



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

KALLYNKA NOGUEIRA DA SILVA

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA A PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO DE
PACIENTES COM DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

SÃO PAULO
2020

KALLYNKA NOGUEIRA DA SILVA

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA A PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO DE
PACIENTES COM DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

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: MICHELE PEIXOTO QUEVEDO

SÃO PAULO
2020

Resumo

O cenário desse projeto de intervenção é a ESF Sapateiro, que fica localizada na Estr. Mun. Basílio Viêira, nº 457, no Bairro Jardim Santa Lucia, no município de Embu-Guaçu/SP. O perfil dos usuários é de uma população rural, vulnerável socioeconomicamente, baixa escolaridade, alto índice de analfabetismo com predominância de 90% a 95% dos atendimentos de idosos, mulheres e crianças. O diagnóstico situacional realizado pela equipe do PSF identificou como maiores problemáticas dos usuários da unidade as doenças crônicas não transmissíveis, principalmente hipertensão arterial sistêmica e diabetes, tornado-se indispensável a realização de uma intervenção que busque sensibilizar a comunidade por meio de ações educacionais em saúde e de promoção do autocuidado. Espera-se com essas ações reduzir os atendimentos de pacientes com DM e HAS, promover a melhoria do autocuidado, incentivar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, bem como reduzir os agravantes ocasionados pelo descontrole glicêmico e/ou pressórico.

Palavra-chave

Estilo de Vida Saudável. Promoção da Saúde. Alimentação Saudável. Hipertensão. Diabetes.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

EMBU-GUAÇU

O município de Embu-Guaçu fica localizado na região metropolitana de São Paulo e microrregião de Itapeceira da Serra. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019) estima-se que no ano de 2019 a população seria de 69.385 habitantes, com uma área de 155,6 km². Ainda segundo dados do IBGE, no ano de 2017, o salário médio mensal era de 2.3 salários mínimos e a proporção de pessoas empregadas em relação à população total era de 13.3%. A taxa de analfabetismo de indivíduos com mais de 15 anos na zona urbana é de 5,46% e na zona rural essa taxa aumenta drasticamente para 15,22%. A economia municipal é baseada no setor rural e industrial.

Com relação à saúde o município, possui 5 Unidades Básicas de Saúde (UBS), um Pronto Socorro, um hospital, um Conselho Municipal de Saúde, um Centro de Atendimento Psicossocial, uma Secretaria Municipal de Saúde e um Centro de Controle de Endemias. As principais problemáticas relacionadas à saúde são as fragilidades e insuficiência de recursos orçamentários, que conseqüentemente acarreta em equipes reduzidas, falta de insumos e especialistas.

ESF SAPATEIRO



Autora, 2020

O cenário desse projeto de intervenção é a ESF Sapateiro, que fica localizada na Estr. Mun. Basílio Viêira, nº 457, no Bairro Jardim Santa Lucia, no município de Embu-Guaçu/SP. O funcionamento da unidade é de segunda a sexta das 07:00 às 16:00, em campanhas nacionais esses horários podem variar. A coleta de Papanicolau acontece as segundas das 14h às 15h e quarta das 9h às 11h. A coleta de exames acontece as terças e quintas das 7h às 8h. E a vacinação ocorre diariamente, durante todo o período de funcionamento da unidade. O perfil dos usuários é de uma população rural, vulnerável socioeconomicamente,

baixa escolaridade, alto índice de analfabetismo com predominância de 90% a 95% dos atendimentos de idosos, mulheres e crianças.

O diagnóstico situacional realizado pela equipe do ESF identificou como maiores problemáticas dos usuários da unidade as doenças crônicas não transmissíveis, principalmente hipertensão arterial sistêmica e diabetes. O diagnóstico situacional apontou ainda que a média de atendimentos mensais de diabéticos representou 18,75% dos atendimentos médicos, sendo que 38,67% desses atendimentos foram de pacientes com mais de 65 anos de idade, os atendimentos mensais de hipertensos totalizaram uma média mensal de 33,75%, sendo que 37,78% desses atendimentos foram de pacientes com mais de 65 anos. Esses dados indicam a alta prevalência de HAS e DM na área adstrita a ESF Sapateiro, tornado-se indispensável a realização de uma intervenção que busque sensibilizar a comunidade por meio de ações educacionais em saúde e de promoção do autocuidado.

ESTUDO DA LITERATURA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) são doenças crônicas não transmissíveis inicialmente assintomáticas, de alta prevalência, alto custo socioeconômico devido seu grande impacto no perfil de morbimortalidade da população, representando um grande desafio para o sistema único de saúde (SUS) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A HAS e DM apesar de não terem cura, podem ser controladas com tratamento medicamentoso e mudanças no estilo de vida como alimentação equilibrada, realização de atividades físicas regulares, abandono do tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas. Do contrário, essas doenças podem gerar agravantes e inclusive serem fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Analisando os dados disponíveis pelo Datasus no período de 2006 e 2016, observa-se que o número de mortes causadas pelas principais doenças crônicas não transmissíveis (HAS, DM e CA) aumentou 26% no Brasil. Nesse período os óbitos decorrentes de CA, DM, doenças cardiovasculares e problemas respiratórios passaram de 542 mil/ano para 685 mil/ano. Além disso, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), se forem considerados todos os tipos de doenças não transmissíveis, o número de óbitos anuais no país chega perto de 1 milhão. Custando aproximadamente R\$ 7,5 bilhões ao SUS (PREVIVA).

No âmbito mundial as doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por cerca de 41 milhões de mortes anualmente, representando 70% do total de óbitos registrados no mundo. De acordo com a OMS estima-se que os valores gastos nesses tratamentos chegarão a R\$ 177 trilhões/ano até 2030. Outro fator importante a ser considerado que os prejuízos não se limitam ao alto índice de mortalidade. As doenças crônicas não transmissíveis podem diminuir consideravelmente a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares, além da possibilidade de sequelas físicas e cognitivas que podem reduzir a capacidade de trabalho ou impedi-la (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma condição clínica complexa devida sua natureza multifatorial, sendo caracterizada pela elevação da pressão arterial (PA). A elevação da PA acarreta uma sobrecarga no coração, que necessita trabalhar mais do que o habitual para cumprir sua função de bombear o sangue por todo corpo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016), considera-se como hipertensão valores de pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg. No QUADRO I podemos observar a classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade elaborada pela sociedade citada anteriormente.

Quadro 1 – Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade

Classificação	PAS (mm Hg)	PAD (mm Hg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121-139	81-89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA.

Considera-se hipertensão sistólica isolada se PAS ≥ 140 mm Hg e PAD < 90 mm Hg, devendo a mesma ser classificada em estágios 1, 2 e 3.

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2016.

FISIOLOGIA E PATOGÊNESE

A hipertensão arterial sistêmica pode ser classificada como primária ou secundária. A HAS primária é a mais comum e ocorre em aproximadamente 95% dos casos, sendo sua causa desconhecida, a HAS secundária acontece com menor frequência em apenas 5% dos casos e suas causas são conhecidas, normalmente relacionadas a doença parenquimatosa renal e a estenose de artéria renal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

RISCOS DO EXCESSO DE SÓDIO

O sódio é uma substância que sinteticamente funciona no organismo como regulador de líquidos celular, controlando a pressão osmótica, ou seja, o sódio pode ser encontrado principalmente no exterior das células, quando existe pouco sódio, mais líquido entram nas células, e quando há excesso de sódio o líquido tende a sair das células, o que aumenta o volume de líquidos nos vasos sanguíneos acarretando a elevação da PA (BRASIL, 2014).

A recomendação do consumo máximo diário de sódio é de 2 gramas diárias, equivalentes a 5 gramas de sal. Porém a média de consumo de sal da população brasileira é de 12 gramas diárias. Isso se deve principalmente ao fato que muitos produtos industrializados utilizam o sódio como conservantes. E a maioria dos consumidores desconhece esse fato (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

DIAGNÓSTICO

Para o diagnóstico da HAS, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016), recomenda que o procedimento seja realizado por profissionais capacitados, que as medidas sejam realizadas de forma correta seguindo as recomendações do Ministério da Saúde, e que os equipamentos estejam calibrados. As aferições devem ser realizadas em pelo menos três momentos distintos sob condições ideais. A confirmação do diagnóstico de hipertensão se dá quando a média das três aferições forem iguais ou superiores a 140/90mmHg. Outras formas para o diagnóstico da HAS é através da MRPA ou da Mapa (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

TRATAMENTO

O tratamento da hipertensão comumente é feito de forma medicamentosa associado às mudanças no estilo de vida com a adoção de hábitos alimentares saudáveis, prática regular de atividades físicas e abandono do tabagismo e abuso de álcool. Segundo recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) a proposta terapêutica deve ser realizada em conjunto

paciente e médico, considerando de forma integral o indivíduo (BRASIL, 2014).

O tratamento medicamentoso utiliza várias classes de fármacos como diuréticos, bloqueadores de canais de cálcio, inibidores da ECA, bloqueadores do receptor de angiotensina II e os betabloqueadores, prescritos de acordo com a necessidade de cada paciente (BRASIL, 2014).

DIABETES MELLITUS

A Diabetes Mellitus é uma doença que acomete o metabolismo intermediário, caracterizada pela ocorrência de hiperglicemia crônica. Essa descompensação em longo prazo pode acarretar lesões em órgãos alvo e inúmeros agravantes (BRASIL, 2006).

FISIOLOGIA E PATOGENESE

Para compreendermos a fisiopatologia da DM, precisamos entender o funcionamento do metabolismo intermediário: processo de reações bioquímicas orgânicas de síntese e degradação de macromoléculas (proteínas, carboidratos e lipídios), controlado por hormônios, onde a insulina é o principal regulador do anabolismo, e os contrarreguladores (adrenalina, glucagon, cortisol e GH) exercem o de efeito do catabolismo (BRASIL, 2006). Nos diabéticos existe uma carência de insulina podendo ser absoluta ou relativa, o que leva o organismo a se comportar constantemente como se estivesse em estado de jejum, mesmo no período pós-prandial. Levando o catabolismo e a gliconeogênese ficarem constantemente estimuladas, ocasionando a predominância da utilização periférica de ácidos graxos, sobre a glicólise, desencadeando o surgimento do quadro de hiperglicemia crônica (BRASIL, 2006).

SÍNTESE SOBRE OS TIPOS DE DM

A diabetes é classificadas em 4 tipos: DM tipo 1, DM tipo 2, DM gestacional e outros. A DM tipo 1 é uma doença autoimune (destruição das células beta), na maioria dos casos ocorre em coexistência com outras imunopatias (tireóide de Hashimoto, doença celíaca, anemia, entre outras). A DM tipo 2 é ocasionada pelo desenvolvimento da resistência periférica da insulina e o déficit secretório das células beta, o que acarreta no hipoinsulinismo relativo, ou seja, mesmo as taxas de insulinas estando normais ou altas, elas são insuficientes para manter a homeostase da glicose. A DM gestacional se caracteriza pela intolerância moderada a glicose durante a gestação, ocorrendo geralmente no 3º trimestre da gestação e normalmente desaparece após o parto. O quarto tipo de DM possui etiologia específica definida, comumente associada ao uso de drogas, endocrinopatias ou imperfeições monogênicos (BRASIL, 2018).

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico para DM é feito através de exames laboratoriais, que podem ser observados no quadro abaixo (BRASIL, 2018).

Critérios para diagnóstico de DM

- 1) Hemoglobina glicada (A1C) $\geq 6,5\%$; ou
- 2) Glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl; ou
- 3) Glicemia 2h após TOTG-75 ≥ 200 mg/dl; ou
- 4) Glicemia aleatória ≥ 200 mg/dl + sintomas de hiperglicemia ("polis".)

Fonte: BRASIL, 2018.

É importante ressaltar que os critérios de diagnóstico para DM do 1 ao 3 precisam ser confirmados através de uma segunda dosagem. Apenas o critério 4 dispensa essa confirmação (BRASIL, 2018).

TRATAMENTO

O principal tratamento para DM tipo 1, é a reposição exógena de insulina. Essa reposição hormonal reduz a morbimortalidade dos pacientes, e retarda e/ou evita incidentes de cetoacidose diabética que é a causa principal de mortes em diabéticos. Além das recomendações alimentares e adoção de um estilo de vida saudável. A DM tipo 2, comumente está associado a outros fatores de risco cardiovasculares (hipertensão arterial, dislipidemia e obesidade). Desse modo o tratamento, envolve estratégias terapêuticas que vão além do controle glicêmico. O tratamento medicamentoso conta com diferentes classes de fármacos, que se diferenciam pelos seus mecanismos de ação e efeitos sobre a glicemia e hemoglobina glicada: Sulfonilureais, Biguanidas, Acarbose, Glinidas, Tiazolidinedionas, Agonistas do GLP1 e Inibidores da DPP-4. Além das recomendações alimentares e adoção de um estilo de vida saudável. A DM gestacional e quarto tipo não serão discutidas no presente projeto de intervenção (BRASIL, 2018).

AÇÕES

De acordo com orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS) os principais fatores de risco para a morbimortalidade relacionados a DM e HAS estão relacionados ao aumento dos níveis tensionais, a dislipidemia aterogênica, a dietas monótonas e baixa ingestão de frutas, hortaliças e leguminosas, sobrepeso ou obesidade, sedentarismo e o tabagismo (WHO, 2006). Isso se deve principalmente devido às mudanças no estilo de vida. A tecnologia trouxe indiscutíveis benefícios, porém, as atividades diárias exigem cada vez menos esforços, além da vasta oferta de alimentos industrializados ricos e açúcares e carboidratos, que contribuem para elevação do peso e sedentarismo (LIDFELDT et al., 2005).

Uma dieta equilibrada associada à prática de atividades físicas regulares promove a redução do peso, melhora a sensibilidade à insulina, reduz os níveis pressóricos e triglicérides, o que colabora para o controle da DM e HAS. Também é indispensável que os pacientes diabéticos e hipertensos sigam o tratamento medicamentoso como recomendado (SBEM, 2017).

Almeida (2014) acredita que todos os problemas de saúde convergem em um denominador comum: a conscientização do indivíduo sobre sua condição de saúde. O tratamento medicamentoso não é eficaz se o paciente não faz o uso correto da medicação ou não compreende todas as orientações sobre seu diagnóstico e tratamento. O que torna indispensável que o médico considere a possibilidade deste ser analfabeto ou ter baixa escolaridade e não consiga compreender o que está redigido na receita.

Nesse sentido sabendo da importância de se adotar uma dieta alimentar equilibrada, da prática regular de atividades físicas, da importância de considerar as especificidades dos pacientes e de se ter um estilo de vida saudável a equipe do ESF Sapateiro buscará através de ações de promoção do autocuidado e de informações conscientizar os usuários da unidade sobre a importância de se manter os níveis glicêmicos e pressóricos o mais próximo dos níveis normais. As ações do projeto intervenção terão a duração de 12 meses podendo ser estendidas por prazo indeterminado.

Ações do projeto de intervenção:

- ♦ Rastrear pacientes maiores de 18 anos que possuam DM e/ou HAS. O rastreio será realizado pelos agentes comunitários de saúde (ACS), através dos prontuários e buscas ativas.
- ♦ Palestra de capacitação da equipe para acolher e manejar pacientes com DM e HAS. A capacitação será realizada na unidade e será ministrada pela médica responsável pela elaboração do projeto. A palestra abordará informações sobre DM e HAS, cuidados, diagnóstico precoce, tratamento, sinais de alerta, manejo dos pacientes, complicações e promoção do autocuidado.
- ♦ Reunião com a equipe para discutir a implantação do projeto (ações, responsabilidades e cronograma e metas).
- ♦ Divulgação das ações do projeto será feita por toda equipe do ESF, em visitas domiciliares realizadas pelos ACS e na própria unidade.
- ♦ Intensificação no suporte ao grupo de HIPERDIA, que se reunirão semanalmente na unidade, por um período de 3 horas, onde receberão orientações sobre HAS e DM

- ♦ (alimentação, cuidados, tratamento, sinais de alerta, prática regulares de atividades físicas, dentre outras), atendimento com nutricionista e médico para avaliação mais criteriosa do quadro e renovação de receitas. Nesses encontros a troca de experiência e apoio coletivo também será incentivada, bem como o acompanhamento do peso, nível pressórico e glicêmico, estado clínico geral e observação se os pacientes compreenderam as recomendações e horários dos medicamentos.
- ♦ Implantação de orientações e prescrição medicamentosa lúdicas para pacientes analfabetos ou com dificuldade de leitura. Essas orientações utilizarão de símbolos e uma bolsa de feltro colorida, feita por uma agente de saúde comunitária voluntária, que buscará facilitar a adesão correta ao tratamento medicamentoso. Nas figuras abaixo podemos visualizar melhor essas bolsas.



Fonte: Autora, 2020



Fonte: Autora, 2020

- ♦ Consultas individuais com uma equipe multidisciplinar (médica, enfermeira e nutricionista) para a avaliação do quadro clínico, solicitação de exames, elaboração de o plano individual

- ♦ alimentar, metas de redução de peso e propostas de atividades físicas.
- ♦ Criação de uma horta comunitária no terreno da própria ESF, que receberá subsídios para sua construção da prefeitura municipal e voluntários. Os pacientes serão responsáveis por cuidar da horta e os alimentos serão destinados ao consumo deles mesmos. O objetivo da horta é estimular o apoio coletivo para o enfrentamento da HAS e DM, além de estimular a alimentação saudável.
- ♦ Grupo de atividades físicas: serão realizados as segundas e quartas, durante o período da manhã, com a mediação de um educador físico e equipe do ESF. Antes e após as atividades a pressão e o nível glicêmico dos pacientes serão aferidos e anotados nos prontuários.
- ♦ Acompanhamento da evolução do quadro: A reavaliação clínica será realizada de modo individual através de consulta médica agendada, após 1 mês do início das ações do projeto, onde serão solicitados exames laboratoriais (hemograma, colesterol total, triglicérides, HDL, LDL, ureia, creatinina, urina tipo I, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, TSH T3, TSH T4), eletrocardiograma e raio X de tórax de acordo com a necessidade de cada paciente. Após 3 meses será realizada outra reavaliação do quadro, e se necessário poderá ser realizada antes, de acordo com a necessidade de cada paciente.
- ♦ Monitoramento das ações do projeto será realizadas pela equipe do ESF, através da avaliação dos prontuários e do acompanhamento da evolução individual do quadro de cada paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

A partir das ações do projeto de intervenção espera-se:

- ♦ Aumentar em 30% o autocuidado de pacientes com HAS e DM.
- ♦ Reduzir em 20% os agravos ocasionados pela DM.
- ♦ Reduzir em 30% os agravos ocasionados pela HAS.

REFERÊNCIAS

ALMEIRA, A. C. V. Estratégias Voltadas Para o Autocuidado. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. 2018.

DATASUS. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=02>. Acesso em: 12 fev. 2020.

IBGE. Embu Guaçu. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/embu-guacu/panorama>. Acesso em: 01 mar.2020.

LIDFELDT, J. et al. Sociodemographic and psychosocial factors are associated with features of the metabolic syndrome: The women's health in the lund Área (whila) study. *Obes Metab*, v. 84, n. 1, p. 1-28, 2005.

PREVIVA. Mortes por doenças crônicas não transmissíveis crescem 26% em dez anos. Disponível em: <http://previva.com.br/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-mortes/>. Acesso em: 10 fev. 2020

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [s.l.], v. 107, n. 3, p. 1-82, 3 set. 2016.

WHO, W. H. O. Global strategy on diet, physical activity and health. 2006. Disponível em: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf>. Acesso em: 24 Fev. 2020.