



**Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN**  
**Secretaria de Educação à Distância – SEDIS**  
**Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS**  
**Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEP SUS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**CONTROLE DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA UBS**  
**NOVA HUMAITÁ - HUMAITÁ/AM**

**ANDERSON JUVINO DE ASSIS**

---

**NATAL/RN**  
**2020**

---

---

CONTROLE DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA UBS NOVA  
HUMAITÁ - HUMAITÁ/AM

ANDERSON JUVINO DE ASSIS

Trabalho de Conclusão apresentado ao Programa de Educação Permanente em Saúde da Família, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: SUYANE DE SOUZA  
LEMONS

---

NATAL/RN  
2020

---

---

Agradeço a todas as pessoas que participaram da realização deste trabalho, contribuindo desta maneira para a melhor qualidade de vida da comunidade por meio da microintervenção do curso de Especialização em Saúde da Família.

---

---

Dedico este trabalho às pessoas que contribuíram para a realização desta microintervenção  
como a equipe multidisciplinar da UBS Nova Humaíta.

---

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.06
2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO.09
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.13
4. REFERÊNCIAS.15

## 1. INTRODUÇÃO

Humaitá é um município localizado no interior do estado do Amazonas, distante 675 km da capital Manaus e 200 km de Porto Velho/RO, situada entre as rodovias transamazônica e Manaus - Porto Velho. De acordo com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e estatísticas, Humaitá possui população de 56.114 habitantes (IBGE, 2020).

A UBS Nova Humaitá está localizada no bairro Nova Humaitá, um dos bairros mais populosos da cidade com 3.859 indivíduos cadastrados, região carente, com famílias numerosas, muitas que vivem apenas de uma única renda do Bolsa Família, com agravos em consequência de doenças crônicas não transmissíveis, das quais os clientes não dão continuidade ou importância de fato ao tratamento continuado destas doenças.

A UBS é composta por 1 médico, 1 dentista, 1 enfermeiro, 1 psicólogo, 1 fonoaudiólogo, 1 fisioterapeuta, 1 nutricionista, 1 THD – Técnico de Higiene Dental, 2 técnicos de enfermagem, sendo 1 técnica de enfermagem que exerce a função como vacinadora.

Médico oferta consulta médica que atende e acolhe todos os Programas do Ministério da Saúde tais como Planejamento familiar, Pré-Natal, Saúde da Criança, Saúde do Adolescente, Saúde da Mulher, Saúde do Homem, Saúde do Idoso, Visita Domiciliar. Entre demais procedimentos médicos ofertados como, sutura e pequenos procedimentos cirúrgicos como cantoplastia, retirada de lipoma entre outros.

Dentista oferta consulta odontológica que oferece Extração, Restauração e Limpeza. Os demais atendimentos com necessidades de especialidades são encaminhados para o CEO - Centro de Especialidades Odontológicas onde atendem Endodontistas, Cirurgias Odontológicas e demais atendimentos com especialistas.

Enfermeiro oferece consulta de enfermagem que acolhe também a todos os Programas do Ministério da Saúde como Coleta de Exame Papanicolau, Exame de Mama, Pré-Natal, Gerencia a Unidade e equipe, Visita Domiciliar, Retirada de Ponto, Teste do Pezinho, Curativos, Testes Rápidos entre outros procedimentos. O psicólogo oferece a consulta psicológica, acolhimento em saúde mental.

Fisioterapia oferta a reabilitação em clientes com sequelas de AVE – Acidente Vascular Encefálico, TCE – Traumatismo Craniano Encefálico, Reabilitação Respiratória Motora em clientes com sequelas de COVID-19. Fonoaudiologia oferta Teste da Orelhinha, Teste da Linguinha, reabilitação de linguagem e fala. A nutricionista oferta consultas nutricionais e dietas, acompanhamento de dislipidemias, e atua em conjunto para melhoria de clientes com doenças crônicas não infecciosas como hipertensão e diabetes e obesidades.

O Técnico de Enfermagem auxilia no acolhimento e triagem, vacinação, curativos, aplicação de injetáveis, aferição de SSVV – Sinais Vitais, entre outros procedimentos.

O Técnico Higiene Dental auxilia o dentista no atendimento odontológico, realiza a higienização e esterilização dos instrumentais, realiza agendamento e acolhimento dos

pacientes. Dentre todos os profissionais citados acima, todos atuam realizando palestras para Educação em Saúde.

O bairro Nova Humaitá possui atualmente 118 diabéticos e 344 hipertensos, número de pacientes com grandes chances de agravos futuramente, caso não sejam feitas medidas de acompanhamento a cada 6 meses para que esses pacientes não apresentem complicações e mantenham a avaliação pressórica, medidas de glicemia e acompanhamento dos hábitos e promoção de estilo de vida mais saudável.

O Diabetes e a Hipertensão são consideradas as doenças crônicas mais prevalentes no mundo, a prevalência mundial de hipertensão em 2015 foi estimada em 24,1% em homens e em 20,1% em mulheres, representando cerca de 1,13 bilhão de pessoas. O diabetes estimou-se valores em 8,8%, o que corresponderia a 415 milhões de pessoas com idades entre 20 e 79 anos (SARNO, 2020).

Na política de saúde pública, a principal porta de entrada destes usuários na rede de saúde é a Atenção Primária à Saúde (APS). Sendo geralmente a equipe da APS responsável, pelo rastreamento, diagnóstico e tratamento, devendo também prevenir, e tratar precocemente as possíveis complicações e coordenar o cuidado integral e contínuo destes pacientes. Dessa forma, a APS tem papel importante no acolhimento, busca ativa, assistência, e tratamento de forma contínua aos pacientes portadores de hipertensão e diabetes.

A Hipertensão arterial (HA) é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos  $\geq 140$  e/ou 90 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes mellitus (DM). Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal (SBC, 2016).

A principal característica e disfunção no Diabetes Mellitus (DM) é a hiperglicemia, sendo um grupo de doenças metabólicas, responsável por diversas complicações e disfunções de alguns órgãos, como: olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Resultado de defeitos na produção de secreção e ação da insulina. Envolve processos patogênicos específicos, por exemplo, a destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), a resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros (BRASIL, 2013)

O Brasil possui cerca de 17 milhões de pessoas com diabetes na faixa etária entre os 20 aos 79 anos. Indica uma maior prevalência em mulheres. Os dados de 2011 apontam para uma taxa de mortalidade de 33,7% a cada 100 mil habitantes (SBD, 2015). Estudo realizado para análise do perfil epidemiológico e avaliação da qualidade de vida de pessoas com Diabetes Mellitus atendidas em quatorze Estratégias Saúde da Família de um município do Rio Grande

do Sul/RS apontam que as pessoas com diabetes, em sua maioria, são mulheres, idosas, casadas, brancas, com baixo nível instrucional, aposentadas/pensionistas, com renda familiar de até dois salários mínimos (MORESCHI et al., 2018).

Pela necessidade de dar continuidade ao acompanhamento dos pacientes portadores de doenças crônicas, viu-se a importância desta microintervenção, que é, nada mais, do que um olhar responsável e contínuo da equipe de saúde da UBS de Nova Humaitá, para com o paciente.

O objetivo da microintervenção é realizar o acolhimento e busca ativa de hipertensos e diabéticos de toda área de cobertura da UBS de Nova Humaitá, para que estes, evitem agravos em seu quadro, por falta de acompanhamento, sendo que uma das dificuldades encontradas é a falta de adesão ao tratamento prescrito e a continuidade e assiduidade em retornos às consultas.

Deste modo, podemos afirmar que realizando com dedicação e a utilização de métodos e protocolos como o MAPA – Monitoramento Ambulatorial da Pressão Arterial e Monitoramento de Glicemia em todos os pacientes acometidos por estas doenças crônicas, será possível reduzir agravos e frequentes internações de pacientes descompensados ou, sequelas reversíveis ou permanentes, que interferem, diretamente na qualidade de vida. O acompanhamento deverá ser no mínimo a cada semestre, para reavaliação e reajustes, trocas ou adição de medicamentos para um melhor resultado no tratamento e diminuição de futuras comorbidades graves.



## 2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO

A microintervenção iniciou-se com análise do número de pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis, HAS e Diabetes Mellitus tipo 1 e 2, no Bairro Nova Humaitá. De acordo com relatórios do território, apresentou-se os seguintes dados: 118 pacientes diabéticos e 344 pacientes hipertensos, refletindo números alarmantes e preocupantes, considerando números de habitantes que residem no bairro de Nova Humaitá que são 3.859 cidadãos ativos segundo cadastramento dos ACS – Agentes Comunitários de Saúde.

Vale ressaltar que em decorrência de hábitos alimentares errôneos e sedentarismo, a hipertensão e diabetes agravam o quadro, o que resultam em sérios danos à saúde da população e custos elevados de tratamento ao SUS – Sistema Único de Saúde, através de internações, uso prolongado de medicamentos, procedimentos de alta complexidade como uso de UTI – Unidade de Terapia Intensiva, debilidades permanentes e óbitos.

As doenças cardiovasculares segundo registro oficiais são a primeira causa de morte no Brasil. No ano de 2000 a Hipertensão e Diabetes corresponderam à 27% dos óbitos por consequências cardiovasculares no país. O acompanhamento de HiperDia depende também de um sistema informatizado, que permite cadastramento de portadores. O acompanhamento contínuo e ao mesmo tempo, em médio prazo, poderá ser definido o perfil epidemiológico da população assistida e o importante planejamento, por implantação de estratégias de saúde pública, que levarão à mudança do quadro atual, a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e redução do custo social (BRASIL, 2002).

Outro método eficiente, utilizado pela equipe de saúde da APS, é o Índice-tornozelo-braquial – (ITB), sendo um método simples, não invasivo, de baixo custo e de grande confiabilidade para diagnosticar a Doença Arterial Periférica - DAP. Para o cálculo do ITB, é utilizada a relação da maior Pressão Arterial Sistólica - PAS da artéria tibial posterior e da artéria dorsal do pé (com obtenção nos dois membros ou em apenas um, dependendo da casualidade) com a maior pressão sistólica das artérias braquiais. Vários estudos têm demonstrado em todo o mundo que o ITB é considerado uma ferramenta não invasiva eficaz no diagnóstico de doença aterosclerótica carotídea, devido à sua capacidade em detectar variações de fluxo geradas por estenoses amenas ou graves (GIOLLO, 2010).

Sendo o ITB um método simples e útil que pode auxiliar os pacientes no diagnósticos de doenças ateroscleróticas e marcador para doenças cardiovasculares, uma medida de rastreamento eficiente, somado a outros métodos simples de avaliação, evitando futuras complicações e agravos de saúde, criando parâmetros individuais e facilitando desta forma maior controle sobre as condições clínicas de cada paciente.

As medidas glicêmicas dos pacientes diabéticos, nestes destaca-se a alta morbimortalidade que compromete a qualidade de vida dos usuários, além dos altos custos

necessários para a realização do controle do diabetes mellitus e tratamento das complicações agudas e crônicas, algumas complicações agudas incluem a hipoglicemia, o estado hiperglicêmico hiperosmolar e a cetoacidose diabética. Já as crônicas incluem a retinopatia, nefropatia, cardiopatia isquêmica, neuropatias, doença cerebrovascular e vascular periférica. As degenerativas mais frequentes são o infarto agudo do miocárdio, a arteriopatia periférica, o acidente vascular cerebral e a microangiopatia.

Outra importante medida de controle para extratificar os riscos de cada paciente é a medida glicêmica, onde através do rastreamento dos pacientes diabéticos e avaliação da glicemia de jejum, comorbidades e avaliação do risco global. Pode-se realizar uma classificação daqueles pacientes que precisam de maiores cuidados, ou seja, criar critérios de gravidades de cada paciente e manter maior acompanhamento e melhoria da relação profissional de saúde e paciente.

Há programas de controles de doenças de maior acometimento na população, o Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes Mellitus - HiperDia que surgiu para reorientar a assistência farmacêutica para que pudesse realizar um fornecimento contínuo do medicamento, monitorando as condições clínicas dos usuários dos serviços de saúde. Um dos métodos que o programa utiliza para avaliar a função renal por meio de equações preditivas, baseada no resultado de creatinina excretada pelos rins, importante para melhorar o cuidado e olhar diferenciado aos pacientes como agravos renais crônico, acometimento causado como sequelas destas doenças (CARVALHO, 2012).

A microintervenção teve início no mês de fevereiro, sendo realizado primeiramente a coleta de dados do número de pacientes Diabéticos e hipertensos ( 118 diabéticos e 344 hipertensos), avaliando os pacientes com maiores riscos de agravamentos e que necessitam de acompanhamento ,através de vários fatores analisados como: idade, comorbidades, função renal, glicemia, risco cardiovascular global e realizando assim extratificação de risco daqueles pacientes com maiores chances de complicações.

As fórmulas de Cockcroft-Gault (CG) é a equação da modificação da dieta na doença renal (MDRD) tal equação é realizada para estimar a taxa de filtração glomerular (TFG), isso pode ser significativo para pacientes diabéticos. Sendo que, quando alterados, pode ser realizado observação precoce, agindo de maneira ágil, para evitar acometimentos mais graves e sequelas permanentes. Partindo deste princípio e agindo de maneira precoce todos os métodos citados acima, podem ser utilizados de forma rotineira para um melhor acompanhamento qualificado e embasado, aplicando aos pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis, para que não apresentem complicações graves como, IAM - Infarto Agudo do Miocárdio, AVE - Acidente Vascular Encefálico, Nefropatia Diabética, Pé diabético, ou seja, complicações debilitantes e que causem graves sequelas ou óbitos (CARVALHO, 2012).

A avaliação renal por meio de medidas simples e avaliação individual é muito importante,

pois, cada paciente apresenta taxa de filtração glomerular (TFG) diferente, sofrendo variações devido idade, sexo, comorbidades e não somente avaliar valores isolados de creatinina, evitando assim, graves danos renais futuros. Somando-se a outras medidas de avaliação é possível avaliar a gravidade de cada paciente e fazer controle periódico daqueles que apresentam maior risco geral de complicações a curto prazo, evitando sequelas ou óbitos.

Segundo Beckstrom outro grave acometimento formado nas artérias, são os aterogêneses que são caracterizadas, pelo desenvolvimento de placas gordurosas, denominadas placas ateromatosas, na superfície interna das paredes arteriais. Os cristais de colesterol, juntamente com a proliferação celular, podem ocasionar a projeção da placa para o lúmen arterial, causando redução acentuada do fluxo sanguíneo podendo gerar oclusão completa do vaso (BECKSTROM et al., 2007).

Para Ferreira (2009), estima-se que, em 1995, o DM atingia 4% da população adulta mundial e que, em 2025, alcançará o montante de 5,4%, visto que nos países em desenvolvimento será observado em todas as faixas etárias, com predominância para grupos etários mais jovens, em comparação aos países desenvolvidos. Nestes últimos, o aumento ocorrerá principalmente na faixa etária de 45 a 64 anos.

Fatores que predisõem ao desenvolvimento da placa de ateroma incluem avanço da idade, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, tabagismo, diabetes mellitus, obesidade, radioterapia de cabeça e pescoço e doença arterial coronariana. São ainda fatores de risco para o desenvolvimento da placa de ateroma a herança genética, o sedentarismo e o estresse (KAWAMORI et al., 1992; BECKSTROM et al., 2007).

Um dos costumes observados entre alguns pacientes diabéticos e hipertensos é o uso prolongado dos medicamentos, sem acompanhamentos ou verificação do uso correto da medicação, desta forma, muitos pacientes usam por vários anos sem verificar seus níveis pressóricos e glicêmicos, inclusive a automedicação, necessitando modificação da medicação ou aumento da dose, refletindo em maiores riscos de complicações/agravos (REINHARDT, 2012).

Durante os meses de atuação e implantação das microintervenções o Programa de atuação do Governo Federal mudou, sendo agora, o Programa Previne Brasil, que atua a cada ciclo, impondo indicadores a serem alcançados. Neste ciclo, são de extrema necessidade, o alcance do Indicador de Hipertensão e Diabetes, compravando neste ato do trabalho, que a equipe de fato realizou acompanhamento deste paciente portador de doenças crônicas não transmissíveis, contribuindo assim, tanto para o paciente, quanto para o setor público, pois entende-se que paciente bem acompanhado reduz a utilização dos serviços de alta complexidade, que geram custos altos aos cofres públicos, que podem ser reduzidos, se de fato, o acompanhamento destes indivíduos acontecerem de forma, assídua, responsável e contínua.

Observa-se que a utilização das medidas de avaliação de risco ( ITB, avaliação da função renal, glicemia, Risco cardiovascular Global e eficácia dos medicamentos em uso), é possível reduzir futuras complicações e óbitos, mantendo o controle daqueles pacientes que apresentam maior risco e um acompanhamento mais efetivo.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações realizadas, durante o curso de Especialização em Saúde da Família, demonstraram a importância do trabalho em equipe, por meio de ações coletivas e integrativas entre os profissionais, apresentando uma visão global de todos os membros de uma família como unidade de cuidado, através de ações que irão promover, proteger e recuperar a saúde familiar ou individual, compreendendo seu ambiente físico e sócio- econômico, abrangendo desta forma, sobre o processo saúde- doença, fatores estes que não envolvem apenas um processo patológico específico, mas integração entre fatores familiares, sociais e psicológicos, ou seja, o indivíduo na sua integralidade.

Pode-se observar tal complexidade familiar, através da microintervenção sobre doenças crônicas não transmissíveis- DM e HAS, que em inúmeros casos envolvem fatores econômicos, sociais e psicológicos na origem de tais patologias.

A estrutura familiar carrega consigo fatores culturais e costumes sobre determinados hábitos (independente de classe social), principalmente os hábitos alimentares errôneos, como o consumo exagerado de carboidratos refinados (pães, bolos, doces, farinhas refinadas, etc), frituras e alimentos industrializados, resultando em obesidade, diabetes mellitus tipo 2, HAS e dislipidemias, tornando desta maneira, imprescindível a atuação de uma equipe multidisciplinar - médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo e agentes comunitários de saúde, na promoção em saúde do paciente, realizando assim, atendimento global e humanizado, por meio da reeducação alimentar, ou seja, ressignificação alimentar.

É possível obter resultados positivos através de uma avaliação que engloba inúmeros fatores, como os mencionados acima, somando-se as avaliações clínicas dos pacientes portadores de DM e HAS, através de medidas como MRPA, glicemia capilar, avaliação renal, índice tornozelo-braquial (itb), risco cardiovascular de Framingham, realizando acompanhamento dos pacientes com maiores riscos de complicações, criando assim, parâmetros de avaliação individual.

Pode-se realizar desta forma, ações permanentes de cuidados à saúde do paciente dando continuidade nas ações, obtendo acompanhamentos direcionados por meio de extratificação de risco individual de cada paciente, verificando assim, aqueles pacientes que necessitam de maiores cuidados e avaliações, para reduzir complicações em decorrências de tais patologias (DM, HAS). É possível evitar futuras internações e óbitos, refletindo em melhor qualidade de vida familiar em vários aspectos, como o econômico, social e psicológico, importantes para maior integração entre comunidade e UBS.



#### **4. REFERÊNCIAS**

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Fórum Global das Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Coordenação-geral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis; 2002.

GIOLLO, LT Jr, Martin JFV. Índice tornozelo-braquial no diagnóstico da doença aterosclerótica carotídea. Rev Bras Hipertens; 2010.

REINHARDT, Fernanda et al . Acompanhamento farmacoterapêutico em idosos hipertensos residentes em um lar geriátrico, localizado na Região do Vale dos Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil. , Rio de Janeiro , Rev .bras.geriatr.gerontol. v. 15, n. 1, p. 109-117, 2012.