



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Cristiane Silveira Lima

Estratégias para monitoramento de usuários com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica na atenção primária

Florianópolis, Março de 2023

Cristiane Silveira Lima

Estratégias para monitoramento de usuários com Diabetes Mellitus
e Hipertensão Arterial Sistêmica na atenção primária

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: Karina Mary de Paiva Vianna
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Cristiane Silveira Lima

Estratégias para monitoramento de usuários com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica na atenção primária

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. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Karina Mary de Paiva Vianna
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: Santo ângelo é um município brasileiro localizado na região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Compreende o maior município da região das Missões com pouca mais de 78.000 habitantes (IBGE:2014). A UBS Bairro Pippi é uma das unidades de atendimento da rede básica do município, abrangendo os Bairros: Alcebíades, Piratini, Pippi, Santa Bárbara, Cristal, Pilau I e II, Rosa e zona rural: Rincão dos mendes e Ilha grande. A população total desta área é de aproximadamente 7.500 habitantes. **Objetivo:** Propor um programa de ações para reduzir as complicações relacionadas à Hipertensão e ao Diabetes na população da área de abrangência do CSU. **Metodologia:** A identificação de usuários por meio de levantamento dos prontuários eletrônicos permitirá atualização e melhor planejamento das ações de monitoramento pelas equipes de saúde. A proposta deste projeto envolve capacitação das equipes para busca ativa e monitoramento destes usuários em acolhimento, consultas de rotina e durante a renovação de receitas. A sistematização da renovação de receitas vinculadas à consultas permitirá um controle mais adequado destes usuários, prevenindo agravos e redução das complicações no cuidado a estas condições. Além disso, o acompanhamento multidisciplinar poderá propiciar mudanças de hábitos e comportamentos em saúde, essenciais no acompanhamento destes usuários. A manutenção e a criação de novos grupos de promoção da saúde para auxiliar usuários quanto a dieta, medicamentos, hábitos saudáveis, atividades física e mental será incentivada. Estes grupos serão essenciais para os usuários e seus familiares. **Resultados esperados:** A atualização dos registros dos prontuários eletrônicos do CSU Bairro Pippi em relação aos usuários Diabéticos e Hipertensos auxiliará no planejamento de ações a estes usuários e desta forma contribuir para o monitoramento, redução de danos e de complicações advindas do convívio com estas comorbidades.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, Estratégia Saúde da Família, Hipertensão

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

A Unidade Municipal de Saúde Bairro Pippi - Centro Social Urbano (CSU), localiza-se em Santo Ângelo, Rio Grande do Sul. Pertence à mesorregião do Noroeste Rio-Grandense, sendo o maior município da região das Missões, com 78.908 habitantes. (est.IBGE 2014). O CSU tem fácil localização, estrutura de alvenaria com dois pisos e fácil acesso para portadores de deficiência, crianças e idosos. No andar inferior, uma recepção pequena, 3 consultórios, 1 sala de vacina, 1 sala para odontologia, 1 sala para curativos e procedimentos de baixa complexidade e 1 uma sala de apoio administrativo. No andar superior funciona o serviço de referência em odontologia do Município. Possui também banheiros para os usuários e um lavabo.

O CSU funciona de segunda a sexta-feira nos horários de 8 às 12 e 13 às 17 horas e atualmente contamos com uma equipe composta por: 2 (dois) Médicos, sendo um do Programa Mais Médico e 01 de contrato 20 horas semanais; 01 Enfermeiro 8 horas/dia; 1 técnicos de enfermagem (manhã e a tarde); 02 técnicos de enfermagem (8 horas/dia), na vacina; 01 profissional na recepção (8 horas/dia) e 01 profissional de serviços gerais (8 horas/dia). Os atendimentos são realizados por demanda espontânea e agendamentos sendo divididos em grupos: Puericultura, Pré-natal, Idosos e Adultos em geral.

Há prevalência de idosos aposentados ou não que geralmente moram sozinhos ou são cuidadores dos netos para que os filhos possam trabalhar e suprir as necessidades da casa. Este grupo que procura atendimento médico na maioria das vezes a queixa maior são dores de coluna e nos ossos, atribuída a grandes esforços no trabalho em lavoura. A grande demanda da unidade é por renovação de receita, seja de medicamentos de uso crônico e prolongado, principalmente pela Hipertensão e pelo Diabetes, na maioria das vezes sem controle adequado do especialista. Há uma cultura de uso de medicamentos de forma indiscriminada e descontrolada.

Nos grupos mais jovens também a queixa frequente de dores nas costas e o consumo crônico de medicamentos controlados que muitas vezes afastam do trabalho jovens pais de família que poderiam estar produzindo. Ainda enfrentamos o problema da gravidez precoce na adolescência e início da puberdade nas jovens mulheres que na maioria das vezes deixam as escolas por preconceito, medo e discriminação dos colegas de aula e dos próprios professores, sem o enquadramento adequado da adolescente grávida, finaliza com o abandono da escola.

Dentre os vários problemas identificados no CSU, destaca-se a falta de controle adequado dos grupos de Hipertensos e Diabéticos com suas respectivas complicações inerentes a cada uma das morbidades. Este problema afeta diretamente o paciente bem como seus familiares, onera o Município e pode ser caracterizado como um problema de natureza potencial, de posição na organização como terminal, de baixo controle de governabilidade

e estruturado segundo sua complexidade.

A grande questão relacionada a estes agravos direciona-se ao fato de serem agravos preveníveis e que requerem acompanhamento e vigilância contínua e uma equipe multidisciplinar treinada e atuante. As complicações são frequentemente encontradas nas consultas e exames de rotinas e ocorrem por vários fatores, dentre eles, o manejo precário ou inadequado; a falta de adesão ao tratamento, o desconhecimento da doença e de suas complicações em longo prazo bem como da dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Diante deste cenário temos como principais consequências: o aumento das complicações relacionadas à doença de base; o agravamento do processo saúde-doença; o aumento de encaminhamentos para a média e alta complexidade onerando o sistema público.

Diante deste cenário e com o objetivo de realizar um trabalho de intervenção neste grupo de pacientes que realmente seja eficaz e que reduza as comorbidades relacionadas à doença de base.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Propor um programa de ações para reduzir as complicações relacionadas à Hipertensão e ao Diabetes na população da área de abrangência do CSU.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar os hipertensos e diabéticos por meio de levantamento dos registros em prontuário pelo CID10;
- Criar estratégias para aumentar a cobertura de atendimento a estes usuários para 90%, por meio de consulta antecipada para avaliação;
- Capacitar a equipe do CSU para acolhimento, orientação, atendimento e acompanhamento destes usuários, identificando possíveis agravos preveníveis e com potencial de complicação (órgãos alvo);
- Estabelecer uma rotina de renovação de receitas a cada 6 meses e na próxima o paciente deverá ser verificado o Peso e a altura (IMC), Pressão Arterial, HGT e verificar presença de outras queixas relacionadas;
- Solicitar a presença de um familiar ou do cuidador durante as consultas com o objetivo de identificar hábitos e rotinas que podem prejudicar ou piorar a doença de base;
- Avaliar a necessidade de encaminhamento para acompanhamento com a equipe multidisciplinar do NASF e orientação para participação em grupos de promoção da saúde.

3 Revisão da Literatura

HIPERTENSÃO E DIABETES: DEFINIÇÕES

HIPERTENSÃO ARTERIAL (HA): De acordo com a 7^a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (MVB et al., 2016), a HA é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou ≥ 90 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco, como dislipidemia, tabagismo, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melitos (DM).

DIABETES MELLITUS (DM): Conforme definição da Sociedade Brasileira de Metabologia e Endocrinologia (SBME et al., 2007), o Diabetes é uma doença caracterizada pela elevação da glicose no sangue (hiperglicemia). Pode ocorrer devido a defeitos na secreção ou na ação do hormônio insulina, que é produzido no pâncreas, pelas chamadas células beta. A função principal da insulina é promover a entrada de glicose para as células do organismo de forma que ela possa ser aproveitada para as diversas atividades celulares. A falta da insulina ou um defeito na sua ação resulta, portanto em acúmulo de glicose no sangue, o que chamamos de hiperglicemia.

DM e HA são considerados dois importantes problemas de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, insuficiência renal crônica, elevados índices de internações e alto custo para o sistema SUS. São duas doenças crônicas de difícil controle e adesão aos tratamentos disponíveis, necessitando de estratégias eficazes, contínuas e com envolvimento de equipe multidisciplinar treinada no manejo adequado para se obter bons resultados (FERREIRA; FERREIRA, 2009).

ESTRATÉGIAS DE CONTROLE E ADESÃO AO TRATAMENTO

Devido à natureza crônica e à severidade das complicações, o tratamento dessas doenças não inclui apenas intervenção medicamentosa, mas, sobretudo, modificação do estilo de vida, a prática regular de atividade física, abandono do tabaco e do álcool e controle do peso. A Organização Mundial da Saúde (VIGITEL, 2020) enfatiza a adoção de hábitos alimentares saudáveis (maior consumo de frutas e hortaliças e menor consumo de sódio, açúcares e gorduras saturadas), como um importante meio de controlar essas doenças e suas complicações secundárias à saúde.

Na Unidade Básica de Saúde Bairro Pippi (UBS Pippi), encontra-se dificuldades relacionada à falta de informação, dificultando o diagnóstico, o manejo clínico e o controle adequado do DM e HA. No contexto atual não temos informação de qual é nossa população alvo, prevalência de DM e HA. A facilidade na renovação de receitas, sem a necessidade de consultas e a ausência de um cronograma de agendamentos de consultas para melhor controle dos agravos e comorbidades associadas a estas duas doenças, aumenta o índice

de complicações, internações e custos elevados para a rede pública.

O Ministério da Saúde (FRANCISCO et al., 2018), traçou o perfil do brasileiro em relação às doenças crônicas mais incidentes no país: 7,4% tem diabetes, 24,5% tem hipertensão e 20,3% estão obesos(VIGITEL, 2020).

Esta pesquisa mostrou que, no período entre 2006 e 2019, a prevalência de diabetes passou de 5,5% para 7,4% e a hipertensão arterial subiu de 22,6% para 24,5%. Em relação à diabetes, o perfil de maior prevalência está entre mulheres e pessoas adultas com 65 anos ou mais. O mesmo perfil se aplica a hipertensão arterial, chegando a acometer 59,3% dos adultos com 65 anos ou mais, sendo 55,5% dos homens e 61,6% das mulheres.

AÇÕES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Medidas de prevenção reduzem significativamente a morbimortalidade por DM e HAS, por isso constituem prioridades para a saúde pública no mundo. Segundo o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Diabetes(SBD, 2020), a prevenção pode ser realizada mediante a identificação de indivíduos em risco (prevenção primária), identificação de casos não diagnosticados e pelo tratamento dos indivíduos já afetados pela doença, visando a prevenir complicações agudas e crônicas. Na prevenção primária enfatizamos a proteção dos indivíduos suscetíveis de desenvolver HA e DM e o impacto em reduzir ou retardar tanto a necessidade de atenção à saúde quanto à de tratar as complicações da doença.(SBME et al., 2007)

A prevenção primária protege indivíduos suscetíveis de desenvolver o HAS e DM e tem impacto por reduzir ou retardar tanto a necessidade de atenção à saúde quanto a de tratar as complicações da doença. Na rede pública de saúde, cerca de 80% dos casos de DM2 podem ser atendidos predominantemente nos serviços de atenção básica, enquanto os casos de diabetes tipo 1 (DM1) requerem maior participação de especialistas (atenção secundária ou terciária), em virtude da complexidade de seu acompanhamento.

No programa HIPERDIA, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, tem como objetivo principal, dentre outros, o de permitir o monitoramento dos pacientes atendidos e cadastrados na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS) e gerar informações para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos, de maneira sistemática, a estes pacientes.

Ações para formular estratégias para a melhoria da atenção à saúde de usuários portadores de HA e DM na UBS Pippi, em Santo Ângelo, no Estado do Rio Grande do Sul – Brasil, por meio de um plano intervenção em Atenção Primária à Saúde de acordo com as normas do Ministério da Saúde, representa uma excelente estratégia. Apesar disso, destaca-se as limitações, como a presença de equipes incompletas; oa falta de registros da população total da área de abrangência e do número usuários com DM e HA; a falta de monitoramento da população-alvo, dos prontuários ou cadastramento na UBS, além do seguimento irregular com a equipe de saúde, surgindo a necessidade de aumentar a cobertura e qualidade da atenção a este grupo da população.

4 Metodologia

O projeto de intervenção será realizado para auxiliar na melhoria da adesão e acompanhamento do tratamento dos pacientes diabéticos e hipertensos na Unidade Básica de Saúde do bairro Pippi, Centro Social Urbano (CSU), localizado em Santo Ângelo, Rio Grande do Sul, no segundo semestre de 2020.

Inicialmente será realizada a identificação dos diabéticos e dos hipertensos por meio de levantamento dos registros em prontuário eletrônico pelo CID10 (E11/ I10). Este processo representa uma avaliação da problemática situacional da Unidade, identificando a realidade local, as dificuldades dos serviços e dos usuários em estudo.

A UBS bairro Pippi realiza diariamente o acompanhamento, controle e prevenção de Diabetes e Hipertensão Arterial mediante consultas agendadas e de livre demanda, bem como reuniões com grupos pequenos dos respectivos usuários para esclarecimentos quanto a dieta, medicamentos, hábitos saudáveis, atividades física e mental. Estas reuniões são agendadas quinzenalmente e por meio de notificação ao usuário e familiares. Quadro 2.

Quadro 2: Esquema desenvolvidas na UBS bairro Pippi para o controle e prevenção de DM e hipertensão.

As propostas do projeto de intervenção englobam capacitação da equipe do CSU para acolhimento, orientação e monitoramento dos usuários identificados com as comorbidades de interesse. Assim, será possível levantar as principais complicações observadas nos usuários e traçar estratégias para prevenção e redução de danos. Serão realizadas ações de busca ativa a estes usuários e para aumentar a cobertura de atendimento a estes usuários,

AÇÕES	ATIVIDADES	FREQUENCIA
CONSULTAS DM/HAS	120 / MES	30 /SEMANA
REUNIÕES MULTIDISCIPLINARES	GRUPOS DM/HAS	2 PALESTRAS /MES
EXAMES LABORAT. E AUXILIARES NO DIAGNOSTICO E CONTROLE		SEMESTRAL OU CONFORME A NECESSIDADE
CONSULTA NUTRICIONISTA (apoio do serviço do Posto 22 de Março)		TRIMESTRAL OU CONFORME A NECESSIDADE
CONSULTA OFTALMOLOGICA		ANUAL
AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA (Apoio do serviço do Posto 22 de Março)		CONFORME NECESSIDADE

serão realizadas ações de rotina no momento da renovação das receitas com avaliação dos usuários pela equipe, com levantamento de fatores de risco (tabagismo, alcoolismo e dieta inadequada) e controle de queixas.

A equipe também será treinada para avaliar a necessidade de acompanhamento pela equipe multidisciplinar do NASF, além de propor grupos de promoção da saúde e convite aos usuários para participarem destas ações.

5 Resultados Esperados

A atualização dos registros dos prontuários eletrônicos do CSU Bairro Pippi em relação aos usuários Diabéticos e Hipertensos auxiliará no planejamento de ações a estes usuários e desta forma contribuir para o monitoramento, redução de danos e de complicações advindas do convívio com estas comorbidades. Além do treinamento da equipe para identificação de potenciais usuários a serem monitorados, tanto nas consultas de rotina, quanto no acolhimento (livre demanda) e durante renovação de receitas. A manutenção e a criação de novos grupos de promoção da saúde para auxiliar usuários quanto a dieta, medicamentos, hábitos saudáveis, atividades física e mental. Estes grupos serão essenciais para os usuários e seus familiares.

Referências

- FERREIRA, C. L. R. A.; FERREIRA, M. G. *Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde: análise a partir do sistema HiperDia*: Arquivos brasileiros de endocrinologia metabologia. 2009. Arq Bras Endocrinol Metab [online]. 2009, vol.53, n.1, pp.80-86. ISSN 1677-9487. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0004-27302009000100012>> Acesso em: 01 Jul. 2020. Citado na página 13.
- FRANCISCO, P. M. S. B. et al. Prevalencia simultanea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros. *Ciencias e Saude Coletiva*, v. 23, n. 11, p. 3829–3840, 2018. Citado na página 14.
- MVB, M. et al. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*: 7 diretriz brasileira de cardiologia. 2016. Disponível em: <<https://www.cardiol.br>>. Acesso em: 01 Jul. 2020. Citado na página 13.
- SBD. *Sociedade Brasileira de Diabetes*. 2020. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/publico/>>. Acesso em: 08 Ago. 2020. Citado na página 14.
- SBME et al. *SOCIEDADE BRASILEIRA DE METABOLOGIA E ENDOCRINOLOGIA*: O que É diabetes. 2007. Disponível em: <<https://www.endocrino.org.br/o-que-e-diabetes/>>. Acesso em: 01 Jul. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.
- VIGITEL. *Diabetes, hipertensão e obesidade avançam entre os brasileiros*. 2020. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46792-diabetes-hipertensao-e-obesidade-avancam-entre-os-brasileiros-2>>. Acesso em: 01 Jul. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.