



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

CRISTIANO AMORIM DE PAULA

ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES CRÔNICOS: GESTÃO DO CUIDADO

SÃO PAULO
2020

CRISTIANO AMORIM DE PAULA

ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES CRÔNICOS: GESTÃO DO CUIDADO

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: PRISCILA GONCALVES JOSEPETTI SANTILI

SÃO PAULO
2020

Resumo

O paciente crônico é considerado o indivíduo portador de doenças que requerem cuidado e atenção continuada, podendo evoluir ou não para dependência parcial ou total de seus cuidados básicos da vida. As doenças crônicas de modo geral estão relacionadas a causas múltiplas, seu início tem características progressivas e de prognóstico frequentemente incerto com longa e indefinida duração. Em sua maioria apresentam curso clínico que variam ao longo do tempo, podendo gerar incapacidades. Dessa maneira, o que geralmente determina as doenças crônicas no seu âmbito social são as diferenças sociais, as desigualdades no acesso aos bens e aos serviços, a baixa escolaridade, as desigualdades no acesso à informação. Além disso, existem também os fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo de bebida alcoólica, sedentarismo e má alimentação, tornando possível sua prevenção. Os pacientes portadores de doenças crônicas dentro do contexto da atenção primária da saúde necessitam de um acompanhamento sistematizado de saúde. O acompanhamento destes pacientes bem como ações em medicina preventiva traz ótimos resultados em relação a redução da morbimortalidade precoce no Brasil. Ações como melhoria do acompanhamento por grupos de risco, melhor agendamento de consultas regulares e busca ativa de pacientes que abandonaram o seguimento são ferramentas úteis neste processo. Pretende-se por meio desse projeto fortalecer as ações de estímulo ao autocuidado capacitando melhor os agentes através de palestras e reuniões para orientações contínuas sobre alimentação saudável, atividades físicas regulares, redução do consumo de álcool e tabaco, além disso fortalecimento e capacitações constantes nos grupos principalmente hipertensão e diabetes como forma de se ter uma ferramenta ativa de auto cuidado disponível para os pacientes e promover a criação de um grupo de tabagismo. Espera-se melhor acompanhamento dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis reduzir o número de pacientes relativamente jovens com desfechos desfavoráveis principalmente infarto agudo do miocárdio, AVC, câncer. Sendo assim também diminuir o número de pacientes incapacitados por tais desfechos, afastados do trabalho precocemente, resultando assim melhor qualidade de vida e saúde bem como aumento da expectativa de vida em saúde plena além de ganho econômico em relação ao gastos pelo SUS e afastamento precoce do trabalho.

Palavra-chave

Assistência Integral à Saúde. Agentes Comunitários de Saúde. Acompanhamento dos Cuidados de Saúde. Doença Crônica.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

Como médico clínico da UBS, em conversa com a equipe identificamos como problema a ser trabalhado: melhor acompanhamento dos pacientes crônicos desde classificação de risco até o agendamento dos retornos para reavaliação e exames de controle. Neste ano tivemos uma das equipes sem médico pois um deles se aposentou e sendo assim a demanda aumentada dificultou a atualização dos dados em planilhas. O controle foi feito durante a renovação das receitas sendo os pacientes com demanda convocados para consulta porém seria necessário uma melhoria neste sistema de controle para um melhor planejamento e organização de agenda.

ESTUDO DA LITERATURA

Em minha prática diária, como médico clínico geral de UBS me deparei com a situação da dificuldade em acompanhamento sistematizado dos pacientes crônicos. Contamos com uma equipe experiente, capacitada e com agentes de saúde, sensíveis aos problemas de saúde mais prevalentes em nosso território. Fato esse, extremamente importante para a melhor percepção dos casos graves negligenciados pelos pacientes e familiares gerando busca ativa e tentativa de maior vínculo do paciente com o sistema de saúde.

A partir da discussão com a coordenação da UBS e com o tutor responsável pela supervisão do programa mais médicos decidimos abordar este relevante tema /problema do território a fim de buscar alternativas para melhorar o acompanhamento dos pacientes crônicos. É fundamental e também um enorme desafio para as equipes de Atenção Básica prestarem cuidado planejado e sistematizado aos pacientes com condições crônicas, visto que para se tornar efetiva, essencialmente envolve as diferentes categorias profissionais da equipe. Seus resultados dependem protagonismo do indivíduo, suas famílias e comunidade.

O paciente crônico é considerado o indivíduo portador de doenças que requerem cuidado e atenção continuada, podendo evoluir ou não para dependência parcial ou total de seus cuidados básicos da vida. As doenças crônicas de modo geral estão relacionadas a causas múltiplas, seu início tem características progressivas e de prognóstico frequentemente incerto com longa e indefinida duração. Em sua maioria apresentam curso clínico que variam ao longo do tempo, podendo gerar incapacidades. Podem ser consideradas como doenças crônicas: diabetes mellitus, Hipertensão arterial Sistêmica, Alzheimer, Parkinson, doenças autoimunes, AVC, entre outras (BRASIL, 2014).

Dessa maneira, o que geralmente determina as doenças crônicas no seu âmbito social são as diferenças sociais, as desigualdades no acesso aos bens e aos serviços, a baixa escolaridade, as desigualdades no acesso à informação. Além disso, existem também os fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo de bebida alcoólica, sedentarismo e má alimentação, tornando possível sua prevenção. Mediante estes fatores, o Ministério da Saúde tem efetivado políticas públicas para prevenção a essas doenças que apresentam múltiplas causas. Seu tratamento envolve mudanças no estilo de vida, e que necessitam de um processo de cuidado contínuo que, geralmente não levam a cura (BRASIL, 2011).

A Portaria Nº 483, de 1º de abril de 2014, redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização de suas linhas de cuidado. Essa Portaria reconhece a necessidade da criação de uma rede de Atenção à saúde para pacientes com tais doenças e traz a Atenção Básica como o elo da Rede de Atenção à Saúde aos outros setores, se constituindo como porta de entrada, gerenciador e ordenador do cuidado a saúde, com a responsabilidade de realizar o cuidado integral e contínuo desse paciente (BRASIL, 2014).

Dentre várias ações estabelecidas para a atenção básica, estão realizar o diagnóstico, o rastreamento e o tratamento da sua população adstrita de acordo com os protocolos e as diretrizes clínicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde ou elaboradas pelo nível local; prevenir, diagnosticar e tratar precocemente as possíveis complicações decorrentes das doenças crônicas; coordenar o cuidado das pessoas com doenças crônicas, mesmo quando referenciadas para outros pontos da Rede de Atenção à Saúde; realizar ações de promoção

da saúde e de prevenção das doenças crônicas de forma intersetorial e com participação popular, considerando os fatores de risco mais prevalentes na população (BRASIL, 2014).

As DCNT são consideradas as principais causas de morte no mundo, sendo que em 2008 foi registrado 63% de óbitos. Desses óbitos, um terço corresponde a pessoas com idade inferior a 60 anos, e a maioria estão relacionados com doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e as doenças respiratórias crônicas. No Brasil, é considerado como um problema de saúde grave e corresponde a 72% das causas dos óbitos, e tem como maiores fatores de risco: baixo número de atividades físicas, alto consumo de alimentos com alto teor de gordura, alto número de pessoas com excesso de peso e obesidade (BRASIL, 2011).

Diante disso, existe a necessidade de se fortalecer a vigilância a esses casos, com ações de prevenção e controle das doenças, a fim de reduzir sua incidência, adiar o aparecimento de complicações advindas delas, minimizar o grau de gravidade e aumentar a qualidade de vida dessa população. Uma dessas atividades propostas, é a capacitação das equipes de saúde para estabelecerem ações de prevenção, promoção para essa população. Com isso, o Ministério de Saúde, em 2006 lançou a Política nacional de Promoção da Saúde que traz ações de alimentação saudável, atividade físicas, prevenção ao uso do tabaco e álcool. Em 2007, lançou o programa Academia da Saúde, com o objetivo de promoção da saúde por meio de atividade físicas, onde apoia e financia programas de atividade física que somaram mais de mil projetos em todo o país em 2011. Também tem investido na política antitabaco, que reflete no declínio da prevalência das DCNT, com ações como proibição da propaganda de cigarros, advertências sobre o risco de problemas nos maços do produto, a adesão à Convenção-Quadro do Controle do Tabaco em 2006, entre outras (BRASIL, 2011).

O cuidado a saúde desses pacientes, teve sua expansão na atenção primária a saúde, através das ESFs que atuam em territórios definidos, com população adstrita, realizando ações de promoção, vigilância em saúde, prevenção, assistência, além de acompanhamento longitudinal dos usuários. Estas ações são fundamentais na melhoria da resposta ao tratamento dos usuários com DCNT. Além disso, houve a expansão da atenção farmacêutica e da distribuição gratuita de mais de 15 medicamentos para hipertensão e diabetes, e o programa Farmácia Popular que passou a ofertar medicamentos gratuitos para hipertensão e diabetes, ampliando o acesso e aumentando a distribuição dos medicamentos para hipertensos e diabéticos (BRASIL, 2011).

Diante desse contexto, é importante que as equipes de saúde, possam se organizar de modo a estruturar o atendimento a essa população, com atendimento integral, multidisciplinar, e estejam preparadas para orientar e apoiar essas pessoas a lidar com essa doença, efetivando ações e acompanhamento para responder as agudizações dos processos. Uma das atividades que podem ser realizadas é a estratificação de riscos, por meio de intervenções individuais e coletivas, cuidado compartilhado, incentivo ao auto cuidado, e incorporação de conceitos atuais e implementações de ações intersetoriais (BRASIL, 2014).

O Ministério da Saúde traz no caderno de atenção básica n. 35 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - algumas propostas para orientar as equipes de saúde a organizarem os atendimentos a essa população visando melhor qualidade nos serviços de saúde (BRASIL, 2014). As ações levam em consideração a estimulação e implantação de ferramentas de auto cuidado nas CCNT, com o intuito de melhorar a autonomia do cuidado do paciente em sua condição de saúde em parceria com o profissional da atenção primária

de saúde bem como melhorar a comunicação do serviço de saúde com os usuários. O auto cuidado deve ser estimulado de maneira a envolver e capacitar os pacientes em relação aos seus problemas de saúde. É importante realizar encontros/ reuniões com representantes de grupos de pacientes como forma de maior participação e envolvimento no tema mobilizando esses grupos para maior adesão. Em relação aos professores da APS Deve ser oferecido apoio, treinamento e reconhecimento de e deste esforço por meio de reuniões e treinamentos sobre temas como por exemplo: DM, HAS, Tabagismo.

Como forma de melhoria na comunicação entre profissionais da APS e com pacientes temos a estimulação de reuniões sobre o tema, adoção de cartão de registros de cuidados compartilhados. Abordando pacientes com deficiência no autocuidado seja por qualquer razão, limitação física, baixa escolaridade ou comprometimento financeiro/ social temos a progressiva informatização de sistema que poderá de forma efetiva escalonar os retornos, acusar déficit de consultas em pacientes graves auxiliando na convocação e/ou busca ativa para o cuidado continuado e exames de certos pacientes graves que abandonaram o seguimento em UBS.

Desta forma é preciso programar a assistência multidisciplinar de acordo com a necessidade da população. Esta programação se baseia conforme a estratificação de risco dos pacientes, contemplando a severidade da doença crônica e a capacidade de autocuidado, sendo assim estabelecemos essa escala de prioridades de maneira crescente em relação a doenças mais severas e menor capacidade de auto cuidado do paciente.

A programação se divide entre consultas programáveis (por motivos previsíveis) e consultas por (motivos não previsíveis) sendo estimados em variações de 30 a 50% de consultas programáveis e 70 a 50% de consultas não programáveis (ZURRO, 2008; SSC-GMC, 2013). Pacientes cujo extrato de risco é muito alto, recomenda-se 3 consultas médicas; 3 consultas com a enfermagem e 1 consulta odontológica, por exemplo.

Dessa forma, o objetivo desse trabalho é promover acompanhamento mais adequado aos pacientes crônicos.

AÇÕES

LOCAL: CENTRO DE SAUDE DE SOUSA

Público alvo: usuários portadores de doenças crônicas não transmissíveis

Pretendemos fortalecer as ações de estímulo ao autocuidado capacitando melhor os agentes através de palestras e reuniões para orientações contínuas sobre alimentação saudável, atividades físicas regulares, redução do consumo de álcool e tabaco. Fortalecimento e capacitações constantes nos grupos principalmente hipertensão e diabetes como forma de se ter uma ferramenta ativa de auto cuidado disponível para os pacientes. Promover a criação de um grupo de tabagismo na unidade visto que não possuímos tal grupo, os pacientes são orientados a frequentar a UBS mais próxima sendo necessário usar ônibus para isso dificultando a adesão ao grupo. Tentaremos também buscar no mercado algum software que consiga através da estratificação de risco dos pacientes alertar a UBS a data dos retornos para consultas e exames de forma a perceber aqueles que por motivos diversos não estão aderidos ao cuidado continuado fazendo busca ativa e evitando assim desfechos desfavoráveis que poderiam ser evitados pelo melhor cronograma de reavaliações.

RESULTADOS ESPERADOS

Esperamos através do melhor acompanhamento dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis reduzir o número de pacientes relativamente jovens com desfechos desfavoráveis principalmente infarto agudo do miocárdio, AVC, câncer. Sendo assim também diminuir o número de pacientes incapacitados por tais desfechos, afastados do trabalho precocemente, resultando assim melhor qualidade de vida e saúde bem como aumento da expectativa de vida em saúde plena além de ganho econômico em relação ao gastos pelo SUS e afastamento precoce do trabalho.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. - Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 483, DE 1º DE ABRIL DE 2014. Brasília - DF, 2014. Disponível em:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html, acessado em 27/01/2020.

SSC-GHC. SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA-GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO (SSC-GHC). Diretrizes para o planejamento 2013: orientações para a organização da assistência nas unidades de saúde do SSC e Centros de Apoio Psicossocial (CAPS). Porto Alegre, 2013.

ZURRO, M. Atención primaria: conceptos, organización y practica clínica. 6. Ed, v. 1. Madrid: Elsevier, 2008