



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

Andriele Guadagnin

# Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus: acompanhamento e assistência para melhor adesão ao tratamento

Florianópolis, Março de 2023



Andriele Guadagnin

Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus:  
acompanhamento e assistência para melhor adesão ao tratamento

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: Greici Capellari Fabrizzio  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023



Andriele Guadagnin

Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus:  
acompanhamento e assistência para melhor adesão ao tratamento

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

---

**Greici Capellari Fabrizzio**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023



# Resumo

**Introdução:** o presente trabalho objetiva propor uma melhor assistência e acompanhamento aos hipertensos e diabéticos na Unidade Básica De Saúde Morada do Sol do Município de Fortaleza Dos Valos- RS, uma vez que essas doenças afetam grande parte da população constituindo um sério problema de saúde pública e estão diretamente ligadas aos hábitos de vida. O controle dessas doenças pode ser através de medicamentos e/ou modificações do estilo de vida, hábitos saudáveis, dietas, exercício. Entretanto a falta de adesão ao tratamento é uma preocupação importante no nosso município, uma vez que aumentam significativamente a mortalidade e os custos do atendimento por suas complicações. **Metodologia:** nessa perspectiva, o primeiro passo é a educação em saúde na tentativa de desenvolver e estimular o processo de mudança de hábitos e transformação no modo de viver. Essa atividade educacional deve ser realizada de forma contínua por meio de ações individualizadas, elaboradas para atender às necessidades específicas de cada paciente, de modo a serem mantidas ao longo do tempo, assim como, desenvolver trabalhos em grupos pela equipe multiprofissional, de pacientes e equipes de saúde, os quais podem ser úteis para a troca de informações, favorecendo o esclarecimento de dúvidas e atenuando ansiedades, pela convivência com problemas semelhantes. **Resultados esperados:** espera-se que haja uma reorganização de todo o processo de trabalho da unidade básica de saúde, com melhora significativa, dando-lhes resolutividade e qualidade no atendimento, acompanhamento e tratamento dos pacientes portadores de HAS e DBT.

**Palavras-chave:** Adesão à Medicação, Assistência à Saúde, Diabetes Mellitus, Hipertensão





# Sumário

1	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	<b>9</b>
2	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	<b>11</b>
2.1	<b>Objetivo geral</b> . . . . .	<b>11</b>
2.2	<b>Objetivos específicos</b> . . . . .	<b>11</b>
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	<b>13</b>
4	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	<b>17</b>
5	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	<b>19</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	<b>21</b>



# 1 Introdução

O município de Fortaleza Dos Valos, situado no planalto Rio-grandense, no Noroeste do estado é conhecido como Celeiro Mecanizado Do Rio Grande do Sul, devido ao número de maquinários agrícolas e a alta tecnologia utilizadas nas mesmas.

Colonizado por italianos e alemães, emancipado a 37 anos o município possui uma população residente de 4575 pessoas, sendo 2241 Homens, 2.334 Mulheres, a população está dividida em 2.993 pessoas na zona Urbana e 1.582 pessoas na zona Rural segundo os dados do IBGE de 2010.

A economia do município de Fortaleza Dos Valos assenta sua base na produção agrícola e pecuária. Na agricultura predomina a cultura de soja, trigo, milho, leite e outros produtos como aveia, feijão, arroz sendo esses em menor parte.

Em relação a faixa etária há 1336 crianças e adolescentes (0-19 anos) um percentual de 29,2%. Adultos há 2584 (20-59 anos) um percentual de 56,5%, e 655 idosos (com 60 anos ou mais) um percentual de 14,3%. O coeficiente de natalidade está representado por um número de 47 nascimentos em uma relação com a população de 4575 habitantes x 1000 que representa 10,2.

Analisando os indicadores de mortalidade do município, temos o coeficiente de mortalidade geral da população, que corresponde a 28 óbitos no ano de 2018 segundo BI, em uma relação 4575 habitantes x 1000 temos 6,12 óbitos por mil habitantes.

O coeficiente de mortalidade por doenças crônicas está representado por 16 óbitos por neoplasia com um percentual de 3,4 óbitos por mil habitantes, 6 óbitos por doenças do aparelho respiratório que representa 1,3 óbitos por mil habitantes, 2 óbitos por doenças respiratórias com percentual de 0,4 e 14 óbitos por outras doenças crônicas  $14/4575 \times 1000 = 3,1$  óbitos por mil habitantes.

O número de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi de 772 casos registrados o que equivale a 168 hipertensos a cada 1000 habitantes. Já o número de pessoas com Diabetes foi de 186 casos registrado no ano de 2019

Além das doenças e agravos citados, destaca-se também no município as doenças de saúde mental, como crises de ansiedade, depressão, distúrbio do sono. Cabe destacar também as lombalgias, cervicalgia, hérnia de disco, artrites, osteoporose.

Conforme os dados coletados, podemos observar que nosso município possui um número elevado de pessoas Hipertensas e Diabéticas, sendo esses os problemas prioritários de baixo controle segundo a governabilidade e que muitas vezes podemos prevenir através de orientações sobre as causas que se destacam: Falta de aderência a medicação, Tratamentos caseiros, Mal Hábitos alimentares, Falta de controle de TA/glicemia, Sedentarismo, Tabagismo, Obesidade.

Intervir em essas enfermidades é de suma importância para nós como equipe de saúde,

para população e para nosso município uma vez que as mesmas trazem várias consequências como: Acidente vascular cerebral, Infarto agudo do miocárdio, Insuficiência cardíaca, Arritmias, Insuficiência renal, Diminuição ou perda da visão, amputação de membros, Aumento para encaminhamento para média e alta complexidade entre outras

Ademais, por ser um município pequeno e bem estruturado o acesso ao serviço de saúde é facilitado e por contarmos com uma equipe multidisciplinar podemos alcançar praticamente toda a população o que nos facilitara no controle e planejamento das ações de prevenção e promoção da saúde

Enfim, nossa equipe está disposta a prestar o apoio necessário a população, orientando, ajudando, prevenindo, tratando e buscando meios para melhorar a qualidade de vida.

## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo geral

Propor um plano de intervenção visando aumentar adesão ao tratamento e garantir uma melhor assistência aos pacientes portadores da doença.

### 2.2 Objetivos específicos

Identificar e analisar os fatores que influenciam a não adesão ao tratamento.

Realizar palestras, rodas de conversa para orientação e conscientização da mudança do estilo de vida.

Dar segmento aos programas já realizados na UBS e aderir mais pessoas ao grupo de vida saudável orientado pela educadora física e nutricionista.



## 3 Revisão da Literatura

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) são a principal causa de morte no mundo, constituindo um sério problema de Saúde Pública. Nesse rol prevalece no Município de Fortaleza Dos Valos a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes de mellitus (DM) condições inicialmente assintomáticas, de alto custo social e de grande impacto no perfil de morbimortalidade da população, trazendo um desafio para o sistema público de saúde.

Doenças estas, que afetam grande parte da população e estão diretamente ligadas aos hábitos de vida das pessoas que as possuem, interferindo diretamente no indivíduo, suas famílias e na sociedade em que vivem.

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em pessoas que não fazem uso de medicação anti-hipertensiva. A sua presença propicia outras enfermidades, associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais. (SILVA; BOUSFIELD, 2016, p. 896)

O diabetes mellitus por sua vez é uma disfunção metabólica de múltipla etiologia caracterizada por hiperglicemia crônica resultante da deficiência na secreção de insulina, ação da insulina ou ambos. O diabetes apresenta alta morbimortalidade, perda importante na qualidade de vida e incorre em altos encargos para os sistemas de saúde. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular em todo o mundo, incluindo doenças coronarianas e acidentes vasculares encefálicos. A maioria das conseqüências do diabetes resulta dessas complicações micro e macrovasculares. (TOSCANO, 2004, p. 886)

O controle dessas doenças pode ser através de medicamentos e/ou modificações do estilo de vida, hábitos saudáveis, dietas, exercício. Entretanto a falta de adesão ao tratamento dessas doenças é uma preocupação importante no nosso município, uma vez que aumentam significativamente a mortalidade e os custos do atendimento por suas complicações. (SOUZA et al., 2014, p. 572)

A dieta inicialmente proposta para controlar a hipertensão arterial (HA), foi concebida na década de 1990, logo após o reconhecimento de que o consumo excessivo de sódio, o alto consumo de bebidas alcoólicas e cigarro, o excesso de peso corporal e o sedentarismo estavam relacionados com aumento da pressão arterial (PA). Dessa maneira, a dieta preconiza o consumo de frutas, verduras, legumes, produtos lácteos com baixo teor de gordura, cereais integrais, peixes, aves e nozes e incentiva restringir o consumo de carnes vermelhas e processadas, sódio e bebidas açucaradas (BRICARELLO et al., 2018)

A adesão ao tratamento nutricional e modificações no estilo de vida são fundamentais

no processo terapêutico e na prevenção, sem o quais os medicamentos não resultaram em níveis adequados de pressão arterial e glicêmicos, podendo ocasionar ajustes na terapêutica devido à falta de resultados positivos.

O atual modelo econômico de saúde, que prioriza o tratamento da doença e não sua prevenção, também é uma barreira para aumentar o número de indivíduos que recebem intervenção visando mudanças no estilo de vida, com ênfase na alimentação adequada. No dia a dia, percebemos que o caminho mais comum é a prescrição de medicação em vez de uma discussão sobre a modificação do estilo de vida.

Dados estatísticos apresentados no Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus apontam que a HAS afeta de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos. Estima-se que existam cerca de 17 milhões de portadores de HAS, no Brasil, ou seja, 35% da população de 40 anos ou mais. Já a DM possui uma prevalência de 7,6% na população adulta. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), hoje, no Brasil, os números giram em torno de seis milhões de pessoas nessa condição. (ROESE *et al.*, 2011)

Devido às prevalências crescentes das DCNTs, incluindo obesidade, hipertensão e diabetes, os custos aos sistemas de saúde e às economias nacionais aumentam por meio da mortalidade precoce, das aposentadorias precoces, do absenteísmo e do presenteísmo. Com isso, a necessidade de priorizar medidas preventivas aumenta, desde as de caráter individual, familiar e comunitário até as que influenciam os ambientes, em particular os sistemas alimentares. (NILSON; ANDRADE; BRITO, 2020)

Na tentativa de reduzir o número de hospitalizações e de atingir o acompanhamento e o tratamento adequados na atenção básica, o Ministério da Saúde desenvolveu o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial (HA) e ao Diabetes Mellitus (DM). (SILVA *et al.*, 2015)

O Plano é uma estratégia que visa aumentar a prevenção, diagnóstico, tratamento e controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus através da reorganização da Rede Básica dos Serviços de Saúde/SUS, dando-lhes resolutividade e qualidade no atendimento e tem como objetivo reduzir o número de internações, a procura por pronto atendimento e os gastos com tratamento de complicações, aposentadorias precoces e a mortalidade cardiovascular, com a consequente melhoria da qualidade de vida da população. Já que a identificação precoce e oferta de assistência e acompanhamento adequados aos portadores de HAS e DM e o estabelecimento do vínculo com as unidades básicas de saúde, em especial com as unidades de Saúde da Família, são elementos indispensáveis para o sucesso do controle desses agravos, além de reduzir o custo social e o custo que incorre ao SUS associado às doenças crônicas

O cadastro e o acompanhamento dos usuários portadores de HA e ou DM são realizados por meio do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), criado em 2002. Este sistema gera informações para os profis-



---

sionais e gestores das secretarias Municipais, Estaduais e Ministério da Saúde .(SILVA et al., 2015)

O presente trabalho busca garantir maior adesão ao tratamento dessas doenças e acompanhamento dos usuários, uma vez que vários estudos demonstram que a maior parte desses pacientes apresenta uma baixa adesão ao tratamento, indicando uma baixa efetividade das ações de controle dessa doença no país ocasionando inúmeras complicações e lesões em órgãos-alvo

Diante disso é necessário aumentar o grau de conhecimento da população sobre a importância do controle da hipertensão arterial e diabetes, garantir acesso dos hipertensos e diabéticos a serviços básicos de saúde, com resolubilidade; e incentivar políticas e programas comunitários.

Ademais, a educação em saúde precisa ser incorporada às suas práticas cotidianas, por meio de palestras, visitas domiciliares, reuniões em grupos e atendimento individual, em consultas médicas e de enfermagem, o que favorece a adesão ao tratamento, na medida em que o sujeito é percebido como protagonista do processo. Compreender a dinâmica de desenvolvimento das práticas de atenção ao usuário parece crucial para desvendar a natureza e as especificidades relacionadas às dificuldades de êxito das ações de controle implementadas no âmbito da Atenção Básica (FILHA; NOGUEIRA; MEDINA, 2014)

Nessa perspectiva, o primeiro passo é a educação em saúde na tentativa de desenvolver e estimular o processo de mudança de hábitos e transformação no modo de viver. Essa atividade educacional deve ser realizada de forma contínua por meio de ações individualizadas, elaboradas para atender às necessidades específicas de cada paciente, de modo a serem mantidas ao longo do tempo, assim como, desenvolver trabalhos em grupos pela equipe multiprofissional, de pacientes e equipes de saúde, os quais podem ser úteis para a troca de informações, favorecendo o esclarecimento de dúvidas e atenuando ansiedades, pela convivência com problemas semelhantes. Essas ações educativas devem ser desenvolvidas com os pacientes, seus familiares e a comunidade por meio de recursos que vão desde o contato individual até a utilização de fontes de informação coletiva. Outro aspecto fundamental para o sucesso do programa é o treinamento de profissionais buscando sensibiliza-los para a importância do trabalho.

Sem embargo, é preciso também realizar cadastramento de pacientes novos no programa HIPERDIA e acompanhamento de todos os que já são cadastrados, realizar reunião com o grupo de diabéticos e hipertensos para estimular o acompanhamento na UBS e para observar a eficácia do tratamento, realizar palestra educativa com o grupo de diabéticos e hipertensos com temas relacionados com as patologias, para que os mesmos tenham conhecimento de suas doenças (HAS e DM); e conseqüentemente tenham uma adesão ao tratamento e acompanhamento na UBS.



## 4 Metodologia

O presente trabalho será implantado na Unidade Básica de Saúde Morada do Sol, no Município De Fortaleza Dos Valos, situado no planalto Rio-grandense, no Noroeste do Estado do Rio Grande Do Sul. O município possui uma população residente de 4.575 habitantes, sendo que 2993 habitantes estão na zona urbana e 1.582 habitantes na zona rural, segundo os dados do IBGE 2010. Sua área é de 650,32 km representando 0,2419% do estado.

O público alvo são adultos atendidos na Unidade Básica de Saúde Morada Do Sol, portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes de mellitus.

O Plano é uma estratégia que visa aumentar a prevenção, diagnóstico, tratamento, adesão e controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus através da reorganização da Rede Básica dos Serviços de Saúde/SUS, dando-lhes resolutividade e qualidade no atendimento e tem como objetivo reduzir o número de internações, a procura por pronto atendimento e os gastos com tratamento de complicações, aposentadorias precoces e a mortalidade cardiovascular, com a consequente melhoria da qualidade de vida da população. Já que a identificação precoce e oferta de assistência e acompanhamento adequados aos portadores de HAS e DM e o estabelecimento do vínculo com as unidades básicas de saúde, em especial com as unidades de Saúde da Família, são elementos indispensáveis para o sucesso do controle desses agravos, além de reduzir o custo social e o custo que incorre ao SUS associado às doenças crônicas.

Conseqüentemente devemos: Realizar cadastramento de pacientes novos no programa HIPERDIA e acompanhamento de todos os que já são cadastrados, através da busca ativa realizada semanalmente pelos ACS, disponibilizando que estes pacientes sejam acolhidos por um membro da equipe por demanda espontânea sendo organizada uma escala semanal de profissional.

Realizar encontros mensais com o grupo de diabéticos e hipertensos para estimular o acompanhamento na UBS, realizando o controle de TA/ glicemia assim como observar a eficácia do tratamento e entrega das medicações;

Realizar palestra educativa com o grupo de diabéticos e hipertensos com temas relacionados com as patologias, para que os mesmos tenham conhecimento de suas doenças (HAS e DM); e conseqüentemente tenham uma adesão ao tratamento e acompanhamento na UBS;

Realizar reunião com ACS para priorizar atividades para captação dos diabéticos e hipertensos faltosos, e os mesmos farão um dia de visita para captar os faltosos em suas residências. Caso os mesmos tenham dificuldade, deverão marcar visita domiciliar da enfermeira para incentivar esses pacientes;

Orientar a comunidade sobre a importância do controle da pressão arterial e da glic-

mia após os 18 anos de idade, assim como sobre os fatores de risco para o desenvolvimento das mesmas, a partir da realização de atividades na comunidade em uma roda de conversa com a enfermeira ou técnica de enfermagem no primeiro mês de intervenção;

Capacitar a equipe da UBS para verificação de pressão arterial e da glicemia de forma criteriosa. Essa capacitação da equipe será realizada na UBS com a participação de todos os ACS. Essa capacitação ocorrerá na primeira semana do primeiro mês de intervenção;

Informar a comunidade sobre a existência do programa de Atenção a HAS e a DBT da UBS por meio da visita domiciliar dos ACS, em todas as visitas o ACS irá falar sobre o programa e também através da divulgação de cartazes distribuídos na comunidade e na recepção da UBS, esta ação será realizada quinzenalmente;

Organizar visitas domiciliares para buscar faltosos e também agendar um turno na semana para a enfermeira ou técnico de enfermagem realizarem visita domiciliar para os pacientes acamados impossibilitados de deslocamento até a UBS;

Incentivar a população a participar do grupo de vida saudável, acompanhado por uma nutricionista e uma educadora física, encontros que ocorrem semanalmente e incentiva a população a realizar atividades físicas e uma dieta saudável. Essa atividade educacional deve ser realizada de forma contínua por meio de ações individualizadas, elaboradas para atender às necessidades específicas de cada paciente, de modo a serem mantidas ao longo do tempo, assim como, desenvolver trabalhos em grupos, os quais podem ser úteis para a troca de informações, favorecendo o esclarecimento de dúvidas e atenuando ansiedades, pela convivência com problemas semelhantes.

Esse projeto de intervenção tem como objetivo ser aplicado na UBS Morada do Sol nos próximos 12 meses. A execução do plano será realizada pelos profissionais da Unidade Básica de Saúde (enfermeira, médica, técnicos de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde, nutricionista, educadora física). O monitoramento será realizado trimestralmente através de reunião na UBS- Morada do Sol para avaliar a adesão dos profissionais, dos pacientes e o cumprimento correto do estabelecido.

## 5 Resultados Esperados

Ter todos os diabéticos e hipertensos cadastrados e acompanhados pelo programa, garantindo assim um tratamento adequado e melhor, assistência conseqüentemente melhoria do vínculo UBS-paciente e maior adesão ao tratamento.

Ter todos os diabéticos e hipertensos participando do grupo de vida saudável acompanhado por nutricionista e educadora física, que busca desenvolver e estimular o processo de mudança de hábitos e transformação no modo de viver.

Ter uma equipe multidisciplinar totalmente capacitada para atender e orientar os pacientes diabéticos e hipertensos. Como a hipertensão e diabetes são doenças multifatoriais, que envolvem orientações voltadas para vários objetivos, seu tratamento poderá requerer o apoio de outros profissionais de saúde, além do médico. Sendo assim, a formação de uma equipe multiprofissional irá propiciar essa ação diferenciada.

O trabalho em equipe multiprofissional poderá dar aos pacientes e à comunidade motivação suficiente para vencer o desafio de adotar atitudes que tornem as ações efetivas e permanentes, sendo assim poderá ser abordada uma maior quantidade de indivíduos que, com as diferentes abordagens, a adesão ao tratamento será nitidamente superior, o número de pacientes com pressão arterial e níveis glicêmicos controlados e adotando hábitos de vida saudáveis será conseqüentemente maior; tendo cada paciente como replicador de conhecimentos sobre tais hábitos.



## Referências

- BRICARELLO, L. P. et al. Abordagem dietética para controle da hipertensão: reflexões sobre adesão e possíveis impactos para a saúde coletiva. *Ciência Saúde Coletiva*, p. 1421–1432, 2018. Citado na página 13.
- FILHA, F. S. S. C.; NOGUEIRA, L. T.; MEDINA, M. G. Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na atenção básica: perspectiva de profissionais e usuários. *Saúde Debate*, p. 265–278, 2014. Citado na página 15.
- NILSON, E. A. F.; ANDRADE, R. da C. S.; BRITO, D. A. de. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no sistema Único de saúde, Brasil, 2018. *Revista Panamericana de Salud Pública*, p. 32–44, 2020. Citado na página 14.
- ROESE, A. et al. Perfil de hipertensão arterial sistêmica e de diabetes mellitus a partir de bases de dados nacionais em municípios de pequeno porte no Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev. APS*, p. 75–84, 2011. Citado na página 14.
- SILVA, J. V. M. da et al. Avaliação do programa de hipertensão arterial e diabetes mellitus na visão dos usuários. *Revista Brasileira de Enfermagem*, p. 626–632, 2015. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 15.
- SILVA, M. L. B. da; BOUSFIELD, A. B. da S. Representações sociais da hipertensão arterial. *Temas em Psicologia*, p. 895–909, 2016. Citado na página 13.
- SOUZA, C. S. de et al. Controle da pressão arterial em hipertensos do programa hiperdia: Estudo de base territorial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, p. 571–578, 2014. Citado na página 13.
- TOSCANO, C. M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. *Ciência Saúde Coletiva*, p. 885–895, 2004. Citado na página 13.