



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

Carolina Tavares Sampaio de Oliveira

Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Estratégia de Saúde da Família

Florianópolis, Março de 2023

Carolina Tavares Sampaio de Oliveira

Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Estratégia de Saúde da Família

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

Carolina Tavares Sampaio de Oliveira

Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Estratégia de Saúde da Família

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 Fabrizio
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: O trabalho enfoca a questão do controle inadequado da pressão arterial e do diabetes mellitus nos usuários hipertensos e diabéticos da população contemplada pela Estratégia Saúde da Família Francisco de Paula Moura em Barra do Piraí/RJ, mais conhecido como PSF Areal. O projeto de intervenção será focado nas doenças crônicas não transmissíveis e mais comuns no PSF, que corresponde ao grande número de hipertensos e diabéticos mal controlados e tem como causas: má aderência ao tratamento proposto, dificuldade em agendar consultas no posto, assistência desestruturada e fragmentada, dificuldade para referenciar os casos de difícil controle para ambulatório de especialidades, indisponibilidade de alguns medicamentos, não aderência ao controle alimentar e práticas de atividade física, condições socioeconômicas desfavoráveis. O **objetivo geral** deste trabalho é reduzir o número de hipertensos e diabéticos sem controle ao se elaborar um projeto de intervenção através de um plano de ação para a melhoria dessa realidade.

Metodologia: As medidas e intervenções que norteiam o projeto são baseados em três pilares: 1) Pilar Organização - onde será realizado a reestruturação dos fluxos internos e externos da ESF, 2) Pilar Educacional- onde serão abordados as atividades em educação permanente e informativas e 3) Pilar Ação multiprofissional - reestruturação do serviço com a agregação do educador físico e nutricionista como membro efetivo da equipe no melhor controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus. Os **resultados esperados** com esse trabalho advém das ações dos três pilares propostos, porém todos com o intuito de se alcançar um melhor controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus e reduzir suas complicações nos pacientes portadores destas patologias na área abrangente pela ESF.

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

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo geral	11
2.2	Objetivos específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	23
	REFERÊNCIAS	25

1 Introdução

A comunidade contemplada pela Equipe da Saúde da Família Francisco de Paula Moura situa-se em sua maior parcela no bairro Areal, e a menor em regiões limítrofes como os bairros Boa Sorte e Vargem Grande, em Barra do Piraí, no município localizado no sul do estado do Rio de Janeiro. Sua população é heterogênea, marcada por traços de desigualdade social, econômica, cultural e educacional, e que ocupa essencialmente uma região urbana, apesar de existir também uma pequena ocupação de região rural. A área geográfica é caracterizada por morros e um processo de territorialização desordenado, com construções de habitações de difícil acesso e implementação de um sistema de saneamento básico ainda pouco eficiente.

Segundo levantamento feito no bairro Areal, em janeiro de 2019, pelos agentes comunitários de saúde, a população é composta por 4295 pessoas, das quais 1918 do sexo masculino e 2377 do sexo feminino, distribuídas em dez microáreas assistidas pela equipe de saúde. Existe uma subnotificação de informações e o perfil demográfico apresentado pode não corresponder a realidade da comunidade, estando provavelmente subestimada.

Na unidade são oferecidas atividades como consultas de médico e enfermeiro, vacinação, curativos e acompanhamento de feridas crônicas, fornecimento de medicações para condições agudas e crônicas, visita domiciliar, puericultura e acompanhamento no puerpério, pré-natal, fornecimento de anticoncepcional e planejamento familiar, atividades educacionais preventivas, de saúde mental e matriciamento NASF \CRAS, além de atividades extra unidade como projetos nas escolas e creche do território assistido.

Situações como a multiparidade, baixa escolaridade, abandono escolar, renda familiar baixa, habitações improprias, desemprego, tráfico de drogas, rivalidade entre facções, casos de homicídios, consumo de drogas ilícitas, esgotamento e estresse emocional, uso excessivo de medicações controladas, baixa adesão a atividade física, consumo de alimentação pouco saudável, etilismo e tabagismo tornam a comunidade com uma população de risco, portadora de grande vulnerabilidade social.

As principais queixas são acerca das doenças crônicas, como o aumento de peso e o descontrole pressórico e glicêmico, feridas crônicas de difícil cicatrização e as afecções agudas de pele, sobretudo em crianças. Os principais problemas identificados pela equipe de saúde são: o número alto de gestantes na comunidade, grande número de crianças com escabiose, grande número de hipertensos e diabéticos mal controlados, lesões cutâneas crônicas e o uso excessivo de medicações de receituário de controle especial e azul algumas vezes sem indicação médica precisa ou laudo médico que justifique o consumo da medicação.

Dentre os problemas relatados, o projeto de intervenção será focado naquele relacionado às doenças crônicas não transmissíveis e mais comuns no PSF, que corresponde ao

grande numero de hipertensos e diabéticos mal controlados. Este problema esta relacionado com o usuário, família, comunidade e redes de saúde por evidenciar uma desestruturação na assistência em saúde e má aderência ao tratamento proposto. Caracteriza-se como atual, terminal, baixo controle, estruturado.

O problema grande numero de hipertensos e diabéticos mal controlados tem como causas: má aderência ao tratamento proposto, dificuldade em agendar consultas no posto, assistência desestruturada e fragmentada, dificuldade para referencias os casos de difícil controle para ambulatório de especialidades, indisponibilidade de alguns medicamentos, não aderência ao controle alimentar e práticas de atividade física, condições socioeconômicas desfavoráveis, e tem como consequências: agudizações das doenças, sobrecarga da média e alta complexidade, aumento dos custos, agravamento das condições crônicas, aumento de pessoas incapacitadas para o trabalho, sobrecarga do sistema previdenciário e frustração da equipe de saúde.

O problema escolhido e de importância local e até mesmo nacional, visto que a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus constituem as comorbidades mais comumente presente na atenção primária à saúde. Quando não tratada e controlada adequadamente pode culminar com descompensações frequentes e sobrecarregar os serviços de saúde, necessitando recursos humanos e financeiros, além de trazer consequências como sequelas graves ou piora da patologia de base e perda da qualidade de vida.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Reduzir o número de hipertensos e diabéticos sem controle

2.2 Objetivos específicos

Estimular e garantir meios para uma melhor aderência ao tratamento proposto por esta população.

Disponibilizar marcação de consultas.

Requerer medicamentos em tempo hábil e orientar sobre o programa farmácia popular.

Estimular a multidisciplinaridade com profissionais como o nutricionista e educador físico.

3 Revisão da Literatura

1. Hipertensão arterial: uma breve contextualização

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos maior ou igual a 140 e/ou 90 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes mellitus (DM). Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal. Dados norte-americanos de 2015 revelaram que a HAS estava presente em 65% dos pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio (IAM), 77% de AVE, 75% com IC e 60% com DAP. Ela é reponsável por 45% das mortes cardíacas e 51% das mortes decorrentes de AVE. No Brasil, atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV). Junto com DM, suas complicações (cardíacas, renais e AVE) têm impacto elevado na perda da produtividade de trabalho e de renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015. Constitui um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Há uma associação direta e linear entre envelhecimento e prevalência de HAS, outros fatores relacionados são sexo e etnia, excesso de peso e obesidade, dieta inadequada com alto consumo de sal e álcool, fatores socioeconômicos como menor nível de escolaridade e sedentarismo ([CARDIOLOGIA, 2016](#)).

2. Diabetes mellitus: uma breve contextualização

O Diabetes mellitus (DM) consiste em um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, decorrente da deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou ambos os mecanismos. Atinge proporções epidêmicas, com estimativa de 425 milhões de pessoas com DM mundialmente. A hiperglicemia persistente está associada à complicações crônicas micro e macrovasculares, aumento de morbidade, redução da qualidade de vida e elevação da taxa de mortalidade. É classificado conforme sua etiologia em DM tipo 1, DM tipo 2, DM gestacional e outros tipos (monogênicos, neonatal, secundário à endocrinopatias, doença do pâncreas exócrinos, infecções e medicamentos). Os fatores causais dos principais tipos de DM - genéticos, biológicos e ambientais - ainda não são completamente conhecidos. Como resultado de uma combinação de fatores, o que inclui baixo desempenho dos sistemas de saúde, pouca conscientização sobre o diabetes entre a população geral e os profissionais de saúde e início insidioso dos sintomas ou progressão da DM tipo 2, essa condição pode permanecer não detectada por vários anos, dando oportunidade ao desenvolvimento de suas complicações ([DIABETES, 2019](#)).

O Diabetes mellitus é um importante e crescente problema de saúde para todos os países, independentemente do seu grau de desenvolvimento. Em 2017 a Federação Internacional de Diabetes (IDF) estimou que 8,8% da população mundial com 20 a 79 anos de idade vivia com a doença. O aumento da sua prevalência está relacionado a diversos fatores, como rápida urbanização, transição epidemiológica, transição nutricional, maior frequência do estilo de vida sedentário, maior frequência do excesso de peso, crescimento e envelhecimento populacional e, também, à maior sobrevivência dos pacientes com diabetes. Nos países desenvolvidos, o aumento da prevalência ocorrerá principalmente pela contribuição de indivíduos com DM nas faixas etárias mais avançadas, em decorrência do aumento da expectativa de vida e do crescimento populacional, já nos países em desenvolvimento, indivíduos de todas as faixas etárias serão atingidos, com destaque para a faixa etária de 20 a 44 anos, em que a prevalência deverá duplicar. O Brasil deverá ocupar no ano de 2045, a quinta posição entre os dez países com maior número de pessoas com diabetes de 20 a 79 anos ([DIABETES, 2019](#)).

2.1 Particularidades do diabetes mellitus tipo 2

O Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) corresponde a 90 a 95% de todos os casos de DM. Possui etiologia complexa e multifatorial, envolvendo componentes genético e ambiental. Geralmente, o DM2 acomete indivíduos a partir da quarta década de vida, embora se descreva, em alguns países aumento da incidência em crianças e jovens. Trata-se de doença poligênica, com forte herança familiar, ainda não completamente esclarecida, cuja ocorrência tem contribuição significativa de fatores ambientais. Dentre eles, hábitos dietéticos e inatividade física, que contribuem para a obesidade, destacam-se como os principais fatores de risco. Em pelo menos 80 a 90% dos casos, associa-se ao excesso de peso e a outros componentes da síndrome metabólica ([DIABETES, 2019](#)).

Os consagrados fatores de risco para DM2 são: história familiar da doença, avançar da idade, sedentarismo, diagnóstico prévio de pré-diabetes ou diabetes gestacional e presença de componentes da síndrome metabólica, tais como hipertensão arterial e dislipidemia. É mandatório para indivíduos com sinais e sintomas a coleta de exames para confirmação diagnóstica de DM2. Ainda que assintomáticos, a presença de fatores de risco já impõem rastreamento para diagnóstico precoce. Se a investigação laboratorial for normal, sugere-se a repetição do rastreamento em intervalos de três anos ou mais frequentemente, se indicado. Na presença de pré-diabetes, recomenda-se avaliação anual. Na maioria das vezes a doença é assintomática ou oligossintomática por longo período, sendo o diagnóstico realizado por exames laboratoriais de rotina ou manifestações das complicações crônicas. Com menor frequência, indivíduos com DM2 apresentam sintomas clássicos da hiperglicemia (poliúria, polifagia e emagrecimento inexplicado) e raramente a cetoacidose diabética consiste na manifestação inicial do DM2. Desde 2017, a American Diabetes Association (ADA) vem propondo um questionário de risco para DM2 na sua diretriz, que leva em consideração a idade, sexo, história prévia de diabetes mellitus gestacional ou hipertensão

arterial, história familiar de DM2 e nível de atividade física. Uma pontuação é dada para cada fator de risco, sendo um score maior ou igual a cinco associado a risco aumentado para DM2. Trata-se de instrumento de rastreamento útil, de baixo custo, que pode ser empregado em larga escala de âmbito de saúde pública (DIABETES, 2019).

3. Problematização

A hipertensão (HA) arterial e diabetes mellitus (DM) fazem parte de uma classe de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), representando, de forma mútua, uma das principais causas de óbitos em todo o país. As DCNT enquadram-se dentro de uma classe de doenças com proporções reais de uma pandemia, acometendo a população mundial em todas as faixas etárias. O agravamento deste quadro epidemiológico para as DCNT relaciona-se com a crescente longevidade da população de países emergentes, associada a maus hábitos de vida, como o sedentarismo, tabagismo e a alimentação inadequada, somando-se ao despreparo e à falta de recursos para deter a carga de doenças que tende a progredir de forma exponencial nas próximas décadas. Atualmente, estas doenças deixaram de ocorrer preferencialmente em países desenvolvidos, representando uma grave preocupação à saúde para populações residentes nos países em desenvolvimento. No caso do Brasil, existem fatores que agravam e dificultam a implantação de programas de prevenção e combate a estas enfermidades, como a desigualdade social, somada à dimensão continental do país (MALFATTI; ASSUNÇÃO, 2009).

Em relação às DCNT, destacam-se as doenças cardiovasculares coronarianas, dislipidemias, hipertensão, obesidade e diabetes mellitus, as quais formam um conjunto de morbidades geralmente associadas entre si, constituindo-se em graves problemas de saúde pública (ZIMMET; KING; BJÖRNTORP, 1986). A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada um dos grandes problemas para a saúde pública no Brasil. É vista como assassina silenciosa, sendo o maior problema social em muitos países, reduz a expectativa de vida e traz muitas complicações cardíacas, renais, além do elevado custo econômico (CARDIOLOGIA, 2016). A Organização mundial da Saúde (OMS) estima que a glicemia elevada é o terceiro fator, em importância, da causa de mortalidade prematura, superada apenas por HAS e uso do tabaco. Existem evidências de que indivíduos com diabetes mal controlado ou não tratado desenvolvem mais complicações do que aqueles com diabetes bem controlados. Em relação ao DM, o fenômeno da transição epidemiológica, em termos econômicos, representa uma importante carga tanto nos custos direto para o sistema de saúde e para a sociedade como nos custos indiretos atribuíveis à mortalidade prematura e às incapacitações temporárias e permanentes decorrentes de suas complicações (DIABETES, 2019).

A hipertensão arterial e o diabetes mellitus são doenças prevalentes e que acarretam várias complicações e até mesmo incapacidade nos seus portadores. Uma investigação com idosos portadores de hipertensão, diabetes e obesidade central, mostrou que uma das implicações desses agravos é o baixo desempenho cognitivo, tornando relevante a prevenção

e o controle dessas doenças (OLIVEIRA et al., 2017). O controle metabólico rigoroso, associado a medidas preventivas e curativas relativamente simples, é capaz de prevenir ou retardar o aparecimento das complicações crônicas do diabetes mellitus, resultando em melhor qualidade de vida ao indivíduo diabético. Da mesma forma, o controle da hipertensão arterial resulta na redução de dano aos órgãos-alvo. Para o controle de ambas as patologias, são necessárias medidas que envolvem mudanças no estilo de vida do indivíduo (MALFATTI; ASSUNÇÃO, 2009).

O diagnóstico de hipertensão arterial é considerado um complicador ao seu enfrentamento devido ao seu curso assintomático. Outro desafio para pacientes e profissionais de saúde é o próprio tratamento das doenças crônicas, especialmente porque o desaparecimento de sintomas leva a pessoa adocida a acreditar que a doença foi curada. Neste contexto, a adesão ao tratamento da HAS é considerada um processo comportamental, complexo e amplo, influenciado por vários fatores, dentre eles: ambiente, particularidades do próprio indivíduo, relação com os profissionais de saúde e terapêutica adotada, sendo assim perpassa por dimensões biológicas, socioeconômicas, psicológicas e culturais (SILVA; DOMINGOS; CARAMASHI, 2018).

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de atenção básica (AB). As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores envolvidos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações do estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo em doses progressivas de medicamentos (BÁSICA., 2013b).

Os resultados no controle do diabetes mellitus advêm da soma de diversos fatores e condições que propiciam o acompanhamento desses pacientes, para os quais o resultado esperado além do controle da glicemia é o desenvolvimento do autocuidado, o que contribuirá na melhoria da qualidade de vida e na diminuição da mortalidade. Os objetivos mais importantes das ações de saúde em diabetes mellitus são controlar a glicemia e, com isso, em longo prazo, reduzir a morbimortalidade causada por essa patologia. Portanto, fazer uma intervenção educativa sistematizada e permanente com os profissionais de saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas atuais em relação a esses problemas de saúde (BÁSICA., 2013a).

Neste sentido, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade associada à HA e ao DM, o Ministério da Saúde assumiu parcerias com os estados, municípios e sociedade, dando suporte para a estruturação e melhorias na atenção aos portadores destas patologias. Em contrapartida, é de fundamental importância que os municípios, instituições e Programa

Saúde da Família (PSF) vinculados às suas Coordenadorias Regionais de Saúde invistam em estratégias para maior acompanhamento dos pacientes após o diagnóstico e cadastro no PSF (MALFATTI; ASSUNÇÃO, 2009).

4. Políticas públicas relacionadas

O manejo do diabetes mellitus e da hipertensão arterial deve ser feito dentro de um sistema hierarquizado de saúde, sendo sua base a Atenção Primária (ASSUNÇÃO; SANTOS; GIGANTE, 2001). A equipe de Saúde da Família possui um papel fundamental neste processo, fazendo o levantamento epidemiológico e propondo medidas preventivas, de controle e tratamento (SAÚDE., 2000). No que se refere ao trabalho de prevenção, detecção e tratamento, faz-se necessário a aplicação de estudos epidemiológicos, visando estipular medidas de controle e prevenção, no sentido de detecção precoce e melhor canalização de recursos humanos e financeiros para o tratamento destas doenças não transmissíveis e que se instalam de forma silenciosa. Dentro desta proposta, encontra-se o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, o qual estabelece diretrizes e metas para a atenção aos portadores desses agravos no Sistema único de Saúde, enfatizando a prevenção primária, na ampliação do diagnóstico precoce e na vinculação de portadores à rede básica de saúde (PÚBLICAS, 2001).

Em 2001, o Ministério da Saúde (MS) propôs o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus, reconhecendo a importância da atenção básica na abordagem desses agravos, feita por meio do modelo de atenção programática denominado HIPERDIA (Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos), possibilitando o desenvolvimento de ações contínuas e de alta capilaridade. Essa proposta sugere que o cuidado ofertado deve ir além do binômio queixa-conduta, de modo que permita identificar portadores assintomáticos, monitorar o tratamento, estabelecer vínculos entre equipe de saúde-pacientes-cuidadores e realizar educação em saúde, incorporando a realidade social do paciente a esse processo (ASSIS; SIMÕES; CAVALCANTI, 2012).

O programa Hiperdia é oriundo do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus, criado em 2001 pelo Ministério da Saúde. A meta principal é garantir acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de capacitação dos profissionais e reorganização dos serviços. O Hiperdia se constitui como uma estratégia de acompanhamento de usuários hipertensos e/ou diabéticos, com as funções de vincular o paciente à Unidade Básica de Saúde (UBS) e à Equipe de Saúde da Família (ESF) (FEITOSA; PIMENTEL, 2016).

Em 2011, o Ministério da Saúde lançou seu Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, enfatizando ações populacionais para controlar as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doença respiratória crônica, predominantemente pelo controle do fumo, inatividade física, alimentação inadequada e uso prejudicial de álcool (DUNCAN et al., 2012).

O nutricionista encontra-se inserido na Atenção Primária, sobretudo, nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF, cabe ao nutricionista, em parceria com os demais profissionais, a responsabilidade de promover na APS, práticas alimentares saudáveis direcionadas à população atendida pelos serviços e equipes de saúde, estabelecidas nas Políticas Nacionais de Alimentação e Nutrição (1999), e de Promoção da Saúde (2006). Para tais ações, torna-se essencial a caracterização do estado nutricional e condições de saúde dos usuários visando possibilitar o delineamento de estratégias específicas à demanda da população (LOPES; FERREIRA; SANTOS, 2010).

O acesso a medicamentos é um fator relevante no estudo da saúde pública, tendo em vista que é utilizado na análise do cumprimento do direito fundamental à saúde, sendo considerado um indicador de qualidade dos sistemas de saúde. Desde a década de 1990, o Brasil tem buscado implementar políticas públicas visando a melhorar a disponibilização de medicamentos em quantidades adequadas às necessidades da população, sendo um dos poucos países onde o acesso gratuito a medicamentos essenciais é direito de todos os cidadãos (KATREIN et al., 2015). O direito universal a medicamentos fundamentou um conjunto de políticas, cujo marco foi a Política Nacional de Medicamentos (PNM), em 1998, e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), em 2004, que definiram diretrizes e ações norteadoras para outras políticas ao longo dos 30 anos do SUS. Apesar dessas políticas e a disponibilidade de medicamentos, houve a formulação de políticas para promover a ampliação do acesso, a exemplo do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB), criado em 2004 (ALENCAR et al., 2018).

5. A relevância da intervenção

No município de Barra do Piraí e nas microáreas cobertas pela estratégia saúde da família, a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus constituem uma problemática de saúde e um grande desafio aos profissionais atuantes, visto a dificuldade de controle sobre os múltiplos fatores que tornam estas doenças mal controladas. Nesse aspecto, justifica-se porque é necessário um estudo de intervenção para a otimização do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, e, conseqüentemente para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes. Acredita-se que através da educação continuada, atividades de promoção e prevenção realizadas na comunidade será possível que pessoas com estas comorbidades se favoreçam por ampliar seus conhecimentos e entendam o quanto é primordial a mudança do estilo de vida, a adesão ao tratamento proposto, destacando a essência da busca pelo auto cuidado como caminho mais seguro para um controle mais adequado das patologias e conseqüentemente uma melhor condição de vida. Em face ao apresentado, este trabalho se propõe a refletir sobre o cuidado ao portador de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na atenção básica, a partir da implantação e desenvolvimento de políticas públicas, baseadas nos estudos científicos já realizados.

4 Metodologia

O trabalho enfoca a questão do controle inadequado da pressão arterial e do diabetes mellitus nos usuários hipertensos e diabéticos da população contemplada pelo Programa Saúde da Família Francisco de Paula Moura em Barra do Piraí/RJ, mais conhecido como PSF Areal. O objetivo é elaborar um projeto de intervenção através de um plano de ação para a melhoria dessa realidade.

O direcionamento foi feito gradualmente através dos módulos do Curso de Especialização oferecido pelo Sistema Universidade Aberta do SUS, o UNA SUS, em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina. Inicialmente foi realizado o Diagnóstico Situacional do PSF, com a exposição das características territoriais e populacionais e o destaque das principais questões geradores da grande vulnerabilidade social apresentada pela população adstrita.

Foram levantados uma série de problemas enfrentados localmente no bairro Areal, dentre os quais, por sua relevância, a hipertensão arterial e o diabetes mellitus mal controlados, merecem destaque e são alvos deste estudo de intervenção. Para tal levantamento foram realizadas reuniões entre os membros da equipe, onde se procurou enfatizar os principais problemas encontrados nas microáreas, e também, foi feita a observação clínica direta durante as consultas médica e de enfermagem, pesquisa em prontuários, consulta em planilhas de dados epidemiológicos mensais prévios, bem como foi levada em consideração o alerta dado pelos técnicos de enfermagem e os agentes comunitários de saúde sobre o grande número de pessoas descompensadas com estas comorbidades.

Foi realizado levantamento bibliográfico em base de dados utilizando artigos científicos, revistas eletrônicas e livros do Ministério da Saúde, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Sociedade Brasileira de Diabetes, e outras fontes, no período de 1986 a 2019, com destaque para as palavras-chave como "Hipertensão arterial", "Diabetes mellitus", "Atenção Primária à Saúde", "adesão" e "controle inadequado" como auxílio de busca científica.

Este trabalho tem como alvo os pacientes hipertensos e diabéticos adscritos na área de abrangência da ESF, com a finalidade de propor medidas e intervenções que possam melhorar o controle destas patologias. Nele serão explorados diversos pontos a serem trabalhados, como o contato garantido entre equipe da ESF e Direção da Atenção Básica do município, a organização interna dos fluxos de atendimentos e agendas, pedidos de insumos como medicamentos e requisição de materiais explicativos, proporcionar educação em saúde destes usuários, em salas de esperas e reuniões mensais, realizados pela equipe de saúde e tentar a aquisição de nutricionista e educador físico num trabalho multiprofissional, essenciais neste processo de melhora de adesão e controle destas comorbidades.

As medidas e intervenções que norteiam o projeto são baseados em três pilares: 1) Pilar

Organização - onde será realizado a reestruturação dos fluxos internos e externos da ESF, 2) Pilar Educacional- onde serão abordados as atividades em educação permanente e informativas e 3) Pilar Ação multiprofissional - reestruturação do serviço com a agregação do educador físico e nutricionista como membro efetivo da equipe no melhor controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus.

No Pilar Organização temos cinco ações: 1- Estabelecimento de vínculo efetivo entre a ESF e a Direção da Atenção Básica em pelo menos duas reuniões anuais para que sejam demonstradas as planilhas de dados epidemiológicos que serão os subsídios para conseguirmos recursos para o desenvolvimentos de ações nas questões de maior relevância na comunidade, neste caso um melhor controle da HAS e do DM, 2- Atualizar o cadastramento dos moradores da área de abrangência para termos um real conhecimento do perfil local de hipertensos e diabéticos e direcionar as ações específicas para um melhor controle das comorbidades e também para levantamento de dados para conseguir mais profissionais integrantes ou até mesmo redividir a área abrangente entre duas equipes, uma vez que estamos com os cadastros subestimados, 3 - Reorganização da agenda: priorização de consultas para este grupo de pacientes com a abertura de dois dias na agenda do enfermeiro e do médico para as consultas de hipertensos e diabéticos, alocados nos mesmos dias das semanas, sendo que o enfermeiro será direcionado aos casos de pré-hipertensão e hipertensão estágio 1 e o médico para os casos de hipertensão moderada e grave, 4- Realizar a marcação direta no centro de especialidades para os casos de difícil controle com a finalidade de facilitar o acesso aos especialistas cardiologista e endocrinologista e 5- Requisição em tempo hábil das medicações básicas para o controle destas doenças para a farmácia da ESF, afim de não prejudicar o abatecimento da unidade e a dispensação dos medicamentos para a população.

No Pilar Educacional temos seis ações: 1- Realização de Sala de Espera: nos dias de consultas médica e de enfermagem os agentes comunitários de saúde realizarão rodízios para a abordagem de temas relacionados à hipertensão arterial e diabetes mellitus, num total de quatro salas semanais, duas em turno da manhã e duas no turno da tarde, 2- Encontro mensal do grupo HIPERDIA com realização de palestras pelo enfermeira e médica, em esquema de revezamento mensal, em dia fixo, na última quarta de todos os meses, 3- Utilização de material auto-explicativo sobre HAS, DM, aderência e acesso aos medicamentos, 4- Fazer orientações específicas sobre a assistência medicamentosa, alimentação saudável, controle alimentar e práticas de atividade física nas salas de espera, consultas e encontros de grupo, 5- Treinar o recepcionista para que o mesmo consiga passar informações sobre o acesso as medicações e 6- Orientar os pacientes sobre a importância de seguir o plano terapêutico proposto medicamentoso e não-medicamentoso.

No Pilar Ação multiprofissional temos duas ações: 1- Agregar o educador físico e o nutricionista à equipe, com realização de atividades em grupo e individuais, como orientação sobre alimentação saudável , plano alimentar individual em consultas específicas, desen-

volvimento de atividade física como o alongamento, grupos de caminhada e dança, prática de atividade física nas academias instaladas em espaço aberto no bairro e 2- Valorizar as informações cedidas pelo técnico de enfermagem, o qual faz a triagem dos pacientes e pode sinalizar e até mesmo resgatar muitos que vão aleatoriamente na unidade sem aderência ao tratamento proposto.

5 Resultados Esperados

Os resultados esperados com esse trabalho advém das ações dos três pilares propostos na metodologia, porém todos com o intuito de se alcançar um melhor controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus e reduzir suas complicações nos pacientes portadores destas patologias na área abrangente pela ESF Francisco de Paula Moura.

No Pilar Organização espera-se o fortalecimento do vínculo com a Direção da Atenção Primária afim de expor os problemas, como um controle inadequado da hipertensão arterial e diabetes mellitus e em conjunto traçar propostas para resolvê-los, atualizar dados de hipertensos e diabéticos de cada microárea afim de se realizar o diagnóstico destas patologias o mais precoce possível e já realizar as medidas de orientações e tratamento, a reorganização dos fluxos que regem os trabalhos da ESF, com adequação da agenda e maior disponibilidade de vagas para atendimentos para estes pacientes, criação de protocolo/ fluxo de atendimento priorizando um controle mais satisfatório das patologias, e melhoria no abastecimento e dispensação de medicamentos, garantindo a oferta das medicações básicas para a população alvo.

No Pilar Educacional espera-se proporcionar à população informações e orientações sobre a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, destacar a importância de seguir as orientações dadas pelos profissionais assim como aderir a proposta medicamentosa e adotar hábitos de vida saudáveis como uma alimentação equilibrada e práticas de atividades físicas, que são modificadoras do curso destas doenças. Vale ressaltar que com todas as ações deste pilar proporcionaremos também uma educação continuada em saúde entre os próprios membros da equipe promovendo uma melhor capacitação para atender esta parcela de pessoas.

No Pilar Ação Multiprofissional espera-se inserir e agregar o nutricionista e o educador físico à equipe, como agentes atuantes na melhoria dos pacientes descompensados e também focar na prevenção destas comorbidades na comunidade ao estimular a prática regular de atividade física e orientar sobre os benefícios de seguir um plano alimentar saudável e equilibrado.

Referências

- ALENCAR, T. de O. S. et al. Programa farmácia popular do brasil: uma análise política de sua origem, seus desdobramentos e inflexões. *Saúde Debate*, v. 42, n. 2, p. 159–172, 2018. Citado na página 18.
- ASSIS, L. C.; SIMÕES, M. O. da S.; CAVALCANTI, A. L. Políticas públicas para monitoramento de hipertensos e diabéticos na atenção básica, brasil. *Rev Brasileira de Pesquisa em Saúde*, v. 14, n. 2, p. 65–70, 2012. Citado na página 17.
- ASSUNÇÃO, M. C. F.; SANTOS, I. da Silva dos; GIGANTE, D. P. Atenção primária em diabetes no sul do brasil: estrutura, processo e resultado. *Rev Saúde Pública*, v. 35, n. 1, p. 88–95, 2001. Citado na página 17.
- BÁSICA., B. M. da Saúde. Departamento de A. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado na página 16.
- BÁSICA., B. M. da Saúde. Departamento de A. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado na página 16.
- CARDIOLOGIA, S. B. de. Vii diretriz brasileira de hipertensão arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 107, p. 1–83, 2016. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 15.
- DIABETES, S. B. de. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020*. Rio de Janeiro: Clannad Editora Científica, 2019. Citado 3 vezes nas páginas 13, 14 e 15.
- DUNCAN, B. B. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev Saúde Pública*, v. 46, p. 126–134, 2012. Citado na página 17.
- FEITOSA, I. de O.; PIMENTEL, A. Hipertensão: práticas de cuidado em uma unidade de saúde de belém, pará. *Nufen*, v. 8, n. 1, p. 13–30, 2016. Citado na página 17.
- KATREIN, F. et al. Desigualdade no acesso a medicamentos para doenças crônicas em mulheres brasileiras. *Cad Saúde Pública*, v. 31, n. 7, p. 1416–1426, 2015. Citado na página 18.
- LOPES, A. C. S.; FERREIRA, A. D.; SANTOS, L. C. Atendimento nutricional na atenção primária à saúde: proposição de protocolos. *Nutr Pauta*, v. 18, p. 40–44, 2010. Citado na página 18.
- MALFATTI, C. R. M.; ASSUNÇÃO, A. N. Hipertensão arterial e diabetes na estratégia de saúde da família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de saúde da família. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 16, p. 1383–1387, 2009. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- OLIVEIRA, M. F. B. de et al. Hypertension, diabetes and obesity are associated with lower cognitive performance on community-dwelling: data from fibra study. *Dement. Neuropsychol*, v. 11, n. 4, p. 398–405, 2017. Citado na página 15.

PÚBLICAS, B. M. da Saúde. Secretaria de P. Brazilian national strategy for the reorganization of care for arterial hypertension and diabetes mellitus: the experience of diabetes mass screening. *Rev Saúde Pública*, v. 35, n. 5, p. 490–493, 2001. Citado na página 17.

SAÚDE., B. M. da. *A implantação da Unidade de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Citado na página 17.

SILVA, M. G. C. da; DOMINGOS, T. da S.; CARAMASHI, S. Hipertensão arterial e cuidados com a saúde: concepções de homens e mulheres. *Psic., Saúde Doenças*, v. 19, n. 2, p. 435–452, 2018. Citado na página 16.

ZIMMET, P. Z.; KING, H. O.; BJÖRNTORP s. P. A. Obesity, hypertension, carbohydrate disorders and risk of chronic diseases: Is there any epidemiological evidence for integrated prevention programmes? *Med. J. Aust*, v. 145, p. 256–262, 1986. Citado na página 15.