



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

VANESSA TIEKO NAGAOKA

ESTRATÉGIAS DE TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E NÃO-FARMACOLÓGICO EM  
PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS NO  
MUNICÍPIO DE TABOÃO DA SERRA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JARDIM  
SANTO ONOFRE

SÃO PAULO  
2019

VANESSA TIEKO NAGAOKA

ESTRATÉGIAS DE TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E NÃO-FARMACOLÓGICO EM  
PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS NO  
MUNICÍPIO DE TABOÃO DA SERRA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JARDIM  
SANTO ONOFRE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família da Universidade Federal de São Paulo  
para obtenção do título de Especialista em  
Saúde da Família

Orientação: CLODOALDO PENHA ANTONIASSI

SÃO PAULO  
2019

## **Resumo**

O projeto de intervenção foi realizado no município de Taboão da Serra, no estado de São Paulo, na unidade básica de saúde Jardim Santo Onofre, com o objetivo geral de aumentar a aderência de pacientes pré-selecionados portadores das comorbidades hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus tipo 2, visando diminuir a procura pelo serviços de emergência e acolhimento devido descompensação das doenças ou devido às consequências de um controle inadequado das patologias, visto que o município em questão apresenta taxas semelhantes ou maiores, de incidência das doenças, quando comparadas com as médias nacionais. Foram realizadas reuniões em grupo com os pacientes portadores das comorbidades, esclarecidas dúvidas e realizadas orientações, a fim de observar quais pontos seriam abordados em consultas individuais, na tentativa de individualizar o acompanhamento de pacientes mais resistentes, que apresentaram controle inadequado das doenças. Ao longo do projeto, foram observadas mudanças positivas no comportamento destes pacientes, com melhora no entendimento do tratamento, da relação entre estilo de vida e patologias, da necessidade do uso correto das medicações e do acompanhamento rotineiro com o médico da atenção básica.

## **Palavra-chave**

Diabetes. Hipertensão. Agentes Comunitários de Saúde. Doença Crônica. Educação Alimentar e Nutricional. Equipe de Saúde. Exercício Físico. Hábitos Alimentares. Obesidade. Promoção da Saúde. Qualidade de Vida. Sedentarismo. Unidade Básica de Saúde.

## Introdução

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos da PAS (pressão arterial sistólica) 140 e/ou da PAD (pressão arterial diastólica) 90mmHg. Está frequentemente associada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e estruturais de órgãos-alvo e agravada pela presença de fatores de risco (FR) como obesidade, diabetes mellitus (DM), dislipidemia, intolerância à glicose. Possui relação com eventos como acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), morte súbita, doença renal crônica (DRC), entre outros. Os fatores de risco para a HAS são idade, sexo, etnia, excesso de peso, ingestão de sal e álcool, fatores socioeconômicos e genéticos. (7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial - Sociedade Brasileira de Cardiologia)

Já a Diabetes mellitus (DM) é um importante e crescente problema de saúde para todos os países, independentemente do seu grau de desenvolvimento. Em 2015, a Federação Internacional de Diabetes (International Diabetes Federation, IDF) estimou que 8,8% da população mundial com 20 a 79 anos de idade (415 milhões de pessoas) vivia com diabetes. Se as tendências atuais persistirem, o número de pessoas com diabetes foi projetado para ser superior a 642 milhões em 2040. Cerca de 75% dos casos são de países em desenvolvimento, nos quais deverá ocorrer o maior aumento dos casos de diabetes nas próximas décadas. O aumento da prevalência do diabetes está associado a diversos fatores, como: rápida urbanização, transição epidemiológica, transição nutricional, maior frequência de estilo de vida sedentário, maior frequência de excesso de peso, crescimento e envelhecimento populacional e, também, à maior sobrevivência dos indivíduos com diabetes. (Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018)

Tratam-se de comorbidades de grande importância nacional, visto a elevada prevalência entre pacientes adultos e idosos. Dados reunidos pela VIGITEL (sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico) de 2006 a 2014 revelam a prevalência da HAS nas seguintes faixas etárias: 30 a 59 anos, 20,6%; de 60 a 64 anos, 44,4%; de 65 a 74 anos, 52,7%; e  $\geq$  75 anos, 55%, sendo que Sudeste, Sul e Centro-Oeste possuíram as maiores prevalências de HAS autorreferidas; e Nordeste e Norte, as menores. Em relação à DM, de acordo com a IDF, em 2015 havia cerca de 14,3 milhões de brasileiros com DM diagnosticada em pessoas entre 20 e 79 anos, tornando o país o quarto no mundo em número de pessoas com diabetes.

Assim, o município de Taboão da Serra, localizado ao sul da capital paulista, possui indicadores semelhantes com os coletados em nível nacional, no que diz respeito à incidência dessas comorbidades: o Brasil apresenta cerca de 9530 hipertensos para cada 100mil habitantes; enquanto Taboão da Serra tem 9517 casos para cada 100 mil habitantes; em relação a diabetes, temos uma média nacional de 2276 casos para cada 100 mil habitantes, enquanto Taboão apresenta 2488 casos para para a mesma proporção de habitantes. Portanto, a existência deste Projeto de Intervenção (PI) se faz necessária visto que na população estudada observamos cerca de 2460 pacientes diabéticos e 2413 hipertensos cadastrados, além de lidarmos com as consequências diretas dessa doença crônica, como altos índices de IAM, DRC e AVE e suas sequelas.

O projeto se propõe a aumentar a aderência dos pacientes ao tratamento medicamentoso e o não farmacológico, como mudanças de estilo de vida (atividade física e alimentação),

visando principalmente a população de risco aumentado, como idosos, pacientes com outras comorbidades e fatores de risco devidamente confirmados, HAS e DM de difícil controle e aqueles que sempre comparecem à unidade de saúde com crises hipertensivas e picos glicêmicos.

## **Objetivos (Geral e Específicos)**

O objetivo geral deste projeto é aumentar a **aderência** dos pacientes portadores de HAS e DM ao tratamento farmacológico e não-farmacológico, visando diminuir o número de intercorrências decorrentes do descontrole pressórico e da descompensação glicêmica, gerando também uma diminuição na frequência da presença destes pacientes no acolhimento, devido às crises hipertensivas e aos picos glicêmicos.

O projeto contará com objetivos específicos: incentivos à mudança do estilo de vida (MEV), como grupos de caminhadas junto às agentes comunitárias de saúde e técnicas de enfermagem, grupo HiperDia (Hipertensão e Diabetes) com a médica e QualiVida, com a nutricionista, numa frequência considerada adequada à adesão dos pacientes. Além disso, retorno precoce dos pacientes às consultas na unidade de saúde, seja para orientações, seja para rotina médica.

## **Método**

### Local

O projeto de intervenção será colocado em prática na unidade básica de saúde Jardim Santo Onofre, localizada em Taboão da Serra, município próximo à capital do estado de São Paulo.

### Público-alvo

O público-alvo deste projeto de intervenção será pacientes hipertensos e/ou diabéticos, para quem o diagnóstico se deu recentemente e para aqueles que já convivem cronicamente com a(s) comorbidade(s).

### Ações

O objetivo deste projeto de intervenção é aumentar a aderência dos pacientes portadores destas comorbidades, visando melhora dos exames laboratoriais, níveis pressóricos e diminuição dos eventos decorrentes dessas patologias.

Serão realizados:

- \* grupos de discussão, avaliação e orientação, o HiperDia, semanalmente, com a médica e, quando possível, a enfermeira da equipe de saúde da família.
- \* grupos de caminhadas com as agentes comunitárias de saúde, as técnicas de enfermagem e, quando possível, a médica, na frequência de duas vezes por semana. os pacientes serão convocados espontaneamente e encaminhados após consulta médica
- \* será avaliada a possibilidade dos pacientes comparecerem ao menos de 3 em 3 meses ao grupo HiperDia, intercalando com o retorno programado em consulta médica
- \* o grupo QualiVida será ministrado pela nutricionista, os pacientes encaminhados pela médica, realizando consulta em grupo e individual
- \* orientações à equipe de saúde a respeito de orientações que podem dar aos pacientes, incentivo e conduta frente demandas espontâneas

### Avaliação e Monitoramento

Estas etapas serão realizadas ao longo do presente estudo por meio de consultas precoces para os pacientes selecionados no decorrer do projeto, de acordo com o controle pressórico e glicêmico, além da adesão ao tratamento e uso correto das medicações. Dessa maneira, será possível avaliar a necessidade de intervenções mais específicas e/ou mudanças de estratégias e de abordagem aos pacientes mais resistentes.

## **Resultados Esperados**

Espera-se que com este PI a população-alvo se beneficie, diminuindo idas ao pronto socorro devido emergências relacionadas às comorbidades, ao mesmo tempo em que previnem-se as consequências: acidentes vasculares encefálicos, evolução para doença renal crônica, infarto agudo do miocárdio, doença arterial periférica. Além disso, é esperado que este seja um projeto passível de reprodução em outras áreas de atenção básica ou até mesmo com novos grupos de pacientes no mesmo local em que foi testado e avaliado.

Somada a essas projeções, espera-se que a equipe de saúde apresente melhora em sua abordagem e acompanhamento de pacientes com doenças crônicas, em especial as aqui avaliadas: diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica.



## Referências

Malachias MVB. et al. 7ª diretriz brasileira de hipertensão arterial. Rio de Janeiro, RJ. SBC, 2016

Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. São Paulo, Editora Clannad, 2017.

Sistema de informação em Saúde para a Atenção Básica, Ministério da Saúde. Disponível em <https://sisab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorio/indicadores/PubRelIndicadores.xhtml>. Acesso em: fevereiro 2019

Portal da saúde, DATASUS. Ministério da Saúde. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=6935>. Acesso em: fevereiro 2019