



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

OSVALDO ANTONIO PONTIERI FILHO

DIABETES E HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO BÁSICA: PERFIL DOS USUÁRIOS
CADASTRADOS E ACOMPANHADOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NOS
BAIRROS JARDIM NOVA ITIRAPINA E PARQUE DAS GARÇAS - ITIRAPINA -SP

SÃO PAULO
2019

OSVALDO ANTONIO PONTIERI FILHO

DIABETES E HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO BÁSICA: PERFIL DOS USUÁRIOS
CADASTRADOS E ACOMPANHADOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NOS
BAIRROS JARDIM NOVA ITIRAPINA E PARQUE DAS GARÇAS - ITIRAPINA -SP

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: VLADEN VIEIRA

SÃO PAULO
2019

Resumo

Este projeto de intervenção tem como finalidade estabelecer a prevalência de diabetes e hipertensão arterial sistêmica na comunidade do Jardim Nova Itirapina e Parque das Garças no município de Itirapina, em São Paulo. É extremamente importante o diagnóstico precoce com ênfase no tratamento, pois são doenças que têm, na maioria das vezes, boa resposta terapêutica. O controle adequado permitirá o aumento da qualidade de vida, diminuição de hospitalizações, diminuição das agudizações e comorbidades tais como acidentes vasculares cerebrais, infartos agudos do miocárdio, doenças renais, oftalmológicos, entre outras. O acolhimento dos pacientes transforma a visão do cuidar pela equipe de saúde da família, uma vez que resgata o compromisso com o reconhecimento no outro, das suas limitações, dores, alegrias. Estender também a responsabilidade do cuidar com todos os profissionais da equipe, ressaltando a importância de suas contribuições para o bem-estar dos pacientes. Os frutos do acolhimento poderão aumentar o mapeamento dos hipertensos e diabéticos e facilitar sua adesão aos tratamentos baseados nas diretrizes brasileiras de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Acredito que os dados deste estudo poderão possibilitar futuras tomadas de decisões no que diz respeito a atenção a saúde da família e direcionar ações em saúde que promovam a prevenção e tratamentos dos usuários hipertensos e diabéticos.

Palavras-chave: Acolhimento, Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus.

Palavra-chave

Palavras-chave: Acolhimento, Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus.

Introdução

A importância do perfil epidemiológico da população nos serve de norte para avaliar a assistência, proteção e prevenção da promoção à saúde de um modo coletivo e abrangente para assim fortalecer os vínculos e cuidar da saúde de forma integrada e preventiva.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2006) a HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica, é uma doença com uma incidência grande na população de modo geral, constituindo um dos mais relevantes problemas na saúde pública.

Embora o diagnóstico esteja pautado por um indicador simples que é a verificação da pressão arterial, o que também é um procedimento de custo econômico reduzido, trata-se de uma doença considerada “assintomática” e silenciosa, além de ser influenciada por fatores genéticos, alimentares e hábitos sedentários, além de abranger todas as faixas etárias.

Segundo o Ministério da Saúde a HAS é uma das principais doenças do grupo das doenças cardiovasculares e nos últimos anos vem crescendo de forma significativa. Nesse contexto resalto que, aproximadamente, 17 milhões de brasileiros, são portadores da doença e sua prevalência varia de 22,3% a 43,9% na população adulta (BRASIL, 2006).

Também em 2006 a Sociedade Brasileira de Hipertensão, alertou ser a HAS um fator de risco nas complicações como Doença Renal Crônica, Infarto Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Cerebral (AVC), além de gerar custos médicos elevados, resultantes das complicações das Síndromes Metabólicas.

Na tentativa de reorientar o modelo de assistência à saúde vigente no país, o Ministério da Saúde criou em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), que tem como foco principal, a família de forma integrada e a prevenção de enfermidades, visando à proteção e a promoção a saúde, fortalecendo os princípios da universalidade, integralidade e equidade (ROSA, LABATE, 2005; CANESQUI; SPINELLI, 2006). Assim, surgem as ações dirigidas especialmente para esses pacientes hipertensos.

Dentre estas ações está o HIPERDIA, que é um plano de reorganização da atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus que permite cadastrar e acompanhar os hipertensos e diabéticos em todas as unidades ambulatoriais do SUS e que garante o recebimento dos medicamentos prescritos. Além disso, é uma ferramenta útil que gera informações para os gestores de saúde e Ministério da Saúde a respeito do perfil epidemiológico da população, a fim de propor estratégias, visando à melhoria da qualidade de vida dessas pessoas (BRASIL, 2007).

Desejando melhorar a qualidade de vida desses usuários, garantindo acompanhamento nas unidades ambulatoriais, e com grupos de diabéticos e hipertensos, sala de espera e orientação para uso dos medicamentos contínuos, espera-se a possibilidade de uma assistência de qualidade para os pacientes de doenças crônicas não transmissíveis e a contribuição para a melhoria no atendimento e na qualidade de vida desses grupos de usuários.

Objetivos (Geral e Específicos)

OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS

O presente projeto de intervenção tem como objetivo principal, mobilizar hipertensos e diabéticos para uma melhor conscientização do controle adequado das doenças cardiovasculares, como por exemplo o AVC - Acidente Vascular Cerebral e o Infarto Agudo do Miocárdio, entre outras.

Os objetivos específicos do projeto consistem em mapear os pacientes hipertensos e diabéticos dos bairros Jardim Nova Itirapina e Parque das Garças no município de Itirapina, interior de São Paulo, garantindo o tratamento adequado para esses pacientes, dando ênfase em campanhas de acolhimento com rodas de conversa, cafés da manhã/tarde fazendo deste tratamento um atendimento diferenciado para hipertensos e diabéticos.

Método

O projeto de intervenção tem o intuito de caracterizar o perfil epidemiológico da população, descrevendo um plano de ação na Estratégia Saúde da Família do bairro Jardim Nova Itirapina e que abrange o bairro Parque das Garças.

A análise dos dados será fundamentada teoricamente na revisão bibliográfica de artigos científicos, dados do Ministério da Saúde e da Unidade do PSF dos bairros já citados.

1ª etapa:

Por meio de recursos audiovisuais, conscientizar o público alvo com palestras ilustrativas sobre o risco das doenças cardiovasculares.

Com apoio de uma equipe multidisciplinar preparar cardápios com uma dieta balanceada e com baixo custo econômico. Oferecimento de café da manhã com alimentos que enriqueçam a alimentação saudável desses usuários.

2ª etapa:

Com base na população descrita, atualizar os cadastros tendo como atores principais os agentes comunitários de saúde. Esses serão responsáveis pelo acompanhamento, atuando através do vínculo estabelecido, no cotidiano desses usuários, agendando consultas, construindo um cronograma de consultas e atendimentos domiciliares.

Priorizar exames de rotina, ofertar insumos, fomentar a necessidade dos controles de aferição de pressão arterial, exames prioritários como glicemia de jejum, hemoglobina glicada, entre outros. A finalidade é obter um monitoramento adequado e eficiente.

3ª etapa:

Assegurar através do acompanhamento desses pacientes, as consultas com especialistas, dando prosseguimento eficaz a referência e contra referência.

Ofertar exames de rotina para mapear a ausência de riscos. Estimular a prática de exercícios físicos, evitando sobrepeso/obesidade e sedentarismo, com a implantação de grupos de caminhadas e apoio nutricional, com o apoio de profissionais habilitados.

Plano de ações

Embora a hipertensão seja uma doença com fácil diagnóstico, sabemos que infelizmente a disponibilidade do tratamento não garante a adesão dos usuários.

Com esse plano de ação acredito através dos dados obtidos possibilitar a tomada de decisão no direcionamento das ações em saúde, sejam elas de caráter promocional, preventivo e tratativo.

Desafios	Projeto de intervenção	Resultados esperados	Ações Propostas	Recursos Necessários	Prazo
-----------------	-------------------------------	-----------------------------	------------------------	-----------------------------	--------------

<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento • Preparar a equipe 	<ul style="list-style-type: none"> • Reunião de equipe 	<ul style="list-style-type: none"> • Melhora no acolhimento de diabéticos e hipertensos 	<ul style="list-style-type: none"> • Priorização nos casos de maior urgência • Satisfação de hipertensos e diabéticos em procurar assistência em saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Organizacional: Espaço físico (unidade de saúde) • Cognitivo: Explicação sobre a política nacional e acolhimento (grupo operativo) 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 meses • Reuniões quinzenais
<ul style="list-style-type: none"> • Protocolos de tratamento e educação em saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Campanhas de conscientização • Orientação a comunidade sobre importância de controle glicêmico e pressórico adequado 	<ul style="list-style-type: none"> • Conscientização coletiva sobre HAS e DM e suas complicações à hipertensos e diabéticos da comunidade • Implantação de Hiperdia 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento na adesão ao tratamento • Participação dos familiares no processo de conscientização 	<ul style="list-style-type: none"> • Político: Mobilização social por mídia • Cognitivo: Enfrentamento multiprofissional com educador físico, nutricionista e toda equipe da unidade 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 meses • Início de atividades pós capacitação da equipe
<ul style="list-style-type: none"> • Adesão ao tratamento • Acompanhamento ambulatorial regular 	<ul style="list-style-type: none"> • Firmar consultas regulares mensais 	<ul style="list-style-type: none"> • Regularidade às consultas • Mudança no estilo de vida 	<ul style="list-style-type: none"> • Adesão ao tratamento medicamentoso e prática de atividade física • Hábitos alimentares saudáveis – grupo tabagismo 	<ul style="list-style-type: none"> • Organizacional: Adequação no fluxograma de atendimento • Político: Priorizar exames laboratoriais e consultas com especialistas 	<ul style="list-style-type: none"> • 7 meses • Início simultâneo com a 2ª etapa

Resultados Esperados

A proposta apresentada neste projeto de intervenção fundamenta-se nos pilares da Atenção Básica em Saúde, porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios norteadores a assistência, a equidade, a integralidade no atendimento, e a coordenação de cuidados com esses pacientes.

Foram traçadas metas e objetivos de execução, com uso de baixa tecnologia e custo econômico reduzido, porém, de grande importância para uma assistência à saúde com qualidade no atendimento.

Os dados deste estudo nortearão as tomadas de decisões no contexto desta Unidade de Saúde da Família. A aplicabilidade dentro da ESF, promoverá um diagnóstico situacional da saúde de hipertensos e diabéticos, proporcionando aumento da qualidade de vida população.

A proposta dessa intervenção abre margem para que outras equipes da Estratégia de Saúde da Família desenvolvam trabalhos semelhantes a fim de caracterizarem e adequarem suas ações.

Importante destacar a necessidade de um trabalho articulado envolvendo a equipe de saúde da família, o público-alvo, a população de modo geral, e o gestor público. Reaproximar tais relações dará mais força à ideia desenvolvida no projeto de intervenção, reafirmando a responsabilidade de cada ator social para a elevação do nível de saúde na comunidade referência desse estudo.

Referências

ARRUDA, C., SILVA, VIEIRA, D. M. G. **Acolhimento e Vínculo na Humanização do Cuidado de Enfermagem às Pessoas com Diabetes Mellitus.** Ver. Bras. Enfermagem. V.65, n,5, Brasília Set./Out. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus. Cadernos de Atenção Básica.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hiperdia: Sistema de Cadastramento e Acompanhamentos de Hipertensos e Diabéticos.** Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.583, de 10 de outubro de 2007. Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus.** Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_2%20583_lei_diabetes.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde - Brasília: Ministério da Saúde - Cadernos de Atenção Básica, n.16, série A. Normas e Manuais Técnicos, 2006. 58p.**

CANESQUI, Ana Maria; SPINELLI, Maria Angélica. **Saúde da Família no Estado do Mato Grosso, Brasil: Perfis e Julgamentos dos Médicos e Enfermeiros.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n.29, p.1881-1892, set. 2006.

FARIA, H. T. G, ZANETTI, M. L, SANTOS MA, TEIXEIRA, C.R.S. **Conhecimento Sobre Terapêutica Medicamentosa em Diabetes: Um Desafio na Atenção à Saúde.** Acta Paul. Enferm. V.22, n.5, p. 612-7, 2009

FONTES, B. A. F. **A implantação do autocuidado como forma de adesão ao tratamento medicamentoso nos idosos hipertensos.** Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Atenção Básica da Família. Uberaba / Minas Gerais, 2011. 19p.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. **Programa Saúde da Família: A Construção de Um Novo Modelo de Assistência.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. Ribeirão Preto, v.13, n.6, p. 1027-34, nov./dez. 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. V **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.** Revista Brasileira de Hipertensão, São Paulo, v. 9, n.4, p. 121-157, 2006.