



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

Saulo Moises Lopes Martins

Atenção integral à diabetes mellitus e hipertensão arterial em comunidade carente em tempos de Covid-19

Florianópolis, Março de 2023

Saulo Moises Lopes Martins

Atenção integral à diabetes mellitus e hipertensão arterial em
comunidade carente em tempos de Covid-19

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: Daniela Priscila Oliveira do Vale Tafner
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Saulo Moises Lopes Martins

Atenção integral à diabetes mellitus e hipertensão arterial em
comunidade carente em tempos de Covid-19

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. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

**Daniela Priscila Oliveira do Vale
Tafner**
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Este projeto surgiu da necessidade de atenção em relação a prevalência de diabetes mellitus e hipertensão arterial, no contexto social da comunidade, que trata-se de uma população com fortes traços de hábitos/costumes muito arraigados que dificultam a adesão à uma dieta saudável, prática de exercícios físicos, cuidados com a saúde (exames preventivos, promoção e proteção da saúde) e também dificuldade de adesão aos tratamentos medicamentosos. A comunidade faz parte do município de Butiá/RS que sobrevive basicamente da renda dos mineiros aposentados e comércio e serviços, que são fracos. Há uma grande parcela da comunidade beneficiária do Bolsa Família. Há 600 indivíduos cadastrados com diabetes mellitus, então para implementação do treinamento da pessoa que irá realizar o HGT (familiar, cuidador ou o próprio paciente) realizou-se em um primeiro momento, as etapas a seguir descritas. 4.500 pessoas são atendidas pela ESF da Vila Julieta, que compreende, na verdade, três bairros, Vila Julieta, Vila Mota e Vila Roberto Cardoso (está última, uma vila bastante pobre, na verdade, a mais pobre do município, especialmente em infraestrutura). Após a construção do projeto de intervenção, realizou-se reuniões com a equipe para discussão do mesmo e apresentação das propostas, que posteriormente alterados, foram colocados em prática dividida em três etapas: ação social (mutirão comunitário), consulta individualizada e atividade coletiva. O mutirão comunitário foi direcionado aos hipertensos e diabéticos, considerados grupos de risco para Covid-19, cerca de 289 pessoas foram atendidas nos dias agendados. Dentre as atividades da ação, estavam aferição da pressão arterial, glicemia capilar, medidas antropométricas (peso, altura, circunferência abdominal), vacinação (destinado ao público alvo: hipertensos e diabéticos que não compareceram no dia de campanha e/ou que não estavam na residência quando a equipe foi vacinar) e atualização da situação vacinal, teste para Covid-19, distribuição de panfletos educativos, distribuição de medicação para hipertensos e diabéticos, orientações em geral sobre alimentação saudável, atividade física, importância do tratamento e acompanhamento na UBS, e atendimento com a equipe do NASF (nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta). Durante a ação foi possível identificar os diabéticos que estavam sem tratamento adequado, onde houve a orientação e entrega de medicamentos para os mesmos, dos que participaram da ação, 192 são diabéticos, onde oportunizou-se a orientação para os pacientes e em alguns casos familiar para realização do treinamento da pessoa que irá realizar o HGT. A intervenção da equipe multiprofissional no tratamento do DM traz ações transformadoras que favorecem o paciente. O elo entre o conhecimento teórico-prático dos profissionais de saúde, a imposição de estratégias de cuidado com o Diabetes, e a participação efetiva dos usuários e familiares, potencializam os efeitos benéficos no tratamento dessa doença. A realização dessas atividades trouxe a oportunidade de aproximação do profissional/usuário promovendo um momento de reflexão sobre as experiências vivenciadas na atenção básica. Apesar das dificuldades, pode-se encontrar

soluções juntamente com a equipe multiprofissional, contribuindo para execução e finalização do projeto. Sugere-se que essa temática seja abordada em intervenções dinâmicas e atrativas, que possibilitem a este público esclarecimento de possíveis dúvidas e anseios que permeiam as limitações citadas acima.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, Estratégia Saúde da Família, Glicemia, Hipertensão, Tratamento Primário

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo geral	11
2.2	Objetivos específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	17
5	RESULTADOS ESPERADOS	19
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

O contexto social da minha comunidade, pode-se, de forma resumida, dizer que trata-se de uma comunidade com fortes traços de hábitos /costumes muito arraigados que dificultam a adesão à uma dieta saudável, prática de exercícios físicos, cuidados com a saúde (exames preventivos, promoção e proteção da saúde) e também dificuldade de adesão aos tratamentos medicamentosos. É uma sociedade com grau de instrução de médio para baixo, economicamente de renda média para baixa. Nossa comunidade é parte de um município que sobrevive basicamente da renda dos mineiros aposentados e comércio e serviços, que são fracos. Há uma grande parcela da comunidade beneficiária do Bolsa Família, por exemplo. Minha comunidade, composta por aproximadamente 4.500 pessoas, está dentro deste contexto do município. Somos uma população de uma região situada há 70 km de Porto Alegre (capital do Estado) às margens da BR 290, uma região outrora próspera, no período de ouro da extração mineral, hoje, praticamente excluída de nossa matriz energética por ser considerada uma fonte de energia "suja", devido ao excesso de emissão de dióxido de carbono (CO₂). É uma população dependente dos programas sociais do governo, com alguns problemas de infra-estrutura e emprego. A educação é abrangente, com busca ativa dos pais que negligenciam a necessidade de frequentar a escola. A comunidade procura bastante o serviço de saúde em nossa área de abrangência, o ESF da Vila Julieta, que compreende, na verdade, três bairros, Vila Julieta, Vila Mota e Vila Roberto Cardoso (está última, uma vila bastante pobre, na verdade, a mais pobre do município, especialmente em infra-estrutura. A procura vai desde as consultas médicas, mas passa pela vacinação, exames preventivos e trabalhos nos grupos do hiperdia, além do serviço de assistência psicológica e nutricional. Nossa equipe é composta por clínico, pediatra, ginecologista, odontólogo, dois psicólogos, um nutricionista, uma enfermeira e corpo de enfermagem, além dos agentes de saúde.

As queixas mais comuns são relacionadas a falta de medicação para as doenças crônicas (especialmente diabetes e hipertensão) na farmácia da secretaria de saúde e da demora na realização exames, bem como na demora dos encaminhamentos para tratamentos especializados. As doenças mais comuns são a Diabetes e a hipertensão e seus agravos mais comuns são o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular cerebral, a cegueira, a insuficiência renal (muitas vezes seguida de hemodiálise) e as amputações secundárias às doenças vasculares. Na sequência, temos as doenças psiquiátricas/psicológicas.

O problema a ser trabalhado deverá ser o melhor controle da diabetes e hipertensão.

A diabetes e a hipertensão são as patologias de maior prevalência no Brasil e em grande parte do mundo, causando inúmeras complicações, já citadas acima. Portanto, seu controle e eficácia no tratamento e prevenção, são de grande valia não somente para o Estado, como para o indivíduo. A diabetes caracteriza-se pela elevação da glicemia

(açúcar no sangue), secundária a uma insuficiência pancreática na produção de insulina e/ou na resistência dos tecidos à ação da insulina. Está intimamente relacionada aos hábitos alimentares e ao sedentarismo, pois possui forte relação com a obesidade e consumo excessivo de calorias e açúcares. A hipertensão é a elevação da tensão do sangue ejetado pelo coração nas artérias, secundária à vasoconstrição periférica, (hipertensão essencial), mas pode ser secundária, como na insuficiência renal crônica. Sua principal causa é o consumo de sal, mas a obesidade e o abuso de álcool também podem elevar a pressão arterial. O sedentarismo e o uso de tabaco, entre outros, são fatores de risco para essa patologia.

O escolha desse programa deve-se a prevalência dessas patologias, seu alto custo para o tratamento de suas complicações e aos graves danos causados à saúde da comunidade.

Devido sua relevância, o estudo desse tema é importante para todos: comunidade, equipe de saúde e Estado.

O tema é importante para mim porque é um tema com o qual me confronto diariamente no meu trabalho, devido sua importância social e aos benefícios que podem trazer a comunidade.

As possibilidades de realizar o projeto são boas, pois o controle da glicemia e tensão arterial, as medicações para o tratamento de ambas, assim como o trabalho de conscientização e prevenção das patologias e suas complicações não são dispendiosos para o Estado, dependendo mais da atuação coordenada, objetiva e interessada da equipe de saúde. No que pese ter um custo, esse custo é pequeno, principalmente se considerado o custo para tratar suas complicações agudas e crônicas.

O projeto é oportuno justamente por tratar-se das duas patologias com maior incidência em nossa população, pelas suas potenciais complicações e pelo alto custo do tratamento das complicações.

Por tudo o que já foi citado, o projeto está de pleno acordo com o interesse da comunidade e da equipe de saúde, pois diz respeito à patologias que atingem grande parte de nossos pacientes, têm graves complicações quando não acompanhadas e tratadas adequadamente e, como já dito, um alto custo para o Estado para tratar suas complicações, ao passo que seu tratamento ambulatorial e sua prevenção são bem menos onerosos.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Controle da glicemia e tensão arterial em nossa comunidade, prevenindo assim as complicações dessas patologias, é a melhoria da qualidade de vida, bem como a melhoria dos índices de saúde da nossa comunidade e melhor uso dos recursos públicos aplicados na saúde.

2.2 Objetivos específicos

- Diminuir as internações hospitalares;
- Diminuir as complicações dessas patologias
- Reduzir o impacto sobre as finanças públicas.

3 Revisão da Literatura

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como a Hipertensão Arterial (HA) e Diabetes Mellitus (DM), apresentam número crescente de casos na população, constituem importantes causas de hospitalizações no sistema público de saúde e resultam em sérios problemas de saúde pública. As políticas de enfrentamento desses agravos têm priorizado a organização de serviços com base na longitudinalidade do cuidado com ênfase na Estratégia Saúde da Família (ESF) (RADIGONDA; SOUZA; JUNIOR, 2015).

A não adesão ao tratamento dessas doenças tem constituído um grande desafio e é possivelmente responsável pelo aumento dos custos sociais com ausência ao trabalho, licenças para tratamento de saúde e aposentadoria por invalidez. A adesão ao regime terapêutico, a adesão terapêutica, ou ainda, a adesão ao tratamento estão presentes quando o comportamento de uma pessoa, na tomada do medicamento, no cumprimento de uma dieta e/ou nas mudanças no estilo de vida, coincide com as recomendações do médico (ARAÚJO et al., 2016).

A detecção precoce, tratamento e controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus são essenciais para a redução de seus agravos relacionados. Adotar medidas para a modificação de estilos de vida torna-se imprescindível para o efetivo controle dessas doenças. Manter uma alimentação saudável e praticar atividade física regularmente, agregadas – ou não – a tratamento medicamentoso, são exemplos de práticas que atuam no controle e terapêutica. Investimentos em diagnóstico precoce, manutenção da adesão ao tratamento e acesso à assistência de qualidade são medidas efetivas em saúde pública. A possibilidade de monitorar as prevalências e medidas de controle para hipertensão arterial e diabetes mellitus em diferentes períodos permite conhecer os índices e tendência dessas doenças, bem como o perfil das medidas adotadas pela população, fundamentais no subsídio de planejamento de ações e definição de prioridades em saúde (STOPA et al., 2018).

No que se refere ao diabetes mellitus (DM), a Organização Mundial da Saúde calcula que 422 milhões de adultos vivam com DM e que 1,6 milhões de mortes são decorrentes dessa patologia anualmente no mundo. Tal doença pode lesar vários órgãos, como os rins, os nervos periféricos e os olhos. Estas doenças estão relacionadas à longa duração da doença e ao controle glicêmico inadequado. Já no que concerne a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), tem-se que é uma doença altamente prevalente, acometendo aproximadamente 50 a 70% das pessoas idosas no Brasil. Pode ser definida como a elevação da pressão arterial sanguínea que tem uma etiologia multifatorial com repercussões multisistêmicas, as quais afetam prioritariamente a microvasculatura de órgãos-alvo, mesmo naqueles que estão classificados no estágio 1 de HAS, por conta do grande risco cardiovascular relacionado (MENEZES; MORAIS, 2020).

O Brasil estabeleceu o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Do-

enças Crônicas Não Transmissíveis, para o período 2011-2022, que contém definições e prioridades de ações e investimentos para detecção e controle dessas doenças e de seus fatores de risco. Diferentes estratégias têm sido implementadas pelo Ministério da Saúde buscando viabilizar as diretrizes das políticas farmacêuticas no país como: ampliação do financiamento público para maior disponibilidade de medicamentos nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), promulgação de instrumentos regulatórios relativos ao acesso aos medicamentos, estruturação da assistência farmacêutica e desenvolvimento de um programa nacional para qualificar a assistência farmacêutica no SUS, entre outras medidas (COSTA et al., 2016).

O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus utiliza estratégias como reuniões mensais com ações educativas, estímulo à realização de atividades físicas, consultas médicas agendadas e entrega de medicamentos. Cada município possui uma programação local de atividades para os usuários cadastrados no Programa de HA e DM (SILVA et al., 2015).

Porém, no Brasil, a grande defasagem entre as estimativas epidemiológicas e os dados dos serviços relativos ao cadastro de pacientes com hipertensão e diabetes demonstram a baixa efetividade das ações de controle desses problemas, especialmente no âmbito da Atenção Básica e, revela, também, a necessidade de um acompanhamento mais intensivo das ações realizadas por parte dos gestores e dos profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento (MORESCHI et al., 2018).

As equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) são multiprofissionais e seu processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adstrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Esta responsabilidade reforça a necessidade de um modelo de educação permanente com adoção de medidas gerais de controle dos fatores de risco e de promoção à saúde, visto que envolve grande resistência dos usuários com HAS e DM tanto na adesão ao tratamento, quanto na mudança do estilo de vida (SARNO; BITTENCOURT; OLIVEIRA, 2020).

Nesse sentido, para que o cuidado ao usuário diabético e hipertenso aconteça de forma qualificada, recomenda-se um sistema hierarquizado de assistência à saúde, com base no nível primário, acesso ao atendimento de uma equipe multiprofissional, onde se priorizam ações relativamente simples, mas de grande impacto na redução das possíveis complicações e com maior adesão às consultas de Enfermagem, para o rigoroso controle da prevenção dos agravos (ENCARNAÇÃO; SANTOS; HELIOTÉRIO, 2017).

Apesar de já estabelecido o padrão assistencial para atendimento a pacientes com HAS e DM pelas unidades de saúde, com definição de metas terapêuticas de acordo com o perfil de risco cardiovascular e de cobertura da população adstrita pelas equipes da ESF, ainda se observa baixo percentual de acompanhamento desses pacientes por essas equipes. Diante desse cenário, avaliar as intervenções voltadas ao controle da HAS e do DM é primordial para detectar os atuais desafios para o aprimoramento da APS na abordagem das doenças

cardiovasculares, no contexto do controle das DCNT (SOLBIATI et al., 2018).

Neste cenário, deve-se tratar sobre o cuidado com estes pacientes, as Linhas de Cuidado (LC) podem ser definidas como o conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinados riscos, agravos ou condições específicas do ciclo de vida ou de outro critério médico sanitário, a ser ofertado de forma oportuna, articulada e contínua pelo sistema de saúde. Sua implementação é estratégia central para a organização e a qualificação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) com vistas à integralidade da atenção. Nessa perspectiva, o usuário passa a ser o elemento estruturante de todo processo de produção da saúde. Para o alcance da integralidade sistêmica, a atenção básica (AB) deve ser resolutiva e se articular com os demais níveis de atenção à saúde, de média e alta complexidade (VENANCIO; ROSA; BERSUSA, 2016).

Em relação a diabetes está é classificada como tipo 1, (ausência ou déficit na produção de insulina), tipo 2 (resistência insulínica), outros tipos e gestacional (condição associada à resistência insulínica e gravidez). O trabalho de prevenção contra o DM ainda é o mais eficaz. Pode ocorrer de duas formas, contra o início do DM (prevenção primária) ou de suas complicações agudas ou crônicas (prevenção secundária). Tais estratégias consistem em Educação em Saúde, grupos de orientação preventiva, reuniões com profissionais da saúde, entre outros (FERREIRA et al., 2018).

Outra questão que se deve tratar, é quando associadas, a hipertensão arterial e o diabetes mellitus são relevantes causas de morbidade e mortalidade, com maior risco de doença renal, doença cardíaca coronariana, acidente vascular encefálico e insuficiência cardíaca. Também se associam com comorbidades como a dislipidemia, estado pró-trombótico e disfunção autonômica cardíaca. Estudos mostram que a prevalência de hipertensão é aproximadamente o dobro entre os diabéticos em comparação com os não diabéticos, e o risco de doença cardiovascular é cerca de quatro vezes maior em pacientes com ambas as doenças (FRANCISCO et al., 2018).

A possibilidade de monitorar as prevalências e medidas de controle para hipertensão arterial e diabetes mellitus em diferentes períodos permite conhecer a magnitude e tendência dessas doenças, bem como o perfil das medidas adotadas pela população, fundamentais no subsídio de planejamento de ações e definição de prioridades em saúde (STOPA et al., 2018).

Com enfoque na prevenção e no combate das doenças crônicas, o Ministério da Saúde tem investido no atendimento oferecido por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), que trabalha com a reorganização da Atenção Básica, com foco na prevenção e na promoção da saúde, com trabalho em equipe de forma multiprofissional. Nesse sentido, torna-se pertinente e necessária a realização de trabalhos coletivos com a população, e não somente as tradicionais consultas individuais (OLIVEIRA; ALMEIDA, 2018).

Neste sentido, um modelo de educação em saúde específico e estruturado, no âmbito da Atenção Primária a Saúde (APS), voltado para a promoção da saúde das pessoas com

DM e HAS, se faz necessário para estimular a adoção de atitudes saudáveis para o controle efetivo dessas doenças e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida (BORTOLUZ; LIMA; NEDEL, 2016).

Ressalta-se a importância da monitoração, da criação de vínculo, além da longitudinalidade da assistência aos doentes pelos profissionais de saúde, seja no serviço ou no domicílio, sendo esta uma dimensão importante da APS, diretamente relacionada com a integralidade da assistência. A longitudinalidade, característica central da APS, prevê a continuidade do cuidado e deve ser assegurada principalmente para grupos de doentes crônicos, idosos e população de baixa renda. Constitui-se no vínculo terapêutico duradouro entre os usuários e profissionais de saúde. Tal vínculo assegura a integralidade, com uma relação caracterizada por confiança e responsabilidade entre doente e equipe de saúde. Esse cuidado deve permear um acompanhamento pelo profissional além dos episódios de doença, por meio de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde (DESTRI; ZANINI; ASSUNÇÃO, 2017).

A alta prevalência e do DM e HAS, aliada à complexidade do tratamento (restrições dietéticas, uso de medicamentos e complicações crônicas associadas) reforçam a necessidade de programas educativos eficazes e viáveis aos serviços públicos de saúde. Viabilizar as atividades educativas em grupo exige mudanças nos focos dos processos de trabalho de uma atenção exclusivamente individualizada para a produção coletiva de saúde. A equipe de saúde deve reconhecer e ouvir os saberes dos indivíduos e não simplesmente impor normas e condutas de acordo com as evidências científicas. Ao conhecer a percepção, tanto do usuário quanto do profissional é possível criar subsídios para melhorias nos grupos educativos e sua implementação (FAVARO et al., 2017).

A problemática da adesão ao tratamento é complexa, pois vários fatores estão associados: usuário (indicadores sociodemográficos); doenças (cronicidade, assintomatologia); crenças, hábitos culturais e de vida (percepção e experiência da seriedade do problema, desconhecimento no contexto familiar, conceito saúde-doença, autoestima); tratamento (custo, efeitos indesejáveis, esquemas complexos, qualidade de vida); instituição (política de saúde, acesso, distância, tempo de espera e de atendimento); e equipe de saúde (envolvimento e relacionamento inadequados) (ZATTAR et al., 2019).

Nos diabéticos, a hipertensão arterial é duas vezes mais frequente que na população em geral. Pessoas com diabetes mellitus têm maior incidência de doença coronariana, de doença arterial periférica e de doença vascular cerebral. A doença pode também determinar neuropatia, artropatia e disfunção autonômica, inclusive sexual. A doença cardiovascular é responsável por substancial morbidade e mortalidade em pessoas com diabetes mellitus tipo 2. Eles têm um risco consideravelmente maior de ter doenças cardiovasculares em comparação com pacientes pareados por idade e sexo sem diabetes mellitus tipo 2. A hipertensão arterial, embora não seja um fator de natureza exclusivamente comportamental, implica consideravelmente no surgimento de complicações microvasculares entre indiví-

duos com diabetes mellitus, sobretudo quando associada ao longo tempo de diagnóstico e ao não controle glicêmico (CAPELETTI; SALLA, 2016).

4 Metodologia

Pesquisa exploratória que visa ações para o acompanhamento pela UBS da glicemia capilar em pacientes diabéticos, três vezes na semana, sendo essas medidas feitas em horários diferentes, por exemplo, segunda pela manhã (jejum), quarta antes do almoço e sexta às 16:30 min. Essas medidas seriam feitas pelos próprios pacientes ou familiar/cuidador, no domicílio, pois temos em torno de 600 diabéticos em nossa área de ação dificultando a possível de realizar 600 hemoglicotestes na UBS, nem a enfermagem poderia realizar o hemoglicoteste à domicílio.

Naturalmente, o projeto iniciaria com o mapeamento dos diabéticos de nossa área de ação e com o treinamento da pessoa que irá realizar o HGT (familiar, cuidador ou o próprio paciente). As medidas seriam anotadas e observadas semanalmente pelo médico que avaliaria se a medicação está sendo adequada, o nível de adesão ao tratamento e se a dieta para diabetes estão sendo observados.

Quanto ao nível de adesão ao tratamento e à dieta, isso seria orientado durante o treinamento da pessoa responsável pela medição da glicemia, que como já foi citado, poderia ser o próprio paciente, seu cuidador ou familiar. Essas informações seriam passadas ao médico junto com as medidas de glicemia capilar. As condições para realizar essa ação, vêm do treinamento inicial já citado, da realização do hemoglicoteste e das informações sobre adesão ao tratamento medicamentoso e dietético.

O município fornece, mediante preenchimento de formulário pelo médico, juntamente com a receita e atestado confirmando a patologia, o aparelho e fitas para hemoglicoteste. A proposta, portanto, para alcançar esse objetivo, seria o treinamento do responsável pela medida de glicemia capilar, a disponibilidade do aparelho e fitas para hemoglicoteste e a avaliação pelo médico das glicemias capilares, juntamente com a observação da dieta e adesão ao tratamento. Naturalmente, devido ao número de diabéticos em nossa comunidade alvo, teríamos que dispor de uma pessoa para jogar essas dados para nosso sistema informatizado, pois a avaliação de 600 hemoglicotestes, assim como adesão ao tratamento e observação da dieta, são um número elevado de dados para um médico observar toda a semana. Nesse sentido, seria proposto um meio turno de 4h durante a semana apenas para essa atividade. Vale constar, que apesar dos 600 diabéticos que seriam avaliados semanalmente pelo médico, obviamente nem todos necessitaria de intervenção médica e, com o passar do tempo e melhor controle, cada vez menos casos de controles inadequados de glicemia iriam surgir.

Os resultados dessas ações seria medido pela diminuição dos casos de diabetes descompensados e, conseqüentemente, de suas complicações. Os critérios para que o resultado dessas ações sejam satisfatórios seriam justamente ter alcançado o objetivo de diminuir as internações, as complicações da patologia e o dispêndio dos recursos públicos nessa

patologia.

Com relação ao controle da hipertensão, seria empregado o mesmo método, apenas substituindo a medição da glicemia pela medida da tensão arterial.

5 Resultados Esperados

O município de Butiá tem uma estimativa de acordo com o IBGE (2020) de 20.952 habitantes, com esgotamento sanitário adequado de 67%, o que corrobora para os problemas de saúde da população, o índice de escolaridade é baixo, como também o rendimento da população. O projeto foi desenvolvido na Vila Julieta, Vila Mota e Vila Roberto Cardoso.

Como já citado anteriormente na unidade onde desenvolveu-se o projeto, há 600 indivíduos com diabetes, então para implementação do treinamento da pessoa que irá realizar o HGT (familiar, cuidador ou o próprio paciente) realizou-se em um primeiro momento, as etapas a seguir descritas.

Após a construção do projeto de intervenção, realizou-se reuniões com a equipe para discussão do mesmo e apresentação das propostas, que posteriormente alterados, foram colocados em prática dividida em três etapas: ação social (mutirão comunitário), consulta individualizada e atividade coletiva. Diante dos problemas identificados, surgiu a necessidade de criar uma intervenção que alcançasse o maior público possível.

Seguiu-se com a etapa de aplicação a realidade, onde a população foi previamente comunicada pelos ACS, bem como divulgado em mídias sociais e carros de som. O mutirão comunitário foi direcionado aos hipertensos e diabéticos, considerados grupos de risco para Covid-19, contando com a presença dos moradores da comunidade, cerca de 289 pessoas foram atendidas nos dias agendados. A ideia surgiu com a demanda observada pelo pesquisador da UBS, para conscientizar e ofertar serviços à população. Dentre as atividades concretizadas no dia, estavam aferição da pressão arterial, glicemia capilar, medidas antropométricas (peso, altura, circunferência abdominal), vacinação (destinado ao público alvo: hipertensos e diabéticos que não compareceram no dia de campanha e/ou que não estavam na residência quando a equipe foi vacinar) e atualização da situação vacinal, teste para Covid-19, distribuição de panfletos educativos, distribuição de medicação para hipertensos e diabéticos, orientações em geral sobre alimentação saudável, atividade física, importância do tratamento e acompanhamento na UBS, e atendimento com a equipe do NASF (nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta).

Este mutirão teve a duração de 3 (três) dias, onde foram tomadas todas as precauções necessárias em relação a Covid-19, todos os profissionais estavam com EPI's, e para a população (quando não utilizava a máscara) era disponibilizada, onde aproveitou-se do ensejo, para enfatizar a importância do distanciamento social, porém é preciso destacar, que está população é muito carente, muitos desempregados, vivendo inclusive de doações de entidades voluntariada, como da prefeitura. Então foi muito importante para estes indivíduos está ação, pois possibilitou esclarecimentos e acesso aos medicamentos para HAS e diabetes.

Em relação ao teste rápido para Covid-19, a secretaria municipal de saúde, providen-

ciou juntamente a UFPEL, e os encarregados de testar a população, foram dois enfermeiros de outras unidades, para não comprometer o atendimento à população deste estudo. Atualmente, após os testes, foram confirmados mais 11 casos de Covid-19 nestas três vilas totalizando 47 pacientes confirmados para Covid-19.

Durante a ação foi possível identificar os diabéticos que estavam sem tratamento adequado, onde houve a orientação e entrega de medicamentos para os mesmos, dos que participaram da ação, 192 são diabéticos, onde oportunizou-se a orientação para os pacientes e em alguns casos familiar para realização do treinamento da pessoa que irá realizar o HGT.

Parte da dificuldade em atingir a cobertura e a concentração satisfatórias das atividades analisadas pode resultar da organização do modelo de atenção, sugerindo a ideia de que a maioria dos usuários busca espontaneamente o atendimento. Essa hipótese pôde ser verificada na análise dos fatores associados à cobertura de consulta médica: a maioria de pessoas atendidas por essas atividades constituiu-se de mulheres, indivíduos com baixa escolaridade e que utilizam predominantemente a UBS, semelhante ao perfil da população que procura os serviços públicos de saúde e já foi observada em outros estudos. Corrobora tal aspecto a ausência do atendimento de acordo com a classificação de risco, confirmada pelo maior número de consultas a indivíduos portadores de HAS com risco moderado e baixo, sugerindo dificuldades de efetivação de condutas padronizadas, como a programação da periodicidade e o cumprimento de parâmetros definidos para o cuidado.

A consulta médica é atividade essencial do acompanhamento. Ela permite reavaliar o tratamento, os valores pressóricos, motivar a capacidade de autocuidado e encaminhar o paciente para outros profissionais de saúde quando necessário. Entretanto, a maior cobertura da consulta médica, aliada à deficiência de registros da consulta de enfermagem, aponta que o modelo de organização assistencial mantém-se centrado na consulta médica e, conseqüentemente, direcionado para responder à demanda espontânea. Tal situação sugere dificuldades na implementação de mudanças no processo de trabalho e fortalece a necessidade da educação permanente dos trabalhadores da Saúde, orientada pelo princípio da atuação interdisciplinar e da vigilância em saúde, e pela valorização dos sistemas de informações instituídos, de tal forma que os registros disponíveis permitam a produção de indicadores confiáveis.

A maioria dos indivíduos que foram nos três dias da ação inferiram serem diabéticos há menos de cinco anos, em relação ao tratamento medicamentoso, 46,6% referiram não fazer uso ou estar fazendo de forma irregular, assim como os que relataram estar há seis meses ou mais sem comparecer à unidade para acompanhamento. A justificativa atribuída pelos usuários a respeito da não adesão ao tratamento refere-se predominantemente à dificuldade de marcação de consultas, explicado pela irregularidade de conseguir a medicação na unidade de saúde.

Sobre os hábitos de vida dos usuários, é notável a presença do sedentarismo paralelo

à inexistência de uma dieta adequada. O risco relativo para HA e para doenças cardiovasculares causadas por este fator de risco é estimado entre 2,1 e 1,9. Assim, a prática de atividade física, realizada de forma moderada e regular, por um tempo mínimo de trinta minutos, torna-se benéfico para redução da incidência das doenças crônicas não-transmissíveis, portanto, sendo importante o estímulo destas práticas pela equipe multiprofissional.

Focalizando a visão do usuário sobre a visita domiciliar, obteve achados que dão indícios de que essa atividade é percebida como algo esporádico e que não contribui nem para melhorias na assistência profissional, nem para a organização do serviço uma vez que a visita revela um não compromisso com a alteridade e com o resgate da saúde. Percebe-se que a compreensão de que práticas como a assistência domiciliar podem contribuir na transformação dos cuidados à saúde na atenção primária, mas que ainda precisam ser incorporadas na agenda semanal da equipe multidisciplinar, principalmente aos pacientes com problemas específicos.

Consideraram-se as atividades educativas em grupos, além de facilitadoras da vinculação dos portadores à rede básica, também estratégicas para a busca da produção de autonomia dos pacientes. Nesse sentido, pode-se observar que as ações educativas grupais não são suficientemente valorizadas pela unidade, posto que não foram relatadas pelos pacientes. Esse resultado, somado às evidências da baixa frequência de ações de promoção e prevenção, fornece elementos para a inferência sobre a baixa efetividade da unidade no manejo da hipertensão e da diabetes.

Cabe destacar, que após esta ação, houve procura através de agendamento de indivíduos diabéticos, buscando orientação, muitos vieram a unidade acompanhados de familiares e/ou vizinhos, interessados em saber como fazer o HGT, onde foi passada toda orientação, após os exames de rotina para controle da diabetes. Atualmente, se tem na unidade cerca de 286 pacientes que já fazem uso do HGT periodicamente e encaminham os testes para a UBS. Observa-se que após o evento de três dias, a notícia e folhetos distribuídos na oportunidade, foi passado adiante pelos próprios usuários, onde neste momento, em função da pandemia, tem trazido resultados positivos em relação ao controle da diabetes, onde já são orientados em relação a HAS.

Em função do distanciamento social e dificuldades enfrentadas pela UBS, pois há déficit de funcionários, por pertencerem ao grupo de risco e/ou por testarem positivo para Covid-19, os grupos de HiperDia estão paralisados, onde tem-se distribuído informativos sobre a importância da atividade física, alimentação e adesão ao tratamento relativo ao HAS. Os pacientes com DM, estão tendo atendimento através de agendamento e também com instruções sobre a importância da dieta, e adesão ao tratamento.

Muitos resultados já estão sendo alcançados com as ações que foram desenvolvidas, porém ainda permanecemos no desenvolvimento destas para que outros objetivos possam ser atingidos. Objetivos que claramente poderão ser efetivados na saúde da população

de Bútia possibilitando uma diminuir as internações hospitalares; redução gradativa das complicações inerentes da patologia e reduzir o gastos públicos.

Cabe destacar, que na fase inicial deste projeto, obtive muito apoio da equipe da UBS, pois por motivos de saúde, tive minha participação limitada em algumas fases, porém a equipe através das orientações foi incansável para que se desse início a este projeto, muito por estarem cientes da situação da população em alta vulnerabilidade, onde percebe-se ser necessário ações efetivas para esta comunidade.

Referências

- ARAÚJO, M. da Conceição Filgueiras de et al. Perfil de não adesão ao tratamento de usuários com diabetes e hipertensão em uma unidade de saúde da família. *Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*, v. 20, n. 1, p. 2367–2374, 2016. Citado na página 13.
- BORTOLUZ, S.; LIMA, L. A. de; NEDEL, F. B. Condições de saúde e utilização de um serviço de atenção primária em pacientes hipertensos e/ou diabéticos. *Ciência Saúde*, v. 9, n. 3, p. 156–166, 2016. Citado na página 15.
- CAPELETTI, A. P.; SALLA, L. F. Relação entre hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2. *13º Congresso Gaúcho de Clínica Médica*, v. 2, n. 7, p. 171–179, 2016. Citado na página 16.
- COSTA, K. S. et al. Fontes de obtenção de medicamentos para hipertensão e diabetes no brasil: resultados de inquérito telefônico nas capitais brasileiras e no distrito federal, 2011. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, n. 2, p. 1–13, 2016. Citado na página 14.
- DESTRI, K.; ZANINI, R. de V.; ASSUNÇÃO, M. C. F. Prevalência de consumo alimentar entre hipertensos e diabéticos na cidade de nova boa vista, rio grande do sul, brasil, 2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 26, p. 857–868, 2017. Citado na página 16.
- ENCARNAÇÃO, P. P. S. da; SANTOS, E. S. A. dos; HELIOTÉRIO, M. C. Consulta de enfermagem para pessoas com diabetes e hipertensão na atenção básica: um relato de experiência. *Revista de APS*, v. 20, n. 2, p. 273–278, 2017. Citado na página 14.
- FAVARO, D. T. L. et al. Grupos educativos para o controle de hipertensão e diabetes mellitus: revisão integrativa de literatura. *Arquivos de Ciências da Saúde*, v. 24, n. 1, p. 7–14, 2017. Citado na página 16.
- FERREIRA, D. L. et al. O efeito das equipes multiprofissionais em saúde no brasil em atividades de cuidado com o diabetes. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 17, p. 1–7, 2018. Citado na página 15.
- FRANCISCO, P. M. S. B. et al. Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 23, p. 3829–3840, 2018. Citado na página 15.
- MENEZES, L. de M.; MORAIS, N. N. de A. Achados de fundoscopia de pacientes diabéticos e/ou hipertensos. *Rev. bras. oftalmol.*, v. 79, n. 1, p. 28–32, 2020. Citado na página 13.
- MORESCHI, C. et al. Ações das equipes da esf para a qualidade de vida das pessoas com diabetes. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 17, n. 2, p. 1–8, 2018. Citado na página 14.
- OLIVEIRA, P. T. de G.; ALMEIDA, J. M. de. Grupo educativo: análise na mudança do estilo de vida de portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes tipo 2. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, v. 20, n. 3, p. 142–149, 2018. Citado na página 15.

- RADIGONDA, B.; SOUZA, R. K. T. de; JUNIOR, L. C. Avaliação da cobertura da atenção básica na detecção de adultos com diabetes e hipertensão. *Saude em debate*, v. 39, n. 105, p. 423–431, 2015. Citado na página 13.
- SARNO, F.; BITTENCOURT, C. A. G.; OLIVEIRA, S. A. de. Perfil de pacientes com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus de unidades de atenção primária à saúde. *Einstein*, v. 18, p. 1–6, 2020. Citado na página 14.
- SILVA, J. V. M. da et al. Avaliação do programa de hipertensão arterial e diabetes mellitus na visão dos usuários. *Rev. Bras. Enferm*, v. 68, n. 4, p. 626–632, 2015. Citado na página 14.
- SOLBIATI, V. P. et al. Adesão ao tratamento para prevenir agravos relacionados à hipertensão arterial e ao diabetes. *RBONE-Revista Brasileira De Obesidade, Nutrição E Emagrecimento*, v. 12, n. 73, p. 629–633, 2018. Citado na página 14.
- STOPA, S. R. et al. Prevalência da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e da adesão às medidas comportamentais no município de são paulo, brasil, 2003-2015. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 10, p. 1–11, 2018. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 15.
- VENANCIO, S. I.; ROSA, T. E. da C.; BERSUSA, A. A. S. Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da linha de cuidado em uma região de saúde do estado de são paulo, brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 26, n. 1, p. 16–22, 2016. Citado na página 15.
- ZATTAR, M. M. L. et al. Dupla carga de doença (hipertensão arterial e diabetes mellitus) no sul do brasil. *Revista Eletrônica Estácio Saúde*, v. 8, n. 2, p. 16–22, 2019. Citado na página 16.