



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

José Francisco Vieira Lins

Cuidado à saúde aos usuários acometidos por diabetes e hipertensão arterial sistêmica na Unidade Básica de Saúde Vila Carli, Guarapuava, Paraná

Florianópolis, Março de 2018

José Francisco Vieira Lins

Cuidado à saúde aos usuários acometidos por diabetes e hipertensão arterial sistêmica na Unidade Básica de Saúde Vila Carli, Guarapuava, Paraná

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

Orientador: Fernando Hellmann
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018

José Francisco Vieira Lins

Cuidado à saúde aos usuários acometidos por diabetes e hipertensão arterial sistêmica na Unidade Básica de Saúde Vila Carli, Guarapuava, Paraná

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 Büchele
Coordenadora do Curso

Fernando Hellmann
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018

Resumo

Partindo das vivências na Estratégia Saúde da Família, observa-se a prevalência de Diabetes e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) entre os usuários da Atenção Básica no Brasil, em geral e na Unidade Básica Vila Carli, na cidade Guarapuava/Paraná, em particular. Neste sentido, o plano aqui proposto é uma atuação multiprofissional para abordar o cuidado à saúde dos usuários acometidos das doenças mais prevalentes na área de abrangência da ESF em questão. **OBJETIVO:** Construir e implementar, juntamente com uma Equipe de Saúde da Família da Vila Carli, um plano de ações para elevar o nível de conhecimento sobre Diabetes e Hipertensão Arterial Sistêmica entre os usuários com vista ao enfrentamento da doença. **METODOLOGIA:** A intervenção será realizado com os usuários portadores de diabetes e hipertensão arterial da área de saúde do município de Guarapuava/PR. O projeto será iniciado no mês de Agosto de 2017 e encerrado em outubro de 2017. Serão convidadas 60 pessoas para participarem do projeto, se as mesmas aceitarem a participar serão divididas em dois grupos os quais receberão as mesmas informações, pautados em troca de saberes identificados a parit das necessidades dos usuários. Temas como alimentação saudável, exercícios físicos e manejo em Diabetes e HAS serão pautados. **RESULTADOS ESPERADOS:** Ao final dessa posposta de interação comunitária espera-se que os usuários acometidos com Diabetes e HAS tenham um melhor controle dos níveis glicêmicos e/ou pressóricos, aumentem a adesão ao tratamento e ampliem os hábitos saudáveis.

Palavras-chave: Hipertensão, Diabetes, Projeto de intervenção

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	17
5	RESULTADOS ESPERADOS	19
	REFERÊNCIAS	21

1 Introdução

Guarapuava é a segunda cidade em território do Estado do Paraná (PR) e a nona em número de habitantes, estimados em 179.256 em 2016. O povoamento de Guarapuava foi o resultado de um processo histórico iniciado no século XVII. Muitas famílias, sobretudo eslavas, vieram diretamente da Europa para Guarapuava no início do século XX, embora a grande maioria veio da região dos municípios paranaenses de Irati, Prudentópolis e Virmonde (GUARAPUAVA, 2017)(WIKIPEDIA, 2017)(IBGE, 2017).

A economia é variada, mas, como outras cidades do mesmo porte no Paraná, é baseada na agroindústria. A agropecuária representa aproximadamente 18% do produto interno bruto do município. O município tem forte participação na produção agrícola do estado. O setor de serviços incorpora cerca de 47% do PIB de Guarapuava, figurando como o principal pilar da economia do município, e a atividade industrial, outro importante setor, com cerca de 35% (IBGE, 2017).

Um dos bairros mais tradicionais do município é a Vila Carli. Nesta localidade, a Unidade Básica de Saúde consta com mais de 11.000 pessoas cadastradas, muitas das quais são descendentes de ucranianos, sendo a maioria de baixa a média renda. Encontramos na Vila Carli escolas, creches, supermercados, farmácias, igrejas católica e evangélica, praças, academia, ginásio de esportes e a unidade de saúde em que me encontro, que conta com 2 clínicos gerais, 1 enfermeira, 3 auxiliares de enfermagem e 7 agentes comunitários, além do NASF conformado por ginecologista, homeopata, pediatra, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta e educador físico. Existem líderes comunitários, no entanto não guardam nenhuma relação com a Unidade de Saúde da Vila Carli, já que preferem tratar diretamente com os gestores do município.

A escolaridade das pessoas maiores de 60 anos na Vila Carli é em sua maioria até o primário e das crianças a maioria estudando. Existe sistema de esgoto, água potável e luz em quase sua totalidade do território. Em uma minoria as casas são de madeira, em mal estado, ainda assim contando com saneamento básico. O que me pareceu importante mencionar é o crescente número de adolescentes viciadas em drogas, principalmente maconha e adultos maiores etilistas crônicos e fumantes, que desenvolveram doenças graves relacionadas aos seus hábitos.

Grande parte da população desta área é economicamente ativa, com predomínio do sexo feminino em todas as faixas etárias. Quanto às doenças mais prevalentes, podemos citar a Diabetes e Hipertensão, sendo até Outubro de 2016 99 e 377 pessoas registradas nessa unidade, respectivamente. Não temos nenhum caso de Hanseníase ou Tuberculose atualmente na UBS Vila Carli. Realizamos busca ativa, através dos Agentes Comunitários de Saúde ou em caso de suspeita no consultório, como os sintomáticos respiratórios, acompanhamento semestral das doenças crônicas citadas acima e reuniões em grupo se-

manais.

Na Vila Carli, a procura pelo serviço de saúde se deve principalmente ao acompanhamento das doenças crônicas como a Hipertensão, Diabetes, Pré-natal, Dor Lombar, DPOC, no entanto, o registro consolidado pelo sistema de registro na Atenção Básica no mês de Outubro de 2016, conforme as principais motivos de busca por consulta foram: Hipertensão 80 consultas (31%); Diabetes 35 consultas (14%); Pré-natal 24 consultas (10%); além de outros 116 consultas (32%).

Os controles da saúde materno-infantil são feitos através das puericulturas e pré-natais, não havendo casos registrados de mortalidade materno-infantil neste ano de 2016 e 2017, na área de abrangência desta unidade de saúde.

Como observado, o território da saúde da Vila Carli, em Guarapuava, tem alta prevalência de Diabetes, Hipertensão e Dores crônicas. Contamos com o Núcleo de Apoio em Saúde da Família (NASF), atuando na mesma UBS, no entanto, além de nossa área que já conta com mais de 11000 usuários cadastrados, ainda prestam serviços à outras áreas.

Além de ter sido observado o maior número de consultas por conta do Diabetes e Hipertensão, os problemas a serem tratados neste projeto de intervenção foram categorizados a partir de alguns critérios:

Segundo a natureza: problemas atuais – são os identificados no presente. Exigem solução imediata.

Segundo a posição na organização; Problemas terminais – referentes às necessidades e às demandas de saúde e doença da população.

Segundo a governabilidade: Problemas de baixo controle – necessitam de estratégias de convencimento de outros atores para potencializar a atuação sobre os mesmos.

Segundo a Complexidade: Problemas quase-estruturados – são mais complexos, geralmente têm muitas causas (multicausais), nem sempre fáceis de serem identificadas, e nem sempre tem propostas consensuais para sua solução.

Após análise, em equipe, observou-se que os problemas alusivos ao aumento das consultas derivadas da falta de manejo adequado frente ao Diabetes e Hipertensão podem estar relacionados ao: Desconhecimento das doenças; Falta de participação da população no planejamento; Alta demanda no consultório; Pouca interação (feedback) entre os profissionais da Unidade de Saúde.

Frente a este levantamento, observou-se que poderia ser resolvido ou melhorado a partir de: Educação da população, orientando sobre prevenção, controle e tratamento; Criar mecanismos de participação da população (enquetes ou reuniões); Reuniões e/ou atividades em grupo com todos os envolvidos; Usar as reuniões semanais para tratar com atenção especial o Planejamento.

No momento, a magnitude do problema foi pensado também de acordo com a prevalência de 1,10% de diabéticos e 4,21% de hipertensos, na região da Vila Carli, ressaltando que esses são os casos registrados no sistema, o que infelizmente não traduz a realidade.

A transcendência também foi usada, já que foi o motivo de escolha das doenças tratadas aqui, levando em conta o interesse da população. A vulnerabilidade, foi de grande importância na escolha deste tema, já que a necessidade de organização e busca de apoio entre todos os profissionais envolvidos e a população é um grande obstáculo. Quanto aos custos, a ideia atual é usar apenas os meios que dispomos.

Tendo em vista as especificações vista aqui, pensou-se em objetivos para que uma intervenção pautada em interação social pudesse colaborar com o enfrentamento do diabetes e hipertensão arterial sistêmica (HAS) na UBS Vila Carli.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

- Construir e implementar, juntamente com uma Equipe de Saúde da Família da Vila Carli, um plano de ações para elevar o nível de conhecimento sobre Diabetes e Hipertensão Arterial Sistêmica entre os usuários com vista ao enfrentamento da doença.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a população de idosos atendidos no Centro de Saúde da Vila Carli;
- Identificar as necessidades de aprendizagem entre a população;
- Promover educação para a saúde aos usuários idosos hipertensos e diabéticos a partir de suas necessidades.

3 Revisão da Literatura

DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL

O termo “diabetes mellitus” (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina [BRASIL et al. \(2013\)](#)

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais ([BRANDÃO et al., 2010](#))

A HAS e DM são um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. A prevalência de diabetes mellitus e hipertensão arterial calculada no período de outubro/2016 na ESF Vila Carli foi de 1,10% e 4,21% respectivamente. No momento da coleta dos dados os usuários cadastrados somavam quase 9.000, atualmente temos cadastrados 15.000 usuários. Calculando com os valores atuais teremos quase 150 pacientes com DM e quase 600 pacientes com HAS em apenas uma unidade de saúde, muitos dos quais desconhecem a doença ou não querem realizar um controle adequado por diversos motivos, aumentando progressivamente o número de pacientes atendidos em toda a rede de saúde devido às complicações destas doenças.

Frente à crise vivida no setor saúde, o Ministério da Saúde, em 1994, implantou o Programa Saúde da Família (PSF), com o objetivo de proceder à reorganização da prática assistencial a partir da atenção básica, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças. Assim sendo, o PSF pretende promover a saúde através de ações básicas que possibilitam a incorporação de ações programáticas de forma mais abrangente. A dinâmica proposta pelo PSF, centrada na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, permite a identificação mais acurada e um melhor acompanhamento dos indivíduos diabéticos e hipertensos ([SAÚDE et al., 2000](#))

É estimado que a DM no Brasil passe da 8^a posição, com prevalência de 4,6%, em 2000, para a 6^a posição, 11,3%, em 2030 ([BRASIL et al., 2013](#)). Quanto a prevalência da HAS 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 ([BRANDÃO et al., 2010](#)). Nas últimas décadas, houve uma importante mudança no perfil da mortalidade da população brasileira, com aumento dos óbitos causados por doenças crônico-degenerativas e causas externas. As doenças cardiovasculares são as causas mais comuns de morbidade e mortalidade em todo o mundo e, entre os fatores de risco para

doença cardiovascular, encontram-se o diabetes mellitus e a hipertensão arterial, fatores independentes e sinérgicos. As complicações agudas e crônicas do diabetes e hipertensão causam alta morbimortalidade, acarretando altos custos para os sistemas de saúde. Além da HAS ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca (BRANDÃO et al., 2010). A mortalidade por complicações agudas do diabetes no Brasil em 2010 foi de 2,45 óbitos por 100 mil habitantes, representando 6,8% do total dos óbitos com menção de diabetes. Entre as causas de complicações agudas fatais do diabetes estão as infecções respiratórias, o infarto do miocárdio e o acidente vascular cerebral (KLAFKE, 2014)

Em um estudo brasileiro com delineamento transversal, de base populacional, por meio de inquérito domiciliar, com processo de amostragem aleatória por conglomerados percebemos que a idade, IMC e Circunferência da Cintura mantiveram correlação positiva com a HA, enquanto o sexo feminino representou fatores de proteção (JARDIM, 2006). Por outro lado, um estudo brasileiro transversal de base populacional que envolveu 872 idosos, relataram que os diabéticos tinham 1 ou 2 doenças crônicas quase duas vezes mais em relação aos não diabéticos. A prevalência de reconhecidos fatores de risco para doenças crônicas pode explicar esse resultado como tabagismo, o consumo excessivo de álcool, a hipertensão não controlada, o sedentarismo, os maus hábitos alimentares, a obesidade, e o próprio diabetes, todos estes fatores modificáveis e que somados podem ser ainda mais agravantes (MENDES et al., 2006)

Entende-se que ambos os problemas são muito comuns, sendo facilmente diagnosticadas através da consulta médica na atenção primária, percebendo-se a necessidade da consulta periódica dos adultos, seja para prevenção, diagnóstico precoce monitorização ou controle da glicemia e hipertensão. Dessa maneira poderíamos contornar a realidade atual, em que o paciente já chega na primeira consulta com sinais de estágio avançado da doença.

4 Metodologia

A intervenção será realizado com os usuários do SUS, portadores de hipertensão arterial sistêmica, do município de Guarapuava/PR. O projeto foi iniciado no mês de Agosto de 2017 e será encerrado em outubro de 2017. Serão convidadas 60 pessoas para participarem do projeto, se as mesmas aceitarem a participar, estas serão divididas em dois grupos. A sala para realizar os trabalho deverá ser de boa qualidade, com banheiros e bebedouros disponíveis, e ocorrerá nas dependências da Unidade Básica de Saúde da Vila Carli. Iniciaremos o projeto observando a realidade por meio dos relatos vivenciados pelos usuários, suas experiências pessoas, expectativas e necessidades. Serão avaliados os prontuários individuais e os relatórios realizados pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). Nesta etapa o nosso objetivo é dar maior conhecimento aos pacientes com Diabetes e Hipertensão Arterial. Será feita uma avaliação no final de cada encontro de forma individual e no final de projeto de forma global. A proposta de intervenção será realizada através de oito encontros ao longo do ano de 2017, incluindo as reuniões nos grupos do HIPERDIA, consultas médicas de acompanhamento do cuidado, visitas domiciliares, atividades educativas sobre nutrição, atividade física, lazer e cuidados gerais. Os encontros serão realizados uma vez ao mês, no período da tarde, com horário definido para cada grupo. Os encontros serão pensados em conjunto com a Equipe de Saúde da Família e apoiados pelos profissionais do NASF do município. Serão criados encontros que abordem educação em saúde aos usuários com Diabetes e Hipertensão Arterial Sistêmica. No primeiro encontro será realizada uma roda de conversa com os participantes para identificar as principais dúvidas dos mesmos. Os encontros seguintes serão propostos com base nas necessidades encontradas no primeiro encontro. Troca de saberes sobre alimentação, atividade física serão realizados. Paralelamente serão realizadas consultas individuais com os usuários participantes, com o objetivo de aumentar a adesão ao tratamento da Diabetes e Hipertensão Arterial Sistêmica. As consultas serão agendadas mensalmente, com aferição da Pressão Arterial (PA), avaliação antropométrica, avaliação nutricional, pesagem dos pacientes, avaliação da adesão correta ao tratamento farmacológico e não farmacológico, e da situação de saúde geral do paciente. Outra estratégia ocorrerá nas nas visitas domiciliares. Nesta faremos contato com os familiares, visando obter o apoio da família para melhor adesão ao tratamento. Serão feitas pelo menos duas atividades de lazer, um no início do projeto e uma ao termino do projeto. Serão feitas também abordagens quanto a reeducação alimentar, alimentos saudáveis fazendo parte do cardápio diário. A enfermeira será responsável pelas atividades de cuidados gerais, aferição da PA em cada encontro e questionamento sobre atividade física. As agentes comunitárias participarão das visitas domiciliares, acompanhando mais de perto os pacientes com mais dificuldade na adesão ao tratamento farmacológico e também das atividades em grupo. Ao longo dos encontros

buscaremos soluções para enfrentar os principais problemas relacionados ao mau controle glicêmico e/ou pressórico, e encerraremos com o relato dos participantes, ressaltando os novos conhecimentos, suas aplicações na vida diária e a melhora na qualidade de vida, orientando e reforçando a importância do trabalho integral entre paciente, comunidade e equipe de saúde.

5 Resultados Esperados

Ao final dessa posposta de interação comunitária, espera-se que os usuários acometidos com Diabetes e HAS tenham um melhor controle dos níveis glicêmicos e/ou pressóricos, aumentem a adesão ao tratamento e ampliem os hábitos saudáveis. O trabalho a ser desenvolvido pauta-se em outra intervenção semelhante já ocorrida em 2016, ao longo do Curso, em que foram realizadas reuniões mensais com palestras para a população diabética e hipertensa adstrita à ESF. Os temas abordados nas palestras foram: Conceito de Diabetes e HAS, Fatores de Riscos para Diabetes e HAS e Importância da adesão ao tratamento da Diabetes e HAS, incentivo a adesão ao tratamento farmacológico, ampliação do autocuidado. Também foram realizadas consultas individuais e visitas domiciliares. A partir da primeira versão deste projeto, espera-se maior controle da Diabetes e HAS e das suas complicações, melhorando assim a qualidade de vida dos usuários da UBS. Há também expectativa que outros usuários tomem conhecimento das consequências do mau controle glicêmico e/ou pressórico, da importância de manter o contato com a equipe de saúde, do uso correto dos hipoglicemiantes e antihipertensivos, da alimentação saudável e de praticar atividade física. Pretendemos estimular as mudanças comportamentais com o maior número de usuários, estimulando estilo de vida saudável e uma adesão correta ao tratamento farmacológico, principalmente com os pacientes que possuem maior dificuldade de adesão terapêutica. Espera-se também que as atividades em grupo sirvam como ponto de apoio para os usuários, onde possam tirar dúvidas, compartilhar experiência com suas dificuldades e conquistas, para que se sintam cada vez mais estimulados a melhorar a qualidade de vida.

Referências

- BRANDÃO, A. A. et al. Vi diretrizes brasileiras de hipertensão: Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, p. 1–51, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- BRASIL, M. D. S. do et al. *Cadernos de Atenção Básica, n. 36*: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013. Citado na página 15.
- GUARAPUAVA. *Município de Guarapuava*. 2017. Disponível em: <<http://www.guarapuava.pr.gov.br>>. Acesso em: 14 Ago. 2017. Citado na página 9.
- IBGE. *Guarapuava*. 2017. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=410940>>. Acesso em: 14 Ago. 2017. Citado na página 9.
- JARDIM, P. C. B. V. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. *Sociedade Brasileira de Cardiologia*, p. 452–457, 2006. Citado na página 16.
- KLAFKE, A. Mortalidade por complicações agudas do diabetes melito no brasil, 2006-2010. *Epidemiol. Serv. Saúde*, p. 455–462, 2014. Citado na página 16.
- MENDES, T. de A. B. et al. Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em são paulo, brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, n. 6, p. 1233–1243, 2006. Citado na página 16.
- SAÚDE, M. D. et al. *A implantação da Unidade de Saúde da Família*. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000. Citado na página 15.
- WIKIPEDIA. *Guarapuava*. 2017. Disponível em: <<https://pt.wikipedia.org/wiki/Guarapuava>>. Acesso em: 14 Ago. 2017. Citado na página 9.