



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

Silvania Oliveira Esteves

Educação em saúde e melhor cuidado à portadores de hipertensão e diabetes mellitus assistidos pela Estratégia de Saúde da Família Viva Melhor, Tupanciretã - RS

Florianópolis, Março de 2023

Silvania Oliveira Esteves

Educação em saúde e melhor cuidado à portadores de hipertensão
e diabetes mellitus assistidos pela Estratégia de Saúde da Família
Viva Melhor, Tupanciretã - RS

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: Daniele Delacanal Lazzari
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Silvania Oliveira Esteves

Educação em saúde e melhor cuidado à portadores de hipertensão e diabetes mellitus assistidos pela Estratégia de Saúde da Família Viva Melhor, Tupanciretã - RS

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

Daniele Delacanal Lazzari
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus são doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) de grande morbimortalidade associada. Tais doenças possuem difícil controle, e são importante fator de risco para complicações cardiovasculares e metabólicas. Na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Viva Melhor, município de Tupanciretã - RS um dos problemas de saúde de maior impacto são justamente as DCNT. Nos idosos verifica-se uma compreensão empobrecida do contexto de saúde, persistência em hábitos deletérios, bem como, adesão inadequada ao tratamento proposto. Nesta conjuntura o objetivo deste estudo foi elaborar juntamente com a equipe um plano de ações com a finalidade de conscientizar a respeito dos riscos e consequências da falta de tratamento adequado, de pacientes diabéticos e hipertensos. O público-alvo inclui portadores de HAS e DM residentes na área de abrangência da ESF e os profissionais de saúde em exercício na ESF durante o período da intervenção. O trabalho envolverá quatro diferentes etapas: identificação de necessidades de aprendizagem, intervenções educativas individuais, educação em grupo e análise dos avanços obtidos. Com a intervenção espera-se que os portadores de HAS e DM tenham aderência ao tratamento melhorando sua qualidade de vida e evitando as complicações decorrentes dessa patologia. Os instrumentos propostos visam melhor abordagem educativa com os usuários e seus familiares, além do estímulo à reflexão sobre seu estado de saúde, necessidade de mudança de hábitos de vida, e maior autocuidado. Embora inicialmente pretenda-se realizar algumas etapas da intervenção com uma amostra dos portadores de HAS e DM, espera-se com a continuidade das ações abranger todos os hipertensos e diabéticos cadastrados no Hiperdia. Após as ações propostas, espera-se ainda melhor capacitar a equipe multiprofissional visando incentivar a busca ativa, cadastramento e atualização cadastral dos hipertensos e diabéticos, além da fomentação de novas metodologias educativas no Grupo Hiperdia.

Palavras-chave: Adesão ao tratamento medicamentoso, Atenção Primária à Saúde, Cuidado Periódico, Diabetes Mellitus, 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	15
5	RESULTADOS ESPERADOS	19
	REFERÊNCIAS	21

1 Introdução

A zona onde atualmente se ergue o município de Tupanciretã parece ter sido povoada inicialmente pelos índios charruas e minuanos. Fundadas as Missões, em fins do século XVII, uma fazenda jesuítica foi construída no planalto de Coxilha Grande, onde nascem os cursos de água de Caneleira, Buracos e Ijuizinho. Pertencia à Redução de São João, e possuía uma capela, currais e arvoredos frutíferos. Batidos os estrangeiros na luta pela posse das Missões, depois de 1801 os índios venderam os rincões da fazenda, consumindo seus gados, e retirando-se a seguir. Após alguns anos, ficou baldio esse campo, com apenas o velho rancho que servia de pouso aos raríssimos viajantes provindos de São Martinho. Em 21 de outubro de 1843 foram aquelas terras incorporadas à Fazenda Nacional em virtude de lei.

Já então a denominação do local era Tupanciretã (Tupã = Deus; SY = mãe; Retã = terra) que significava “Terra da Mãe de Deus”, invocação da virgem feita pelos Jesuítas no idioma bárbaro dos índios. Em 1857, com a dissolução da sociedade pastoril entre os advogados João Nunes e Alexandre Jacinto da Silva, a fazenda fica abandonada por um longo período. Após é parcelada em glebas e vendida para vários compradores, entre eles, os herdeiros de João Nunes da Silva e Alexandre Jacinto

Tupanciretã tem um passado com raízes profundas na vid missioneira, o seu nome encerra uma lenda, haja visto que todas as reduções jesuíticas foram batizadas com nomes de santos da igreja católica apostólica romana. Para essa localidade, porém os jesuítas invocaram o nome mãe de Deus e o fizeram na língua bárbara, com a denominação pitoresca de Tupan-ci-retan. Segundo Ornellas(1934) não há terra que não tenha parte de sua história a ressaltar dentre os fatos cronológicos, uma lenda um motivo misterioso que a credence popular às vezes cria e a tradição consagra.

Em 1835, veio para a região, o casal Albino da Silveira e Ana Silveira. Um dos seus filhos, Antônio José da Silveira foi o fundador da cidade de Tupanciretã e, enquanto o território gaúcho enfrentava uma das maiores guerras civis, a Revolução Federalista de 1893, Tupanciretã era apenas uma fazenda rural, propriedade do major Antônio José da Silveira, onde a casa colonial juntamente com os vastos galpões, alguns ranchos de agregados, expressavam as condições estabelecidas pela principal prática que moldou o município, ou seja, a criação de gado, sob forma extensiva (TUPANCIRETÃ, 2020) .

No ano de 1894 o Major Antonio José da Silveira e sua esposa Constância Silveira com trabalho do engenheiro Antonio G. Edeler separaram 52 lotes de suas terra para doar as pessoas que nada possuíam após a guerra dos federalistas. A 20 de setembro de 1894, após a Inauguração da estrada de ferro Santa Maria - Cruz Alta, os revolucionários localizaram o lugar onde está situada Tupanciretã, numa estação intermediária

Esta iniciativa despertou o interesse de muitos, que apostaram na terra, a possibili-

dade de futuro promissor na lavoura e na pecuária. Começaram a chegar os primeiros habitantes, a margem que dividia Tupanciretã pelo centro, de um lado Cruz Alta, do outro Júlio de Castilhos, começaram a pontilhar os primeiros ranchos e casas, o comércio e a evolução. Pelo decreto 4.200, de 21 de dezembro de 1928, assinado pelo Presidente do país, Getúlio Vargas, foi emancipado o município de Tupanciretã ([TUPANCIRETÃ, 2020](#)).

Tupanciretã é considerada a capital da soja, devido a sua produção, que é a maior do estado do Rio Grande do Sul e também pela grande participação em movimentos a favor da liberação da soja transgênica. Com relação ao perfil social e renda familiar, a média de ganho é de um salário mínimo mensal para trabalhadores formais ([TUPANCIRETÃ, 2020](#)).

Minha trajetória profissional despertou atenção para a quantidade de pacientes diabéticos e hipertensos descompensados, devido à má aderência ao tratamento medicamentoso, bem como à falta de conhecimento acerca das patologias e consequências das mesmas. A falta de adesão à mudança de hábitos alimentares e atividade física, adoção de um estilo de vida saudável é outro fator que necessita ser considerado. Contudo muitas vezes a causa desses problemas não é percebida pelos profissionais de saúde e esses pacientes não recebem os cuidados que deveriam. Entendo que é de fundamental importância promover um processo de educação permanente que mobilize para o desenvolvimento de ações estratégicas que propiciem uma melhor qualidade de vida a esses pacientes portadores de doenças crônicas, com base nas necessidades identificadas para realidade em estudo.

2 Objetivos

2.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar juntamente com a equipe um plano de ações com a finalidade de conscientizar a respeito dos riscos e consequências da falta de tratamento adequado, de pacientes diabéticos e hipertensos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Verificar o conhecimento dos usuários em relação ao tratamento auto-cuidado e complicações da HAS e DM.
2. Promover atividades de promoção de saúde coletiva e individual e prevenção de complicações.
3. Estimular adesão ao tratamento por meio de formação de grupos com atividades educativas entre profissionais de saúde e usuários hipertensos e diabéticos.

3 Revisão da Literatura

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (CARDIOLOGIA, 2010)

A pressão arterial (PA) é a força exercida pelo sangue sobre a parede do vaso, sofrendo mudanças contínuas durante todo o tempo, relacionando as atividades à posição do indivíduo e das situações. Sua finalidade é promover uma perfusão tissular adequada para permitir as trocas metabólicas (TRENTINI, 1996)

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, a hipertensão arterial é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. Ela não possui uma causa única, vários fatores de risco aumentam as chances de sua ocorrência. Podendo citar; sexo e etnia, fatores socioeconômicos, excesso no consumo de sal, obesidade, abuso do consumo de álcool e sedentarismo (CARDIOLOGIA, 2010); (PAULA; ANDRADE, 2012)

De acordo com o Ministério da Saúde, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais .

Em 2001, 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA, sendo 54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração, entre indivíduos de 45 e 69 anos. No Brasil, neste mesmo ano, ocorreram 302.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório (CARDIOLOGIA, 2010)

Segundo Muniz et al., as doenças cardiovasculares aparecem em primeiro lugar entre as causas de morte no Brasil e representam quase um terço dos óbitos totais e 65% do total de mortes na faixa etária de 30 a 69 anos de idade, atingindo a população adulta onde se encontra na fase produtiva. No Sistema Único de Saúde (SUS), essas patologias foram responsáveis, em 2002, por mais de 1,2 milhão de internações, representaram 10,3% do total de internações e 17% dos gastos (MUNIZ, 2012)

A HAS tem atingido em torno de 20% da população adulta de países industrializados, sendo em grande parte assintomática e quando diagnosticada pode haver comprometimento de órgãos vitais do organismo (TRENTINI, 1996).

A prevalência estimada de hipertensão no Brasil atualmente é de 35% da população acima de 40 anos. Isso representa em números absolutos, um total de 17 milhões de portadores da doença, segundo estimativa de 2004 do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE). A prevalência da hipertensão aumentou, sobretudo entre mulheres,

negros e idosos. Constatou-se que mais de 50 % dos indivíduos entre 60 e 69 anos e aproximadamente três quartos da população acima de 70 anos são afetados por essa enfermidade (CARDIOLOGIA, 2010)

A prevalência de casos de HAS em negros é quase o dobro que em pessoas de cor branca, devido à baixa atividade da renina plasmática presente em negros em qualquer nível de PA, o que leva a implicações terapêuticas.(CARDIOLOGIA, 2010)

Em relação ao gênero estudos demonstram que mulheres se tornam hipertensas antes da menopausa, entre 30 e 40 anos de idade, procurando mais serviços de saúde do que os homens, mediante queixas ou não (CUNHA, 2009).

O Ministério da Saúde, em articulação com sociedades científicas, federações nacionais de portadores de diabetes e de hipertensão, secretarias estaduais e municipais de saúde, apresentou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus. O propósito do plano foi vincular os portadores desses agravos às unidades de saúde, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de reorganização dos serviços. Neste contexto, foi organizado o Hiperdia (Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos), um sistema informatizado para o cadastramento e acompanhamento de portadores de HAS atendidos na rede ambulatorial do SUS. O Hiperdia representou uma iniciativa positiva, uma vez que para a grande maioria dos gestores estaduais e municipais foi o início da tomada de consciência sobre o problema. Entretanto, foram apontadas dificuldades na sua efetivação ao nível municipal das políticas nacionais de saúde, devido a fatores estruturais e operacionais, além de falhas no retorno das informações obtidas aos municípios, visto que a análise dos dados é feita principalmente no nível federal (CUNHA, 2009). Recentemente, a estratégia e-SUS Atenção Básica (2013), do Departamento de Atenção Básica (DAB), foi implementada para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional.(PAULA; ANDRADE, 2012)

Apesar de haver evidências suficientes sobre intervenções capazes de prevenir ou retardar o aparecimento e complicações da HAS, estas ainda não são acessíveis a todos, ou seja, falta torná-las efetivas e com acompanhamento contínuo. Quando diagnosticada precocemente, a HAS é potencialmente controlável. Dessa forma, investir na prevenção é decisivo não só para garantir a qualidade de vida, como também para evitar a hospitalização e os consequentes gastos, principalmente quando se considera o alto grau de sofisticação tecnológica da medicina moderna (CUNHA, 2009)

É fundamental a construção de um consenso de natureza política administrativa e técnico-científica que sustente o trabalho em parceria entre os gestores do SUS, sociedades científicas e associações de portadores de HAS, identificando responsabilidades e necessidades de apoio mútuo, norteados por políticas públicas que abordem informação, comportamento, nutrição e cuidados assistenciais, relacionados à prevenção e ao controle da HAS (SANTOS; FROTA; CRUZ, 2005)

4 Metodologia

Este estudo se caracteriza como um projeto de intervenção educativo para idosos que tem como objetivo propor um plano de ação para o enfrentamento do problema de baixa adesão ao tratamento pelos usuários e portadores de HAS, e DM da ESF Viva Melhor. O público-alvo da pesquisa inclui portadores de HAS e DM residentes na área de abrangência da ESF e os profissionais de saúde em exercício na ESF durante o período da intervenção. O trabalho envolverá quatro diferentes etapas: identificação de necessidades de aprendizagem, intervenções educativas individuais, educação em grupo e análise dos avanços obtidos.

Etapa 1: Identificação de necessidades de aprendizagem

Serão identificadas as necessidades de aprendizagem entre 30 idosos, interessados em participar e que sejam hipertensos e/ou diabéticos. O objetivo desta etapa é melhor delimitar as dificuldades de compreensão dos idosos sobre sua condição de saúde, tratamento proposto e hábitos de vida, para então estabelecer ações educativas adequadas às particularidades do público-alvo.

A identificação será feita mediante questionamento direto ao usuário durante a consulta médica, e envolverá o roteiro estabelecido na Figura 1. Optou-se por estruturar tal roteiro para garantir abordar com todos os envolvidos pontos considerados críticos para o controle adequado dos níveis pressóricos e glicêmicos.

Etapa 2: Intervenção educativa individual

Após a identificação das necessidades de aprendizagem serão estabelecidas ações educativas individuais, visando uma atenção centrada ao indivíduo, e seu grupo familiar. Esta etapa inicialmente abrangerá os 30 usuários abarcados na Etapa 1, e posteriormente será ampliada para os demais portadores de HAS e DM adscritos à ESF Viva Melhor. A intervenção educativa individual será feita em uma nova consulta, retomando juntamente com o paciente os pontos críticos observados no diagnóstico de aprendizagem, e estabelecendo/ esclarecendo os conceitos abordados. Um idoso que tenha referido, por exemplo, que a HAS é "uma doença do coração, e que vem de família" será esclarecido sobre os fatores de risco para HAS, e formas de controle, mas tendo sempre o enfoque em adequar as informações para uma linguagem acessível e de fácil compreensão. Neste momento poderão ser utilizados desenhos, esquemas pictográficos, e outros instrumentos que auxiliem no processo educativo.

Neste momento, espera-se contar com a participação da família durante a consulta, potencializando assim o processo educativo do grupo familiar. Um idoso que se alimenta de comida feita pela esposa, por exemplo, pode estar consumindo uma alimentação inadequada, e teria maior benefício se a responsável por preparo das refeições também fosse incluída no processo educativo.

Após esclarecimentos e abordagem educativa sobre os pontos estruturados no roteiro, será preenchido juntamente com o idoso e familiares os pontos críticos a serem alterados. Será utilizado um instrumento (Figura 2) que auxiliará no estabelecimento do Plano Terapêutico Singular de cada idoso. Tal instrumento será preenchido em 02 vias, ficando uma via anexada ao prontuário médico e outra via será entregue ao idoso.

Etapa 3: Educação em grupo

Após resolução da Pandemia por COVID-19, atualmente em curso, será estruturado um calendário educativo tomando como base as fragilidades de conhecimento identificadas na Etapa 1. Os agentes comunitários de saúde (ACS) entregarão aos hipertensos e diabéticos um calendário contendo horário, local, e tema de cada ação educativa. É importante ressaltar que o calendário será entregue a todos os usuários cadastrados na ESF Viva Melhor com HAS e DM, e não apenas aos usuários participantes da Etapa 1. Espera-se, durante no mínimo quatro meses estabelecer ações educativas quinzenais voltadas aos idosos hipertensos e diabéticos. As ações educativas poderão envolver metodologias diversificadas como: palestras, rodas de conversa, salas de espera, dinâmicas, dentre outros.

Etapa 4: Análise dos avanços obtidos

Decorridos seis meses do início das intervenções propostas neste estudo será realizada uma revisão de prontuários e análise da adesão ao tratamento, regularidade nas consultas, hábitos de vida e controle pressórico e glicêmico dos indivíduos. Nesta etapa serão incluídos os 30 usuários selecionados para a etapa 1. O objetivo esta etapa é identificar avanços obtidos, deficiências ainda existentes, bem como, elaborar novas propostas de continuidade das ações.

Triagem do Nível de conhecimento sobre hipertensão, diabetes mellitus e hábitos de vida

Dra. Silvânia Oliveira Esteves

O senhor entende o que é Hipertensão? Quais fatores de risco?
(mesmo que o paciente responda sim, solicitar ao mesmo que explique)

O senhor entende o que é Diabetes Mellitus? Quais fatores de risco?
(mesmo que o paciente responda sim, solicitar ao mesmo que explique)

E a medicação que o senhor toma, sabe para que serve cada uma?
(mesmo que o paciente responda sim, solicitar ao mesmo que explique)

O senhor faz alguma atividade física?
(SIM: Questione qual, a periodicidade, se possui companhia durante a atividade)
(NÃO: Questione o motivo, se possui dor, tontura, fraqueza, rotina)

O senhor considera sua alimentação saudável?
(SIM: Questione qual, a periodicidade, quem elabora as refeições)
(NÃO: Questione o motivo, se gostaria de mudar)
(Peça ao paciente para escrever e/ou falar sua rotina alimentar, em um dia da semana e um fim de semana)

O senhor considera seu sono de boa qualidade?
(Questione tempo de sono, se acorda a noite, se vai ao banheiro, se fica uma luz acesa a noite)
Atentar para o risco de quedas!!!

Figura 1 – Instrumento proposto para triagem do nível de conhecimento dos usuários sobre HAS e DM na ESF Viva Melhor, Tupanciretã - RS

Identificação de fragilidades e mudanças necessárias

Dra. Silvânia Oliveira Esteves

Medicação e consultas

O que há de errado?

O que preciso mudar?

Alimentação e Hábitos Deletérios (Álcool, Tabagismo)

O que há de errado?

O que preciso mudar?

Atividades Físicas

O que há de errado?

O que preciso mudar?

Figura 2 – Instrumento para registro de fragilidades e mudanças necessárias no manejo de portadores de HAS e DM na ESF Viva Melhor, Tupanciretã - RS

5 Resultados Esperados

Com a intervenção espera-se que os portadores de HAS tenham aderência ao tratamento melhorando sua qualidade de vida e evitando as complicações decorrentes dessa patologia. Igualmente espera-se que haja maior interação entre equipe de saúde e usuários do serviço com fortalecimento do vínculo médico paciente, e ao mesmo tempo, estímulo para a formação e fixação de grupos de apoio na nossa comunidade.

Embora inicialmente pretenda-se realizar algumas etapas da intervenção com uma amostra dos portadores de HAS e DM, espera-se com a continuidade das ações abranger todos os hipertensos e diabéticos cadastrados no Hiperdia. Após as ações propostas, espera-se ainda melhor capacitar a equipe multiprofissional visando incentivar a busca ativa, cadastramento e atualização cadastral dos hipertensos e diabéticos, além da fomentação de novas metodologias educativas no Grupo Hiperdia.

Por fim, espera-se conseguir estruturar uma Campanha trimestral para cadastro no Hiperdia (palestras, controle da PA e glicemia, imunização e entrega de medicamentos, com controle de presença. Bem como trabalhar no grupo de forma bilateral, transmitindo e recebendo informações, sobre temas de interesse da comunidade sugerido pelos integrantes, induzindo-os a uma participação mais ativa e efetiva.

Referências

- CARDIOLOGIA, S. B. D. Vi diretrizes brasileira de hipertensão. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 17, n. 1, p. 7–11, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.
- CUNHA, C. W. Dificuldades no controle da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na atenção básica de saúde através do hiperdia.: plano de reorganização da atenção. Porto Alegre, n. 30, 2009. Curso de medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Cap. 5. Citado na página 14.
- MUNIZ, L. C. Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. *revista saúde pública*, v. 46, n. 3, p. 12–16, 2012. Citado na página 13.
- PAULA, C. F. de; ANDRADE, T. C. B. Atuação do enfermeiro na prevenção de hipertensão arterial e diabetes mellitus na família. *Ensaio e ciência*, v. 16, n. 1, p. 10–15, 2012. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.
- SANTOS, Z. M.; FROTA, M. A.; CRUZ, D. M. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: Análise com abordagem interdisciplinar. *Texto Contexto Enfermagem*, v. 14, n. 3, p. 332–340, 2005. Citado na página 14.
- TRENTINI, M. Prática educativa na promoção da saúde com grupo de pessoas hipertensas. *Gogitare Enfermagem*, v. 1, n. 2, p. 19–24, 1996. Citado na página 13.
- TUPANCIRETÃ, P. M. de. *Prefeitura Municipal de Tupanciretã*. 2020. Disponível em: <<https://www.tupancireta.rs.gov.br/>>. Acesso em: 29 Mai. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 9 e 10.