



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2017

Andressa Bertuol Bueno

Implementação de um programa de melhorias para o aumento da prevalência de usuários em tratamento adequado de Diabetes Melittus, Hipertensão Arterial e Dislipidemias no município de Canguçu, RS

Florianópolis, Janeiro de 2023

Andressa Bertuol Bueno

Implementação de um programa de melhorias para o aumento da
prevalência de usuários em tratamento adequado de Diabetes
Melittus, Hipertensão Arterial e Dislipidemias no município de
Canguçu, RS

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

Orientador: Bianca Bittencourt de Souza
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Marta Inez Machado Verdi

Florianópolis, Janeiro de 2023

Andressa Bertuol Bueno

Implementação de um programa de melhorias para o aumento da prevalência de usuários em tratamento adequado de Diabetes Melittus, Hipertensão Arterial e Dislipidemias no município de Canguçu, RS

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.

**Profa. Dra. Marta Inez Machado
Verdi**
Coordenadora do Curso

Bianca Bittencourt de Souza
Orientador do trabalho

Florianópolis, Janeiro de 2023

Resumo

Esse projeto de intervenção é baseado na realidade de diversas unidades básicas de saúde localizadas em zonas rurais. Nesses lugares encontramos diversos desafios para acompanhar pacientes portadores de doenças crônicas. A inspiração desse trabalho vem da atenção básica na cidade de Canguçu no RS, uma cidade tranquila de 53 mil habitantes, onde 63% são moradores de zona rural. A Hipertensão arterial e o Diabetes Mellitus são as doenças crônicas de maior prevalência do mundo, e são também as mais relacionadas a morbimortalidades. Porém, podem ser acompanhadas e devidamente tratadas para uma melhor qualidade de vida. Baseado nisso os objetivos da intervenção são: identificar portadores dessas doenças, conhecer a realidade de cada indivíduo, encontrar ferramentas de apoio aumentando a prevalência de indivíduos em acompanhamento regular. Os serviços oferecidos a comunidade são interligados a realidade de cada comunidade e incluem um correto acolhimento, orientações de maneira direta e através de grupos, aproximar os profissionais e as medicações a comunidade na UBS e em visitas domiciliares. O resultado esperado após a intervenção é ter um serviço melhor organizado nas rotinas nas unidades para atender o público alvo do projeto e que os pacientes possam lograr melhor qualidade de vida e controle das doenças, bem como diminuir as morbimortalidade destes pacientes.

Palavras-chave: Adesão ao tratamento medicamentoso, Diabetes Mellitus, Hipertensão, Qualidade de Vida

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

O município de Canguçu está localizado no extremo sul do estado do Rio Grande do Sul e conta com uma população estimada de 53 mil habitantes, onde 63% da população vive na zona rural. Em 2016, o salário médio mensal era de 2.2 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 10.7%. Em 2015, os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade tiveram nota média de 5.9 no IDEB. Para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 4.6. A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 3.48 para 1.000 nascidos vivos. Apresenta 41,6% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 49,4% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 27,8% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio)(IBGE, 2018).

A equipe cobre cinco UBSs distintas e todos os dias nos deslocamos pelo menos 40 km até uma delas, o que significa que a assistência em cada micro região é semanal e impossibilita o acompanhamento ideal de muitos pacientes. Não conta-se com NASF, ESF ou ACS, isso trás uma imensa brecha entre pacientes e a assistência básica a saúde. As visitas domiciliares são solicitadas por vizinhos ou familiares. Enquanto a cobertura, a zona rural se divide em distritos nomeados de primeiro a quinto distrito, a minha zona de atuação é o terceiro distrito. Dentro do terceiro distrito estão as comunidades: Faxinal 1, faxinal 2, paraíso, arvorito e coxilha do fogo, cada um delas contam com uma UBS onde nossa equipe presta atendimento, como dito anteriormente, semanalmente. Em quanto a um numero exato de pessoas assistida, ainda não foi possível contabilizar ja que não contamos com ACS. O que foi possível contabilizar é que as unidades Faxinal 1 e coxilha do fogo (mais populosas) contam com cerca de 700 prontuários em cada uma delas. Pode-se então estimar um número de 2.500 pessoas assistidas no terceiro distrito, distribuídos por 5 unidades devido a imensa área rural que conta o município.

Um dos grandes problemas encontrados pela equipe é falta ou a adesão inadequada dos tratamentos oferecidos para enfermidades crônicas com HAS, DM e depressão. Isso se deve principalmente por: falta de orientação adequada, falta de escolaridade, dificuldade de desloamento a unidade mais próxima, problemas psicológicos e descuido do próprio paciente. Devido a esse contexto e sua enorme influência na saúde da comunidade, escolhemos uma iniciativa para intervir na má adesão ao tratamento de doenças crônicas, sabendo de sua repercussão para a promoção da saúde. Esse tema é de extrema importância para a comunidade e para a equipe de saúde, por que diariamente nos deparamos com esse problema e com sua possíveis complicações. O projeto de conhecer melhor a subjetividade da comunidade é lento devido a falta de agentes comunitários. Esta intervenção pode obter uma diminuição das comorbidades e complicações de doenças crônicas e juntos - comunidade e equipe de saúde - podemos planejar e promover saúde a estes

indivíduos, com integralidade e equidade.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Implementação de um programa de melhorias para o aumento da prevalência de usuários em tratamento adequado de Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e Dislipidemias nas Unidades Básicas de Saúde do terceiro distrito no município de Canguçu, Rio Grande do Sul.

2.2 Objetivos específicos

- identificar os doentes crônicos que estão sem acompanhamento da equipe de saúde;
- identificar os doentes crônicos que estão com tratamento irregular;
- identificar o perfil dos doentes crônicos (sociodemográfico, tratamento atual, tempo de tratamento, fatores de risco presentes,);
- identificar as motivações e\ou desafios que leva a não adesão do tratamento;
- Identificar ferramentas de apoio que os usuários gostariam de ter para incentivar a adesão ao tratamento;
- Adequar o tratamento, quando necessário;
- Criar uma programa de acompanhamento semestral para reavaliar a continuidade do tratamento;
- Indicar ou encaminhar os usuários para terapias complementares e de atividades de promoção da saúde (psicoterapia, atividade física, fisioterapia, nutrição, etc) que auxiliem na melhoria do seu estado de saúde, quando necessário;
- Realizar visitas domiciliares para aumentar a abrangência do projeto;
- fornecer medicamentos de uso contínuo nas unidades mais próximas e também como materiais de fácil manejo para pacientes analfabetos e para seus familiares responsáveis.
- Realizar grupos de educação em saúde

3 Revisão da Literatura

Um dos grandes desafios das unidades básicas de saúde é o controle de doenças crônicas. Entre elas, as de maior prevalência são a hipertensão arterial e o diabetes. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA 140 x 90mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. (SBC, 2010)

O interessante é que se observou uma redução da prevalência da HAS comparada a outros anos, consequência direta do alcance da meta de redução da taxa de mortalidade prematura (entre <70 anos) por doenças crônicas não transmissíveis. A implementação de medidas de Saúde Pública, como o estímulo à alimentação adequada, prática de atividade física e cessação do tabagismo, o acesso à Atenção Básica e a disponibilização de medicamentos, além de medidas regulatórias como a proibição da propaganda do tabaco, ambientes livres de tabaco, acordo com a indústria alimentícia para diminuição do teor de sódio nos alimentos processados, entre outras, são essenciais para o alcance dessas metas. Fazem-se necessárias, igualmente, ações direcionadas aos determinantes sociais em saúde, capazes de minimizar o impacto da carga das doenças crônicas nos segmentos populacionais mais vulnerável. (ANDRADE et al., 2015))

O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros. Configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo. Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde, o número de portadores da doença em todo o mundo era de 177 milhões em 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025. No Brasil são cerca de seis milhões de portadores, a números de hoje, e deve alcançar 10 milhões de pessoas em 2010. Um indicador macroeconômico a ser considerado é que o diabetes cresce mais rapidamente em países pobres e em desenvolvimento e isso

impacta de forma muito negativa devido à morbimortalidade precoce que atinge pessoas ainda em plena vida produtiva, onera a previdência social e contribui para a continuidade do ciclo vicioso da pobreza e da exclusão social. O diabetes é uma das doenças crônicas priorizadas em nível global. Seu impacto inclui elevada prevalência, importante morbidade decorrente de complicações agudas e crônicas e alta taxa de hospitalizações e de mortalidade, gerando significativos danos econômicos e sociais (BRASIL, 2006)

Demonstrou-se maior frequência de diabetes na área urbana (4,6%) do que na área rural (3,3%). A menor frequência de diagnóstico na área rural pode – ao menos em parte – estar relacionada com maiores distâncias do domicílio à unidade de saúde, dificuldades de transporte e outros fatores capazes de diminuir a procura por serviços de saúde. Também é possível que pessoas residentes na área rural sejam mais ativas fisicamente e conservem hábitos alimentares mais saudáveis (ISER et al., 2015)

Sua natureza crônica, a gravidade das complicações e os meios necessários para controlá-las tornam o DM uma doença muito onerosa não apenas para os indivíduos afetados e suas famílias, mas também para o sistema de saúde. Assim é importante priorizar a prevenção e evitar a progressão da diabetes. A Prevenção efetiva também significa mais atenção à saúde de forma eficaz. Isso pode ocorrer mediante prevenção do início do DM (prevenção primária) ou de suas complicações agudas ou crônicas (prevenção secundária). Muitos indivíduos com diabetes são incapazes de continuar a trabalhar em decorrência de complicações crônicas ou permanecem com alguma limitação no seu desempenho profissional. Estimar o custo social dessa perda de produtividade não é fácil. (SBD, 2014)

No Brasil, o diabetes junto com a hipertensão arterial, é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à diálise (BRASIL, 2006). Estima-se em geral que o nível social mais baixo está associado a maior prevalência de enfermidades crônicas. Maus hábitos alimentares, sedentarismo, stress, idade avançada, menor acesso aos cuidados de saúde e o nível educacional são fatores que também influenciam em uma resposta inadequada de controle dessas doenças.

As unidades de atenção básica desempenham papel fundamental na prevenção, diagnóstico, monitorização e controle dessas doenças, com prática sempre centrada na pessoa, envolvendo todo o contexto possível, usuário e cuidador, indivíduo e coletivo, buscando estratégias para promover saúde. A finalidade da Linha de Cuidado é fortalecer e qualificar a atenção à pessoa com essa doença por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, em todos os pontos de atenção. É importante lembrar que não há necessidade de organizar o cuidado na Atenção Básica também de forma fragmentada, por doenças, sendo fundamental garantir o acesso e o cuidado longitudinal para a pessoa independente de qual problema ela possui (BRASIL, 2013).

4 Metodologia

A implementação de estratégias para a melhor adesão ao tratamento de doenças crônicas, será oferecido a todas as comunidades que pertencem a cobertura da nossa equipe, sendo assim participam as UBSs: coxilha do fogo; faxinal 1; faxinal 2; paraíso; arvorito; boqueirão. Será realizada atenção especial a pacientes com diagnóstico de Hipertensão Arterial, Diabetes e dislipidemias, assim como também o rastreio de possíveis novos casos. A idéia é acolher de maneira qualitativa a todos esses pacientes, oferecendo uma atenção mais contínua, que ofereça as informações e ferramentas que cada individuo precisa para entender seu quadro e a necessidade de seguir as recomendações feitas pelos profissionais de saúde. Essas ações serão realizadas mensalmente, por meio do grupo Hiperdia. Esse dia é escolhido apenas para prestar ações a pacientes portadores de doenças crônicas e seus familiares.

As atividades planejadas são:

- Palestra (tema do mês) sempre ressaltando a atenção a enfermos crônicos. É permitido tirar dúvidas e eleger próximos temas.

- Ausculta qualitativa, aferição da pressão, teste de HGT.

- Oferecida as medicações disponíveis pelo SUS para as patologias relacionadas.

- Dia de visita domiciliar, é oferecido a pacientes acamados e que não podem comparecer a unidade. Aproveitamos a oportunidade para rastreia e conhecer a comunidade, buscando possíveis casos de má adesão ou desconhecimento de patologias. Isso ocorre devido a não contarmos com agentes comunitários para auxiliar nessas questões.

Devido ao enorme numero de pacientes com baixa escolaridade, idosos, com transtornos mentais, depressão e principalmente pela distância da sua residência a uma unidade de saúde é importante conhecer a subjetividade de cada um. Nossa equipe busca encontrar estratégias para que os objetivos terapêuticos sejam atendidos, muitas vezes algumas medidas precisam ser tomadas por exemplo:

- orientar mensalmente o uso e interrogar sobre a falta da medicação e os risco/complicações.

- rotular medicações com nome e dosagem corretas.

- em caso de analfabetos são oferecidas caixas improvisadas pela equipe, com desenhos e divisões de fácil entendimento.

- visitas para rastrear adesão e não comparecimento aos grupos.

- orientação a família e/ou cuidadores

- em ultima estancia avaliamos a necessidade de acionar a assistência social para cumprimento das medidas e cuidados fundamentais necessários.

Todas essas iniciativas são realizadas dentro da unidade e durante as visitas domiciliares. São realizadas mensalmente, no ultimo atendimento do mês e durante todo o ano. Para cumprimento na integra é preciso contar com os seguintes profissionais:

- médico da família
- enfermeiro
- técnico de enfermagem
- motorista da equipe rural

5 Resultados Esperados

Os resultados esperados para essa intervenção são:

- Diagnosticar novos casos de doenças crônicas;
- Conhecer medidas antropométricas, pressóricas e glicêmicas;
- Acompanhar pacientes diabéticos em uso de medicação oral ou insulino-dependentes;
- Conseguir aparelhos para medição de glicemia para pacientes diabéticos insulino-dependentes, assim como, ensina-los a usar;
- Manter níveis pressóricos nos limites adequados;
- Manter exames de rotina em dia;
- Rastrear possíveis complicações existentes;
- Realização hiperdia;
- Programação de apoio familiar.

Espera-se após a intervenção ter um serviço melhor organizado nas rotinas da unidade para atender o público alvo do projeto e que os pacientes possam lograr melhor qualidade de vida e controle das doenças, bem como diminuir as complicações da doença e reduzir a morbimortalidade destes pacientes.

Referências

ANDRADE, S. S. de A. et al. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da pesquisa nacional de saúde, 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*, p. 297–304, 2015. Citado na página 13.

BRASIL, M. da Saúde do. Diabetes mellitus. *cadernos de atenção básica n 16*, p. 1–56, 2006. Citado na página 14.

BRASIL, M. da Saúde do. Hipertensão arterial sistêmica: Estratégias para o cuidado de pessoas com doença crônica. *caderno de Atenção básica*, p. 1–128, 2013. Citado na página 14.

IBGE. *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*. 2018. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/canguçu/panorama>>. Acesso em: 03 Nov. 2018. Citado na página 9.

ISER, B. P. M. et al. Prevalência de diabetes autorreferido no brasil: resultados da pesquisa nacional de saúde 2013. *Epidemiologia serviço de saúde*, p. 304–314, 2015. Citado na página 14.

SBC, S. B. D. C. Vi diretrizes brasileiras de hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, p. 1–51, 2010. Citado na página 13.

SBD, S. B. de D. Epidemiologia e prevenção do diabetes mellitus. *diretrizes SBD*, p. 1–4, 2014. Citado na página 14.