



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

Daniela Pletz Orellana

Medicalização a pacientes Hipertensos e Diabéticos da Unidade Básica de Saúde (ESF) Acarai: um projeto de Intervenção

Florianópolis, Março de 2018

Daniela Pletz Orellana

Medicalização a pacientes Hipertensos e Diabéticos da Unidade
Básica de Saúde (ESF) Acarai: um projeto de Intervenção

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: Katheri Maris Zamproga
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018

Daniela Pletz Orellana

Medicalização a pacientes Hipertensos e Diabéticos da Unidade Básica de Saúde (ESF) Acarai: um projeto de Intervenção

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

Katheri Maris Zamprogna
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018

Resumo

Introdução: Hipertensão arterial (HAS) é o principal fator de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, do tipo infarto do coração, derrame cerebral, insuficiência renal com necessidade de diálise. No caso do diabetes, problemas renais, cardiovasculares e até cegueira e amputações. Por isso o controle dos pacientes com HAS e Diabetes Mellitus (DM) tem que ser uma das prioridades de atenção na unidade básica de família, enfatizando um diagnóstico precoce um adequado controle e tratamento eficaz para diminuir os eventos cardiovasculares. Assim, este trabalho busca trabalhar a partir da diminuição da alta demanda de pacientes Hipertensos e Diabéticos para renovação de receita sem consulta médica na unidade básica de saúde. **Objetivo:** Promover o maior controle de renovação de receitas contínuas a pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus que são acompanhados na Unidade Básica de Saúde (ESF) Acarai. **Metodologia:** O trabalho propõe uma estratégia de intervenção adotado pela Equipe de Saúde da Família Aracari, criando na agenda um HIPERDIA para uma abordagem mais específica, controlando o uso adequado das medicações e propiciando toda a informação para melhorar a qualidade de vida por meio de uma vida mais saudável, atividade física e uma forma correta e responsável do uso das medicações. A partir de um plano de intervenção que faça uma avaliação e seguimento das doenças com o fim de evitar complicações e redirecionar, encaminhar se for necessário para atendimento especializado. **Resultados esperados:** espera-se obter acompanhamentos adequados, evitar uso inadequado da medicação, evitar complicações e comorbidades importantes por falta de atendimento e tratamento. Além disso, espera-se obter uma melhor conscientização sobre a importância de consultas regulares para promover qualidade de vida e prevenir qualquer complicação, promovendo ações de saúde que propiciem um estilo de vida diferenciado a estes pacientes.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Diabetes Mellitus, Hipertensão

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

A Unidade Básica de Saúde (ESF) Acarai, localizada no bairro Acarai em São Francisco do Sul - SC, é formada por organizações sociais dispersas por todo o bairro. Foi criado uma associação de moradores que, atualmente, não funciona. O bairro não conta com entidades representativas, nem lideranças.

O Ensino fundamental e médio do bairro pode ser realizado em escola pública ou particular sendo ao total 4 escolas. Segundo o Censo de 2012 o bairro conta com três religiões, sendo elas Católica Apostólica Romana, Espírita e Evangélica. Os alimentos e suplementos são fornecidos por 3 mercados privados e por um Mercado Público Municipal. As atividades culturais, movimentações sociais e econômicas são através do Museu Nacional do Mar, Palácio da Praia do Motta e o Porto de São Francisco do sul. O transporte até a cidade é realizado por acessos rodoviários, ferroviários e marítimos.

Na cidade é possível encontrar residências, tais como sobrados geminados com acabamento de alto padrão, mas também casas de madeiras precárias contando com saneamento básico de fossa séptica, luz e água.

A comunidade em geral possui o ensino fundamental completo contando uma população aparentemente alfabetizada em sua maioria. A comunidade é muito receptiva, amigável. A região é tranquila, porém no limite do bairro possui uma área muito perigosa, mesmo a luz do dia, devido a venda e uso indiscriminado de drogas. Na área da saúde, contamos com apoio de um hospital como referência e dois laboratórios para exames complementares.

A população total da cidade é de 42.500 habitantes, sendo 21.182 homens e 21.338 mulheres. O bairro Acarai possui 759 homens e 806 mulheres, divididos entre 570 habitantes menores de 20 anos, 540 adultos entre 20 e 59 anos e 451 idosos maiores de 60 anos. Seu Índice de Desenvolvimento Humano é de 0,762 (dados retirados do Censo de 2010)

As cinco queixas mais comuns que levam a população a procurar a sua unidade de saúde são: queixas endócrinas nutricionais e metabólicas, queixas do aparelho circulatório, queixas do aparelho respiratório, queixas do aparelho digestivo e queixas do aparelho geniturinário.

As demandas com mais frequências (incidência e prevalência), no mês de janeiro, entre 171 atendimentos foram: 20.47% Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e 29.24% Diabetes Mellitus

Atualmente a ESF Acarai possui alta demanda de pacientes devido a quantidade de áreas abrangentes e áreas descobertas. Dentre as maiores complicações e agravos, estão doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças do aparelho respiratório, complicações metabólicas e causas externas.

A partir do supraexposto, o propósito geral deste projeto de intervenção é voltado a diminuição da alta demanda de pacientes Hipertensos e Diabéticos para renovação de receita sem consulta médica na unidade básica de saúde. O problema verificado é que a unidade básica de saúde de Acaraí de São Francisco do Sul- SC não está conseguindo atender a maioria dos pacientes hipertensos e diabéticos devido à alta demanda de população em áreas descobertas. Para atender ao objetivo e melhorar o problema citado, este trabalho buscará acrescentar mais dias de consulta específicos a pacientes hipertensos e diabéticos, bem como promover o agendamento a consultas para reavaliação medica e renovação de receitas.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças cardiovasculares e, também, é o principal motivo de consultas no posto de saúde (OPAS, 2017).

A HAS é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, sendo uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos. A HAS tem alta prevalência e possui baixas taxas de controle do uso contínuo da medicação, que em muitos casos, não possui acompanhamento médico. É considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas da saúde pública.

A diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é considerada uma das grandes epidemias mundiais do século XXI e problema de saúde pública, tanto nos países desenvolvidos como em desenvolvimento. As crescentes incidência e prevalência são atribuídas ao envelhecimento populacional e aos avanços no tratamento da doença, mas, especialmente, ao estilo de vida atual, caracterizado por inatividade física e hábitos alimentares que predispõem ao acúmulo de gordura corporal (Dra. Sandra Roberta Gouvea Ferreira) O número de brasileiros diagnosticados com diabetes cresceu 61,8% nos últimos 10 anos, passando de 5,5% da população em 2006 para 8,9% em 2016. O levantamento revela que, no Brasil, o indicador de diabetes aumenta com a idade e é quase três vezes maior entre os que têm menor escolaridade. Nas pessoas com idade entre 18 e 24 anos, por exemplo, o índice é de 0,9%. Já entre brasileiros de 35 a 44 anos, o índice é de 5,2% e, entre os com idade de 55 a 64 anos, o número chega a 19,6%. O maior registro, entretanto, é na população com 65 anos ou mais, que apresenta índice de 27,2%. Já em relação à escolaridade, os que têm até oito anos de estudo apresentam índice de diagnóstico de diabetes de 16,5%. O percentual cai para 5,9% entre os brasileiros com nove a 11 anos de estudo e para 4,6% entre os que têm 12 ou mais anos de estudo. Frequentemente a HAS e a DM2 são encontradas juntas. (LABOISSIÈRE, 2017)

A estratégia é substituir a forma de pensar e praticar saúde. Transformando o tradicional modelo sanitário brasileiro (médico, medicamentoso, curativo e individual) que tem no hospital o lócus de solução de todo e qualquer problema de saúde, em um modelo de saúde coletivo, multi e Inter profissional, centrado na família e na comunidade.

O desafio que se coloca é a transformação da atenção sanitária centrada no procedimento, em uma atenção centrada no usuário, dando maior possibilidade para se obter informação e participar junto a equipe da unidade básica.

O objetivo da unidade básica é integrar e trabalhar com uma equipe multidisciplinar e Inter profissional, centrada na família e na comunidade, evitando alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Promover o maior controle de renovação de receitas contínuas a pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus que são acompanhados na Unidade Básica de Saúde (ESF) Acarai.

2.2 Objetivos Específicos

I Identificar pacientes com HAS/DM em uso de medicamentos não prescritos.

· Acrescentar mais dias de consulta específicos para pacientes hipertensos e diabéticos.

Programar a agenda para a renovação de receitas de pacientes com DM e HAS; Elaborar ações de reeducação em saúde, promovendo a prevenção, diagnóstico precoce e tratamento da HAS/DM

3 Revisão da Literatura

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) têm se tornado objeto de preocupação global, não apenas do setor da saúde, mas de vários setores da sociedade, em função da sua magnitude e custo social (FERREIRA et al., 2014). No Brasil, por exemplo, elas respondem por aproximadamente 70% dos gastos assistenciais com a saúde. De acordo com o Ministério da Saúde, as DCNTs são caracterizadas por uma etiologia incerta, múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e por estarem associadas a deficiências e incapacidades funcionais. (SOUZA et al., 2016). Globalmente, estima-se que 18% das mortes (9,4 milhões) e 162 milhões de anos de vida perdidos foram atribuídas ao aumento da pressão arterial em 2010. Cerca de 4 em cada 10 adultos com mais de 25 anos de idade tem hipertensão, e em muitos países 1 em cada 5 pessoas tem pré-hipertensão. Metade das doenças relacionada à hipertensão ocorre em pessoas com níveis mais elevados de pressão arterial, mesmo dentro da faixa normal e esta, impacta desproporcionalmente em países de baixa e média renda. As Nações Unidas concordaram com o objetivo de reduzir a hipertensão em 25% e o sódio na dieta em 30% até 2025.

A Liga Mundial da Hipertensão trabalha com organizações nacionais, governamentais e parceiros não governamentais para ajudar a alcançar os objetivos das Nações Unidas. Esta comorbidade é definida como pressão sistólica consistentemente maior que 140 mmHg ou pressão diastólica consistentemente igual ou maior que 90 mmHg. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo são hipertensas, o que pode ocasionar ataques cardíacos e derrames (acidente vascular cerebral). (OPAS, 2017) Segundo a Organização Mundial de Saúde – as condições crônicas são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. O crescimento é tão vertiginoso que, no ano 2020, 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento devem advir de problemas crônicos. (OMS, 2003) Dentro os fatores de risco no Brasil: os níveis de atividade física no lazer na população adulta são baixos (15%) e apenas 18,2% consomem cinco porções de frutas e hortaliças em cinco ou mais dias por semana. 34% consomem alimentos com elevado teor de gordura e 28% consomem refrigerantes cinco ou mais dias por semana, o que contribui para o aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade, que atingem 48% e 14% dos adultos, respectivamente. (BRASIL, 2011) As medidas não farmacológicas para a prevenção de HAS definiram que em 2006 fosse aprovada a Política Nacional de Promoção da Saúde que prioriza ações de alimentação saudável, atividade física, prevenção ao uso do tabaco e álcool, inclusive com transferência de recursos a estados e municípios para a implantação dessas ações de uma forma intersetorial e integrada. E anos depois, com ajuda e implantação dos medicamentos ao tratamento, em março de 2011, o programa Farmácia Popular passou a ofertar medicamentos gratui-

tos para hipertensão e diabetes em mais de 17.500 farmácias privadas credenciadas. Essa medida ampliou o acesso e foram atendidos, até julho de 2011, 2,1 milhões de hipertensos e 788 mil diabéticos, representando um aumento de 194%, comparado com janeiro do mesmo ano. ([BRASIL, 2011](#))

4 Metodologia

A partir do problema selecionado para este projeto de intervenção, o objetivo será identificar pacientes com HAS/DM em uso de medicamentos não prescritos. A população a ser avaliada será composta de homens e mulheres entre 35 e 65 anos. Captando durante as consultas de rotina pacientes com HAS/DM que fazem uso de medicação e que não tenham registrado em seu prontuário o diagnóstico e a medicação que utilizam. De maneira conjunta, será implementado a "Cartilha do Hipertenso/Diabético". Em que cada paciente deverá ter registrado ao menos quatro controles de aferição de pressão e glicemia, para que seja efetuada a renovação da receita de medicamento contínuo. As aferições serão realizadas na ESF Acaraí, todas as sextas feiras, sendo a equipe de enfermagem responsável pelo registro da aferição, assim como, a data e a hora. outra atividade a ser executada será o acréscimo de mais dias de consulta específicos para pacientes hipertensos e diabéticos. De acordo com a demanda, os pacientes com HAS/DM serão agendados também para a primeira terça feira de cada mês, acrescentando assim cerca de 30 atendimentos por mês para este grupo. Ainda, buscar-se-á programar a agenda para a renovação de receitas de pacientes com DM e HAS, para cada renovação, o paciente deverá apresentar a segunda via da receita vencida e a cartilha contendo o registro dos controles efetuados. Caso o paciente não tenha efetuado os controles necessários, será agendado uma consulta com o médico para uma nova avaliação. Se o registro dos controles for adequado, será efetuada a renovação da receita. Elaborar ações de reeducação em saúde, promovendo a prevenção, diagnóstico precoce e tratamento da HAS/DM. Para isso, será realizado na ESF, uma vez ao mês, uma roda de conversa com toda a equipe da unidade, e os pacientes com HAS/DM onde serem abordados temas como: melhoras na alimentação, os benefícios da atividade física, a importância do uso adequado da medicação, tabagismo, obesidade, entre outros.

A proposta da intervenção será realizada no Posto de Saúde ACARAI abordando os pacientes hipertensos e diabéticos, que acudam ao posto de saúde, seja para consulta o troca de receita realizando o cadastramento pela unidade. A equipe de enfermagem será responsável do preenchimento de identificação, dados antropométricos, medicações em uso, frequência cardíaca, pressão arterial e glicemia. A medica durante as consultas realizara o preenchimento dos demais dados e a estratificação dos pacientes em grupos de riscos, pacientes sem controle adequado e em pacientes com uso de medição por conta própria.

Todos os dados serão colocados na cartilha dos controles de cada paciente. o modelo da cartilha será adaptada pela equipe nas reuniões para discussão do projeto de intervenção com a participação das agentes comunitárias para um rastreamento e seguimento dos pacientes de alto risco . Os pacientes serão classificados em grupos de pacientes em tratamento com seguimento medico regular, pacientes descompensados com tratamento

inadequado e pacientes sem controle médico e automedicados . Os classificados como pacientes descompensados com tratamento inadequado e os automedicados deverão passar por consulta de enfermagem pelo menos 4 vezes registrando na cartilha os controles antes de passar pela médica para obter melhores resultados , depôs passara por consulta pela médica para complementar com exames.

A consulta médica e de enfermagem serão realizadas no dia do HIPERDIA, fazendo um seguimento verificando a adesão do tratamento que será monitorado também pelas agentes comunitárias nas visitas domiciliares. A enfermeira será responsável de organizar a agenda do Profissional de saúde, destinando o tempo para cada atividade, seja para visitas domiciliares, preparação de palestras e grupos de apoio que abarcaram temas como melhorar estilo de vida, fatores de riscos, importância da adesão ao tratamento e prevenção de complicações.

A ação do HIPERDIA será incluída na agenda de forma permanente destinando um dia na semana para realizar atividades de rastreamento, cadastramento, acompanhamento dos pacientes HAS, DM com o fim de ter medidas de prevenção de complicações e promoção a saúde.

5 Resultados Esperados

O problema trabalhado neste projeto de intervenção refere-se a alta demanda de pacientes Hipertensos e Diabéticos para renovação de receita sem consulta médica na unidade básica de saúde. O método para realizar a intervenção será incrementar mais dias para consultas de pacientes hipertensos e diabéticos, como também, preparar a equipe para esclarecer dúvidas, captar e orientar pacientes sem os devidos controles e ressaltar a importância da consulta para a prevenção das complicações, como também a importância de modificar o estilo de vida com uma alimentação mais saudável e maior atividade física. Paralelamente se fará um acompanhamento mediante a cartilha anotando os dados de pressão e glicemia, comparando uma vez na semana para verificar a evolução e melhoria da doença. Com esta ação, espera-se obter acompanhamentos adequados, evitar uso inadequado da medicação, evitar complicações e comorbidades importantes por falta de atendimento e tratamento. Além disso, espera-se obter uma melhor conscientização sobre a importância de consultas regulares para promover qualidade de vida e prevenir qualquer complicação, promovendo ações de saúde que propiciem um estilo de vida diferenciado a estes pacientes.

Referências

BRASIL, M. da S. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília: Editora MS, 2011. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.

FERREIRA, D. S. R. G. et al. *Ebook 2.0 Diabetes na prática clínica*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2014. Citado na página 15.

LABOISSIÈRE, P. *Pesquisa revela que diabetes no Brasil cresceu 61,8 em dez anos*. 2017. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-04/pesquisa-revela-que-diabetes-no-brasil-cresceu-618-em-dez-anos>>. Acesso em: 23 Ago. 2017. Citado na página 10.

OMS, O. M. da S. *Cuidados Inovadores para Condições Crônicas: Componentes estruturais de ação*. Brasília: Noncommunicable Diseases and Mental Health World Health Organization, 2003. Citado na página 15.

OPAS, O. P.-A. da S. *Dia Mundial da Hipertensão 2016*. 2017. Disponível em: <http://www.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=330:dia-mundial-da-hipertensao-2016&Itemid=183>. Acesso em: 03 Set. 2017. Citado 2 vezes nas páginas 10 e 15.

SOUZA, J. de O. et al. A prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em usuários acamados assistidos em uma unidade básica de saúde da família. *Saúde em Redes*, p. 1–9, 2016. Citado na página 15.