



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2017

Tiago Nitsche Assoni

# Prevenção de complicações crônicas em hipertensos no ESF 2 Coxilha de Amaral Ferrador-RS

Florianópolis, Janeiro de 2023



Tiago Nitsche Assoni

Prevenção de complicações crônicas em hipertensos no ESF 2  
Coxilha de Amaral Ferrador-RS

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Silvia Mônica Bortolini Braga  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Marta Inez Machado Verdi

Florianópolis, Janeiro de 2023



Tiago Nitsche Assoni

Prevenção de complicações crônicas em hipertensos no ESF 2  
Coxilha de Amaral Ferrador-RS

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. Marta Inez Machado  
Verdi**

Coordenadora do Curso

---

**Silvia Mônica Bortolini Braga**

Orientador do trabalho

Florianópolis, Janeiro de 2023



# Resumo

**Introdução:** A comunidade de Coxilha situada na cidade de Amaral Ferrador- RS, é uma comunidade que fica no interior do município aonde contamos com o posto ESF 2 Coxilha que está composto por uma equipe de Estratégia de Saúde da Família completa, que atende sua população que ao redor de 2.600 pessoas. **Objetivo:** Tendo como objetivo ampliar as ações em saúde ofertadas as pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 na comunidade da Coxilha de Amaral Ferrador- RS, com vistas a aumentar a sobrevida desses pacientes. Identificando, diagnosticando e reorganizando melhor estes pacientes. **Metodologia:** Trata-se de um projeto de intervenção e será realizado palestras educativas, promovendo reuniões de grupos hipertensos, buscando as características e perfis socioeconômico de cada paciente podendo assim um melhor controle e tratamento. **Resultados Esperados:** Por se tratar de uma doença assintomática e muito traiçoeira, por causar danos sérios a órgãos essenciais, necessita de um diagnóstico, tratamento precoce e controle adequado para obter um melhor estilo de vida. Espera-se melhorar a expectativa de vida, através de um bom controle, tratamento medicamentoso ou conservador, esperando melhorar o nível de informação sobre o assunto e diminuição de complicações pela HAS e DM na população cadastradas no ESF.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Diabetes Mellitus, Educação em Saúde





# Sumário

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>11</b>
2.1	Objetivo geral	11
2.2	Objetivos específicos	11
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>13</b>
3.1	Conceito	13
3.2	Dados Epidemiológicos	14
3.3	Políticas Públicas	15
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>21</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>23</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>25</b>



# 1 Introdução

A comunidade de Coxilha situada na cidade de Amaral Ferrador- RS, é uma comunidade que fica no interior do município, caracterizada pela monocultura do tabaco, pouca organização rural e dificuldades de acesso aos serviços básicos incluindo saúde e educação, devido a não pavimentação das vias principais, possui uma população ordeira, trabalhadora que cultua as tradições gaúchas e acolhe bem seus visitantes. É um município agrícola, que sofre com a falta de mercado de trabalho, fazendo com que a renda familiar seja inferior a um salário mínimo, criando assim uma população sem acesso a suas necessidades básicas, principalmente as do meio rural, pois o acesso é bastante difícil. O reflexo da situação da população de Amaral Ferrador é notado em todas as esferas, pois, o analfabetismo é enorme, as crianças residem muitas vezes distante da escola, a saúde é frágil frente a quantidade de agrotóxicos utilizados nas lavouras e a situação social dentro deste cenário fica extremamente fragilizada pois a população acaba por necessitar muito mais. A população de Amaral Ferrador conta com 2 ESF (Estratégia Saúde da Família) contando com duas equipes básicas com poucos recursos. A constituição étnica de Amaral Ferrador tem predomínio de adultos, está distribuída entre portugueses (60%), poloneses (25%) e afro-brasileiros (15%) que é aproximadamente 6.974 pessoas.

A estrutura da equipe está composta de uma equipe de saúde contendo: 1 médico de saúde da família, 1 odontologista, 1 enfermeira, 1 técnica em enfermagem, 1 farmacêutica, 1 secretaria e 6 agentes comunitários de saúde. Atualmente não contamos com uma equipe de NASF no município. A organização da equipe em relação ao atendimento médico, funciona da seguinte forma: segunda a quinta pela manhã 10 agendamentos, 2 para urgências ambulatoriais, segunda a tarde demanda livre, renovação de receitas e leitura de exames, terça-feira reservado para visitas domiciliares entorno de 5-6 visitas, quarta-feira à tarde puericultura e as reuniões que acontecem cada 15 dias, quinta-feira à tarde dia de pré-natal e demanda espontânea, sexta feira reservado para dia de estudo. A procura dos pacientes está ligado ao meio da cultura, muitas vezes por lesões causada pelo trabalho braçal na agricultura como dor coluna, joelho, braço e ombro, entre outras doenças mais prevalentes como hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, reflexo de uma má alimentação, afetações ginecológicas, gravidez na adolescência e alto índice de pacientes em uso de psicotrópicos sem um controle adequado.

Em média na unidade atende-seemtorno de 250 a 300 atendimentos no qual maior prevalencia é para quadro de diabetes e hipertensão seguido por infecções respiratórias, em crianças e adolescentes atendimentos de puericultura e pré natal.

A prevalência (casos antigos e novos) de Hipertensão Arterial Sistêmica na comunidade corresponde a 57 X 1000 no ano 2017 dados clinicos coletados pela equipe de saúde (ACS) no ano de 2017 . Será relevante intervir na diminuição das complicações evitáveis dos

pacientes com doenças crônicas como hipertensão e diabetes mellitus tipo 2. De forma que a equipe possa acolher com empatia, que o paciente possa aderir ao tratamento dando início ao processo de longitudinalidade e que possa ter melhor acompanhamento, atuando também de forma direta através das palestras orientando sobre principais sinais e sintomas, também realizar os grupos de hipertensos e diabéticos com dias exclusivos dedicados a essa população do grupo "HIPERDIA" com distribuição de medicamentos gratuito melhorando assim a adesão ao tratamento com maior expectativa de vida.

Com diminuição das complicações dessas doenças ao longo dos anos o paciente pode ter uma maior qualidade e expectativa de vida, de forma que melhore as filas nos hospitais, ESF, centros de hemodiálises, UTIs que são causados por complicações dessas doenças. Implementando este projeto, organizando, distribuindo a equipe para que possa conciliar o dia-dia do ESF, podendo ter ótimo benefício sendo compatível com a demanda da comunidade assistida.

## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo geral

Ampliar as ações em saúde ofertadas as pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 na comunidade da Coxilha de Amaral Ferrador-RS, com vistas a aumentar a sobrevida desses pacientes.

### 2.2 Objetivos específicos

- Identificar o perfil dos pacientes, clínico e sociodemográfico
- Diagnosticar a atenção prestada atualmente a esses pacientes
- Reorganizar a forma de atendimento visando melhoria e maior facilidade de acesso a estes pacientes.



## 3 Revisão da Literatura

### 3.1 Conceito

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA 140 x 90mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (TAVARES; DUNCAN; BAVARESCO, 2013)

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (TAVARES et al., 2013)

A hipertensão arterial é considerada uma doença “democrática”, por atingir qualquer tipo de pessoa, sem exceção. De jovens a idosos, independentemente de sexo, cor, classe social e peso, sejam pessoas calmas ou nervosas. Prova disso são os números levantados pelo Ministério da Saúde, que apontam que um em cada dez jovens brasileiros sofre de pressão alta. Ainda que a maioria dos casos atinjam os idosos (com 60 anos ou mais), as estatísticas indicam que 10% da população entre 25 e 34 anos sofre da doença. Já na faixa dos 35 aos 44 anos, o número aumenta para 19%.

Embora qualquer um possa ser alvo da hipertensão, há certos cuidados que se pode tomar para não acabar se tornando mais uma vítima. Em primeiro lugar, abolir o sedentarismo. Pessoas sedentárias têm muito mais chances de se tornarem hipertensas, podendo desenvolver outros problemas consequentes da pressão alta. Segundo dados da Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH), a doença é responsável por 40% dos infartos, 80% dos derrames e 25% dos casos de insuficiência renal (FARIA et al., 2002).

Outro fator de risco é o sobrepeso, em especial a obesidade. Pessoas acima do peso são mais propensas a terem pressão alta. O indicado, nos casos de hipertensão, é perder cerca de 10% do peso corpóreo. Para cada quilo reduzido, a pressão de quem é hipertenso cai, em média, de 1,3mmHg a 1,6mmHg. Portanto, é importante se atentar à alimentação e a uma rotina de exercícios físicos frequentes (FLOR; CAMPOS, 2017).

E por falar em alimentação, um dos grandes vilões da pressão arterial é o sal. Ingerir grandes quantidades de sódio, muito presente no sal e em comidas oleosas e fritas, pode causar um aumento na pressão arterial. Cuidado também com a ingestão de bebidas alcoólicas. O ideal mesmo é não beber ou pelo menos diminuir a quantidade de álcool por dia (720ml de cerveja, 240ml de vinho ou 60ml de destilados).

Outro fator determinante para manter a pressão regular é controlar as situações de estresse, evitar o desgaste emocional e o cansaço extremo. O tabagismo também é um dos principais causadores de hipertensão, portanto quem fuma precisa para imediatamente não correr esse risco.

Recomenda-se, para todas as pessoas, hipertensas ou não, que meçam a pressão pelo menos uma vez ao ano. A hipertensão é uma doença silenciosa, que demora a manifestar os sintomas, principalmente entre os jovens. Tomando esses cuidados, as chances de se tornar um hipertenso diminuem drasticamente. Evidentemente existem outros fatores que podem influenciar, como a hereditariedade. Quem tem casos de hipertensão na família deve sempre redobrar a atenção (BARRETO et al., 2011)

(ANDRADE et al., 2010) Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca. Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também têm HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos

## 3.2 Dados Epidemiológicos

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. A mortalidade por doença cardiovascular(DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração), ocorrendo a maioria delas em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos (WILLIAMS, 2010). Apesar de apresentar uma redução significativa nos últimos anos, as DCVs têm sido a principal causa de morte no Brasil. Entre os anos de 1996 e 2007, a mortalidade por doença cardíaca isquêmica e cerebrovascular diminuiu 26% e 32%, respectivamente. No entanto, a mortalidade por doença cardíaca hipertensiva cresceu 11%, fazendo aumentar para 13% o total de mortes atribuíveis a doenças cardiovasculares em 2007 (SCHMIDT et al., 2011). No Brasil, a prevalência média de HAS autorreferida na população acima de 18 anos, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel – 2011), é de 22,7%, sendo maior em mulheres (25,4%) do que em homens (19,5%).

A frequência de HAS tornou-se mais comum com a idade, mais marcadamente para



as mulheres, alcançando mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade. Entre as mulheres, destaca-se a associação inversa entre nível de escolaridade e diagnóstico da doença: enquanto 34,4% das mulheres com até 8 anos de escolaridade referiam diagnóstico de HAS, a mesma condição foi observada em apenas 14,2% das mulheres com 12 ou mais anos de escolaridade. Para os homens, o diagnóstico da doença foi menos frequente nos que estudaram de 9 a 11 anos (BRASIL, 2012).

### 3.3 Políticas Públicas

A partir dos últimos anos da década de 1990 e no início dos anos 2000, a prevenção para DCNT, em especial das cardiovasculares, se tornaram preocupação de várias organizações internacionais, enfatizando os chamados países do Terceiro Mundo (LESSA, 2004) associado a isto, os elevados números de hospitalizações e óbitos decorrentes de agravos da HAS, levou o Ministério da Saúde no ano de 2001 a lançar o Plano de Reorganização da Atenção à HAS e ao *Diabetes mellitus* (DM) no Brasil, visando minimizar a ocorrência dos agravos da HAS, destarte diversas ações foram implementadas nos estados e municípios, como capacitações profissionais na atenção básica, pactuação de normas e metas entre as três esferas da gestão de saúde, atenção à assistência farmacêutica e dispensação de medicamentos de uso contínuo, e promoção de atividades educativas (BRASIL, 2001a).

Este plano tinha ainda como objetivo a garantia do diagnóstico e da vinculação do paciente às Unidades Básicas de Saúde (UBS) para tratamento e acompanhamento, promovendo assim a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores dessas patologias na rede pública de serviços de saúde (BRASIL, 2001a). A campanha de rastreamento da HAS e do DM, com o objetivo de promover hábitos saudáveis de vida e a busca pelo aumento do vínculo dos usuários às UBS para acompanhamento e tratamento de suas doenças, culminou com a criação do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA). O cadastramento ocorreu em todas as unidades ambulatoriais do SUS, e com este sistema informatizado, tornou-se possível a descrição do perfil epidemiológico dos pacientes cadastrados, bem como a geração de informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde. Além do cadastro, o Sistema permite o acompanhamento, a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos, ao mesmo tempo em que, a médio prazo, poderá ser definido o perfil epidemiológico desta população, e o conseqüente desencadeamento de estratégias de saúde pública que levarão à modificação do quadro atual, a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e a redução do custo social. (BRASIL, 2001a). Em 2001 ainda foram estabelecidas novas diretrizes para orientação da atenção à HAS, do ponto de vista normativo, a promulgação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 01, foi de grande importância, pois estabeleceu as diretrizes para ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica e definiu o controle da HAS como área de atu-

ação estratégica mínima desse nível de atenção. (BRASIL, 2001b), Em 2004, o Ministério da Saúde em conjunto com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), lançaram o Programa Farmácia Popular do Brasil (FPB), que surgiu como modalidade de co-pagamento e é sustentado por convênios firmados com parceiros públicos e privados sem fins lucrativos.

O objetivo da FPB é buscar distribuir de modo universal, igualitário e gratuito, entre outros, os medicamentos para a HAS, em toda a extensão do território brasileiro. (PINTO, 2010). Por mais que, os resquícios do modelo biomédico fizessem com que um dos pilares mais fortes do tratamento fosse a medicalização, o acesso da população aos medicamentos, em muitos locais, era difícil. O Ministério da Saúde no ano de 2006, por meio do Caderno de Atenção Básica, ressalta mais uma vez que a atenção primária deve conduzir atividades de promoção, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado da HAS. Recomenda também que a equipe de saúde contemple os saberes dos diferentes profissionais envolvidos, bem como conduza rotinas e procedimentos que ordenem as ações de saúde da equipe, em particular dos serviços organizados segundo a ESF. (BRASIL, 2006) Por meio da portaria 687 de março de 2006 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Promoção da Saúde, cujo objetivo foi promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde, relacionados aos seus determinantes e condicionantes, deste modo busca incorporar e implementar ações de promoção da saúde, com ênfase na atenção básica, e definindo como prioridades iniciais de atuação: alimentação saudável, atividade física/práticas corporais, reforçando a política ministerial de atuar nos fatores de risco para as DCNT (BRASIL,2008). A partir da elaboração desta portaria, houve um aumento no apoio técnico e financeiro à estruturação da Rede Nacional de Promoção da Saúde. De 2005 a 2010, o Ministério da Saúde repassou para as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde mais de R\$ 170 milhões, para o desenvolvimento de ações de Promoção da Saúde , incluindo ações de promoção voltadas aos hipertensos (BRASIL, 2011). Neste sentido e compreendendo os desafios lançados para os serviços de saúde, e a necessidade de aprofundar as ferramentas de planejamento, que facilitem e estimulem a construção de abordagens que considerem o cuidado integral e atendam as necessidades de saúde da população, o Ministério da Saúde lança o manual: *Diretrizes e Recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção de saúde, vigilância e assistência*. Recomendando o fortalecimento da promoção da saúde, da elaboração de estratégias de prevenção, da melhoria da capacidade de mobilização social para o autocuidado e da formulação de indicadores adequados à avaliação da efetividade das ações em saúde, entre as doenças consideradas prioridade está a HAS e o enfoque nos seus fatores de risco. (BRASIL, 2008). Estas questões passam a integrar o acordo sanitário pacto pela vida, em que se torna necessário o desenvolvimento de estratégias mais efetivas pelos municípios para a abordagem desse problema de saúde pública. Uma das ações propostas pelas diretrizes é a vigilância epidemiológica, a produção de informações que subsidiem a organização do cuidado integral de DCNT e seus fatores de risco e de pro-

tagonizar ações que modifiquem os determinantes sociais de saúde, reduzindo a carga de doenças (BRASIL, 2008). Propõem ainda como forma de cuidado, favorecer a autonomia de sujeitos que já desenvolveram quadros de adoecimento, o ato de cuidar, é entendido como ação sanitária de atenção integral aos usuários dos serviços de saúde, que pressupõe a criação de vínculos de co-responsabilidade entre o profissional de saúde e aquele que busca seu saber técnico específico para o alívio de um sofrer. Para a efetividade do cuidado aos portadores de DCNT é preciso uma ação pró-ativa dos sujeitos para a mudança de comportamentos que considerem hábitos de vida saudáveis e levem ao controle da doença (BRASIL, 2008). Cuidar é parte do cotidiano humano e refere-se a um agir de respeito e responsabilização, constituindo uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento, escuta do sujeito (VALLA, 2004). Diante desta co-responsabilidade o processo de trabalho das equipes de saúde deve levar em consideração, não apenas as tecnologias duras, mas também a escuta dos sujeitos, com a finalidade de subsidiar a prática baseada em evidências, considerando o processo sócio-cultural de viver dos indivíduos, deste modo eles se sentiram acolhidos em suas necessidades e dificuldades. Outra importante iniciativa do governo federal foi o lançamento em 2007 do Guia Metodológico de Avaliação e definição de Indicadores de DCNT e Rede Carmem no país, o projeto se comprometeu com o desenvolvimento, a implementação e a avaliação de políticas que buscassem a redução simultânea de fatores de risco comuns a mais de uma das DCNT; mobilização social e intervenções de base comunitária; vigilância epidemiológica dos fatores de risco; e atividades preventivas que possam contribuir com a redução das desigualdades em saúde (BRASIL, 2007). Este novo modelo, que mantém as mesmas propostas, visa o diagnóstico precoce e o controle das DCNT, pressupondo uma nova organização do processo de trabalho das equipes, destacando-se as ações inter-setoriais, que é um importante instrumento para as ações de promoção à saúde. A adoção das linhas de cuidado como organizadoras do trabalho, com a vinculação das equipes de saúde à população da área adscrita da UBS e a atenção primária como ordenadora do sistema é responsável pelo acompanhamento dos sujeitos até a alta complexidade. Nesta perspectiva o enfermeiro, que além das atividades assistenciais e educativas, atua na gerência das equipes da ESF, deverá direcionar sua prática para intervir na organização do processo de trabalho, com uma nova estratégia articulada com a equipe de saúde a fim de que cada sujeito possa desempenhar seu trabalho como agente de transformação. O Estado brasileiro também tem atuado no desenvolvimento de estudos e pesquisas por meio do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT), como por exemplo, a realização da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL). O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realiza a Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar (PNAD) e a Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE). Existe ainda o Inquérito Nacional de Fatores de Risco para Doenças Crônicas e Violências, realizado pela Secretária de Vigilância em Saúde do Ministério da

Saúde e o Instituto Nacional de Câncer. Todos estes estudos são ações de vigilância e monitoramento dos principais fatores de risco modificáveis, e buscam levantar tendências e estimativas que possibilitem conhecer a distribuição e a magnitude das DCNT e seus agravos, sendo importantes parâmetros para a avaliação das políticas públicas.

Desde o fim da década de 1980, com a implementação do SUS e a tentativa de reorganização do modelo assistencial, o país já alcançou inúmeras conquistas em diversas áreas, com diferentes populações. No entanto, apesar de várias políticas públicas terem sido instauradas pelo Estado brasileiro, para a HAS, ainda é difícil o controle dos fatores de risco, o diagnóstico precoce, a acessibilidade dos usuários ao serviço, a manutenção do tratamento e a diminuição dos agravos cardiovasculares, e dos custos financeiros para o sistema público, uma vez que, a doença possui particularidades que dificultam o diagnóstico e a manutenção da terapêutica. O Brasil além das dificuldades de ser um país em desenvolvimento, possui uma dimensão continental, com diferenças significativas entre suas diferentes regiões, o que se torna um empecilho para a implementação de programas abrangentes e eficazes para DCNT. Diante disto, acreditamos que faz-se necessário um olhar diferenciado para a problemática, onde a atuação deve partir de cada localidade, respeitando suas características peculiares de prestar a assistência, devendo esta ser cada vez mais qualificada, sistematizada e humanizada, que apenas será alcançada com a constante qualificação e motivação dos profissionais de saúde que atuam com a população de hipertensos (BARRETO et al., 2011).

A obesidade é um fator de risco independente para doença coronariana. A resistência à insulina associada à obesidade contribui para o desenvolvimento de dislipidemia, hipertensão arterial e diabetes tipo 2. A coexistência de hipertensão e diabetes aumenta o risco para complicações micro e macrovasculares, predispondo os indivíduos à insuficiência cardíaca congestiva, doença coronariana e cerebrovascular, insuficiência arterial periférica, nefropatia e retinopatia.

Em pacientes diabéticos obesos a redução do peso, bem como o uso de metformina, melhoram a sensibilidade à insulina, o controle da glicemia e da pressão arterial (NUNES et al., 2002).

O tratamento anti-hipertensivo em diabéticos reduz a mortalidade cardiovascular e retarda o declínio da função glomerular. Deve-se considerar os efeitos dos agentes anti-hipertensivos sobre a sensibilidade à insulina e o perfil lipídico. Diuréticos e b-bloqueadores podem reduzir a sensibilidade à insulina, enquanto bloqueadores de canais de cálcio são metabolicamente neutros e os ECA aumentam a sensibilidade à insulina, além de conferir proteção adicional cardiovascular e renal para diabéticos. O bloqueio da angiotensina II tem mostrado benefícios semelhantes (NUNES et al., 2002).

Resultados indicam elevada prevalência de DM e vários dos seus fatores associados (identificados como evitáveis) apontam a necessidade de mudanças comportamentais como estratégia para prevenção e controle do diabetes e suas complicações.

O entendimento sobre a adesão ao tratamento depende tanto dos fatores individuais (físicos, emocionais, financeiros e sociais), como da equipe, do serviço e do sistema de saúde mostra necessidade da consciência sobre a complexidade no manejo desses pacientes por todos os envolvidos: na falha de um desses pilares, o sucesso é pouco provável.

Objetivo é elaborar uma proposta de intervenção que aumente a adesão ao tratamento não medicamentoso dos hipertensos e diabéticos tipo 2 no ESF 2 Coxilha Amaral Ferrador –RS.

Estimular prática de exercícios físicos; melhorar à dieta saudável e própria para DM e HAS; Aumentar diagnóstico dessas condições; sugerir uma planilha de acompanhamento e avaliação dos resultados das estratégias propostas no plano de ação; estimular a educação permanente da equipe acerca dos temas (CALAZANS, 2016).



## 4 Metodologia

Será direcionado para a população da comunidade Coxilha, situada no município de Amaral Ferrador - RS em específico aos hipertensos e diabéticos que comporta a maioria das doenças crônicas. Trata-se de um projeto de intervenção com as seguintes ações:

- Palestras educativas com orientações sobre como tratar e controlar a hipertensão e sua importância;
- Orientação a cada tipo e paciente com sua devida necessidade;
- Promover reuniões com grupos de hipertensos e diabéticos aonde se realiza uma triagem e distribuição de medicamentos;
- Ampliação das ações em saúde ofertadas a população, com vistas melhorar qualidade de vida e maior expectativa de vida;
- Identificar o perfil dos pacientes, clínico e sociodemográfico através do cadastramento individual e com utilização da plataforma e-SUS;
- Diagnosticar a atenção prestada atualmente a esses pacientes, aonde poderia entrar melhoras na prevenção primária com mais palestras educativas, estímulo a prática de esportes com caminhadas e atividades ao ar livre;
- Reorganizar a forma de atendimento visando melhoria e maior facilidade de acesso a estes pacientes, com agendamentos retornos para atenção continuada e avaliação.

Será destinado a toda população da comunidade da coxilha de Amaral Ferrador-RS em especial aos portadores de Hipertensão e Diabetes Melitus tipo 2.

O tempo necessário para implementação total será de aproximadamente 6 meses a 1 ano para começar a verificar a melhoria na qualidade de vida destes pacientes.

Contará com toda equipe ESF 2 da Coxilha, desde a secretaria que retira as fichas até o agendamento programado e exames, a enfermeira e auxiliar de enfermagem por auxiliar nos projetos de prevenção primária e triagem destes pacientes, os agentes comunitários de saúde para o cadastro individual e atualização, médico responsável por acolher com empatia, criar vínculo com paciente e realizar tratamento adequado para cada caso específico.





## 5 Resultados Esperados

Por se tratar de uma doença em sua grande maioria assintomática muitas pessoas são portadoras de hipertensão arterial sistêmica e não tem o conhecimento ao qual pode causar grandes danos aos órgãos essenciais como rim, coração, cérebro além de afetação sistema periférico e ocular.

Através do rastreio com aferição de pressão arterial a todos pacientes > de 18 anos homens e mulheres e com o tratamento adequado podemos evitar a grande maioria destas complicações.

Com mais orientações e conhecimento aumentamos assim a procura médica aos postos e com melhor rastreamento podemos atuar na atenção primária onde fazemos a prevenção e aumentando assim um melhor acompanhamento aos hipertensos aumentando a prevalência com maior expectativa de vida.



## Referências

- ANDRADE, J. P. de et al. Sociedade brasileira de cardiologia: Vi diretrizes brasileiras de hipertensão. *Sociedade Brasileira de Cardiologia*, p. 1–51, 2010. Citado na página 14.
- BARRETO, M. da S. et al. A trajetória das políticas públicas de saúde para hipertensão arterial sistêmica no Brasil. *Anais do 5<sup>a</sup> seminário nacional estado e políticas sociais.*, p. 7–14, 2011. Citado na página 14.
- FARIA, A. N. et al. Tratamento de diabetes e hipertensão no paciente obeso. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabologia. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia*, v. 46, n. 2, p. 137-142, 2002., p. 1–7, 2002. Citado na página 13.
- FLOR, L. S.; CAMPOS, M. R. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. *Rev BRas epidemiol J aN-maR 2017; 20(1): 16-29*, p. 1–14, 2017. Citado na página 13.
- TAVARES, A. M. V.; DUNCAN, B. B.; BAVARESCO, C. S. *Hipertensão Arterial Sistêmica: Cadernos de atenção básica*, n° 37. Brasília/DF: MS, 2013. Citado na página 13.
- TAVARES, A. M. V. et al. *Diabetes Mellitus: Cadernos de atenção básica*, n° 36. Brasília/DF: MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria-Executiva Subsecretaria de Assuntos Administrativos, 2013. Citado na página 13.