



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

Bruna Marreiros Valleriote Torres

A importância do controle de comorbidades na atenção
básica: uma intervenção no município de Cariacica - ES

Florianópolis, Março de 2023

Bruna Marreiros Valleriote Torres

A importância do controle de comorbidades na atenção básica:
uma intervenção no município de Cariacica - ES

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: Andriela Backes Ruoff
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Bruna Marreiros Valleriote Torres

A importância do controle de comorbidades na atenção básica:
uma intervenção no município de Cariacica - ES

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

Andriela Backes Ruoff
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: lida-se com muitos problemas no dia a dia na unidade. Não é possível sanar todos devido às adversidades, no entanto, há aqueles no qual é possível intervir de alguma maneira. Como por exemplo os pacientes frequentadores do posto portadores de comorbidades, em especial diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS), que buscam o serviço tão somente para a troca/renovação da receita vencida, sem se importarem se a pressão arterial ou glicemia estão controladas, pensando só no direito de poder adquirir os medicamentos de maneira gratuita e não na saúde e controle das doenças. **Objetivo:** diminuir o número de pacientes com HAS e/ou DM descompensadas na área de abrangência da unidade de estudo. **Metodologia:** orientando e trazendo para a realidade deles os malefícios que a hipertensão arterial descontrolada pode acarretar para suas vidas. Proponho reuniões semanais na Unidade Básica de Saúde (grupo HIPERDIA) com um número aproximado de 20 pacientes para acompanhamento. Nessas reuniões serão abordadas de maneira clara e de fácil entendimento, o que é hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, causas, sinais e sintomas, tratamento não medicamentoso entre outros pontos. **Resultados esperados:** esperamos que, quando o projeto for aplicado, aumente o número de casos controlados de DM e HAS, sendo assim, aumente o número de pacientes que buscam informações sobre as suas comorbidades com a finalidade de melhorar a qualidade de vida e contribua para o aumento da expectativa de vida.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, Expectativa de Vida, Hipertensão, Prevenção de Doenças, Qualidade de Vida

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	21
5	RESULTADOS ESPERADOS	23
	REFERÊNCIAS	25

1 Introdução

O estudo se dá em uma unidade de saúde no município de Cariacica, estado do Espírito Santo, sendo este considerado o mais violento e carente da grande Vitória. O município apresenta carência não somente na saúde, mas como também na educação, onde muitas crianças aguardam vagas para estudar em escolas municipais, outras delas apresentam atraso escolar, dificuldades e falta de incentivo dos pais aos estudos, algumas ainda só frequentam a escola para poder garantir uma refeição no dia que é ofertada durante intervalo entre as aulas. No quesito economia, lida-se com desemprego, onde muitas famílias dependem dos auxílios oferecidos pelo governo para sobreviver. A maioria da população não tem estudo, alguns são analfabetos, tornando-se incompatíveis com o mercado de trabalho. A comunidade está situada numa área vulnerável, onde a criminalidade se faz presente e infelizmente tornou-se algo normal no cotidiano da população. O diagnóstico social da realidade não é aquele idealizado durante o curso de medicina. Lida-se com pobreza, pessoas desprovidas de informação, péssimas situações de moradia, educação e saúde. É um desafio para o médico que busca levar saúde, cuidado, informação e carinho à comunidade.

A renda familiar muitas vezes vem apenas de auxílios do governo como, por exemplo, o Bolsa Família. Ou provém apenas de uma pessoa da família. As condições de moradia são precárias; casas de tijolo com poucos cômodos e com pelo menos 6-8 pessoas morando, dormindo todos juntos, por vezes sem saneamento básico. O pai ou avô que são a figura de referência na casa trabalham para sustentar todos. O índice de escolaridade é baixíssimo, mas observa-se que a maioria das crianças estão frequentando a escola ou aguardando para serem chamadas para estudar, há dúvidas se realmente há interesse da família que a mesma trace um caminho diferente e estude visualizando um futuro melhor ou se é para não perderem o auxílio financeiro do governo.

Não há dados demográficos da comunidade estudada. Ao questionar a gestão, obteve-se alguns dados demográficos do município. O último censo realizado encontrado foi do ano de 2010, com uma população residente de 348.738 pessoas e uma população estimada de 2018 de 378.603 pessoas. Com dados de 2009, obtém-se 126.702 crianças e adolescentes de 0-19 anos, 208.488 adultos de 20-59 anos, 30.670 pessoas com mais de 60 anos e uma taxa de natalidade de 5.789 no ano de 2008. O número de gestantes que a unidade conseguiu captar no último ano para receber o acompanhamento pré-natal foi de aproximadamente 70 gestantes.

A procura por atendimento médico e pelo serviço de saúde oferecido na UBS é extremamente grande. Filas se formam ainda na madrugada na tentativa de conseguir uma consulta médica seja de rotina para acompanhamento ou urgência (exemplo: hipertensão descontrolada). A UBS possui sala de vacina. Dados gerais coletados no ano de 2009,

vemos que no calendário vacinal para menores de 1 ano temos apenas um total de vacinas contra tuberculose numa taxa de 84,5% apresentando uma queda em relação aos anos anteriores e as demais vacinas com taxa de vacinação acima dos 90%; isso se deve ao fato de que Cariacica não possui unidades com sala de vacina em funcionamento em todos os bairros, de maneira que os pais das crianças acabam por não buscar em outra localidade devido à dificuldade em conseguir uma vaga para vacinarem seus filhos. O município de Cariacica hoje conta com 14 unidades com sala de vacina em funcionamento, porém nem todas com o total de vacinas exigidos.

As cinco queixas mais comuns que as mães de crianças menores de 1 ano que levaram a procurar sua unidade de saúde no mês junho foram: tosse, coriza, obstrução nasal, dúvidas na introdução alimentar e impetiginação. Além das doenças e agravos citados, destaca-se na saúde da criança aumento dos casos de bronquiolite, exacerbação de asma, déficit de atenção e atraso escolar. Em adultos: diabetes e hipertensão sem aderência ao tratamento, trocas de receitas em geral, transtorno de ansiedade e depressão. O perfil epidemiológico da comunidade consiste em 65% constituído por adultos e idosos, sendo as consultas em 20% dos casos de rotina, 30% acompanhamento de comorbidades e 10% encaminhamentos às especialidades; 20% destinado à crianças de 0-14 anos, sendo 10% destinado à puericultura e os demais para demanda de rotina e patologias; e finalizando com 15% de saúde da mulher e pré natal.

Por fim, a equipe de saúde da unidade em questão, não utiliza essas informações epidemiológicas regularmente para programar os atendimentos e as ações em saúde. São realizadas de acordo com as solicitações da secretária de saúde, que cobra resultados, porém sem incentivo algum. Na agenda, é deixado reservado dia para pré-natal, saúde do idoso e puericultura, sendo eles agendados com antecedência. Os demais, atende-se demanda em fila.

Lida-se com muitos problemas no dia a dia na unidade. Não é possível sanar todos devido às adversidades, no entanto, há aqueles no qual é possível intervir de alguma maneira. Como por exemplo os pacientes frequentadores do posto portadores de comorbidades, em especial diabetes e hipertensão arterial, que buscam o serviço tão somente para a troca/renovação da receita vencida, sem se importarem se a pressão arterial ou glicemia estão controladas, pensando só no direito de poder adquirir os medicamentos de maneira gratuita e não na saúde e controle das doenças.

De que maneira intervir nessa situação? Descrevendo no prontuário do paciente sua história patológica pregressa e dos dias atuais de maneira sucinta e padronizada, há quanto tempo faz o uso de tais medicações, questioná-lo se o mesmo sabe o motivo de estar tomando os medicamentos; orientá-lo sobre a importância da administração correta e das mudanças dos hábitos de vida para melhora da qualidade de vida e sobrevivência. Realizar busca ativa dos pacientes hipertensos e diabéticos e convidá-los a participarem dos grupos de hiperdia (que até então estavam sem funcionar). Preparar material didático prático

com a finalidade de realizar palestras semanais para os grupos. Estabelecer metas mensais do quantitativo de usuários que aderiram ao programa de hiperdia para acompanhá-los de perto. Reservar espaço na agenda para atender à este grupo em específico afim de sanar dúvidas e poder passar informação, não somente da parte médica mas sim de toda a equipe da UBS. Manter os exames de rotina em dia.

O problema atinge, em sua grande maioria, os pacientes acima de 45 anos, tendo maior prevalência no sexo masculino. As consequências dele são o descontrole da pressão arterial e ou diabetes mellitus que predispõe a doenças cardiovasculares, nefropatias, neuropatias. São doenças crônicas sistêmicas que uma vez descompensadas, acarretam uma série de complicações.

Minha trajetória profissional possibilitou o despertar para o interesse pela área da negligência do tratamento eficaz das comorbidades, em especial hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Dessa forma, pude constatar que grande maioria dos pacientes hipertensos buscam a unidade de saúde somente para renovação de receita, sem ao menos despertar interesse para aferição da pressão arterial, não administram os medicamentos de maneira correta e não adotam novos hábitos de vida. Não dão importância a doença crônica que possuem por não obterem conhecimento sobre a mesma, por se tratarem de pessoas leigas e com pouco acesso à informação que passam despercebidos pelos profissionais de saúde. É de fundamental importância promover um processo de educação permanente que mobilize para a aderência desses pacientes ao tratamento de suas comorbidades para que propiciem uma melhor qualidade de vida em geral, com base nas necessidades identificadas para a realidade da comunidade em estudo.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Diminuir o número de pacientes com HAS e/ou DM descompensadas na área de abrangência da unidade de estudo.

2.2 Objetivos Específicos

- Busca ativa de pacientes com DM e/ou HAS que não estão realizando acompanhamento regular;
- Orientar pacientes com DM e/ou HAS e seus familiares sobre a importância do uso adequado das medicações;
- Conscientizar os pacientes com DM e/ou HAS sobre a importância do acompanhamento para prevenção de complicações associadas as doenças.

3 Revisão da Literatura

Lida-se com muitos problemas diariamente na unidade. Não é possível sanar todos devido às adversidades, no entanto, há aqueles no qual é possível intervir de alguma maneira. Como por exemplo, os pacientes frequentadores do posto portadores de comorbidades, em especial Diabetes e Hipertensão arterial sistêmica, que buscam o serviço tão somente para a troca/renovação da receita vencida, sem se importarem se a pressão arterial ou glicemia estão controladas, pensando só no direito de poder adquirir os medicamentos de maneira gratuita e não na saúde e controle das doenças, o que resulta em doenças crônicas descompensadas.

Adiante será abordado sobre Diabetes Mellitus e Hipertensão arterial sistêmica, que são as duas comorbidades com grande número de casos na UBS.

Hipertensão e diabetes são duas doenças crônicas não transmissíveis que estão frequentemente associadas. Ambas são um verdadeiro problema de saúde pública no Brasil em virtude, principalmente, do grande número de casos descobertos todos os dias. Apesar de serem diferentes, elas estão relacionadas e têm traços em comum, especialmente pelo fato de apresentarem causas, fatores de risco e complicações.

O termo diabetes mellitus descreve uma desordem metabólica de etiologia múltipla, caracterizada por uma hiperglicemia crônica com distúrbios no metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas, resultantes de deficiências na secreção ou ação da insulina, ou de ambas. Os efeitos da diabetes mellitus longo prazo, incluem danos, disfunção e falência de vários órgãos. A diabetes mellitus pode apresentar sintomas característicos tais como polidipsia, poliúria, visão turva e perda de peso. Em casos mais graves pode desenvolver cetoacidose, ou um estado hiperosmolar não-cetônico que pode conduzir letargia, coma e, na ausência de tratamento adequado, à morte. Na maioria das vezes os sintomas não são graves, podendo até estar ausentes, e conseqüentemente pode estar presente durante muito tempo uma hiperglicemia suficiente para causar alterações patológicas e funcionais, antes de ser feito o diagnóstico (ALBERTI et al., 2020).

Os efeitos a longo prazo da diabetes mellitus incluem, o desenvolvimento progressivo das complicações específicas de retinopatia diabética com potencial cegueira, nefropatia que pode conduzir insuficiência renal, e/ou neuropatia com risco de ulcerações nos pés, amputações, artropatia de Charcot e sinais de disfunção autonômica, incluindo disfunção sexual. As pessoas que sofrem de diabetes têm um risco aumentado de doença cardiovascular, vascular periférica e cerebrovascular. Estão envolvidos no desenvolvimento da diabetes, vários mecanismos patogênicos. Estes incluem mecanismos que destroem as células-b do pâncreas com conseqüente deficiência de insulina, e outros que resultam na resistência à ação da insulina. As perturbações nos metabolismos glicídico, lipídico e das proteínas devem-se à deficiente ação da insulina nos tecidos alvo que resulta da insensibilidade ou

falta de insulina.

Classificamos a Diabetes em dois tipos: designado por Tipo 1 engloba maioria dos casos que resultam, principalmente, da destruição das células β dos ilhéus pancreáticos e são propensos terem cetoacidose. O Tipo 1 inclui os casos que são atribuídos processos auto-imunes bem como aqueles em que há destruição das células β e propensão para cetoacidose mas, nos quais, não é conhecida etiologia nem patogénese (idiopático). Não inclui aquelas formas em que falência ou destruição das células β possam ser atribuídas causas específicas (ex. fibrose cística, defeitos mitocondriais, etc.). Algumas pessoas com este tipo podem ser identificados em estádios clínicos prévios à "diabetes mellitus". O tipo designado por Tipo 2 engloba forma mais comum de diabetes que resulta de defeitos na secreção de insulina, quase sempre com uma grande contribuição da insulinoresistência.

Os fatores de risco para o DM são:

- idade maior que 45 anos;
- sobrepeso (Índice de massa corporal > 25); obesidade central (cintura abdominal >102 cm para homens e >88 cm para mulheres, medida na altura das cristas ilíacas);
- antecedente familiar (mãe ou pai) de diabetes;
- hipertensão arterial ($>140/90$ mmHg);
- colesterol HDL >35 mg/Dl e triglicédeos <150 mg/Dl;
- história de macrosomia ou diabetes gestacional;
- diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos e doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Ela acontece quando os valores das pressões máxima e mínima são iguais ou ultrapassam os 140/90 mmHg (ou 14 por 9). Podemos classificar a hipertensão da seguinte forma, hipertensão primária que seria os elevados níveis pressóricos sem causa definida e hipertensão secundária, que se trata de um aumento dos níveis pressóricos secundário a alguma patologia ou algum fator com por exemplo excesso de sal na comida ou obesidade (hábitos de vida). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem alta prevalência e baixas taxas de controle. É considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma

linear, contínua e independente. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico – AVE e 47% por doença isquêmica do coração – DIC), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. Em nosso país, as DCV têm sido a principal causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. Entre 1990 a 2006, observou-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular (SBC, 2010). Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Considerando-se valores de PA $\geq 140/90$ mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9% (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos. Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países. Revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres (SBC, 2010). No Brasil, 14 estudos populacionais realizados nos últimos 15 anos com 14.783 indivíduos (PA $< 140/90$ mmHg) revelaram baixos níveis de controle da PA (19,6%) (ROSÁRIO, 2009).

A medida de pressão arterial é fundamental no diagnóstico da hipertensão arterial sistêmica, devendo ser realizada em toda avaliação médica ou por outros profissionais da saúde. Os procedimentos de medida da pressão arterial são simples e de fácil realização, contudo nem sempre são realizados de forma adequada. Condutas que podem evitar erros são, por exemplo, o preparo apropriado do paciente e o uso de técnica padronizada e equipamento calibrado. Na primeira avaliação, as medidas devem ser obtidas em ambos os braços e, em caso de diferença, deve-se utilizar como referência sempre o braço com o maior valor para as medidas subsequentes. O indivíduo deverá ser investigado para doenças arteriais se apresentar diferenças de pressão entre os membros superiores maiores de 20/10 mmHg para as pressões sistólica/diastólica respectivamente (UNIFESP, 2020)

Segundo UNIFESP (2020), os principais fatores de risco para HAS são:

- Idade principalmente acima de 50 anos;
- Prevalência parecida entre ambos os sexos, sendo mais comum em homens até 50 anos, invertendo esta relação nas décadas subsequentes;
- Indivíduos não brancos;
- Excesso de peso;
- Sedentarismo;
- Ingesta aumentada de sal e álcool;
- Fatores socioeconômicos e genéticos

Prevenção primária da HAS 1:

- Medidas não farmacológicas - As principais recomendações não medicamentosas para prevenção primária da HAS são: alimentação saudável, consumo controlado

de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo (UNIFESP, 2020).

- Medidas farmacológicas - Estudos foram realizados com o objetivo de avaliar a eficácia e a segurança de medicamentos na prevenção da HAS. A estratégia medicamentosa foi bem tolerada e preveniu o desenvolvimento de HAS em populações jovens de alto risco. Para o manejo de indivíduos com comportamento limítrofe da PA, recomenda-se considerar o tratamento medicamentoso apenas em condições de risco cardiovascular global alto ou muito alto. Até o presente, nenhum estudo já realizado tem poder suficiente para indicar um tratamento medicamentoso para indivíduos com PA limítrofe sem evidências de doença cardiovascular (UNIFESP, 2020).

Em sumo, as duas comorbidades correlacionam-se.

O ministério da Saúde traçou o perfil do brasileiro em relação as doenças crônicas mais incidentes no país: 7,4% tem diabetes, 24,5% tem hipertensão. A pesquisa mostrou que, no período entre 2006 e 2019, a prevalência de diabetes passou de 5,5% para 7,4% e a hipertensão arterial subiu de 22,6% para 24,5%. Em relação à diabetes, o perfil de maior prevalência está entre mulheres e pessoas adultas com 65 anos ou mais. O mesmo perfil se aplica a hipertensão arterial, chegando a acometer 59,3% dos adultos com 65 anos ou mais, sendo 55,5% dos homens e 61,6% das mulheres (BRASIL, 2020a)

Quanto às complicações, encontraram-se coronariopatias, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e doença renal, presentes em usuários com hipertensão, com diabetes e com as duas doenças, hoje uma grande parte desses pacientes já possuem uma ou mais complicações decorrentes dessas doenças, o que diminui a qualidade de vida desses pacientes e dificulta ainda mais o tratamento que já é oneroso ao paciente e só torna oneroso também ao governo, em 2000, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 15,2 % das internações realizadas no SUS, na faixa etária de 30 a 69 anos. Do total de casos, 17,7 % foram relacionados ao Acidente Vascular Encefálico e ao Infarto Agudo do Miocárdio (BRASIL, 2020a). Estas doenças são de grande importância epidemiológica, visto o seu caráter crônico e incapacitante, podendo deixar sequelas para o resto da vida. Dados do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) demonstram que 40% das aposentadorias precoces decorreram dessas doenças (BRASIL, 2020a).

A cronicidade dessas condições e o grande impacto no perfil de morbimortalidade na população brasileira, trazem um desafio para o sistema público de saúde que é a garantia de acompanhamento sistemático dos indivíduos identificados como portadores desses agravos, assim como o desenvolvimento de ações referentes a Promoção de Saúde e a prevenção das Doenças Crônicas não Transmissíveis, em especial para DM e HA.

O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, implementado pelo Ministério da Saúde (MS), tem por objetivo estabelecer as diretrizes e

metas para essa reorganização no Sistema Único de Saúde (SUS), investindo na atualização dos profissionais da rede básica, oferecendo a garantia do diagnóstico e proporcionando a vinculação do paciente às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento, promovendo a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores. O atendimento eficiente e eficaz no sentido de contribuir para a redução da morbimortalidade associada à HA e ao DM no país depende, sobretudo, do estabelecimento de bases construídas a partir da pactuação solidária entre a União, estados e municípios, contando com o apoio e a participação das sociedades científicas e das entidades de portadores dessas patologias. As primeiras etapas da reorganização são descritas estabelecendo os compromissos institucionais para sua operacionalização em todos os municípios brasileiros. As etapas mobilizadoras são fundamentais para criar o vínculo entre os portadores desses agravos e as equipes de atenção básica. Esse nível do SUS tem a capacidade de tratar e acompanhar mais de 65% dos casos detectados. A Secretaria de Políticas de Saúde, do Ministério da Saúde, é responsável pela coordenação e gerência de todas as ações de implantação do Plano desenvolvidas em nível nacional, além da assessoria contínua aos estados e municípios (BRASIL, 2020b).

A identificação precoce dos casos e o estabelecimento do vínculo entre os portadores e as Unidades Básicas de Saúde são elementos imprescindíveis para o sucesso do controle desses agravos pois esse acompanhamento poderá evitar o surgimento e a progressão das complicações, reduzindo assim o número de internações e a mortalidade. Cada profissional da equipe formada nas Unidades Básicas de Saúde tem uma função importante e deve atuar de forma integrada afim uma boa abordagem da hipertensão arterial e do diabetes, então a equipe deve realizar busca ativas, sabendo qual é o fluxo após a identificação desses pacientes, além disso realizar um cadastro desses pacientes para inseri-los nos programas já existentes e ter um melhor controle desse paciente em relação ao acompanhamento mensal.

Atualmente em nossa unidade como contamos com uma equipe formada com todos os profissionais, realizamos com frequência o programa nacional de hipertensão e diabetes o HIPERDIA, que é a forma que conseguimos de atingir um grande número de pacientes já portadores dessas doenças e ainda conseguimos registrar novos casos na comunidade. No entanto, hoje possuímos uma deficiência no município, que são as áreas descobertas sem Unidades básicas de saúde referência.

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 (BRASIL, 2020b). A meta principal é garantir "acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de capacitação dos profissionais e reorganização dos serviços."(FEITOSA; PIMENTEL, 2016)

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](#)) .

4 Metodologia

A proposta para diminuir o número de pacientes que comparecem a unidade para renovação de receita que possuem comorbidades e que não tem aderência ao tratamento, pensando tão somente no direito de adquirir os medicamentos de maneira gratuita. De que maneira? Orientando e trazendo para a realidade deles os malefícios que a hipertensão arterial descontrolada pode acarretar para suas vidas. Proponho reuniões semanais na UBS (grupo HIPERDIA) com um número aproximado de 20 pacientes para acompanhamento. Nessas reuniões serão abordadas de maneira clara e de fácil entendimento, o que é hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, causas, sinais e sintomas, tratamento não medicamentoso entre outros pontos. Será feito um cadastro individual de cada paciente com medicamentos de uso contínuo, peso, altura, medição de circunferência abdominal, data dos últimos exames laboratoriais colhidos. Serão sanadas dúvidas e a equipe terá como objetivo acolher, direcionar e orientar às famílias. Ao final de cada mês, faremos um levantamento para conhecimento do número de diabéticos e hipertensos que foram passadas às informações e que estão em acompanhamento na tentativa de melhorar aderência ao tratamento. As palestras serão ministradas pelo Médico da Família e pela Enfermagem, as técnicas de Enfermagem farão a aferição da pressão arterial, medição de glicemia capilar e tirarão as medidas antropométricas de cada paciente presente.

O grupo HIPERDIA ocorre no nível primário de atenção a saúde, conjuntamente com o apoio dos profissionais da estratégia Saúde da Família, visando, além de acompanhar e tratar, recuperar a autonomia do usuário, e a sua responsabilidade em seu processo de saúde. Fazem parte da proposta do programa estabelecer vínculos entre usuários e equipe e considerando sua realidade social, convergindo com a perspectiva de um cuidado mais integrador, e voltado para uma dimensão mais holística do ser (FEITOSA; PIMENTEL, 2016).

Arquitetada como uma política pautada na prevenção, no empoderamento e no cuidado das pessoas com Hipertensão e Diabetes, os profissionais atuantes neste programa demandam uma educação continuada para relacionar-se com o outro e com o contexto social que o mesmo vive; e, uma postura de respeito pelo outro, considerando suas experiências de vida e a autonomia do usuário inserido no serviço de saúde (FEITOSA; PIMENTEL, 2016).

5 Resultados Esperados

Através do trabalho apresentado, pode-se observar que a aplicação e eficiência do programa Hiperdia é um assunto importante em relação ao controle dos pacientes hipertensos e diabéticos. Pelos resultados satisfatórios obtidos no controle da pressão arterial e glicemia capilar de pacientes cadastrados no programa, nota-se a importância de se introduzir na atenção primária à saúde, este modelo de programa que faça uma ligação ativa entre a Equipe de Saúde da Família, o indivíduo e sua família.

Pacientes com hipertensão arterial controlada e diabetes de forma adequada, com informações sobre a doença, podem melhor entender os benefícios e a extrema necessidade do tratamento contínuo, o que estará lhes proporcionando uma melhor qualidade de vida, evitando mortes prematuras e contribuindo para o aumento da expectativa de vida.

As evidências apresentadas neste trabalho indicam que as orientações do Ministério da Saúde mostram-se adequadas em termos de efetividade, desde que o programa seja implantado adequadamente e que a equipe de saúde da família consiga criar formas de adesão dos pacientes e gerenciar a permanência destes no programa.

Referências

ALBERTI, K. G. M. M. et al. *Definição, Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus*. 2020. Disponível em: <<https://www.spd.pt/index.php/grupos-de-estudo-mainmenu-30/28-classificacao-de-diabetes-mellitus/58-definio-diagnostico-e-classificacao-da-diabetes-mellitus>>. Acesso em: 27 Jul. 2020. Citado na página 15.

BRASIL, M. da Saúde do. *Diabetes, hipertensão e obesidade avançam entre os brasileiros*. 2020. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46792-diabetes-hipertensao-e-obesidade-avancam-entre-os-brasileiros-2>>. Acesso em: 27 Jul. 2020. Citado na página 18.

BRASIL, M. da Saúde do. *Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus: fase de detecção de casos suspeitos de DM*. 2020. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2001.v35n5/490-493/pt>>. Acesso em: 03 Ago. 2020. Citado na página 19.

FEITOSA, I. de O.; PIMENTEL, A. Hipertensão: práticas de cuidado em uma unidade de saúde de Belém, Pará. *Rev. NUFEN*, v. 8, n. 1, p. 2175–2591, 2016. Citado 2 vezes nas páginas 19 e 21.

ROSÁRIO, T. M. *Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres*. MT: Arq Bras Card, 2009. Citado na página 17.

SBC, S. B. de C. *VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão*. Rio de Janeiro: SBC, 2010. Citado na página 17.

UNIFESP. *Fundamentação Teórica: Hipertensão arterial sistêmica – HAS*. 2020. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/casos_complexos/Sergio/Complexo_11_Sergio_Hipertensao.pdf>. Acesso em: 30 Ago. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 18.