



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Miliane Aparecida Manzolli

Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus: a construção de um plano de ações pela equipe de saúde da família do município Colatina - ES

Florianópolis, Março de 2023

Miliane Aparecida Manzolli

Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus: a construção
de um plano de ações pela equipe de saúde da família do município
Colatina - ES

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: Daiana de Mattia
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Miliane Aparecida Manzolli

Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus: a construção
de um plano de ações pela equipe de saúde da família do município
Colatina - ES

Essa monografia foi julgada adequada para
obtenção do título de “Especialista na aten-
ção básica”, e aprovada em sua forma final
pelo Departamento de Saúde Pública da Uni-
versidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Daiana de Mattia
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: O bairro Nossa Senhora da Penha, onde a Unidade Básica de Saúde (UBS) localiza-se na região urbana do município de Colatina. Os serviços de saúde da UBS são bem procurados pela população e a maior demanda fica destinada aos idosos, sendo a maioria deles portadores de morbidades. Devido sua alta incidência e prevalência, a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus são consideradas um dos maiores desafios na saúde enfrentados pela comunidade. Atualmente, a UBS dá suporte para cerca de 400 indivíduos cadastrados com HAS e DM. **Objetivo:** construir, juntamente com a Equipe de Saúde da Família do município Colatina - ES, um plano de ações para diminuir as complicações tardias provocadas por Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na população idosa atendida. **Metodologia:** serão realizadas três tipos de atividades: identificação do conhecimento dos pacientes idosos sobre sua doença, implementação de uma caderneta exclusiva para o uso do idoso e a realização de orientações durante as reuniões dos grupos de HiperDia, juntamente com a oferta de oficinas educativas. **Resultados esperados:** a identificação do conhecimento será feita por meio da elaboração de um questionário, que poderá possibilitar o planejamento, a organização das ações e um melhor acompanhamento do estado de saúde nessa faixa etária. Já o uso da caderneta do idoso será uma ótima ferramenta para orientação e acompanhamento do paciente, pois permite o registro diário dos resultados de cálculos de índice de massa corpórea e dos valores de pressão arterial e HGT. Por fim, as práticas educativas terão como objetivo estimular os hábitos de vida mais saudáveis, assim como uma maior adesão ao tratamento medicamentoso e diético.

Palavras-chave: Assistência a Idosos, Diabetes Mellitus, Educação em Saúde, Hipertensão, Planejamento de Assistência ao Paciente

Sumário

| | | |
|-----|--|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 9 |
| 2 | OBJETIVOS | 13 |
| 2.1 | Objetivo geral | 13 |
| 2.2 | Objetivos específicos | 13 |
| 3 | REVISÃO DA LITERATURA | 15 |
| 4 | METODOLOGIA | 21 |
| 5 | RESULTADOS ESPERADOS | 23 |
| | REFERÊNCIAS | 25 |

1 Introdução

Colatina é uma cidade capixaba, de clima tropical seco, localizada na região noroeste do estado do Espírito Santo, tendo sua independência municipal em 1921. Conta com uma população de aproximadamente 121.580 habitantes. O município é cortado pelo Rio Doce, sendo os dois polos da cidade ligados por duas pontes, a primeira inaugurada em 1928, chamada Primeira Ponte ou Florentino Avidos e a Segunda Ponte, construída mais recentemente, devido ao auto fluxo de veículos e caminhões permeando a cidade, gerando trânsito intenso.

Nos anos 60 e 70 a economia girava em torno da agricultura, com destaque ao café Conillon. Porém, perdeu seu papel de protagonista na economia e foi substituído pelas indústrias de confecções, com produção voltada para o comércio interno e externo.

O bairro Nossa Senhora da Penha, onde a Unidade Básica de Saúde (UBS) localiza-se, fica na região urbana do município, ao norte do Rio Doce, e conta com uma concentração de loteamento as margens da rodovia principal. Apresenta ruas pavimentadas e com uma diversidade de inclinações e escadarias, fazendo com que a população encontre dificuldades no acesso a UBS, principalmente pacientes idosos portadores de comorbidades, deficiência/sequelas físicas, muitos deles se tornando domiciliados, necessitando assim, de visitas domiciliares.

Existem no bairro Nossa Senhora da Penha aproximadamente onze estabelecimentos comerciais, distribuídos entre vários segmentos da cadeia do comércio, serviços e indústrias. A classe economicamente ativa trabalha em funções próprias, prestando serviços terceirizados às indústrias de confecções presentes na cidade. O bairro também conta com muitos assalariados, autônomos, donos de oficinas mecânicas e aposentados, que ganham em torno de um salário mínimo. O número de moradores do bairro que utilizam o serviço privado é mínimo, e devido às condições financeiras, muitos possuem apenas a UBS como opção.

A UBS está organizada em um local cedido pela Igreja Católica há cerca de 10 anos. A princípio era apenas um ponto de apoio, hoje a UBS funciona de segunda a sexta-feira, com atendimento médico de segunda a quinta-feira, atendendo uma população de cerca de 1.822 pessoas, dos quais 104 são crianças de 0 a 9 anos (5,7%), 109 são adolescentes de 10 a 19 anos (6%), 1.123 adultos de 20 a 59 anos (61,7%) e 371 idosos com mais de 60 anos (20,4%).

As microáreas 1 e 2, é onde se encontra a população economicamente ativa, possuindo habitação própria com mais de cinco cômodos/casa, contando com saneamento básico, iluminação pública, ruas amplas, entretanto, permeada por planaltos e planícies. São as duas regiões com maior população idosa, tendo como maiores vulnerabilidades às doenças crônicas e suas repercussões. Já as microáreas 3 e 4, são áreas mais vulneráveis socialmente,

com uma porcentagem grande da população desempregada, morando de aluguel, o que leva a uma elevada rotatividade de usuários, possui pontos de vendas de drogas, prostituição e violência doméstica, a demografia é de becos, ruelas e escadarias.

O índice de alfabetização da população usuária em geral é baixo, a grande maioria possui ensino fundamental, uma pequena porcentagem possui ensino médio completo e é raridade as pessoas que possuem ensino superior. Devido ao baixo índice de alfabetização, a equipe de saúde encontra dificuldade no cuidado da população.

Por conta das condições financeiras da população local, o serviço de saúde da UBS é bem procurado e a maior demanda fica destinada à população idosa, sendo que muitos deles são portadores de morbidades, dentre elas, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e suas complicações e repercussões clínicas. A incidência de DM é de 53,84 e a prevalência de HAS é de 15,46.

As demais queixas ficam destinadas a saúde mental, contando com um grande número de queixas de transtorno de ansiedade e depressivo, com um aumento significativo na população jovem. Ao todo são aproximadamente de 125 usuários de ansiolíticos, benzodiazepínicos, antidepressivos e anticonvulsivantes.

Um dos problemas verificados na UBS é baixo controle de Hipertensão e Diabetes na população idosa. Este dado foi coletado por meio do diagnóstico social epidemiológico. Este problema abrange o paciente, família e comunidade por tratar de comorbidades que geram morbi-mortalidades. Caracterizam-se como um problema: atuais/potenciais/solucionados, terminais, baixo controle e estruturados.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição crônica, inicialmente assintomática, altamente prevalente, de alto custo social e de grande impacto no perfil de morbimortalidade da população brasileira, por ser uma doença silenciosa, vem trazendo um desafio para o sistema público de saúde (BRASIL, 2014). As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população mundial. A hipertensão afeta de 11 a 20% da população adulta maior de 20 anos.

Cerca de 85% dos pacientes com acidente vascular encefálico (AVE) e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam hipertensão associada. O diabetes atinge a mulher grávida e todas as faixas etárias, sem qualquer distinção de raça, sexo ou condições sócio-econômicas. Devido os seus fatores de riscos (história familiar, obesidade, dislipidemias, tabagismo e sedentarismo), a população idosa é a que tem maior chance de ocorrência. Quando diagnosticadas precocemente, estas doenças são bastante sensíveis, oferecendo múltiplas chances de evitar complicações. Quando não, retardam a progressão das já existentes e as perdas delas resultantes. Na agenda médica da UBS existe um dia da semana pré-destinado ao atendimento desses pacientes. Além de palestras sobre importância de mudança no estilo de vida e participação ativa do indivíduo, aferição de pressão arterial e HGT frequentemente pela enfermeira e técnica de enfermagem. Investir na prevenção é decisivo não só para garantir a qualidade de vida do indivíduo como também para evitar

ahospitalização e os consequentes gastos. Existem 400 indivíduos cadastrados com HAS e DM em uma população de 1820 indivíduos.

As causas mais comuns e fatores de risco relacionados à Hipertensão e Diabetes envolvem a idade avançada, sedentarismo, obesidade, alcoolismo/tabagismo, padrões alimentares desregrados. Por serem duas doenças silenciosas, devido à ausência de sintomas leva população a não adesão de tratamento, complicando as repercussões provocadas pelas doenças como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), AcidenteVascular Encefálico (AVE), Insuficiência Cardíaca, Dissecção de Aorta, Crises Hipertensivas e Crises Hiperglicêmicas, Retinopatia Diabética, Nefropatia Diabética, NeuropatiaDiabética, dentre outras.

A desregulação dessas doenças, gera custos financeiros para o SUS e para a sociedade, o paciente muitas das vezes fica impossibilitado, deixando de trabalhar, o gera prejuízos econômicos, pois quando um indivíduo está acamado/domiciliado, em idade produtiva, este deixa de produzir e gerar riquezas para o país e além de gerar gastos para o sistema de saúde.

Minha trajetória profissional possibilitou o despertar para o interesse pelo tratamento de pacientes Hipertensos e Diabéticos, principalmente pelo seu mau controle metabólico e suas complicações ao longo dos anos da doença, influenciando na sua qualidade de vida. Dessa forma, pude constatar que os pacientes portadores de HAS e DM possuem um controle de doença escasso, o que leva a inúmeras repercussões negativas na saúde dos indivíduos, algumas vezes deixando sequelas ou óbito. Muitas vezes a má adesão do tratamento está relacionada ao nível socioeconômico e intelectual que o paciente está inserido, pelo alto custo de muitas medicações e pela baixa adesão ao tratamento não farmacológico, como não ter condições financeiras para pagar um educador físico e ambiente adequado para realização de atividade física e dieta restrita pelo valor dos alimentos de qualidade. Entendo que é de fundamental importância promover um processo de educação permanente que mobilize o desenvolvimento de ações estratégicas para propiciar uma melhor qualidade de vida desses indivíduos, com base nas necessidades identificadas para aquela realidade em estudo.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Construir juntamente com a Equipe de Saúde da Família do município Colatina, no bairro Nossa Senhora da Penha, um plano de ações para diminuir as complicações tardias provocadas por Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na população atendida.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar o conhecimento dos pacientes hipertensos e diabéticos sobre sua doença e fatores de risco;
- Implementar o uso da caderneta do idoso, incentivando o registro diário dos valores de pressão arterial e HGT, juntamente com o cálculo de índice de massa corpórea;
- Realizar orientações no HiperDia semanal, sobre a importância do uso regular e continuado do tratamento e as medicações fornecidas e distribuídas no município, juntamente com o cadastramento e acompanhamento de portadores de HAS e/ou DM atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde;
- Oferecer oficinas educativas que abordem o tema de HAS e DM, e treinamento à equipe de saúde e para aqueles que lidam diretamente com o usuário, grupos operativos com os usuários que favoreçam a troca de experiências visando o enfrentamento da doença.

3 Revisão da Literatura

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) são definidas como um conjunto de condições crônicas. Em geral, caracterizam-se por apresentar causas múltiplas, início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com algumas fases de agudização (BRASIL, 2013). A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes de Mellitus (DM) fazem parte das DCNTs mais prevalentes em todo o Brasil e representam uma das maiores causas de morbimortalidade em toda a população (REIS et al., 2015).

Essas duas comorbidades estão em frequente associação devido as suas altas taxas de prevalências, o que requer, na maioria dos casos, o manejo dessas duas doenças num mesmo paciente. Elas apresentam aspectos em comum como a sua etiopatologia, sua cronicidade, fatores de risco, tratamento não medicamentoso e difícil adesão ao tratamento. São condições clínicas com altas taxas de mortalidade e internação. Por esse motivo, vem causando grande preocupação à sociedade e ao sistema de saúde (STOPA et al., 2018). Entretanto, a HAS e o DM constituem agravos de saúde pública onde cerca de 60 a 80% dos casos podem ser tratados na rede básica (BRASIL, 2001).

O tabagismo, o sedentarismo, o sobrepeso/obesidade e história familiar de doença cardiovascular são alguns dos fatores de risco relacionados ao desenvolvimento dessas duas doenças. Quanto às complicações, encontraram-se coronariopatias, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e doença renal, presentes em usuários com hipertensão, com diabetes e com as duas doenças (SANTOS; MOREIRA, 2012).

O aumento dessas comorbidades reflete fortemente no aumento da procura por serviços e no elevado uso de medicamentos nesta faixa etária. Esse aumento da procura por serviços de saúde, tanto na atenção primária, quanto nos serviços de maior complexidade, representa elevado ônus ao Sistema Único de Saúde (SUS), impondo-lhe a necessidade de qualificação e ampliação do atendimento a partir do conhecimento da demanda (FRANCISCO et al., 2016).

A hipertensão arterial sistêmica é uma das doenças mais prevalentes em toda a população idosa, podendo levar à perda da qualidade e da expectativa de vida da população. A HAS é considerada uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), frequentemente associa-se a alterações metabólicas, funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo. Valores das pressões sistólica e diastólica, respectivamente, iguais ou acima de 140/90 mmHg são compreendidos como hipertensão (SBC, 2016).

Sua prevalência aumenta progressivamente com o envelhecimento, sendo considerado o principal fator de risco cardiovascular modificável na população geriátrica. O envelhecimento vascular é um dos principais responsáveis pela elevação da pressão arterial em

idosos, caracterizado por alterações na microarquitetura da parede dos vasos, com conseqüente enrijecimento arterial. Com o passar do tempo os grandes vasos vão perdendo sua distensibilidade e algumas mudanças estruturais na camada média dos vasos, como fratura por fadiga da elastina, depósito de colágeno e calcificação, resultam num aumento do diâmetro dos vasos. Além disso, algumas alterações naturais como a maior frequência de hiato auscultatório estão relacionadas ao processo de envelhecimento e acabam determinam características diferenciais na PA dessa população (SBC, 2016).

O diagnóstico da hipertensão é realizado através do registro intra-arterial, considerado como padrão ouro. A monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) e a auto-determinação são outras ferramentas menos invasivas utilizadas principalmente na prática clínica. Para que não haja riscos de um diagnóstico errôneo é preciso realizar uma profunda investigação clínica e laboratorial com o objetivo confirmar a elevação da pressão arterial. Além disso, deve-se ficar atento a possíveis lesões nos órgãos alvo e identificar fatores de risco para doenças cardiovasculares. Existem alguns aspectos especiais para medição da pressão arterial (PA) na terceira idade, há uma grande variação ao longo de 24 horas o que torna MAPA uma ferramenta muito útil no processo de diagnóstico. A pseudo-hipertensão, que está associada ao processo aterosclerótico, pode ser detectada pela manobra de sler. Maior ocorrência de efeito do avental branco, hipotensão ortostática e pós-prandial e, finalmente, a presença de arritmias, como fibrilação atrial, podem dificultar a medição da PA em idosos (SBC, 2016).

No tratamento da HAS deve-se dar preferência ao uso de medidas não farmacológicas como mudanças nos hábitos de vida. Recomenda-se o início da terapia farmacológica anti-hipertensiva em idosos a partir de níveis de PAS ≥ 140 mmHg, desde que bem tolerado e avaliando-se as condições gerais do indivíduo (SBC, 2016). A escolha do tratamento farmacológico deve levar em conta além das cifras pressóricas, a presença ou não de lesões em órgãos-alvo e fatores de riscos cardiovasculares associados. O tratamento anti-hipertensivo deve conservar a qualidade de vida do paciente, concorrendo com a observância das recomendações médicas (BRASIL, 2014).

O diabetes mellitus (DM) é um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum à hiperglicemia, causada pela falta ou má absorção de insulina, hormônio produzido pelo pâncreas. Essa desordem crônica no metabolismo de glicose, com aumento persistente da glicemia, pode desencadear complicações agudas ou crônicas no sistema cardiovascular, renal e neurológico. Os tipos de diabetes mais frequentes são o diabetes tipo 1 caracterizado por destruição das células beta que levam a uma deficiência de insulina, que compreende cerca de 10% do total de casos, e o diabetes tipo 2 definido como defeitos na ação e secreção da insulina e na regulação da produção hepática de glicose que compreende cerca de 90% do total de casos (SBD, 2010).

O diagnóstico laboratorial do diabetes mellitus pode ser realizado por meio de glicemia de jejum, glicemia 2 horas após teste oral de tolerância à glicose (TOTG) e hemoglobina

glicada (HbA1c). Os princípios básicos do diagnóstico e da classificação de idosos com diabetes não diferem daqueles estabelecidos para indivíduos mais jovens. Apesar disso, faz-se necessário a solicitação do teste oral de tolerância à glicose (TOTG), pois é muito importante para o diagnóstico precoce do diabetes mellitus (DM) nesse grupo etário (SBD, 2010).

Para que a prevenção ocorra de modo eficaz, deve buscar proteger o indivíduo de desenvolver o diabetes, tendo ela importante impacto por evitar novos casos (prevenção primária). Além disso, há a prevenção relacionada às complicações agudas e crônicas, (prevenção secundária) ou reabilitação e limitação das incapacidades produzidas pelas suas complicações (prevenção terciária). Existem evidências de que mecanismos etiológicamente diferentes, tais como genéticos, ambientais e imunológicos possuem importante papel na patogênese, no curso clínico e no aparecimento de complicações do diabetes. As complicações relacionadas ao DM são encontradas mesmo antes da hiperglicemia, evidenciando a grande heterogeneidade desse distúrbio metabólico. São categorizadas como distúrbios microvasculares e macrovasculares, que resultam em retinopatia, nefropatia, neuropatia, doença coronariana, doença cerebrovascular e doença arterial periférica (SBD, 2010).

O tratamento do diabetes em idosos pode ser medicamentoso ou não medicamentoso. O médico deve, entretanto, estar atento a importantes particularidades antes da escolha do tratamento mais adequado. Dentre elas destacam-se a expectativa de vida do paciente em questão, as comorbidades associadas, a polifarmácia, a capacidade de autocuidado, o apoio social e a estrutura familiar, a maior frequência de eventos adversos, o custo das medicações antidiabéticas, bem como o risco associado a uma eventual hipoglicemia. O tratamento deve ser individualizado, de acordo com as características de cada paciente, sendo necessário encontrar um ponto de equilíbrio, evitando-se hipoglicemias frequentes, mas, ao mesmo tempo, sem permissividade excessiva de hiperglicemia. Alterações nas funções cognitivas ou mesmo demência, em qualquer grau e independentemente da etiologia, poderão influenciar nos cuidados relacionados com a dieta, o tratamento farmacológico, o automonitoramento e a higiene pessoal do idoso (SBD, 2010).

A população está envelhecendo, a longevidade apresenta-se como fenômeno mundial, decorrente de transições demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas. Houve um grande declínio nas taxas de fecundidade e de mortalidade nas idades mais avançadas e um aumento significativo na expectativa de vida (VERAS, 2008). Estima-se que em 2050, o número de pessoas com 60 anos ou mais que necessitam de cuidados prolongados mais que triplicará nas próximas três décadas, passando dos 8 milhões atuais para 27 a 30 milhões (??). A hipertensão apresenta-se como um dos problemas de saúde de maior prevalência na atualidade e, em especial, nos mais idosos. Cerca de 85% dos pacientes com algumas doença do coração e dos vasos apresentam hipertensão associada. As doenças cardiovasculares, incluindo o infarto agudo do miocárdio (IAM), representam um

importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, apresentando altas taxas de incidência e mortalidade. A taxa de mortalidade brasileira, por esse grupo de causas (183,3/100.000), encontra-se entre as maiores do mundo (SANTOS et al., 2016).

Em 2014 o Centro Universitário do Espírito Santo realizou um estudo quantitativo transversal aleatório por meio da aplicação do questionário Finnish Diabete em Colatina para pontuar os fatores de risco e classificá-los em escore de risco para desenvolver o diabetes mellitus tipo 2 em dez anos. Nesse estudo foi observado uma elevada prevalência de fatores de riscos sobretudo modificáveis. Aproximadamente 62,0% das pessoas estavam acima do peso; 60,0% possuíam valor de circunferência de cintura aumentado; 89,0% não praticavam ao menos 30 minutos de atividade física por dia; 15,0% não consumiam diariamente vegetais, frutas, legumes ou grãos; 35,0% consumiam frituras, salgados ou carnes gordas todos os dias; 6,0% são tabagistas, 21,0% relataram história de alteração glicêmica, diabetes gestacional ou macrosomia; 30,0% faziam uso de anti-hipertensivos; 25,0% referiam-se a familiares de 1º grau com diabetes mellitus e 31,0% a familiares de 2º grau (BRUNO; PEREIRA; ALMEIDA, 2014).

O SUS tem investido na construção de políticas públicas que trabalhem por uma saúde integral, operando na atenção, promoção, proteção e recuperação da saúde. Nesse sentido, algumas políticas públicas como o Pacto pela Vida foram criadas para reafirmar o compromisso com ações de melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e ampliar a responsabilidade sanitária e solidária do SUS. Entre as prioridades pactuadas no âmbito nacional estão o cuidado integral de DCNT através da promoção da saúde, do fortalecimento da atenção básica e a saúde do idoso (BRASIL, 2008).

No âmbito da vigilância de DCNT tem-se a vigilância epidemiológica definida pela Lei nº 8.080/90 que proporciona conhecimento, detecção e prevenção para o controle das enfermidades e dos agravos. Essas ações possibilitam o conhecimento da distribuição, da magnitude e da tendência dessas doenças e de seus fatores de risco na população, identificando seus condicionantes sociais, econômicos e ambientais. O conhecimento gerado é de suma importância para subsidiar o planejamento, a execução, o monitoramento das ações de cuidado integral de DCNT. Desse modo, a vigilância em saúde facilita a organização dos processos de trabalho e amplia os olhares para às necessidades sentidas pela população (BRASIL, 2008).

O SUS dispõe de diversos sistemas de informação em saúde, entre eles o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) que possibilita a obtenção regular de dados sobre mortalidade de forma abrangente. O sistema proporciona a produção de estatísticas de mortalidade e estudos estatísticos do perfil epidemiológico e sociodemográficos. Ademais, o SUS disponibiliza o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), que coleta informações do Programa Saúde da Família (PSF) e o Sistema de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), que possibilitam o monitoramento de determinadas populações de risco, o planejamento de ações e o cálculo do consumo de medicamentos.

Para a vigilância nutricional, o Brasil possui o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), que fornece informações sobre a situação alimentar e nutricional da população brasileira de forma contínua (BRASIL, 2008).

Em 2006 o sistema Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) foi implantado em todas as 27 capitais do País. O sistema possibilita o monitoramento rotineiro das prevalências dos fatores de risco de DCNT nas capitais, facilitando ações de planejamento de políticas públicas. O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus têm início na atenção básica e acompanham o paciente nas ações de média e alta complexidades. Ele inclui mudanças de hábitos alimentares, a prática de atividade física, a avaliação clínica sistemática e o acesso aos medicamentos capazes de manter sob controle os níveis de pressão arterial e glicemia. Além disso, o plano organiza a atenção especializada, para que sejam dadas respostas efetivas às complicações que porventura surgirem, evitando a morte precoce e a incapacidade (BRASIL, 2008).

A identificação precoce dos pacientes hipertensos e o estabelecimento do vínculo entre os portadores e as Unidades Básicas de Saúde são elementos imprescindíveis para o sucesso do controle desses agravos. Nesse sentido, identificar o conhecimento dos pacientes hipertensos e diabéticos sobre sua doença faz-se necessário para que o seu tratamento se dê de forma efetiva, de acordo com as necessidades e peculiaridades de cada paciente, evitando assim, diversos agravos decorrentes da não adesão ao tratamento. Há um alto grau de desconhecimento dos usuários em relação a sua saúde, 46,5% das pessoas diagnosticadas com alguma DCNT desconhecem o fato de serem portadores da doença. Nos pacientes que conheciam o seu diagnóstico verificou-se que 23% não faziam nenhum tipo de tratamento, demonstrando a inadequação do acompanhamento dessa patologia (BRASIL, 2001).

O acompanhamento o controle e a identificação precoce da HA e do DM realizado na atenção básica, evitam o agravamento dessas patologias e o surgimento de complicações, reduzindo a taxa de mortalidade e de internações por doenças cardiovasculares. Um dos maiores desafios para o sistema de saúde diz respeito à mudança na forma de abordar as doenças não transmissíveis, especialmente a hipertensão e o diabetes. É preciso preparar as unidades e suas equipes para identificar o conhecimento do usuário sobre a hipertensão e os impactos da não adesão ao tratamento em sua vida, além disso, é necessário dar seguimento, acolher, transferir informações e avaliar os impactos sobre as condições clínicas dos usuários (BRASIL, 2001).

A educação para o autocuidado é aspecto fundamental do tratamento à pessoa com DCNTs. Para que isso ocorra de forma efetiva é necessário treinamento, conhecimento, capacidade de comunicação, escuta e compreensão. A educação para o automanejo é o processo de ensinar o usuário a administrar a sua doença. Uma atitude de autocuidado deve estabelecer práticas de vida mais saudáveis, assim como a adesão ao tratamento. Essas atitudes não dependem apenas de uma prescrição profissional, mas acima de tudo

de uma conscientização do usuário sobre sua condição de saúde e a relação dela com suas práticas e hábitos de vida (BRASIL, 2013).

Essas ações de conscientização podem ser realizadas através oficinas educativas e de grupos de HiperDia, ferramentas muito importantes para fortalecer a adesão ao tratamento medicamentoso e dietético em uma Unidade de Saúde da Família. Além disso, o programa HiperDia permite caracterizar os usuários cadastrados; avaliar a quantidade de consultas realizadas pelos profissionais de saúde; identificar as orientações fornecidas pelos profissionais da USF quanto ao uso de medicação e atividade física aos Hipertensos e diabéticos; e apontar as dificuldades encontradas para adesão ao tratamento. O HiperDia tem papel fundamental na prevenção e controle dessas patologias, contribuindo para a redução dos possíveis agravos aos usuários acometidos pelo DM e HAS. Ele pode identificar as dificuldades que os usuários hipertensos e/ou diabéticos da USF possuem em relação à adesão aos tratamentos medicamentosos. Sabe-se da necessidade de realizar o cadastramento e o acompanhamento contínuo dos indivíduos acometidos pela Has e DM. Além de um acompanhamento mensal para esses usuários, o programa permite conscientizá-los sobre as mudanças no estilo de vida, para prevenir essas patologias e orientá-los sobre medicações fornecidas pelo Município para que possuam uma melhor qualidade de vida e evitem o aparecimento de complicações (NEGREIROS, 2016).

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa também é uma importante ferramenta que deve ser implementada, pois permite que a equipe possa registrar diariamente os valores de pressão arterial, HGT e cálculos de índice de massa corpórea dos pacientes. Possibilita o planejamento, a organização das ações e um melhor acompanhamento do estado de saúde nessa faixa etária. Nela os idosos tem acesso a informações relevantes para o melhor acompanhamento de sua saúde. É um instrumento de avaliação rápida dos múltiplos sistemas que permite que o profissional de saúde detecte alterações e avalie o paciente de forma complementar para o estabelecimento de condutas terapêuticas. Essas são algumas iniciativas integradas importantes para se conhecer as vulnerabilidades desse grupo populacional. A elaboração desse plano de ação visa recuperar e manter a capacidade funcional da pessoa idosa e não depende apenas da equipe de saúde, mas também do envolvimento do usuário e dos familiares para obter sucesso terapêutico (BRASIL, 2014).

4 Metodologia

O projeto de intervenção será realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro Nossa Senhora da Penha, localizado na área urbana do município de Colatina região noroeste do Estado do Espírito Santo. Tem como objetivo construir, juntamente com a Equipe de Saúde da Família do município Colatina, um plano de ações para diminuir as complicações tardias provocadas por Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na população idosa atendida. O público alvo deste projeto são os pacientes idosos diagnosticados com hipertensão e/ou diabetes.

Uma das ações propostas é a identificação dos conhecimento dos pacientes idosos sobre sua doença. Essa identificação será feita por meio da elaboração de um questionário que deverá ser respondido pelo paciente durante as consultas de rotina realizadas pelo equipe médica e de enfermagem. Além disso, pretende-se implementar uma caderneta exclusiva para o uso do idoso que permita o registro diário do resultado de cálculos de índice de massa corpórea e dos valores de pressão aretrial e HGT. Essa ação ficará sob responsabilidade da equipe de enfermagem, que fará às orientação sobre o preenchimento da caderneta e também a verificação da PA e HGT.

Outra proposta é a realização de orientações durante as reuniões dos grupos de Hipertensão semanalmente, juntamente com a oferta de oficinas educativas trimestrais que abordem o tema hipertensão e diabetes na terceira idade.

Todas essas ações serão realizadas na Unidade Básica de Saúde do bairro Nossa Senhora da Penha pela Equipe de Saúde da Família e terá duração de 12 meses a contar de janeiro/2021. Os responsáveis por conduzir e monitorar os resultados das ações serão os profissionais da equipe, que se reunirão periodicamente para avaliar a eficácia de cada ação e os pontos que podem ser melhorados.

5 Resultados Esperados

A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus destacam-se como as comorbidades de maior prevalência e incidência na comunidade de Nossa Senhora da Penha. Uma das ações propostas para reverter a atual situação é a identificação do conhecimento dos pacientes idosos sobre sua doença. Essa identificação será feita por meio da elaboração de um questionário, que possibilitará o planejamento, a organização das ações e um melhor acompanhamento do estado de saúde nessa faixa etária. Ademais, pretende-se implementar uma caderneta exclusiva para o uso do idoso que permita o registro diário do resultado de cálculos de índice de massa corpórea e dos valores de pressão arterial e HGT. O uso da caderneta será uma ótima ferramenta para orientação e acompanhamento do paciente.

Além de identificar, é preciso fornecer conhecimento a toda comunidade sobre o tratamento e prevenção dessas doenças. As oficinas educativas e as palestras em grupos de HiperDia são práticas essenciais para estimular hábitos de vida mais saudáveis, assim como a adesão ao tratamento medicamentoso e diético. Elas podem contribuir na identificação das dificuldades que os usuários hipertensos e/ou diabéticos da UBS possuem em relação à adesão aos tratamentos medicamentosos.

Com a implementação deste plano de intervenção, espera-se que o agravamento da HAS e DM na população seja evitado, bem como o surgimento de complicações, reduzindo a taxa de mortalidade e de internações por doenças cardiovasculares na comunidade de Nossa Senhora da Penha .

Referências

- BRASIL, M. da Saúde do. *Caderno de Atenção Básica: Hipertensão arterial sistêmica e diabetes de mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 19.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Citado 2 vezes nas páginas 18 e 19.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 19.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Caderno de Atenção Básica: Hipertensão arterial sistêmica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Citado 3 vezes nas páginas 10, 16 e 20.
- BRUNO, A.; PEREIRA, L. R.; ALMEIDA, H. dos S. Avaliação da prevalência de fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2 em pacientes da clínica unesc saúde. *Demetra: alimentação, nutrição e saúde*, p. 661–680, 2014. Citado na página 18.
- FRANCISCO, P. M. S. B. et al. Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. *Ciência Saúde Coletiva*, p. 3829–3840, 2016. Citado na página 15.
- NEGREIROS, R. V. de. Importância do programa hiperdia na adesão ao tratamento medicamentoso e dietético em uma unidade de saúde da família (usf). *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, p. 403–411, 2016. Citado na página 20.
- REIS, A. F. N. et al. Tendência da morbimortalidade associada à hipertensão e diabetes em município do interior paulista. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, p. 1157–1164, 2015. Citado na página 15.
- SANTOS, J. C. dos; MOREIRA, T. M. M. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. *Rev Esc Enferm USP*, p. 1125–1132, 2012. Citado na página 15.
- SANTOS, J. dos et al. Mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Brasil e suas regiões geográficas: análise do efeito da idade-período-coorte. *Ciência e Saúde Coletiva*, p. 1621–1634, 2016. Citado na página 17.
- SBC, S. B. de C. *7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL*. Rio de Janeiro: SBC, 2016. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- SBD, S. B. de D. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020*. São Paulo: Científica, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.
- STOPA, S. R. et al. Prevalência da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e da adesão às medidas comportamentais no município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, p. 1–8, 2018. Citado na página 15.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*, p. 549–554, 2008. Citado na página [17](#).