca de 33 famílias). E em média 30% da população possui plano de saúde. Não existe uma organização que abrace o bairro todo, assim como os movimentos sociais são limitados aos que ocorrem no salão comunitário e na igreja São Lourenço. O salão é usado diretamente pela Estratégia Saúde da Família para reuniões, palestras, eventos que promovidos para saúde, aulas de música, aulas de alongamentos e atividades físicas que ocorrem semanalmente.

Lideranças comunitárias se esbarram na falta de foco. Há creches e escolas de ensino público fundamental e médio. A escola mais próxima do PSF é o Colégio Alfredo Sofrentini que agrega grande parte da cidade. O nível de escolaridade é consideravelmente bom; a taxa de analfabetos não chega a 10%, incluindo jovens e adultos. Todas as crianças frequentam escolas. O bairro conta com a formação em franca expansão de um lixão, que se encontra ao lado do único campo onde as crianças jogam futebol. Por mais que se façam campanhas de conscientização não há colaboração da população, nem mesmo ajuda da população para manter a limpeza das ruas.

Embora não tenha ocorrido nenhum óbito por dengue, um grande número de casos foram notificados neste ano de 2015. A população total acompanhada é de 3.224 pessoas, sendo um total de 1.526 homens (47,33%), 1698 mulheres (52,67%), 697 menores de 20 anos (21,61%), 1861 entre 20 e 59 anos (57,72%), 666 maiores de 60 anos (20,65%); cerca de 843 famílias estão cadastradas. A programação dos atendimentos é feita na forma de agendamento semanal, onde deixamos a agenda sempre com vagas estritas a hipertensos e diabéticos, vagas gerais, vagas para retornos, vagas de puericultura, vagas para renovação de receitas de medicações de uso contínuo e vagas que ficam em aberto para serem usadas em caráter de urgência e emergência. Não temos dados em números absolutos e porcentagem das queixas mais comuns que levaram a população a procurar a unidade básica de saúde em 2014. Tais dados seriam importantes pois possibilitaria adequar a oferta de vagas de consultas.

Desde que iniciei em Março de 2015, notei que as consultas estão voltadas para: disli-

pidemia, HAS, diabetes, lombalgias e depressão. Dados de Novembro de 2015 evidenciam um total de 320 pacientes (9,92%) com hipertensão arterial sistêmica e 116 (3,59%) com DM. Faltam dados que evidencie a prevalência de casos de HAS e DM não controlados; estes dados poderiam mostrar a necessidade de intensificar a assistência a este grupo populacional. O acompanhamento materno-infantil vinha sendo realizado na Unidade central de Astorga, que assistia às gestantes de todo o município. A partir do mês de julho de 2015, conforme orientação da secretaria da saúde, cada UBS tornou-se responsável pelo acompanhamento puerperal e pré-natal de baixo risco até a trigésima semana de gestação.

Atualmente conto com uma população de 320 pacientes hipertensos e 116 pacientes diabéticos, onde observamos no dia-a-dia que a grande maioria não apresenta um bom controle. A UBS não conta com grupo de Hiperdia para acompanhamento sistemático dessa população, ou seja, não ocorrem encontros com palestras, debates, orientações, troca de experiências, entre outras coisas. Isso se deve ao fato da comodidade que a população encontra para pegar seus remédios; cada paciente possui um cartão, que quando prescrito certo medicamento, consegue obtê-lo sem a necessidade de uma nova receita médica. Muitos estão há muito tempo sem passar por uma avaliação médica.

Portanto, a criação de um grupo de Hiperdia, onde quase não há custos, poderá levar mais informações a população de hipertensos e diabéticos, conscientizando-os a realizar um seguimento ambulatorial programado, afim de prevenir complicações no futuro. Através de um planejamento em equipe (enfermeiros, médico, agentes comunitário, nutricionista e psicólogo) teremos melhora nas condições de saúde da população, também facilitará o seguimento dos pacientes na atenção primária e o trabalho da equipe da ESF. O projeto tem grande possibilidade de ser realizado pois necessita de mínimos recursos físicos, e os humanos que são necessário já compõe o quadro de funcionamento da ESF. Com o decorrer do funcionamento deste projeto de intervenção poderemos observar que a médio-longo prazo haverá um menor número de internações hospitalares, redução de complicações e mortalidade.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Criar um grupo de HIPERDIA promovendo integralidade e longitudinalidade do cuidado por meio da realização de atendimento coletivo e até mesmo individual quando necessário.

2.2 Objetivos Específicos

- Acompanhamento em equipe, estimulando práticas de exercício físico, com auxílio de um educador físico.
- Orientações dietéticas com apoio de Nutricionista, informando e esclarecendo dúvidas.
- Tratamento medicamentoso adequado e individualizado para cada um; controle rigoroso com exames e cartão de pressão arterial.

3 Revisão da Literatura

A hipertensão arterial e o diabetes mellitus estão entre as doenças crônicas mais prevalentes no Brasil. Em decorrência disso, em 2002, foi criado o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Nos últimos anos ocorreu, nas cidades brasileiras, um aumento no número de óbitos causados pelas doenças crônicas não-transmissíveis, dentre elas, a hipertensão arterial (HA) e o diabetes melitus (DM). Estima-se que 20% da população brasileira sofram de HA e 12% de DM (SAÚDE, 2005)

As principais causas para este aumento são o envelhecimento populacional e a persistência de péssimos hábitos de vida como: o tabagismo, o sedentarismo, a alimentação inadequada, a obesidade, a dislipidemia e o consumo de álcool.

No Brasil, cerca de 60 a 80% dos casos de HA e DM podem ser tratados na rede primária de saúde (através do Programa da Saúde de Família), necessitando apenas de medidas preventivas e de promoção de saúde.

O país, através do Ministério da Saúde (MS), também criou inúmeros programas para o controle das doenças de maior impacto na população. No caso da HAS e do Diabetes, o MS publicou o Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes Mellitus - Hiperdia. Este programa promoveu a reorientação da Assistência Farmacêutica proporcionando o fornecimento contínuo e gratuito de medicamento, além do monitoramento das condições clínicas de cada usuário (SAÚDE, 2001).

É essencial a adesão do usuário ao esquema terapêutico proposto. Tal adesão depende de três fatores: do mesmo estar ciente de sua condição de saúde e comprometido com o tratamento, dos profissionais de saúde através dos esclarecimentos e incentivos e do apoio familiar (KLEIN; GONÇALVES, 2005).

Hipertensão Arterial Sistêmica

Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam um dos principais desafios de saúde para o desenvolvimento global nas próximas décadas. Entre eles, a hipertensão sistêmica é um importante factor de risco para as doenças cardiovasculares e está presente em 69% dos pacientes com um primeiro enfarte do miocárdio, em 77% dos pacientes com um primeiro acidente vascular cerebral, em 74% dos pacientes com insuficiência cardíaca crônica, e em 60 % de pacientes com doença arterial periférica (L; M; C.S, 2009).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. É considerada um dos prin-

cipais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente ([ARTERIAL, 2010](#)).

Segundo o Ministério da Saúde, hipertensão arterial é quando a pressão que o sangue faz na parede das artérias para se movimentar é muito forte, resultando em um valor igual ou maior que 140/90mmHg ([DALLACOSTA et al., 2010](#)).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais.

Os principais fatores de risco para HAS são: idade, peso, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores genéticos entre outros ([ARTERIAL, 2010](#)).

Diabetes Mellitus

A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença do metabolismo intermediário caracterizada pela ocorrência de hiperglicemia crônica, que ao longo dos anos promove lesões em órgãos-alvo, podendo cursar também com descompensações agudas. No Brasil, segundo dados da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2013), estima-se que existam 5 milhões de pessoas com diabetes, sendo que metade destas pessoas desconhece o diagnóstico. A prevalência é muito elevada, semelhante entre homens e mulheres e aumenta com a idade. Do total dos casos de diabetes, 90% são do tipo 2 ; 5 a 10% do tipo 1 e 2% do tipo secundário ou associado a outras síndromes. De acordo com Longo e al. (2011) podemos classificar a DM em 4 tipos principais: DM tipo 1, DM tipo 2, DM Gestacional e outras, onde se incluem a DM por drogas, secundária a endocrinopatias e por defeitos monogênicos.

O quadro clínico da DM1 costuma ser clássico com início agudo: criança ou adolescente com poliúria, polidipsia, polifagia e emagrecimento. Já no caso da DM2 muitos pacientes passam anos assintomáticos o que pode levar ao diagnóstico tardio. O diagnóstico definitivo requer alterações nos exames laboratoriais para confirmação: hemoglobina glicada > 6,5% ou glicemia de jejum > 126 ou glicemia 2h após TOTG 75g > 200mg/dl ou glicemia aleatória > 200mg/dl com sintomas de hiperglicemia. O tratamento da DM considera uma série de cuidados específicos e um dos objetivos do tratamento da DM é a possibilidade de prevenção das complicações agudas e crônicas, haja vista o comprometimento das mesmas na qualidade de vida de seus portadores.

([DIABETES, 2013](#))

O cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família é um desafio para a equipe de saúde, especialmente para poder ajudar o paciente a mudar seu modo de viver, o que estará diretamente ligado à vida de seus familiares e amigos. Aos poucos, ele deverá aprender a gerenciar sua vida com diabetes em um processo que vise qualidade de vida e

autonomia.

(PEREIRA et al., 2012)

O Ministério da saúde preconiza o rastreamento anual das complicações crônicas na população com DM1 a partir do 5º ano de doença e nos pacientes com DM2 desde o diagnóstico. (SAÚDE, 2013) As principais complicações crônicas podem ser classificadas em microvasculares (retinopatia e nefropatia), macrovasculares (cardiopatia isquêmica, doença cerebrovascular e doença vascular periférica) e neuropáticas (sensomotoras, focais e autonômicas). (LONGO, 2011)

Em 29 de setembro de 2007, entrou em vigor a Lei Federal nº 11.347/06, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e insumos necessários à aplicação de insulina e à monitorização da glicemia capilar aos usuários acometidos pela doença e inscritos em programas de educação em diabetes. Para detalhar e regulamentar a distribuição gratuita dos benefícios advindos da Lei Federal nº 11.347/06, a Portaria nº 2.583/07 definiu o elenco de 18 medicamentos e insumos disponibilizados aos usuários com DM, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, para que os direitos do usuário com DM, previstos na legislação, sejam assegurados, é necessário sua divulgação de modo a torná-los conhecidos pela população e profissionais de saúde (SANTOS et al., 2011).

Hiperdia

A caracterização do perfil de uma comunidade está diretamente relacionada a diversos fatores, tais como: ambiente, renda, tipo de moradia, escolaridade, trabalho, lazer e meio ambiente. Assim, a promoção da saúde é um meio no qual os profissionais podem utilizar para enfrentar os mais diversos problemas, encontradas em sua comunidade, utilizando para tal seus conhecimentos, o saber popular, recursos disponíveis na rede pública e privada, buscando soluções viáveis para os diversos problemas de saúde. Cabe destacar que um dos objetivos da ESF é orientar a comunidade para o autocuidado, para que a mesma saiba enfrentar o processo saúde-doença, sendo que as atividades educativas promovem o elo entre o saber científico e o popular, a fim de trazer mudanças de hábitos e atitude. A educação em saúde é instrumento fundamental para interagir e capacitar a população, promovendo o diálogo entre a equipe de saúde e o usuário, por meio da escuta, valorizando a experiência de vida de cada indivíduo. Portanto a equipe multidisciplinar de saúde deve conhecer as formas de se promover a educação para a coletividade, valorizando o olhar, a relação estabelecida e o conhecimento adquirido no dia a dia (CERVERA et al., 2011)

Os pacientes captados no Plano Nacional de Atenção à Hipertensão e ao Diabetes Mellitus são monitorados pelo Sis-HIPERDIA, mais conhecido como HIPERDIA, sistema informatizado responsável pela geração de informações para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados.

Para a realização do cadastro no programa HIPERDIA se faz necessário o preenchimento de um formulário, que é a ficha de cadastro contendo diversos dados. O paciente

cadastrado é acompanhado mensalmente pelo profissional que preencherá um outro formulário, a ficha de acompanhamento, todas as vezes que ele retornar para consulta. É, por meio desses instrumentos, que serão alimentadas as informações do programa. Portanto, é necessário que os profissionais envolvidos na assistência compreendam a importância do preenchimento dessas fichas, pois eles se tornam peças chave para a obtenção de dados fidedignos, no final do processo. (CASTRO et al., 2010)

4 Metodologia

Com a introdução do Hiperdia na UBS Vila Nova de Asrtoga, realizado e acompanhado por toda equipe de saúde da família, os pacientes portadores de diabetes e hipertensão irão receber um acompanhamento mais rigoroso e detalhado, nas segundas-feiras no período da tarde, permitindo-lhes maior acesso a informações e medidas que ajudem controlar a doença. Para isso será realizado um cadastramento impresso dos pacientes para serem acompanhados, trimestralmente, onde médicos e agentes comunitário da saúde e enfermeira acompanharão o andamento do Hiperdia. Os agentes relatarão os faltosos, e realizarão busca ativa dos mesmos.

Tais ações serão realizadas com a criação de grupos de debates sobre a doença, composto por pacientes e profissionais da área da saúde, com o intuito de esclarecer dúvidas, estimular a prática de atividades físicas regularmente e também reforçar as orientações sobre o que fazer ou não para melhor controlar a doença. Outra medida possível é a orientação dietética, feita através de nutricionista capacitada, sendo a alimentação um fator muito importante no controle dessas doenças. Dessa forma, é possível que informações sejam mais divulgadas e conhecidas pelos portadores e assim melhor conduzidas.

Essa reunião estimularia também o acompanhamento trimestral na USF para observar a eficácia do tratamento e trocar as receitas das medicações, sendo necessário atendimento médico para conduta e troca de receita se necessário a cada 3 meses.

Com adesão desse grupo de pacientes ao hiperdia, torna-se mais fácil o controle da diabetes e da hipertensão arterial, visto que hábitos de vida e alimentação tem grande influência em sua progressão.

5 Resultados Esperados

Após a implantação da proposta, espera-se que a população se conscientize da importância da adesão ao tratamento e da realização de medidas saudáveis, o que ocorreria com a maior divulgação de informações e esclarecimento de dúvidas proporcionado pelo hiperdia. Dessa forma, é provável que aumente consideravelmente o controle glicêmico e pressórico dos pacientes da UBS. Como consequência desse controle rigoroso, é esperado que a população alvo ganhe em qualidade de vida, com a atenuação dos sintomas, complicações e da progressão da doença, o que gera também um aumento na expectativa de vida.

Referências

- ARTERIAL, V. D. B. de H. *Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010. Citado na página 14.
- CASTRO, N. G. de et al. Hiperdia: conhecimento da cobertura do programa no maranhão. *HIPERDIA: conhecimento da cobertura do programa no Maranhão*, p. 77–83, 2010. Citado na página 16.
- CERVERA, D. P. P. et al. *Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG)*. Rio de Janeiro: Ciência Saúde Coletiva, 2011. Citado na página 15.
- DALLACOSTA, F. M. et al. *Perfil de hipertensos cadastrados no programa Hiperdia de uma unidade básica de saúde*. Joaçaba: Unoesc Ciência, 2010. Citado na página 14.
- DIABETES, S. B. de. *Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes*. Rio de Janeiro: GEN, 2013. Citado na página 14.
- KLEIN, J. M.; GONÇALVES, A. da G. A. *A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários*. Braga - Portugal: Universidade do Minho, 2005. Citado na página 13.
- L, C.; M, V. L.; C.S, T. L. *Fatores de risco para Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil: uma Revisão Sistemática*. Brasil: Revisa Brasileira de Cancerologia, 2009. Citado na página 13.
- LONGO, D. L. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. New York: McGraw-Hill, 2011. Citado na página 15.
- PEREIRA, D. A. et al. *Efeito de intervenção educativa sobre o conhecimento da doença em pacientes com diabetes mellitus*. Ribeirão Preto: Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2012. Citado na página 15.
- SANTOS, E. C. B. dos et al. A efetivação dos direitos dos usuários de saúde com diabetes mellitus: Co-responsabilidades entre poder público, profissionais de saúde e usuários. *A EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DE SAÚDE COM DIABETES MELLITUS: CO-RESPONSABILIDADES ENTRE PODER PÚBLICO, PROFISSIONAIS DE SAÚDE E USUÁRIOS*, p. 461–470, 2011. Citado na página 15.
- SAÚDE, M. da. *Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Citado na página 13.
- SAÚDE, M. da. *A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Citado na página 13.
- SAÚDE, M. da. *Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado na página 15.