

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

LUCIANA TEDGUE BARRETO

**RENOVAÇÃO DAS PRESCRIÇÕES DE PORTADORES DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA E/OU DIABETES MELLITUS TIPO 2 EM CUIDADO
CONTINUADO NA UBS NO MUNICÍPIO SÃO SEBASTIÃO DO PASSÉ - BA**

São Luís

2017

LUCIANA TEDGUE BARRETO

**RENOVAÇÃO DAS PRESCRIÇÕES DE PORTADORES DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA E/OU DIABETES MELLITUS TIPO 2 EM CUIDADO
CONTINUADO NA UBS NO MUNICÍPIO SÃO SEBASTIÃO DO PASSÉ - BA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Universidade Federal do
Maranhão/UNASUS, para obtenção do título de
Especialista em Atenção Básica em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Maria Lúcia Holanda Lopes

São Luís

2017

Barreto, Luciana Tedgue

Renovação das prescrições de portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus tipo 2 em cuidado continuado na UBS em São Sebastião do Passé - BA/Luciana Tedgue Barreto. – São Luís, 2017.

14 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde) - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde - PROGRAMA MAIS MÉDICOS, Universidade Federal do Maranhão, UNASUS, 2017.

1. Hipertensão. 2. Diabetes Mellitus. 3. Atenção Primária à Saúde. I. Título.

CDU 616-036

LUCIANA TEDGUE BARRETO

**RENOVAÇÃO DAS PRESCRIÇÕES DE PORTADORES DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA E/OU DIABETES MELLITUS TIPO 2 EM CUIDADO
CONTINUADO NA UBS NO MUNICÍPIO SÃO SEBASTIÃO DO PASSÉ - BA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Atenção
Básica em Saúde da Universidade Federal do
Maranhão/UNASUS, para obtenção do título de
Especialista em Atenção Básica em Saúde.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Maria Lucia Holanda Lopes (Orientadora)

Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

2º MEMBRO

3º MEMBRO

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus são doenças crônicas de alta prevalência e difícil controle e que constituem importantes fatores de risco para doença cardiovascular. Observa-se baixa taxa de controle e má adesão ao tratamento pelos usuários pela natureza crônica e assintomática dessas doenças em nosso meio. A obtenção de medicações para seu controle na rede SUS exige prescrição dentro da validade definida em cada região. Este plano tem como objetivo implantar atividade de intervenção para renovar prescrições das medicações anti-hipertensivas e antidiabéticas de uso contínuo para mantê-las atualizadas, permitindo obtenção das medicações e incentivando a adesão ao tratamento e controle.

Palavras-chave: Doença crônica. Hipertensão. Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension and diabetes mellitus are high prevalence, hard to control chronic diseases and are important risk factors for cardiovascular disease. Their low rate of control and poor adherence to treatment by users in our country due to the chronic and asymptomatic nature of these diseases. Obtaining medications for its control in the SUS network requires prescription within the validity defined in each region. This plan aims to implant intervention activity to renew prescriptions of antihypertensive and antidiabetic medications of continuous use to keep them up to date, allowing medications to be obtained and encouraging compliance with treatment and control.

Keywords: Chronic Disease. Hypertension. Diabetes Mellitus.

SUMÁRIO

1	IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO.....	06
1.1	Título.....	06
1.2	Equipe Executora.....	06
2	INTRODUÇÃO.....	06
3	JUSTIFICATIVA.....	09
4	OBJETIVOS.....	09
4.1	Geral.....	09
4.2	Específicos.....	10
5	METAS.....	10
6	METODOLOGIA	10
7	CRONOGRAMA DE ATIVIDADES.....	12
8	IMPACTOS ESPERADOS.....	12
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	13
	REFERÊNCIAS.....	14

1 IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

1.1 Título

Renovação das prescrições de portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus tipo 2 em cuidado continuado na UBS no Município São Sebastião do Passé – BA.

1.2 Equipe Executora

- Luciana Tedgue Barreto
- Maria Lúcia Holanda Lopes

2 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica é o aumento sustentado dos níveis pressóricos médios da pressão arterial. Apresenta uma prevalência estimada de mais de 30% na população adulta brasileira (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010; CESARINO et al., 2008; ROSÁRIO et al., 2009). Sua natureza assintomática é responsável pelo diagnóstico tardio dessa doença, geralmente quando já há algum prejuízo em órgãos-alvo, bem como pela má adesão aos tratamentos medicamentoso e não medicamentoso (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010).

A HAS é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis para doença cardiovascular, a principal causa de morte no Brasil, sendo, portanto, um dos mais importantes problemas de saúde pública do país. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial de forma linear e independente. No Brasil, as taxas de controle são consideradas baixas (ROSÁRIO et al., 2009). No entanto, um dado interessante mostrou que, apesar de baixas taxas de controle, o Brasil apresentou taxas superiores comparado a outros 35 países (PEREIRA et al., 2009), em particular em municípios do interior com ampla cobertura do Programa de Saúde da Família (ROSÁRIO et al., 2009).

O diabetes mellitus tipo 2, doença do metabolismo intermediário, caracterizada pela hiperglicemia crônica, é responsável por uma prevalência que varia entre 7,5 a 15% em estudos brasileiros e que vem aumentando significativamente em todo o mundo nos últimos anos, em grande parte por sua associação com obesidade e sedentarismo (Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2016).

O controle dos níveis glicêmicos médios é essencial para o tratamento do DM e prevenção das complicações agudas (cetoacidose diabética e estado hiperglicêmico hiperosmolar) e crônicas (nefropatia, retinopatia, neuropatia diabéticas e doença aterosclerótica), sendo capaz de reduzir mortalidade e promover qualidade de vida. No DM2 em uso de insulina, recomenda-se, como controle, monitorização da glicemia capilar três ou mais vezes ao dia e a verificação da hemoglobina glicada, marcador confiável para avaliação do controle e reflete a glicemia média pregressa dos últimos 4 meses.

Aceita-se que, no Brasil, esteja-se vivendo uma epidemia de diabetes. A maior parcela dos indivíduos com essa condição também apresenta obesidade, hipertensão arterial e dislipidemia, e portanto, as intervenções devem abranger essas múltiplas alterações metabólicas, conjunto de medidas que minimiza o risco cardiovascular e a mortalidade (Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2016).

Verifica-se que essas doenças estão constantemente associadas por compartilharem fatores ambientais e mecanismos fisiopatológicos comuns que giram em torno da resistência insulínica, sistematizados na chamada síndrome metabólica. No Brasil, a síndrome metabólica tem prevalência de 18-30%, sendo os idosos e as mulheres os subgrupos mais acometidos. Além de níveis pressóricos e glicêmicos elevados, essa síndrome também é composta por alteração em frações dos lípides HDLc e triglicérides e pelo aumento da circunferência abdominal, que em última análise corresponde ao acúmulo de gordura visceral (SIMÃO et al., 2013; NCEP 2001).

A maior causa de mortalidade no Brasil são as doenças cardiovasculares, sendo o infarto agudo do miocárdio (IAM) a primeira entre elas. O IAM é um evento aterotrombótico decorrente principalmente da formação de placas de ateroma nas artérias coronárias. Os fatores determinantes da aterosclerose trabalham de forma sinérgica sendo a hipertensão arterial e o diabetes mellitus dois dos seus principais

fatores de risco, considerados modificáveis (SIMÃO et al., 2013). Diante do exposto, conclui-se que o controle dos níveis glicêmicos e pressóricos, bem como dos demais componentes da síndrome metabólica, são essenciais para reduzir o desfecho cardiovascular.

O programa de saúde da família é a estratégia prioritária do PNAB para a consolidação e expansão da atenção básica no país. A atenção básica, por sua vez, caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Apesar de ampla estratégia de organização do serviço através da territorialização e adscrição da clientela, a sobredemanda nas unidades básicas de saúde ainda consiste em um desafio para profissionais da saúde e gestores. Uma pesquisa brasileira realizada em 1990 que analisou a demanda de serviços de saúde comunitária em uma unidade de saúde da família em Porto Alegre durante um ano constatou que a principal razão de procura do serviço foi para renovação de receitas (9,3%). Além disso, identificou que hipertensão arterial sistêmica (8,8%) foi o diagnóstico mais frequente do estudo (RADAELLI, 1990).

A estratégia de saúde da família, como modelo da atenção básica, prioriza e valoriza o tratamento da hipertensão e do diabetes como áreas estratégicas. A educação em saúde nessa área, através do esclarecimento dos riscos dessas doenças e da prevenção das suas complicações a despeito da ausência de sintomas em suas fases iniciais, é de extrema importância para que o paciente tenha participação ativa no controle de sua doença e seja agente disseminador de informações.

O tratamento e controle da hipertensão e diabetes são valorizados e priorizados na estratégia de saúde da família por se tratarem de doenças crônicas de alta prevalência, alta morbidade, alto impacto no risco cardiovascular e qualidade de vida da população em nosso país.

A intervenção em saúde proposta nesse plano encontra subsídio nas próprias diretrizes da atenção básica, principalmente no que se refere ao estímulo à participação popular, tendo em vista que o controle das doenças crônicas depende

em grande parte da autonomia do usuário e capacidade na construção do cuidado à sua saúde, enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde e na reorientação dos serviços em modelos centrados no usuário e seu poder disseminador de informação para as pessoas do seu território (Política Nacional de Atenção Básica, 2012).

Assim, a estratégia de renovar prescrições de medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos de uso contínuo em mutirões de saúde pode ser duplamente eficaz ao reduzir a demanda por consultas com propósito único de renovação da receita bem como ao evitar que o vencimento do prazo de obtenção de medicação se torne mais um dificultador ao controle dessas doenças que já apresentam baixas taxas de controle em função de sua natureza crônica, assintomática e dependente de mudanças no estilo de vida.

A estratégia ainda gera oportunidade de receber os pacientes na unidade e realizar atividades de educação em saúde direcionadas para conscientização da importância do controle de tais doenças, da adoção de estilo de vida mais saudável, do cuidado continuado e da sua participação ativa nessas medidas.

3 JUSTIFICATIVA

A existência de um período de validade para uso de prescrições médicas para a obtenção de medicações de uso contínuo subsidiadas pelo sistema único de saúde gera uma intensa rotina de renovação de prescrições em unidades básicas de saúde já excessivamente demandadas e determinam um fator de comprometimento na aderência medicamentosa de pacientes portadores dessas doenças crônicas de cujo descontrole aumenta substancialmente o risco de eventos cardiovasculares potencialmente fatais.

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

Implantar uma rotina para renovação de receitas médicas na Unidade de Saúde da Família em São Sebastião do Passé – BA minimizando o vencimento do

prazo da prescrição, de forma que esse não seja uma causa de má adesão ao tratamento de doenças crônicas de alto impacto na saúde da população.

4.2 Específicos

- 1) Orientar os pacientes hipertensos e diabéticos sobre a importância da renovação da receita para obtenção da medicação prescrita
- 2) Instituir um prazo para renovação da receita de medicação para hipertensos e diabéticos.
- 3) Agendar consultas de acordo com a disponibilidade de dia e horários dos pacientes e profissionais.
- 4) Fazer busca ativa para os faltosos de acordo com o agendamento na UBS.
- 5) Realizar educação em saúde sobre a importância da adesão ao tratamento medicamentoso e as consequências a médio-longo prazo da má adesão e estimulá-los a serem disseminadores de informação em saúde.

5 METAS

- Manter prescrições de medicações de uso crônico para hipertensão e diabetes atualizadas em 80%.
- Reduzir a má adesão por impedimento à obtenção de medicamento por prescrição vencida em 80%.
- Reduzir em 50% a demanda diária por renovação de prescrições nas unidades.
Fazer busca ativa para os faltosos de acordo com o agendamento na UBS.
- Realizar educação em saúde para 50% dos pacientes com DM e HA.

6 METODOLOGIA

6.1 Local da intervenção

Unidade Básica de Saúde Nilson Vaz – São Sebastião do Passé - Bahia

6.2 População abordada

Os usuários aptos a participarem serão aqueles cadastrados e acompanhados com regularidade na unidade de saúde, que apresentem a última prescrição renovada há menos de 6 meses.

A seleção dos usuários se dará através de busca ativa realizada pelos agentes comunitários de saúde em suas microáreas, com quantidade de usuários pré-estabelecido por agente. Esses usuários serão organizados em grupos que deverão comparecer à unidade na data e horários pré-determinados devendo portar sua prescrição prévia, o cartão nacional do SUS e o cartão da família para que o prontuário seja localizado.

Os usuários deverão ser recepcionados e acolhidos pela equipe, que explanará as etapas da atividade:

1ª etapa: organizar os usuários por ordem de chegada, recolher seus documentos e localizar seus prontuários. Essa etapa será realizada pelos respectivos agentes comunitários;

2ª etapa: consulta na unidade com aferição será da pressão arterial, a glicemia, o peso, altura, circunferência abdominal e calculado o IMC de cada paciente. Essa etapa será realizada pelos técnicos de enfermagem;

3ª etapa: os pacientes participarão de palestra ou dinâmica dialogada sobre uma temática pertinente à proposta previamente estabelecida (alimentação saudável para hipertensos e diabéticos, importância da perda de peso e prática de exercícios físicos, uso correto das medicações e aplicação de insulina, cuidado com os pés, etc.), que poderá ser ministrada pela enfermeira, por profissional nutricionista ou educador físico do NASF;

4ª etapa: a quarta etapa deverá ocorrer em concomitância com a terceira e consiste na renovação da receita pelo médico da unidade, se constatados níveis pressóricos e glicêmicos dentro ou próximos dos alvos. Os pacientes que estiverem descompensados deverão ser encaminhados para consulta agendada para ajuste das medicações e orientações, se necessário;

5ª etapa: encerramento da atividade com a entrega das prescrições renovadas e reforço da importância de manter o cuidado continuado;

A resolubilidade dessa intervenção será avaliada com a opinião dos usuários através da aplicação de questionário de satisfação não validado bem como através da percepção de redução da demanda de renovação de receitas na unidade,

da redução na procura por consultas médicas com o propósito de renovação da receita e do impacto do entendimento dos usuários sobre a importância dos controles pressóricos e glicêmicos para prevenção de eventos cardiovasculares.

7 CRONOGRAMA

ATIVIDADE	Mês 09/ 2017	Mês 10/ 2017	Mês 11/ 2017	Mês 12/ 2017
Reunião para compartilhamento e planejamento da ação com a equipe.	X			
Busca ativa dos usuários pelos agentes comunitários de saúde		X		
Atividade de renovação de prescrições e atividade educativa.			X	X
Consulta ao paciente na unidade.			X	X

8 IMPACTOS ESPERADOS

Redução na demanda de renovações de receitas na unidade desopressão na agenda médica, possibilitando aumentar, mesmo que discretamente, o número de consultas agendadas algumas semanas após.

Redução das dúvidas primárias quanto ao tratamento não medicamentoso das doenças, especialmente quanto à dieta, gerando a necessidade de reforçar essas as medidas nas consultas e planejar mais atividades de educação em saúde que abordem o tratamento não farmacológico da hipertensão e diabetes, primordial para melhorar a adesão ao tratamento e controle consequência a longo prazo dessas doenças.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O planejamento, realização e avaliação da intervenção permitirá extrair algumas conclusões de natureza subjetiva. A mais evidente delas refere-se à importância da valorização de atividades coletivas, já bem estabelecida principalmente para as atividades de natureza educativa, em que é possível sensibilizar todo um público-alvo no mesmo intervalo de tempo em que sensibilizar-se-ia apenas um usuário, como durante uma consulta, otimizando o tempo e aumentando a propagação da informação. Esse conceito também se aplicou para o que se propôs esse trabalho: coletivizar a renovação de prescrições de uso contínuo, a verificação do controle das doenças e das informações em saúde.

A atividade consistirá também em uma proposta para manter prescrições de medicações de uso crônico para hipertensão e diabetes atualizadas. É possível que a manutenção dessa atividade determine o alcance desse objetivo.

REFERÊNCIAS

ADOLFO, M. et. al. Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes (2015-2016). Organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica, 2012.

CESARINO, C.B; CIPULLO, J.P; MARTIN, J.F.V; CIORLIA, L.A; GODOY, M.R.P; CORDEIRO, J.A; RODRIGUES, I.C. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. *Arq Bras Card* 2008; 91(1): 31–35.

NATIONAL CHOLESTEROL EDUCATION PROGRAM (NCEP). Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA*, 285 (2001): 2486–2497.

PEREIRA, M.; LUNET, N.; AZEVEDO, A.; BARROS, H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. *J Hypertension* 2009; 27(5): 963–975.

RADAELLI, S.M.; TAKEDA, S.M.P.; GIMENO, L.I.D.; WAGNER, M.B.; KANTER, F.J.; MELLO, V.M. et al. Demanda de serviço de saúde comunitária na periferia de área metropolitana. *Rev Saúde Públ.* 1990; 20 (3): 232-40.

ROSÁRIO, T.M; SCALA L.C.N.S; FRANÇA. G.V.A; PEREIRA, M.R.G; JARDIM, P.C.B.V. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. *Arq Bras Card* 2009; 93(6): 672–678.

SIMÃO, A.F; PRECOMA, D.B; ANDRADE, J.P; CORREA FILHO H, SARAIVA JFK, OLIVEIRA GMM et al. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. *Arq. Bras. Cardiol.* 2013; 101(6 supl. 2): 1-63.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(1 supl.1): 1-51.