



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

JÉSSICA PEREIRA DE OLIVEIRA

ESTRATÉGIA DE ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO A PACIENTES DIABÉTICOS E
HIPERTENSOS DO PSF HENRIQUE SCURSONI NETO, EM COSMÓPOLIS, SP

SÃO PAULO
2020

JÉSSICA PEREIRA DE OLIVEIRA

ESTRATÉGIA DE ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO A PACIENTES DIABÉTICOS E
HIPERTENSOS DO PSF HENRIQUE SCURSONI NETO, EM COSMÓPOLIS, SP

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: CRISTIANE COSTA E SILVA MENEGUCCI

SÃO PAULO
2020

Resumo

Dada a relevância das doenças do aparelho circulatório como importante causa de morbimortalidade no Brasil e a importância da prevenção e atuação em fatores de risco como a hipertensão arterial e o diabetes mellitus para evitar complicações e mortalidade, observou-se a necessidade de organizar o tratamento e acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos atendidos em um Programa de Saúde da Família, em Cosmópolis, SP. Definimos neste trabalho uma estratégia de cuidado em três etapas: planilha de seguimento dos pacientes da unidade de saúde, atividade de educação permanente com a equipe multidisciplinar e grupos de atividade coletiva de Hiper/dia, Lian Gong e caminhada. Com estas atividades esperamos obter além de melhores controles pressóricos e glicêmicos dos pacientes, ganho de qualidade de vida, redução de riscos e complicações destas patologias e controle de outras comorbidades.

Palavra-chave

Acompanhamento dos Cuidados de Saúde. Hipertensão. Diabetes.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

Em função de as doenças do aparelho circulatório figurarem como importante causa de morbimortalidade no Brasil e a importância da prevenção e atuação em fatores de risco como a hipertensão arterial e o diabetes mellitus para evitar desfechos desfavoráveis tais como doença isquêmica cardíaca e doença cerebrovascular, observou-se a necessidade de organizar o tratamento e acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos atendidos em um Programa de Saúde da Família, em Cosmópolis, SP, dado que há um movimento e demanda da equipe multidisciplinar para a criação de atividades coletivas e abordagens individuais mais efetivas com intenção de garantir maior qualidade e adesão ao acompanhamento dos pacientes, diante da baixa resposta aos tratamentos e do difícil controle de hipertensos e diabéticos verificadas no ambiente desta unidade referida.

ESTUDO DA LITERATURA

As doenças do aparelho circulatório (cardiovasculares e cerebrovasculares) passaram a corresponder às principais causas de óbito no Brasil nos últimos anos, ocupando o lugar das doenças infecciosas, as mais comuns causas de óbito no século passado. Sabe-se que representam também importante causa de morbidade, afastamento do trabalho e perda de funcionalidade, além de representar boa parte dos atendimentos em saúde, em todos os seus níveis, do primário ao quaternário. Assim, figuram atualmente como relevante problema de saúde pública, já que segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), esse grupo de doenças representou 17,7 milhões de mortes no mundo em 2015, representando 31% de todas as mortes a nível global (OMS,2017).

Medidas para prevenção de tais eventos têm ganhado destaque. As políticas de saúde pública têm enfatizado a atuação dos profissionais de saúde sobre os fatores de risco, a fim de evitar a progressão para doença vascular instalada. Os fatores de risco para doença cardiovascular são divididos em não modificáveis, exemplos são: idade, sexo, raça, história familiar; e modificáveis, sendo os principais: obesidade, sedentarismo, tabagismo, hipertensão arterial e diabetes mellitus (SMELTZER,2009). Sobre este tema, o Ministério da Saúde propõe o incentivo à cessação do tabagismo, redução do consumo de sal e de carboidratos simples, controle da ingestão de álcool e o incentivo à atividade física e à perda ponderal, com o objetivo de alcançar melhores controles de pressão arterial e glicemia. Sem as referidas mudanças de estilo de vida, mesmo o aumento de doses de medicamentos pode ser ineficaz na obtenção do controle destas doenças (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A hipertensão arterial sistêmica é um importante problema de saúde pública em todo o mundo. Doença de alta prevalência, porém com baixas taxas de controle, representa uma causa relevante de mortalidade, uma vez que linearmente a progressão de níveis pressóricos se associa ao aumento de mortalidade cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Sua prevalência no Brasil estimada pelo VIGITEL 2018 (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) foi de 24,7% entre os adultos moradores de capitais (VIGITEL BRASIL, 2018).

Já quanto ao diabetes mellitus, especificamente o tipo 2, de acordo com o VIGITEL 2018 a ocorrência média no Brasil na população acima de 18 anos é de 7,7% (VIGITEL BRASIL, 2018). Número que tende a aumentar já que de acordo com a Organização Mundial da Saúde, mais de 180 milhões de pessoas no mundo têm diabetes e este número será maior que o dobro em 2030 (WILD, 2004). O problema é que a longo prazo, estes indivíduos podem apresentar complicações, tais como: retinopatia (30-45%), deficiência visual grave (10%), neuropatia (20-35%), nefropatia (10-20%) e evolução para doença cardiovascular (10-25%). Estes desfechos podem ser adiados ou prevenidos à medida em que o controle e acompanhamento desta doença for obtido (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Discutir e organizar a abordagem destes importantes temas a nível de atenção básica se justifica também em um contexto em que o sistema de saúde se volta para atividades preventivas, individuais e coletivas, se aproximando de aspectos culturais, sociais e ambientais, conhecendo e levando em conta o território e não mais um cuidado hospitalocêntrico e essencialmente curativo. Na atenção básica, o Ministério da Saúde determina a implementação destas ações (coletivas e individuais), objetivando informar a comunidade, identificar populações de risco, promover ações de prevenção e diagnósticos

precoces, abordagem terapêutica não farmacológica e também e quando necessário, a medicamentosa, sempre promovendo cuidado continuado, incentivando autonomia dos usuários no autocuidado e visando qualidade de vida da população (NOAS-SUS, 2001).

Atingir bons controles destas duas comorbidades, diabetes mellitus e hipertensão arterial, obter redução do risco para os principais eventos vasculares e adicionalmente atuar fortalecendo autonomia e informação aos usuários do SUS foram motivos que definiram o objetivo deste projeto: organizar uma estratégia de cuidados para hipertensos e diabéticos residentes no território adscrito pela UBS/PSF Dr. Henrique Scursoni Neto, no município de Cosmópolis, SP.

Cosmópolis possui uma população estimada em 72252 pessoas em 2019 e fica localizada no interior de São Paulo, na região metropolitana de Campinas (IBGE, 2019). Foi emancipada há 75 anos e dispõe de um sistema de saúde dividido entre um hospital geral, ambulatórios de especialidades, UBSs e PSFs. Em região periférica da cidade, atendendo a aproximadamente 1400 famílias, dispostas em quatro bairros (Parque Dona Esther, Jardim do Sol, 1º de maio, Bader José Aun) está localizada a UBS/PSF Henrique Scursoni Neto, unidade de saúde mista, com bairros que dispõem de cobertura PSF, com agentes de saúde e com um bairro desprovido destes profissionais, caracterizado ainda como UBS tradicional.

Foram contabilizados no território da unidade 368 pacientes hipertensos e 137 diabéticos, em um total de 3500 pessoas na área de cobertura PSF, onde as ACS fizeram cadastro e registro destes indivíduos. No bairro conhecido como Bader José Aun, não dispomos de informação sobre número de hipertensos e diabéticos, uma vez que a região está sem cobertura por agente comunitário. O fato de não dispormos de um número exato de pacientes portadores destas comorbidades vivendo na área de adscrição do centro de saúde é uma dificuldade que enfrentamos na elaboração de medidas para convocação e acompanhamento regular em atividades individuais e coletivas voltadas aos pacientes, daí advém um dos motivos para a elaboração deste projeto. Entretanto, desde a portaria do ministério da saúde que determina o novo modelo de financiamento da atenção básica, está sendo realizado progressivamente o cadastramento de moradores desta região, o que nos possibilitará em breve ter uma visão geral dos pacientes de todos os bairros da área de cobertura da unidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

A unidade de saúde referida foi inaugurada em agosto/2018 e conta com uma equipe de três médicos (pediatria, ginecologia e saúde da família), um dentista, uma auxiliar de odontologia, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, duas técnicas de enfermagem e quatro agentes comunitárias de saúde. A equipe multidisciplinar presta atendimentos de promoção, prevenção e cuidados à saúde e tem previsão de iniciar no ano de 2020 grupos de: caminhada, Lian Gong e Hiper/Dia (Hipertensão e Diabetes).

A proposta deste projeto é, em consonância com a tendência de organização da equipe voltada para atividades coletivas de cuidado, elaborar uma estratégia de otimização do atendimento a hipertensos e diabéticos nesta unidade de saúde, já que ainda não há fluxograma/protocolo interno de atendimento e seguimento dos pacientes com estas comorbidades pela equipe multidisciplinar.

AÇÕES

Intencionamos realizar no projeto a elaboração e preenchimento de uma tabela de controle com o registro de hipertensos e diabéticos atendidos na unidade de saúde, com dados sobre riscos modificáveis: obesidade, sedentarismo, tabagismo; e não modificáveis: história familiar para evento cardiovascular, história pessoal de evento cardiovascular, idade, sexo e raça. A obtenção de tais dados será através dos prontuários do E-SUS.

Com base nos registros obtidos, elaborar na planilha a partir da data e informações da última consulta, outros dados relevantes, como a data prevista para o retorno, data para renovação de receita médica, data dos exames laboratoriais e data da última fundoscopia. Pretendemos com isso, obter uma visão mais objetiva e organizada para possíveis convocações, de modo a não perder o seguimento do paciente.

Desejamos também elaborar uma proposta para capacitar e incentivar a equipe de enfermagem, agentes comunitárias de saúde e equipe de odontologia para recomendações de estilo de vida no momento da aferição de controles de pressão arterial e glicemia, visitas domiciliares e consultas médicas/odontológicas através de atividade de educação permanente na unidade.

Após a atividade proposta, pretendemos consolidar a importância dos grupos de caminhada, grupo *Lian Gong* e grupo HIPER/DIA e definir metas e atribuições de cada um dos grupos com participação ativa de toda a equipe da unidade. Formalizar espaços para reunião e discussão de dúvidas, informes aos pacientes, consolidação do tratamento a partir do contato com toda a equipe, espaço para exame dos pés, circunferência abdominal, peso dos pacientes, orientações odontológicas, entre outros itens relevantes para o cuidado dos hipertensos e diabéticos.

Assim, definimos o plano de ações:

1. EDUCAÇÃO PERMANENTE

Com o objetivo de promover interação entre toda a equipe de saúde propomos a realização de atividade de educação permanente com a discussão sobre os dois temas: hipertensão arterial e diabetes mellitus. No primeiro encontro relembrar definições, fisiopatologia, complicações, estratégias de acompanhamento e tratamento dos pacientes por meio de apresentação expositiva e discussão de dúvidas. No segundo encontro objetivamos definir a divulgação e pactuação do plano de manejo dos pacientes hipertensos e diabéticos entre os membros da equipe. Definiremos:

1.1 Como e em que consistirá a abordagem e orientação não farmacológica a todos os pacientes que comparecem à unidade para a realização de controles de glicemia capilar e pressão arterial pela equipe de enfermagem, para consultas, ou mesmo durante visita domiciliar pela equipe de ACS.

1.2 Como ocorrerá o registro em planilha dos dados clínicos dos pacientes tais como demonstrados na tabela durante as consultas médicas e de enfermagem

1.3 Como ocorrerá a definição dos membros participantes, dos temas e das metas dos três grupos que se iniciarão na unidade: grupo *Lian Gong*, grupo de caminhada e grupo HIPERDIA.

2. PLANILHA DE CONTROLE

Durante as consultas médicas e de enfermagem cada paciente hipertenso e diabético deverá ter registrado na planilha padronizada as informações tais como descritas na tabela 1 (tabela elaborada com pacientes fictícios, mas que demonstra a sistematização de dados dos pacientes) .

A partir de então, semanalmente a equipe avaliará a planilha e definirá quais pacientes deverão ser convocados para consulta na unidade de saúde e participação nas atividades coletivas.

Espera-se que nas consultas de retorno, com a visualização na planilha dos fatores de risco e das informações como datas de exames laboratoriais, fundoscopia, ECG, haja uma otimização do seguimento do paciente, com consultas mais completas e eficientes.

TABELA 1 – TABELA EXEMPLO COM PACIENTES FICTÍCIOS E SEUS FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS E NÃO MODIFICÁVEIS

	JOÃO DA SILVA	JOSÉ SANTOS	MARIA CAMPOS	JOANA FERREIRA	FERNANDO DINIZ	CARMEM PEREIRA
NASCIMENTO	11/01/1946	18/03/1938	21/11/1967	20/10/1963	16/06/1973	02/06/1950
IDADE	74	81	52	56	46	69
GÊNERO	M	M	F	F	M	F
RAÇA	BRANCA	NEGRA	BRANCA	NEGRA	NEGRO	BRANCA
HIPERT. ARTERIAL	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO
D. MELLITUS	SIM	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM
DISLIPIDEMIA	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM	NÃO
PESO	80	98	78	113	72	88
ALTURA	1,6	1,7	1,72	1,62	1,57	1,68
IMC	31,25	33,91	26,37	43,06	29,21	31,18
TABAGISMO	SIM	SIM	SIM	NÃO	NÃO	SIM
ETILISMO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	NÃO
H. FAMILIAR DCV	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO
H. PESSOAL DCV	SIM	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO
ÚLTIMA CONSULTA	20/12/2019	18/04/2018	20/01/2020	12/09/2019	20/04/2019	11/08/2019
RETORNO	20/06/2020	18/10/2018	20/07/2020	12/03/2020	20/10/2020	11/02/2020
PRÓX. RECEITA	20/06/2020	18/10/2018	20/07/2020	12/03/2020	20/10/2020	11/02/2020
ECG	11/04/2019	20/08/2017	13/04/2019	22/01/2019	13/03/2019	04/02/2019
FUNDOSCOPIA	22/04/2019	11/02/2018	14/04/2019	23/03/2019	05/08/2019	03/06/2019
EXAMES	02/07/2019	07/09/2018	08/08/2019	16/08/2019	26/08/2019	30/07/2019
CAMINHADA	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
LIAN GONG	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
HIPER/DIA	SIM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM
CONVOCAR	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM

FONTE: Elaborado pela própria autora a partir de registros de atendimentos do E-SUS

3. ATIVIDADES COLETIVAS

3.1 Grupo HIPER/DIA

A cada encontro partiremos de um tema disparador para discussão em grupo e realização de dinâmicas com o objetivo de divulgar informações relevantes e tirar dúvidas sobre os temas. Os pacientes serão convidados à participação no grupo pelas agentes de saúde

durante as visitas domiciliares e por toda a equipe durante os atendimentos prestados. A cada encontro além das discussões e dinâmicas, haverá o registro da circunferência abdominal, peso, altura, IMC para acompanhamento, registro de valores de pressão arterial e glicemia capilar e ao fim pacientes que necessitarem de renovações de receitas médicas o farão após o grupo terapêutico, onde abordaremos os temas:

- Alimentação
- Atividade física
- Medicações
- Tabagismo
- Obesidade
- Pé diabético
- Saúde bucal
- Aspectos emocionais

3.2 Grupo de caminhada

Duas vezes por semana haverá a realização de alongamento seguido de caminhada com a equipe de saúde, proporcionando o encontro multidisciplinar com os pacientes, momento oportuno para tirar dúvidas, encontrar motivadores para a prática de atividade física e fortalecer o vínculo com a equipe. Os pacientes serão convidados pelas ACS em visitas domiciliares e pelos demais profissionais durante os atendimentos. O grupo não é apenas voltado para pacientes hipertensos e diabéticos, porém o grupo HIPER/DIA poderá atuar como um motivador para a participação neste grupo adicionalmente.

3.3 Grupo *Lian gong*

Também com o objetivo de promover a atividade física os encontros serão realizados por duas agentes de saúde que já receberam previamente capacitação para a supervisão dos grupos. Os demais membros da equipe se intercalarão na participação concomitante no grupo. O convite à participação ocorrerá conforme mencionado para os outros dois grupos.

RESULTADOS ESPERADOS

Com os esforços mencionados neste projeto desejamos garantir um maior vínculo de cada paciente com toda a equipe multiprofissional e consolidar o engajamento de todos os profissionais da unidade no melhor acompanhamento e tratamento de hipertensos e diabéticos. Assim, esperamos obter:

- Melhores controles pressóricos e glicêmicos dos pacientes
- Redução do número de tabagistas
- Redução da prevalência de obesidade
- Redução do número de complicações da hipertensão e do diabetes mellitus
- Redução da mortalidade por doença cardiovascular
- Redução do isolamento social de idosos
- Melhora global da autoestima da população
- Maior grau de satisfação da equipe com o próprio desempenho

E por fim gostaríamos de obter um ambicioso ganho ao fim deste projeto, intencionamos garantir com maior efetividade a incorporação dos princípios essenciais do SUS na prática cotidiana e proporcionar informação de qualidade e autonomia a esta comunidade.

REFERÊNCIAS

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Brasil em Síntese: cidades e estados brasileiros. Rio de Janeiro: IBGE; s.d. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br>>. Acesso em: 01 de março de 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Norma operacional de assistência à saúde - NOAS/SUS-01/2001. Brasília: DF; 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União. 13 de novembro de 2019; seção 1.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doenças crônicas: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf>. Acesso 01 de março de 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), SVS. Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018. Brasília: DF; 2019.

OPAS/ OMS BRASIL. Doenças cardiovasculares. Paho, 2017. Disponível em: <<https://www.paho.org/bra/>>. Acesso em 01 de março de 2020.

SMELTZER SC, BARE BG. Histórico da função cardiovascular. In: SMELTZER SC, BARE BG. BRUNNER E SUDDARTH: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. p. 682-700.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH), SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC) E SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). VI Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 Suppl 1):1-51.

WILD S, ROGLIC G, SICREE R, KING H. Global prevalence of diabetes; estimates for the year 2000 and projection for 2030. Diabetes Care 2004; 27:1047-53.