

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

YURI ZANATTA CARAZZAI

MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO BÁSICA:
CUIDADO CRÔNICO MULTIPROFISSIONAL COMO FERRAMENTA DE
CONTROLE NAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.

CURITIBA

2019

YURI ZANATTA CARAZZAI

MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO BÁSICA:
CUIDADO CRÔNICO MULTIPROFISSIONAL COMO FERRAMENTA DE
CONTROLE NAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.

Monografia apresentada ao curso de Pós-Graduação em Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Atenção Básica.

Orientador: Prof. Dr. Edevar Daniel.

CURITIBA

2019

RESUMO

O plano de Intervenção que trata do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na Atenção Básica: o cuidado crônico multiprofissional como ferramenta de controle nas Doenças Crônicas Não Transmissíveis, é um resultado do Curso de Especialização em Atenção Básica da UFPR, financiado pelo UNA-SUS. Tema escolhido devido ao alto índice de hipertensos e diabéticos estratificados como alto risco, com controle pressórico e/ou glicêmico insatisfatório. Foram adotadas medidas que permitiram inserir esses pacientes na agenda do serviço especializado, onde o plano de cuidados prescrito pela equipe multiprofissional foi apoiado utilizando os recursos disponíveis na Atenção Básica. Tem como objetivo o incentivo do autocuidado apoiado, o processo de educação contínua dos membros da equipe de saúde e a melhoria na qualidade de vida dos pacientes crônicos, através da observação do impacto da utilização das redes de saúde públicas na população portadora de Condições Crônicas. A pesquisa ação foi o método utilizado neste plano. Como resultado, pode-se observar que os objetivos específicos e o objetivo geral foram alcançados. Dos 20 pacientes de Nova América da Colina que utilizaram a Rede MACC, 17 tiveram melhora no controle pressórico e glicêmico no período de 30 dias após a primeira consulta e 3 até a segunda consulta. Todos os pacientes referem melhora na qualidade de vida após participarem do programa. Pode se observar um aumento da procura pelos serviços de prevenção e promoção à saúde. Os objetivos específicos e o objetivo geral foram alcançados.

Palavras-chave: Hipertensão. Diabetes Mellitus. Doença Crônica. Atenção Primária à Saúde. Equipe de Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

The Intervention plan that addresses the Care Model for Chronic Conditions in Primary Care: the multiprofessional chronic care as a control tool in Noncommunicable Chronic Diseases is a result of the Specialization Course in Primary Care at UFPR, funded by UNA-SUS. Theme chosen due to the high rate of hypertensive and diabetic patients stratified as high risk, with poor blood pressure and / or glycemic control. Measures were adopted wich allowed these patients to be included in the specialized service agenda, where the care plan prescribed by the multiprofessional team was supported using the resources available in Primary Care. Its objective is the encouragement of supported self-care, the process of continuous education of health team members and the improvement in the quality of life of chronic patients, through the observation of the impact of the use of public health networks on the population with Chronic Conditions. Action research was the method used in this plan. As a result, it can be observed that the specific goals and the overall goal were achieved. Of the 20 patients from Nova América da Colina who used the MACC Network, 17 had improved blood pressure and glycemic control within 30 days of the first consultation and 3 until the second consultation. All patients report improvement in quality of life after participating in the program. It can be observed an increase on the demand for health prevention and health promotion services. The specific objectives and the overall objective have been achieved.

Keywords: Hypertension. Diabetes Mellitus. Chronic Disease. Primary Health Care. Patient Care Team

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ACS	- Agente Comunitário de Saúde
APS	- Atenção Primária à Saúde
CMEI	- Centro Municipal de Educação Infantil
DCNT	- Doença Crônica Não Transmissível
MACC	- Nome por extenso
SESA	- Secretaria de Saúde do Estado do Paraná
UBS	- Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS.....	10
3 MÉTODO.....	11
4 REVISÃO DE LITERATURA	13
5 RESULTADOS ESPERADOS	14
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	16
REFERÊNCIAS.....	19

1 INTRODUÇÃO

1.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

O município de Nova América da Colina, de 59 anos, situado no Norte Pioneiro do Estado do Paraná, apresenta 3.478 habitantes, dos quais 1.709 mulheres (49,13%) e 1.769 homens (50,86%). São 505 crianças, 618 adolescentes, 1.918 adultos e 437 idosos (12,5% da população). Habitam a zona urbana 2.524 colinenses, e 954 habitam a zona rural.

As principais atividades econômicas são o agronegócio e turismo. A maioria da população se concentra na zona urbana, que está recebendo melhorias em diversos setores, principalmente no setor de saúde e educação (saneamento básico e construção de escola municipal e CMEI).

A principal fonte de lazer da cidade são praças públicas, pista de caminhada, e atividades na área rural.

1.2 UBS E SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE

A Saúde do município está organizada centralizada na UBS, onde funciona também a Secretaria de Saúde. Daí partem os atendimentos aos colinenses da zona urbana ou rural, distribuídos através de campanhas de vacinação, visitas domiciliares, controle de vetores, consultas, procedimentos, exames, medidas de prevenção e de promoção à saúde, etc.

O perfil epidemiológico é de uma população agrícola e idosa, com diversas dificuldades no acesso aos serviços básicos, que estão melhorando com a participação do município em programas estaduais e federais, a exemplo do Mais Médicos, Qualidade na APS, Rede Mãe Paranaense, Rede MACC, entre outros, mas que ainda precisam de incremento e vigilância. Iniciativas como o Primeiro Fórum de Saúde Mental do Norte Pioneiro aumentam a participação popular e facilitam a aplicação dos programas.

1.3 PRINCIPAIS DEMANDAS

A falta de acesso à informação de qualidade sobre alimentação e hábitos saudáveis provoca um grande número de pacientes crônicos. Condições crônicas são a principal causa de mortes, de internações, e de motivo de consulta.

1.4 MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS (MACC)

A Rede MACC integra o paciente aos diversos serviços de saúde, organizando atenção multidisciplinar e elaborando plano de cuidados individual, onde são contemplados todos os aspectos do paciente, sua situação demográfica, epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde vigentes (MENDES, 2012). Foram utilizados em sua construção o Modelo da Pirâmide de Riscos, o Modelo da Determinação Social da Saúde, e o Modelo da Atenção Crônica (Chronic Care Model).

O presente trabalho acompanhou os primeiros 20 pacientes colinenses atendidos na Rede MACC. Em Nova América da Colina, estão previstos 60 pacientes com seguimento até o fim do ano de 2019.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o impacto do atendimento pela Rede MACC nos pacientes portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no município de Nova América da Colina/PR.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Criar um grupo de pacientes para apoiar o plano de cuidados elaborado na Rede MACC.
- b) Elaborar plano de cuidados individual e específico, multidisciplinar, que aborde os diversos aspectos da doença crônica e de suas relações com a qualidade de vida do paciente.

c) Desenvolver práticas de promoção de saúde, seja por meio de rodas de conversas, vídeos, material gráfico, entre outros recursos, estabelecendo vínculo positivo entre a equipe e os doentes crônicos e suas famílias.

d) Avaliar o resultado das ações através das informações compartilhadas entre Rede MACC e UBS.

3 MÉTODO

Desenvolveu-se para a realização do projeto, um trabalho de pesquisa junto aos bancos de dados municipais, 11ª Conferência Municipal de Saúde de Nova América da Colina, debates com a equipe de Estratégia de Saúde da Família, demandas da sociedade e relatos da comunidade para a elaboração do diagnóstico situacional, e constatou-se necessidade de criar um grupo de apoio, onde pacientes possam ter contato com informação qualificada sobre sua situação de saúde, bem como harmonizar a convivência desses pacientes com suas doenças crônicas.

Buscas nos Cadernos de Atenção Básica, na Biblioteca Científica Online SciELO embasam a teoria do presente trabalho, que foi elaborado utilizando-se os métodos descritos pela definição de pesquisa-ação de Thiollent (2007): a) Exploratória; b) Interesse do tema; c) Definição do problema; d) Base teórica; e) Elaboração da proposta; f) Implantação; e g) Avaliação do impacto.

A presente intervenção tem como alvo os pacientes portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, e vai impactar na vida deles e de seus familiares, através de ações concretas como palestras, consultas com especialistas, plano de cuidados individuais e manejo do quadro com auxílio da UBS.

Criação de um grupo de pacientes para apoiar o plano de cuidados elaborado na Rede MACC e avaliar seu resultado. Através de práticas de promoção de saúde, seja por meio de rodas de conversas, vídeos, material gráfico, entre outros recursos, estabelecendo vínculo positivo entre a equipe e os doentes crônicos e suas famílias, aumentando assim a interação entre os profissionais e os pacientes, atentando para a importância do manejo e criando consciência de que o paciente é responsável por seu tratamento, junto com seus familiares e serviços de saúde.

Junto ao MACC, elaborar plano de cuidados individual e específico, multidisciplinar, que aborde os diversos aspectos da doença crônica e de suas relações com a qualidade de vida do paciente. Abordagem na alimentação, hábitos tóxicos, sedentarismo, toma correta da medicação, entre outros.

Grupo de Hipertensos e Diabéticos para renovação de receitas, atualização do plano de cuidados, compartilhar informações, esclarecer dúvidas, e ter os pacientes por perto para agir de maneira precoce evitando agravos.

Para avaliar os resultados serão utilizadas as informações compartilhadas entre Rede MACC e UBS. Indicadores de Saúde Municipais podem ser usados para medir os resultados em médio e longo prazo através da identificação do motivo de consulta, internações, novos casos de doenças crônicas e indicadores de mortalidade.

Data/ horário	Objetivo	Estratégia	Duração/ participantes	Recursos utilizados
Todas as quintas-feiras. Início em 25 de abril de 2019 15h00 às 17h00	Avaliação do impacto do tratamento dos pacientes DCNT atendidos na rede MACC	Grupo de Hipertensos e Diabéticos atendidos na rede MACC com reuniões semanais	Duração de 2 horas semanais. Pacientes portadores de DCNT, em tratamento na Rede MACC	Recursos próprios da UBS
30 de maio 8h00 às 17h00	Levar aos pacientes com DCNT portadores de agravos de Saúde Mental, condições	1º Fórum de Saúde Mental de Nova América da Colina	Duração de 8 horas. Especialistas e interessados no tema, estudantes da área de saúde, todos os profissionais de saúde do município, e todas as pessoas interessadas da comunidade	Palestras, vídeos, flyer, textos

4 REVISÃO DE LITERATURA

A urbanização permitiu um aumento da longevidade e melhores condições de vida. Esse processo de transição demográfica e epidemiológica é resultado da melhoria no acesso aos serviços de infraestrutura, habitação, educação, saúde e saneamento básico, além do estilo de vida e mudanças alimentares entre outras variáveis.

Com o aumento da longevidade, aumenta também o número de pacientes crônicos, conforme reportagem da Agência de Saúde que revela que 1 em cada 4 brasileiros é hipertenso, e que segundo o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) de 2017, a prevalência de hipertensão autorreferida subiu de 22,6% em 2006 para 24,3% em 2017. (Maciel, 2018)

As camadas mais pobres da sociedade são as principais vítimas das DCNT, por estarem expostas aos fatores de risco modificáveis que os quatro grandes grupos de DCNT apresentam em comum, que são o tabagismo, etilismo, sedentarismo, alimentação industrial e obesidade. As DCNT constituem o problema de maior magnitude no Brasil e correspondem a 72% das causas de morte, segundo o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022. (BRASIL, 2011)

“Os sistemas de saúde predominantes em todo mundo estão falhando pois não estão conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas. Quando os problemas são crônicos, o modelo de tratamento agudo não funciona” (Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para as condições crônicas. Brasília, OMS/OPS, 2013)

Considerando os desafios do cuidado crônico, a Secretaria de Estado de Saúde do Paraná adotou o MACC para melhorar sua resolutividade. Nesse aspecto vale ressaltar o conceito da Pirâmide de Riscos. A população é estratificada em diferentes níveis, e certo nível de intervenção se faz necessário em cada nível, preconizando ações de prevenção e promoção à saúde. No MACC existem cinco níveis de

estratificação e as intervenções vão desde promoção da saúde até gestão das condições crônicas muito complexas.

Outro programa apoiado pela SESA foi a Tutoria do Selo Bronze, onde foi realizado em Nova América da Colina a estratificação de risco de mais de 50% dos pacientes, conforme solicitado no Manual Operativo Selo Bronze (SESA - PR, 2018) nos itens 54 que diz que "Os diabéticos da área são identificados e estratificados por grau de risco, e estão em acompanhamento de acordo com a estratificação de risco estabelecida na Linha Guia do Diabetes – SESA PR." e 56 "Os hipertensos da área são identificados e estratificados por grau de risco e, estão em acompanhamento de acordo com a estratificação de risco estabelecida na Linha Guia de Hipertensão através do risco cardiovascular global."

Os critérios para estratificação de risco para diabéticos e hipertensos são os adotados pela SESA na Linha Guia de Hipertensão Arterial (SESA - PR, 2014) e Linha Guia de Diabetes Mellitus (SESA - PR, 2018). Os pacientes são estratificados com risco baixo, médio e alto. Os pacientes com 2 índices médio risco ou 1 índice alto risco são encaminhados ao serviço do MACC para melhor avaliação e conduta, e são contrarreferenciados ao serviço de Atenção Básica para seguimento.

Podemos observar o sucesso na utilização dessas diversas redes em um município pequeno, em especial numa população idosa, com elevado número de hipertensos e diabéticos num universo de aproximadamente 3.500 habitantes onde há escassez por serviço qualificado como nutricionista e especialidades médicas. Pacientes já desacreditados no controle de sua condição crônica, passam a receber um suporte multiprofissional de qualidade e que consegue restabelecer condição de dignidade para executar as atividades de vida diária com menor impacto nos pacientes e em sua família.

5 RESULTADOS ESPERADOS

Por virtude de estarmos à época pleiteando na UBS de Nova América da Colina, o Selo Bronze do APSUS - PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO PARANÁ, a UBS sofreu ajustes na metodologia de trabalho no intuito de se enquadrar ao que determinava o processo de tutoria. Uma dessas

mudanças, foi a necessidade de iniciarmos estratificação de risco dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Tendo sido cumpridos os requisitos necessários, e receber no dia 23 de agosto de 2018 o Selo Bronze, tivemos a possibilidade de participar no Programa de Modelo na Atenção às Condições Crônicas, o MACC, que receberia os pacientes de alto risco para atenção multiprofissional, que incluía atenção pelos serviços de nutrição, cardiologia, endocrinologia, psicologia, educador físico e assistente social.

Retorna da Rede MACC com plano de cuidados individual estabelecido, que atende uma necessidade crônica e é centrado no paciente e em seu ambiente familiar. Os especialistas dão suporte ao trabalho na APS e há uma divisão de papéis na equipe bem clara e estabelecida. O ACS participa acompanhando os usuários na comunidade, a Enfermagem visita o paciente para controle de glicemia em jejum e aferir pressão, Farmácia durante a liberação de medicação passa orientações sobre as medidas gerais de cuidado e armazenamento e formas de uso conforme prescrição médica. Ao médico cabe coordenar a equipe e atender as demandas dos pacientes para que sigam com o modelo centrado no autocuidado apoiado, oferta regular da atenção programada e colaborar na educação continuada da equipe compartilhando saberes e aplicando com os pacientes o orientado pelos guias indicados pelos especialistas.

Após a inclusão dos pacientes na agenda do MACC, e acompanhamento pela Atenção Básica 85% dos pacientes dentro do grupo de controle atingiu as metas e teve controle pressórico e glicêmico satisfatórios. Após a 3ª consulta, todos os pacientes referem melhora na qualidade de vida e no desempenho das atividades da vida diária.

Data e horário	Objetivo	Estratégia	Duração/ participantes	Recursos utilizados
02/05/2019 15:00 às 17:00	Identificar as demandas dos pacientes e seus familiares	Perguntar quais são as expectativas dos pacientes e de	54 participantes 15:00 às 17:00	Roda de conversa utilizando a estrutura do Centro de Convivência cedido pela

	portadores de DCNT participantes do MACC.	seus familiares durante roda de conversa.		Prefeitura Municipal de Nova América da Colina.
09/05/2019 13:50 às 16:00	Conversar com os pacientes e fornecer soluções às suas principais demandas.	Falar sobre a importância das mudanças no estilo de vida, alimentação e adesão ao tratamento.	50 participantes 13:50 às 16:00	Roda de conversa utilizando a estrutura do Centro de Convivência cedido pela Prefeitura Municipal de Nova América da Colina.
15/05/2019 13:30 às 16:00	Engajar o paciente e seus familiares no combate aos fatores de risco modificáveis.	Conversar sobre tabagismo, etilismo, sedentarismo e alimentação industrial.	70 participantes 13:30 às 16:00	Roda de conversa utilizando a estrutura do Centro de Convivência cedido pela Prefeitura Municipal de Nova América da Colina.
23/05/2019 13:30 às 16:00	Conscientizar o paciente e seus familiares sobre a importância do autocuidado.	Conversar com os pacientes sobre a importância de práticas saudáveis como hábito diário.	48 participantes 13:30 às 16:00	Roda de conversa utilizando a estrutura do Centro de Convivência cedido pela Prefeitura Municipal de Nova América da Colina.
30/05/2019 13:30 às 16:00	Conscientizar o paciente e seus familiares sobre a importância do autocuidado.	Conversar sobre a importância da atividade física como aliada no tratamento das DCNT.	63 participantes 13:30 às 16:00	Roda de conversa utilizando a estrutura do Centro de Convivência cedido pela Prefeitura Municipal de Nova América da Colina.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluindo, se observa que os objetivos específicos foram alcançados permitindo que o objetivo geral fosse possível de ser observado. Os pacientes foram estratificados e dentre os pacientes portadores de doenças crônicas estratificados, 20 foram convidados a se juntarem ao grupo de hipertensos e diabéticos criado para avaliação impacto do cuidado multiprofissional, objetivo geral do presente trabalho.

Pacientes estratificados foram atendidos pela Rede MACC, onde foi elaborado plano de cuidados individual, específico, multidisciplinar, abrangente e com metas estabelecidas.

Foram desenvolvidas práticas de promoção à saúde durante as reuniões. Pacientes foram estimulados a praticar atividade física e adesão ao tratamento farmacológico e reeducação alimentar. Através de rodas de conversa os pacientes mantiveram um canal de acesso horizontal com o serviço de saúde, e graças à essa transparente relação médico-paciente foram quebrados tabus - como o suicídio silencioso - e promovidas as ações necessárias para o melhor desempenho do paciente no enfrentamento às doenças crônicas.

O principal resultado obtido foi o controle do quadro crônico de todos os pacientes participantes, e o estreitamento das relações entre o serviço de saúde e os pacientes e seus familiares. Outro legado do presente projeto de intervenção, foi a adesão pelos trabalhadores da saúde nas ações de educação continuada. A economia de recursos devido diminuição de agudização dos quadros crônicos, e a organização do fluxo de atendimento aos pacientes crônicos permitiu maior efetividade do serviço de Atenção Básica na cidade de Nova América da Colina.

Aos pacientes e seus familiares a principal melhora observada, foi a melhoria da qualidade de vida de toda a família, que é agente ativo na mudança comportamental que se faz necessária para o enfrentamento às doenças crônicas. Os pacientes estabeleceram uma relação próxima ao serviço de saúde, e procuram a Unidade de Saúde da Família para ações de promoção à saúde, e não apenas quando precisam de atenção médica. Ao longo prazo se espera diminuição do número de doentes crônicos.

Apesar da limitação nos recursos que atrasa e atrapalha o tratamento no tangente à exames laboratoriais, de imagem e consultas com especialistas, o programa foi muito bem aceito pela comunidade e equipe, e teve um impacto positivo na melhora da qualidade de vida dos pacientes e familiares.

Como última recomendação aos colegas que futuramente desejem adotar o demonstrado no presente trabalho em sua rotina na Estratégia de Saúde da Família,

que observem a subjetividade de cada paciente. Muitas vezes nos tornamos mecânicos no dia-a-dia do consultório e deixamos a capacidade de pensar de lado. Aproveite o tempo disponível para trabalhar a subjetividade e as questões de saúde mental com seus pacientes crônicos, pois notou-se fundamental no controle glicêmico e pressórico que mudanças comportamentais são tão impactantes quanto mudanças alimentares ou farmacológicas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 15)

MALACHIAS, Marcus Vinícius Bolívar et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 1-104, set. 2016.

Mendes, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Ago 2010, vol.15, no.5