



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

MANOEL AGUIAR DOS SANTOS JUNIOR

HIPERTENSÃO E DIABETES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

SÃO PAULO
2019

MANOEL AGUIAR DOS SANTOS JUNIOR

HIPERTENSÃO E DIABETES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

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: PRISCILA GONCALVES JOSEPETTI SANTILI

SÃO PAULO
2019

Resumo

Devido a transformações sociais e econômicas que vêm ocorrendo no Brasil, podemos observar um fenômeno epidemiológico, que se caracterizam com as doenças infecciosas que eram as principais causas de morte observadas no Brasil, cedendo lugar as doenças crônicas. O alto número de pessoas com hipertensão e diabetes já se comparam na atualidade como uma epidemia. Para se enfrentar essas novas epidemias será necessário muito investimento em prevenção e promoção da saúde e desenvolvimento de novas estratégias no SUS. Estima-se que dos mais de seis mil usuários cadastrados somente na equipe verde da UBS Elísio Teixeira em São Paulo onde será desenvolvido o projeto, existe uma porcentagem de aproximadamente 12% da população seja acometida com pelo menos uma dessas duas patologias, segundo dados levantados por iniciativa própria de acordo com os cadastros dos pacientes disponíveis em arquivos da equipe. Diante disso, esse projeto tem o objetivo de conscientizar a população sobre as doenças hipertensão e diabetes mellitus, elaborar intervenções educativas visando a abordagem precoce da HA e DM, traçar métodos para acompanhamentos dos pacientes portadores de HAS e DM e aumentar o conhecimento da população sobre as doenças crônicas a fim de prevenir agravamentos. Acontecerá na unidade de saúde do bairro Taipas, e pretendemo-se abordar diretamente a população hipertensa e diabética. Para facilitar os trabalhos iremos subdividir essa população em grupos por faixa etária de idade e por tipo de patologia, por exemplo, grupo de 35 a 50 anos e de maiores de 50 anos. Dentro desses dois grupos faremos subgrupos, subgrupo 1: hipertensos, subgrupo 2: diabéticos e subgrupo 3: hipertensos/diabéticos. Espera-se conseguir fortalecer o vínculo do grupo com a UBS e naturalmente com a equipe de saúde, realizar mudanças nos hábitos e estilo de vida dos pacientes, conscientizar da importância da boa e correta adesão ao tratamento medicamentoso, das consultas regulares e com isso obter uma redução nas complicações, internações e mortalidade da população-alvo.

Palavra-chave

Doença Crônica. Hipertensão. Diabetes.

Introdução

Devido a transformações sociais e econômicas que vêm ocorrendo no Brasil, podemos observar um fenômeno epidemiológico, que se caracterizam com as doenças infecciosas que eram as principais causas de morte observadas no Brasil, cedendo lugar as doenças crônicas. O alto número de pessoas com hipertensão e diabetes já se comparam na atualidade como uma epidemia. Isso ocorre devido a vários fatores como a urbanização, o acesso aos serviços de saúde, mudanças sócio-culturais, envelhecimento da população e aumentos dos fatores de risco. Para se enfrentar essas novas epidemias será necessário muito investimento em prevenção e promoção da saúde e desenvolvimento de novas estratégias no SUS (BRASIL, 2005).

Para se ter idéia da prevalência e da importância de se abordar esse tema estima-se que dos mais de seis mil usuários cadastrados somente na equipe verde onde será desenvolvido o projeto, existe uma porcentagem de aproximadamente 12% da população seja acometida com pelo menos uma dessas duas patologias, segundo dados levantados por iniciativa própria de acordo com os cadastros dos pacientes disponíveis em arquivos da equipe.

Em relação à abordagem do problema, e com o objetivo de minimizar desfechos desfavorável, como por exemplo, internações e acidentes cardiovasculares, foi criado e promovido na atenção básica a ação preventiva realizado nas mais diversas unidades básicas de saúde do Brasil, o HIPERDIA. Essa ação tem como um dos pilares fundamentais a educação dos portadores de HAS e DM sobre o que é sua doença, tratamento, evolução e assim por diante (MOUSINHO; MOURA, 2008).

São diversas as estratégias que podem ser adotadas pelas equipes de saúde, dentre elas destacam-se a classificação da população segundo riscos/vulnerabilidade, com ações individuais e coletivas conforme seu grau de risco. Da mesma forma, o cuidado compartilhado, apoio ao auto cuidado, implementação de ações intersetoriais, dentre outros (BRASIL, 2005).

A fim de dar apoio às equipes de Saúde no combate ao aumento das doenças como hipertensão e diabetes e seus fatores de risco, o Ministério da Saúde lança no ano de 2011 o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil - 2011-2022. Estruturado em três eixos: Vigilância, informação, avaliação e monitoramento; Promoção da saúde; Cuidado integral (MALTA ET AL., 2010).

O paciente portador de doenças como diabetes e hipertensão, são os que mais freqüentam as unidades de saúde, na busca por renovação de receitas, verificarem pressão e glicemia, nos processos agudos da doença, e outras. É importante que a equipe possa acolher e aproveitar esses momentos para observar se está existindo um tratamento não adequado, não utilização das medicações prescritas sendo importante, revisar o plano de acompanhamento, e a necessidade de agendamento de consulta para avaliação clínica e solicitação de exames se necessário (BRASIL, 2005).

Dados de uma pesquisa realizada na atenção básica da cidade de Caxias no estado do Maranhão mostram que 55% dos hipertensos entrevistados desconheciam a hipertensão e não sabiam caracterizá-la quanto à cura, o que demonstrou a importância de uma assistência sistematizada, resolutiva e individualizada, buscando desenvolver nos usuários o aumento do

saber sobre a doença e a prevenção de complicações e seqüela (MOUSINHO; MOURA, 2008).

Os fatores de risco conhecidos tanto para a diabetes quanto a hipertensão são: tabagismo, altos níveis de glicose no sangue, falta de atividade física, obesidade. Diante disso, é extremamente importante que o processo de trabalho das equipes de Atenção Básica seja reestruturado e respondam de forma positiva na orientação e apoio a população, a saber, como lidar com essas condições de saúde (BRASIL, 2005).

É importante destacar que fatores externos evitáveis contribuem significativamente para o desenvolvimento e evolução desfavorável das doenças crônicas não transmissíveis, dentre estes os principais são: tabagismo, bebida, sedentarismo e a má alimentação. Abordaremos alguns aspectos de forma individual de cada um desses fatores.

a. Tabagismo - esse hábito está entre os principais fatores causadores de doenças cardiocirculatórias, respiratórias, por mecanismos desconhecidos contribui com o aumento dos níveis glicêmicos, com o desenvolvimento de neuropatias e doenças renais em estágio terminal. Campanhas de combate ao uso do tabaco proporcionaram uma redução significativa no uso dessas substâncias, porém dados oficiais apontam uma estabilização no período entre os anos de 2006 a 2009, a prevalência do tabagismo esta na população maior de 18 anos sendo que o sexo masculino corresponde a (18,1%) e o sexo feminino a (12%). Com relação à diabetes estudos mostram que o tabagismo causa aumento no risco de doença macro e microvascular sendo que o risco dos danos e de morte é dose dependente e diminuem drasticamente com a cessão do consumo no período de 10 anos após o abandono. Quanto aos efeitos do tabagismo no aumento dos níveis pressóricos, seus mecanismos ainda não estão bem estabelecidos, porém as evidencias mostram que fumar um cigarro eleva momentaneamente a pressão arterial, podendo o seu efeito manter-se por até duas horas (GUPTA; SINGH, 2004; BRASIL, 2009).

b. Álcool. Quanto ao uso em baixos níveis não se evidencia correlação com as doenças aqui abordadas, no entanto o consumo diário em média de 30 g de etanol (duas doses de destilados, duas latas de cerveja ou dois copos de vinho) contribui significativamente para o aumento da pressão arterial em homens e a metade dessa quantidade em mulheres (MOREIRA et al., 1998).

c. Alimentação saudável. O estilo de vida está diretamente relacionado no controle e prevenção das doenças crônicas e suas complicações. Exemplo: excesso de peso, dislipidemia, mau controle glicêmico e padrão alimentar com consumo excessivo de gordura saturada e pouca ingestão de frutas e vegetais. Assim fica evidente que é um fator necessário de se abordar nas consultas da atenção básica (BRASIL, 2006).

d. Atividades físicas. A falta da prática de atividades físicas se relaciona a uma porcentagem de 20% a 30% ao risco de morte por qualquer causa. O sedentarismo aumenta ainda mais esse risco 30% a 50% por exemplo, no desenvolvimento da HAS. Por isso a atividade física regular está associada à diminuição do risco de desenvolvimento de doenças como a HAS e a diabetes, justificando assim a abordagem e motivação de tal pratica durante as consultas ambulatoriais da atenção primária (WHO, 2011).

Com base nas evidências concretas e fundamentadas por meio de estudos e pesquisas pretendemos aqui proporcionar em nosso território educação e prevenção dos danos

causados aos pacientes que cursa de forma crônica com tais patologias. Sendo assim conclui-se que esse projeto é de suma importância, tendo em vista a grande prevalência das duas patologias em todo território brasileiro e não sendo diferente na população de responsabilidade da equipe verde da unidade básica de saúde Elísio Teixeira Leite.

Objetivos (Geral e Específicos)

Objetivo geral:

- ♦ Conscientizar a população sobre as doenças hipertensão e diabetes mellitus.

Objetivo específico:

- ♦ Elaborar intervenções educativas visando a abordagem precoce da HA e DM;
- ♦ Traçar métodos para acompanhamentos dos pacientes portadores de HAS e DM;
- ♦ Aumentar o conhecimento da população sobre as doenças crônicas a fim de prevenir agravamentos.

Método

Local

Esse projeto tem como objetivo atender a população adscrita no bairro de Taipas, na zona norte da cidade de São Paulo-SP. A unidade básica responsável pelo atendimento é a Elisio Teixeira Leite e a equipe é a Verde, uma das sete que atuam na unidade.

Publico Alvo

Pretendemos abordar diretamente a população hipertensa e diabética. Para facilitar os trabalhos iremos subdividir essa população em grupos por faixa etária de idade e por tipo de patologia, por exemplo, grupo de 35 a 50 anos e de maiores de 50 anos. Dentro desses dois grupos faremos subgrupos, subgrupo 1: hipertensos, subgrupo 2: diabéticos e subgrupo 3: hipertensos/diabéticos.

Ações

Para colocar em prática e cumprir com o objetivo do projeto, pretendemos no período de 12 meses realizar no mínimo uma consulta médica e uma de enfermagem a todos os pacientes da população alvo. O objetivo das consultas tem a finalidade de realizar triagem qualificada, com o propósito de subdividir e enquadrar cada paciente em seu devido grupo. Esperamos assim identificar as prioridades, tanto de forma individual como coletiva.

Nessa etapa do projeto também realizaremos palestras motivadoras e educativas por meio do grupo de hiperdia, em que será uma oportunidade de fortalecer o vínculo e aumentar a adesão dos pacientes com a unidade de saúde e com a equipe. Esta etapa contará com o apoio dos seguintes profissionais: enfermeira, médico, equipe odontológica, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Avaliação e monitoramento

Realizaremos avaliações e monitoramento por etapas, em pelo menos quatro oportunidades específicas no decorrer dos 12 meses de trabalho. As etapas serão divididas em intervalo de tempo similares. Também aproveitaremos a abordagem semanal do grupo de hiperdia já existente para escutar e permitir acesso facilitado ao grupo abordado no projeto de intervenção, tanto as consultas médicas quanto ao apoio odontológico e de enfermagem.

Nesta etapa também aproveitaremos para realizar avaliação do projeto por meio de questionários, conjuntamente visitas domiciliares realizado pelas agentes comunitárias poderá ser utilizada para o preenchimento dos questionários que contribuirá na correção de falhas e na previsão do resultado final do projeto.

Resultados Esperados

O período que o projeto durará que será de 12 meses será visto em torno de 200 pacientes, com isso em mente espera-se conseguir fortalecer o vínculo do grupo com a UBS e naturalmente com a equipe de saúde, realizar mudanças nos hábitos e estilo de vida dos pacientes, conscientizar da importância da boa e correta adesão ao tratamento medicamentoso, das consultas regulares e com isso obter uma redução nas complicações, internações e mortalidade da população-alvo.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis : DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro / Brasil. Ministério da Saúde – Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira : promovendo a alimentação saudável / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2009.

MALTA, D. C. et al. Prevalência de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, [S.l.], n. 15, p. 3.009-3.019, 2010.

MOREIRA, H.R.; ET AL. Qualidade de vida no trabalho e perfil do estilo de vida individual de professores de Educação Física ao longo da carreira docente. *Motriz*, Rio Claro, v.16 n.4 p.900-912, out./dez. 2010.

MOUSINHO, P. L. M.; MOURA, M. E. S. Hipertensão Arterial: fatores relacionados à adesão do cliente com hipertensão ao tratamento medicamentoso. *saúde coletiva*, São Paulo, v. 5, n. 25, p. 212-216, nov./dez. 2008.

World Health Organization. Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro: WHO; 2011. Disponível em: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portuguese.pdf. Acesso em 17/01/2019.