



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

YOSNEL ALBA VERDECIA

MELHORIA DA ATENÇÃO AOS PACIENTES PORTADORES DE HIPERTENSÃO E/OU  
DIABETES EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE VARGEM  
GRANDE DO SUL

SÃO PAULO  
2018

YOSNEL ALBA VERDECIA

MELHORIA DA ATENÇÃO AOS PACIENTES PORTADORES DE HIPERTENSÃO E/OU  
DIABETES EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE VARGEM  
GRANDE DO SUL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família da Universidade Federal de São Paulo  
para obtenção do título de Especialista em  
Saúde da Família

Orientação: VINÍCIO FELIPE BRASIL ROCHA

SÃO PAULO  
2018

## **Resumo**

A partir da experiência no atendimento desenvolvido na Unidade Básica de Saúde (UBS), as evidências apontam a hipertensão e o diabetes como doenças de grande recorrência entre os pacientes cadastrados, sendo estes os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares e apesar da prevalência crescente, apresentam baixas taxas de controle, constituindo-se nos mais importantes problemas da saúde pública local. Este trabalho de intervenção será desenvolvido pela Equipe de Saúde da Família do Município Vargem Grande do Sul, e terá como objetivo alcançar melhora no controle da hipertensão e /ou diabetes e de suas complicações. A abordagem será feita inicialmente com levantamento do número de pacientes hipertensos e /ou diabéticos cadastrados e rastreamento em grupos de risco para diagnóstico precoce de novos casos. Será priorizada uma abordagem educativa junto aos pacientes com a realização de palestras e atendimento individuais, assim como realização de exames complementares para rastreio de complicações secundárias e avaliação do controle glicêmico e Pressão Arterial (PA). Com a implementação deste projeto de intervenção espera-se um aumento do número de hipertensos e /ou diabéticos cadastrados, uma maior porcentagem de pacientes com níveis glicêmicos e cifras de PA controladas, aumento da aderência ao tratamento medicamentoso e instituição de hábitos de vida saudáveis, além de uma maior disponibilização da UBS para realização de diagnóstico precoce de casos destas doenças.

## **Palavra-chave**

Diabetes. Hipertensão. Adesão ao Tratamento. Doença Crônica

## Introdução

O Ministério de Saúde assume, desde a Constituição de 1988, o compromisso de reestruturar o modelo de atenção no Brasil partindo de um referencial de saúde como direito de cidadania, pressupondo a organização de serviços cada vez mais resolutivos, integrais e humanizados. Nessa proposta, o poder público municipal fica investido da responsabilidade imediata de atendimento das necessidades e demandas de saúde de todos os seus municípios, contando com a devida cooperação técnica e financeira da União e dos Estados. Essa estratégia de descentralização objetiva facilitar o acesso dos indivíduos e possibilitar uma gerência de saúde mais adequada ao contexto da população atendida, oferecendo serviços de melhor qualidade. No âmbito dessas mudanças, várias políticas municipais tem se organizando a partir da estratégia de Saúde da Família (ESF), proposta que se insere no nível da atenção básica e persegue o objetivo final de promover a qualidade de vida e o bem-estar individual e coletivo por meio de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2013)

Nesse sentido, a Organização mundial da Saúde, propondo uma natureza multifatorial da qualidade de vida, refere-se a esse conceito a partir de cinco dimensões: saúde física, saúde psicológica, nível de dependência (em aspectos de mobilidade, atividades diárias, dependência de medicamentos e cuidados médicos e capacidade laboral), relações sociais e meio ambiente. Trata-se de visão global, que considera as varias dimensões do ser humano na determinação dos níveis da qualidade de vida de cada individuo (WHO, 2006)

Em 1994, foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) o Programa de Saúde da Família (PSF) para que a população tivesse informações e acesso aos serviços de saúde, assim como para cumprir a constituição no tocante a “garantir ao cidadão seu direito de receber atenção integral a saúde, com prioridades para as ações de promoção e prevenção em saúde, mas sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 2013)

Atualmente, o PSF é conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF), pois mais que um programa, trata-se de um processo de ações e de serviços em saúde, no qual uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, dentista, técnico em enfermagem, técnico em saúde bucal, auxiliar em saúde bucal e agente comunitário de saúde, devem operacionalizar as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Essas normas e diretrizes visam à promoção, a prevenção e a recuperação da saúde, por meio de mudanças na forma de atendimento das equipes de saúde, com intuito de qualificar e garantir atenção integral aos pacientes e padronizar a atenção em saúde. O Modelo de Atenção Integral a Saúde recomenda que a equipe não trabalhe mais em uma visão biomédica, pela qual só se tratam as doenças. O objetivo passa a ser conhecer o individuo como um todo, desenvolvendo ações de promoção da saúde da família e prevenção de doenças. O modelo assistencial proposto tem como objetivo principal a humanização da assistência e a qualidade do atendimento, além de propor aos profissionais um desempenho resolutivo e integrado as características específicas das famílias e comunidade das áreas de abrangência (BRASIL, 2013).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um importante fator de risco para as doenças decorrentes da aterosclerose e trombose que se exteriorizam predominantemente, por acometimento cardíaco, renal, cerebral, vascular periférico, é responsável por 25 a 40 % da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes cerebrais e vasculares. Portanto é uma das doenças de maior redução da qualidade e expectativa de vida das

pessoas (NOBRE, 2010).

As doenças cardiovasculares (DCV) são importante causa de mortalidade, internações frequentes e mortalidade, gerando altos custos econômicos e, além disso, sabe-se que a mortalidade por DCV aumenta progressivamente com o aumento da pressão arterial (NOBRE, 2010).

De acordo com o sistema de informações sobre mortalidade do Ministério da Saúde brasileiro em 2010 as doenças do aparelho circulatório representaram a principal causa de morte no país, respondendo por 31,2% dos óbitos em todas as regiões do país, a frente inclusive das neoplasias que responderão por 16.7% (BRASIL, 2013)

Além disso, a HAS é muitas vezes silenciosa, sendo neste sentido fundamental o desenvolvimento de atividades de prevenção que alertem sobre as consequências da patologia. Por esse motivo, o adequado controle da PA deve ser uma das prioridades de Atenção Básica (AB), partindo do princípio que o diagnóstico precoce, o controle da PA e a manutenção do tratamento adequado é fundamental para diminuir os eventos cardiovasculares (NOBRE, 2010)

O Diabetes Mellitus (DM) pode ser entendido como uma doença metabólica de origem multifatorial caracterizada por um estado de hiperglicemia resultante da falha na secreção/ação da insulina. Pode ser dividido em 4 tipos, dentre eles: diabetes tipo 1, tipo 2, gestacional e outros tipos específicos de DM. O diabetes tipo 1 tem sua origem principalmente em um processo autoimune que culmina na destruição das células beta pancreáticas levando a uma deficiência absoluta da insulina. Já o tipo 2 e o gestacional tem como características básicas uma ação inapropriada da insulina por resistência nos receptores celulares, o primeiro está bastante associado a obesidade e sobrepeso e o último geralmente é reversível após a gravidez (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014)

O DM tem uma incidência crescente que pode ser atribuída a diversos fatores, dentre eles: envelhecimento da população, urbanização, sedentarismo, obesidade, entre outros. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), o número de pessoas acometidas por DM em todo o mundo era de 171 milhões ano 2000 e estima-se que no ano de 2030 cerca de 366 milhões de pessoas serão acometidas por essa doença. No Brasil, estimou-se que em 2013 existiam mais de 11 milhões de pessoas com diabetes, e ao contrário dos países desenvolvidos em que o maior aumento acontece nas faixas etárias mais avançadas, no Brasil o aumento da incidência ocorre com maior intensidade nos grupos etários mais jovens, estimando-se que em 2030 a prevalência seja triplicada na faixa etária de 45 a 65 anos e duplicada nas faixas etárias de 20 a 44 e acima dos 65 anos (BRASIL, 2013; WHO, 2006).

Dessa maneira, os gastos com o DM vão além dos altos custos de tratamentos e internações hospitalares, envolvendo também redução na expectativa e qualidade de vida, já que atingem uma população em plena atividade econômica, além das complicações crônicas, limitação do desempenho profissional ou mesmo mortalidade precoce dos pacientes. As incapacidades para o exercício de atividades laborais fazem com que os anos perdidos de produção cheguem a superar os gastos diretos com a saúde em até cinco vezes. Além disso existem os gastos inestimáveis como o da dor e ansiedade vivenciadas pelo paciente e sua família (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Apesar de o Brasil viver ainda uma fase de transição epidemiológica que pode ser descrita como tripla carga de doença (presença de doenças infecciosas e carências, aumento da mortalidade por causa externas e predomínio das doenças crônicas) as doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade no país, sendo os principais fatores de risco a HAS, DM, tabagismo e dislipidemias e, com exceção do tabagismo, esses fatores necessitam de controle permanente e de alto custo. No entanto, se esse controle for bem-sucedido a redução da mortalidade pode atingir 50% (MANSUR & FAVARATO, 2012; MENDES, 2012).

Assim, entende-se o DM como uma doença complexa e de consequências extremas para a qual se exige a criação de diferentes estratégias para o seu enfrentamento, com envolvimento de equipes multidisciplinares e a mudança do paradigma do sistema de saúde para atuar não apenas no atendimento das condições agudas e curativas, mas também no cuidado contínuo das doenças crônicas contando com o envolvimento do indivíduo e da sociedade (MENDES, 2012).

Na rotina dos atendimentos da atenção primária são constantes os atendimentos de pacientes principalmente com HAS e DM com controles inadequados, uso incorreto de medicações e estilos de vida pouco saudáveis. No município de Vargem Grande do Sul, este cenário se reproduz, o que justifica a proposição deste projeto de intervenção que se destina a melhorar as condições de saúde da população cadastrada na UBS sobretudo, reduzindo a morbimortalidade decorrente de DCV, e indiretamente os custos médicos e socioeconômicos advindos do descontrole e desconhecimento do pacientes com relação a estas patologias. neste sentido espera-se que com este projeto seja possível produzir mudanças no estilo de vida, gerando na área de abrangência uma população mais informada, mais consciente e responsável com o seu tratamento e capacitada através de ações educativas sobre prevenção da HAS e DM e promoção da saúde.

Assim, através do presente projeto de intervenção procurar-se-á proporcionar uma atenção e assistência integral aos pacientes hipertensos e diabéticos da UBS, assim como melhorar sua qualidade de vida, através de uma abordagem multidisciplinar que envolva diferentes profissionais, procurando levar de maneira acessível e dinâmica a mudanças nos estilo de vida, uso adequado das medicações prescritas e um bom controle da HAS e DM, o que a longo prazo possibilitará uma melhor qualidade de vida os pacientes e promoção de uma maior conscientização sobre a importância de vida saudável.

## **Objetivos (Geral e Específicos)**

Objetivos Geral:

Melhorar a atenção a saúde dos hipertensos e/ou diabéticos em uma Equipe de Saúde da Família do município de Vargem Grande do Sul

Objetivos Específicos:

- ♦ Ampliar o acesso e a qualidade da atenção prestada a hipertensos e/ou diabéticos do território
- ♦ Melhorar a adesão destes usuários aos tratamentos pactuados
- ♦ Melhorar os registros das informações sobre estas patologias
- ♦ Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovasculares .

## Método

O projeto de intervenção vai abranger pacientes com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Melitus de ambos os sexos, sendo proposto para ser desenvolvido em diferentes etapas. Na 1ª etapa será realizado o levantamento de todos os pacientes com estas patologias cadastrados na área adscrita e será realizada uma busca ativa, principalmente por parte dos agentes comunitários de saúde, de pacientes com estes agravos e que porventura não estejam cadastrados. Será realizado também uma procura por novos casos com o pedido de exames complementares de diagnóstico, quando indicados clinicamente, como glicemia de jejum, hemoglobina glicada, teste oral de tolerância à glicose (TOTG), lipidograma, função renal, para população mais vulnerável ao DM e /ou HAS.

Após a realização desse levantamento inicial serão organizadas as palestras educativas. Estas serão ministradas pela própria equipe de saúde da UBS, no Município de Vargem Grande do Sul, Estado de São Paulo, Brasil, principalmente pela equipe de enfermagem e médico, procurando também o envolvimento dos profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família, sobretudo dos profissionais de nutrição e educação física. As referidas ações serão realizadas com uma frequência mensal e ocorrerão na própria unidade de saúde.

Os seguintes temas serão inicialmente planejados para serem abordados nas atividades educativas:

- ♦ O que é a Hipertensão Arterial e o Diabetes Melitus , quais os fatores de riscos e como prevení-los
- ♦ Alimentação balanceada para o hipertenso e /ou diabético, tema que será ministrado preferencialmente pela nutricionista, podendo haver um café da manhã ou um lanche com exemplos de alimentos indicados para os pacientes deste grupo
- ♦ Complicações da HAS e DM
- ♦ Hábitos de vida saudáveis
- ♦ Formas de tratamento

Outros temas não inicialmente idealizados poderão ser contemplados, a depender da interação com os pacientes, sendo deste modo dada atenção especial aos pontos de dúvida ou assuntos de interesse dos participantes. No desenvolvimento das palestras, procurar-se-á utilizar uma linguagem simples, para que a população, constituída principalmente de um público de baixa escolaridade e condição socioeconômico, possa entender com clareza os assuntos tratados. Além disso, almejar-se-á efetivar uma parceria com profissional de educação física, para criação de um grupo de caminhada supervisionada que poderá ocorrer semanalmente.

Na terceira etapa do projeto será realizada a organização dos prontuários, com registro dos últimos exames complementares e complicações secundárias , como pé-diabético, nefropatia e outras alterações que porventura possam existir podendo esses dados serem colhidos durante as atividades em grupo ou nas consultas individuais. Pretende-se com este projeto facilitar o acesso desta população as ações de saúde de modo que todos os pacientes deverão realizar pelo menos uma consulta médica nesse período e para aqueles que não for possível o deslocamento até a UBS, a consulta será realizada através de visita domiciliar.



Este projeto será apresentado à Secretária Municipal de Saúde para que se viabilize, uma maior disponibilização na UBS de alguns exames complementares básicos como (glicemia de jejum, hemoglobina glicada, lipidograma, função renal). Dessa maneira será possível o acompanhamento e monitoramento através desses exames de rotina, dos resultados advindos da execução deste projeto, outros indicadores que serão monitorados são percentual de hipertensos e diabéticos acastados e acompanhados, taxa de prontuários organizados, adesão aos grupos educativos e de atividade física.

## **Resultados Esperados**

Com a implantação deste projeto de intervenção espera-se que haja uma maior conscientização por parte dos pacientes hipertensos e/ ou diabéticos sobre a sua doença e cuidados necessários, havendo um aumento do número de usuários com adesão integral ao tratamento medicamentoso e adoção de mudanças no estilo de vida, como adoção de dieta adequada e balanceada, realização de atividades físicas, cessação do tabagismo. Aumeja-se também, aumentar o número de diabéticos e /ou hipertensos cadastrados em decorrência, de realização de visitas mensais pelos agentes comunitários de saúde, diminuição do número de internações hospitalares em decorrência de complicações da hipertensão arterial e/ou diabetes melitus, melhora do vínculo entre a comunidade e a equipe de saúde da família, bem como o envolvimento da família do paciente para que este possa se sentir motivado e apoiado para realizar as mudanças necessárias.

## Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus/Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

-MANSUR, A. P.; FAVARATO, D. Mortalidade por doenças Cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: Atualização 2011. Instituto do Coração (InCor)- HCFMUSP, São Paulo, SP- Brasil, 2011.

-MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família. Brasília: OPAS, 2012.

- NOBRE, F. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq. Bras. Cardiologia.v. 95,n.1 supl.1. São Paulo 2010.

-SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD): Diretrizes 2014-2015/ Sociedade Brasileira de diabetes; [organização José Egídio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. - São Paulo: AC Farmacêutica, 2015.

-WORLD HEALTH ORGANIZATION. Definition, diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycaemia. Geneva: WHO, 2006.