



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

Wuilliam Olinto Lopez Rondon

# Qualificação na Atenção à Saúde dos Pacientes com Hipertensão e Diabetes Mellitus no Município de Uruguaiana-RS

Florianópolis, Março de 2023



Wuilliam Olinto Lopez Rondon

Qualificação na Atenção à Saúde dos Pacientes com Hipertensão e  
Diabetes Mellitus no Município de Uruguaiana-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: Tatiana Martins Lima  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023



Wuilliam Olinto Lopez Rondon

## Qualificação na Atenção à Saúde dos Pacientes com Hipertensão e Diabetes Mellitus no Município de Uruguaiana-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

---

**Tatiana Martins Lima**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023



# Resumo

No Brasil, as doenças cardiovasculares representam importantes problemas de saúde pública, pois são a primeira causa de morte no país. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HA) e a Diabetes Mellitus (DM), doenças crônicas não transmissíveis, constituem-se os mais importantes fatores de risco as doenças cardiovasculares. É de extrema importância o desenvolvimento de um projeto de intervenção no contexto da promoção em saúde, em especial no que se refere aos usuários portadores de HA e DM, por isso objetivamos desenvolver ações para melhorar a qualidade de atenção à saúde aos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus da área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde, localizada no município de Uruguaiana no Rio Grande do Sul. Por conta do grande volume de casos de pacientes com HA e DM, atualmente o grande problema que enfrentado neste contexto é a resistência da população frente às ações preventivas e de promoção à saúde. Para isso, o projeto de intervenção descreve e discute uma estratégia educativa que será desenvolvida em atendimento aos portadores destas comorbidades, buscando incentivar o indivíduo a refletir sobre seu estilo de vida cotidiana relacionado patologia crônica, caracterizando-se como um instrumento de educação e saúde sobre uma perspectiva de promoção, prevenção e principalmente o controle dos agravos. Diante de todo o exposto será realizada uma serie de ações que estão detalhadas ao longo deste projeto visando contribuir com a melhoria na qualidade da atenção dos nossos hipertensos e diabéticos.

**Palavras-chave:** Diabetes Mellitus Tipo 1, Diabetes Mellitus Tipo 2, Diabetes Mellitus, Doença Crônica, Doença Crônica, Doenças Cardiovasculares, Hipertensão





# Sumário

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	<b>9</b>
<b>1.1</b>	. . . . .	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	<b>13</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Geral:</b> . . . . .	<b>13</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos Específicos:</b> . . . . .	<b>13</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	<b>15</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	<b>21</b>
<b>4.1</b>	<b>Delineamento das ações:</b> . . . . .	<b>21</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	<b>27</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	<b>29</b>



# 1 Introdução

## 1.1

A Hipertensão Arterial (HA) e a Diabetes Mellitus (DM) são condições crônicas inter-relacionadas que, se não tratadas, aumentam o risco de doença vascular arteriosclerótica provocando infarto do miocárdio, acidentes vasculares cerebrais, microangiopatia, e nefropatia diabética. A hipertensão é duas vezes mais comum em diabéticos e aumenta com a idade segundo informes da Organização Mundial da Saúde (OMS) ([OPAS; DIADEMA-SP; BRASIL, 2011](#)).

No Brasil e no mundo, o número de pessoas com HA e DM vêm aumentando. Esta situação pode ser justificada pelo fato destas doenças serem influenciadas por diversos fatores comportamentais, ambientais, complicações cardiovasculares e metabólicas, assim como características que se relacionam com o estilo de vida da população, dietas hipercalóricas, sobrepeso e obesidade, dados obtidos por o Ministério da Saúde (MS) ([SAÚDE, 2013a](#)).

A OMS estima que, no ano de 2020, as doenças crônicas não transmissíveis poderão representar 73% das mortalidades ocorridas no mundo, reafirmando o seu potencial como problema de saúde pública, principalmente por se tornar um agravo cada vez mais comum entre crianças e adolescentes ([OPAS; DIADEMA-SP; BRASIL, 2011](#)).

Destaca-se a relevância no desenvolvimento de um projeto de intervenção no contexto da promoção em saúde, em especial no que se refere à usuários portadores de hipertensão e diabetes mellitus. Devido à mudança no perfil epidemiológico de saúde brasileira cada vez mais são notórias as doenças crônico-degenerativas, estas advém do novo modelo de vida dos brasileiros, onde o acesso a recursos tecnológicos, envelhecimento populacional, sedentarismo e outros hábitos de vida têm tomado acentuado espaço em nosso atual contexto de vida.

Em 2001 foi criado pelo MS o Programa HIPERDIA instituído com a criação do Plano de Reorganização da Atenção a HA e DM segundo portaria GM/MS 235 em 20 de fevereiro de 2001, com o objetivo de estabelecer a organização da assistência, prevenir e promover a saúde, através da vinculação dos usuários à rede, a implementação de programa de educação permanente em hipertensão, diabetes e demais fatores de risco para doenças cardiovasculares ([MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2001](#)).

Buscando fortalecer as ações dos profissionais de saúde da Atenção Básica (AB), o MS publicou dois Cadernos da Atenção Básica: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Os Cadernos de AB contribuem no fortalecimento das ações desenvolvidas por todos os profissionais de saúde da AB de várias partes do país, além de auxiliar os

profissionais no processo de educação permanente, apoiando a construção de protocolos locais que organizem a atenção à pessoa com doença crônica (SAÚDE, 2013b).

Na UBS em que será desenvolvido o projeto, residem na área 361 usuários portadores de HA com 20 anos ou mais, apresentando atualmente 32% de cobertura em relação ao caderno de ações programáticas, mas nem todos são acompanhados periodicamente, são usuários faltosos, resistentes a mudanças nos hábitos e estilo de vida. Com relação aos usuários portadores de DM, são 92 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área, totalizando 29% a cobertura. Da mesma forma que os portadores de HAS os portadores de DM são pacientes que não consultam com periodicidade nem seguem o recomendado pelo MS. Estes dados é o que temos cadastrados pela nossa ESF, estimamos que os números de hipertensos e diabéticos na nossa área de abrangência são mais elevados, porém ainda não cadastramos todos por falta de ACS).

Quanto a rotina de atendimento a população de Hipertensos e Diabéticos não existe dias específicos na semana para realizar o acompanhamento destes, em que são avaliados diariamente na forma de demanda espontânea.

Em relação aos recursos humanos, também há carência de ACS para atender as áreas que estão “descobertas” por esta Estratégia. Atualmente o grande problema enfrentado no contexto do assunto que será abordado no projeto, é a resistência da população frente às ações preventivas e de promoção à saúde, vivenciado ainda o processo em que a atenção curativa predomina em relação àquelas voltadas para um trabalho de promoção à saúde e prevenção de doenças.

Diante dessa situação, propõe-se uma intervenção que busque o seguimento contínuo de hipertensos e diabéticos, baseando-se em estratégias de ações educativas e terapêuticas, com o objetivo principal de melhorar os índices de pressão arterial e do nível sérico de glicose com ênfase no autocuidado. Com isso, espera-se prevenir complicações da HAS e DM, esclarecer sobre os fatores de risco cardiovasculares, alcançar maior adesão dos pacientes ao tratamento, valorizar a mudança de comportamento do hipertenso e do diabético, estimulando o autocontrole.

Além disto, trabalhar no sentido de envolver familiares e comunidade no diagnóstico precoce e no apoio ao hipertenso e/ou ao diabético, organizar o atendimento desses usuários, proporcionando um seguimento regular e racionalizar a demanda por consulta médica assistencial.

Neste contexto, a capacitação da equipe multidisciplinar, com cronograma de atividades claramente definido, buscando a garantia de fornecimento de medicação e atendimento de intercorrências, o acompanhamento contínuo e longitudinal desses pacientes, são ações que poderão mostrar-se útil no controle dessas doenças crônicas, promovendo assim uma atenção mais qualificada para os mesmos.

Diante disto, enfatizando a importância da atuação preventiva, será trabalhada a questão da promoção à saúde com ênfase nos portadores de HA e DM. Espera-se que a

partir do projeto de intervenção, mudanças sejam realizadas de forma que a atenção à saúde ao portador de HA e DM seja refletida em melhorias, onde a comunidade possa ser mais bem assistida. É importante fomentar que a integralidade da assistência a estes usuários se torna ferramenta fundamental para a prevenção dos agravos advindos de quadros descompensados das referidas patologias.



## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo Geral:

Desenvolver ações para melhorar a qualidade de atenção à saúde aos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus da área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde, localizada no município de Uruguaiana no Rio Grande do Sul.

### 2.2 Objetivos Específicos:

Identificar estratégias para aumentar a cobertura e acompanhamento de usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus pelo Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus;

Realizar ações aos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus através de palestras e rodas de conversa, sobre a importância de adesão ao tratamento;

Realizar palestras, juntamente com a Equipe de Saúde da Família e Núcleo Ampliado de Saúde da Família (nutricionista, psicólogos e médicos), sobre a importância de aliar uma boa alimentação e uso de medicação adequadas para o controle dos riscos cardiovasculares aos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus pelo Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus.





### 3 Revisão da Literatura

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HA) é uma doença multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de (PA), associados às alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos (hipertrofias cardíaca e vascular). Em idosos, é considerada uma das causas mais importantes de mortalidade prematura, pela alta prevalência e por constituir fator de risco relevante para complicações cardiovasculares (ANDRADE; NOBRE, 2010). É um sério problema de saúde devido às suas altas taxas de prevalência em todo o mundo, acometendo aproximadamente 25% da população mundial e com tendência a um aumento de 60% dos casos da doença até 2025 (SILVAI; MARTINSII; GUIMARÃESII, 2016). Estima-se que 62% da doença cerebrovascular e 49% das doenças isquêmicas coronarianas são atribuídas à pressão arterial não adequada; dados que apontam um grande impacto na morbimortalidade da população em geral, além de suas complicações estarem associadas a altos custos socioeconômicos para o sistema de saúde (FERREIRA; MOURA; MALTA, 2009)

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Não há uma causa única para essas doenças, mas vários fatores de risco, que aumentam a probabilidade de sua ocorrência. Em se tratando das mais evidenciadas: A HA e a Diabetes Mellitus (DM) representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário, em nível nacional. A HA afeta de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos. Cerca de 85% dos pacientes com Acidente Vascular Encefálico (AVE) e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam hipertensão associada (BRASIL; FONSECA, 2002). Já a DM atinge a mulher grávida e todas as faixas etárias, sem distinção de raça, sexo ou condições socioeconômicas. Na população adulta, sua prevalência é de 7,6%. Com frequência, essas doenças levam à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o paciente, sua família e a sociedade. Quando diagnosticadas precocemente, essas doenças são bastante sensíveis, oferecendo múltiplas chances de evitar complicações; quando não, retardam a progressão das já existentes e as perdas delas resultantes. 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 (BRASIL; FONSECA, 2002)(MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2001).

A HA é o principal fator de risco para doenças cerebrovasculares e doenças isquêmicas do coração, sendo a causa modificável mais importante para a morbidade e a mortalidade cardiovascular. A prevalência de HA aumenta com a idade e a sua magnitude depende dos atributos biológicos/demográficos das populações, do estilo de vida predominante em cada uma delas, dos ambientes físico e psicossocial, das características da organização dos

serviços e das respectivas interações entre esses vários elementos (FIRMO; LIMA-COSTA; UCHÔA, 2004).

Apesar da medida da pressão arterial ser um método diagnóstico simples, não invasivo e de baixo custo, estudos epidemiológicos demonstraram que muitos hipertensos desconhecem a sua condição. Embora exista um vasto arsenal terapêutico para o tratamento da HA, apenas cerca de um terço dos hipertensos em tratamento tem seus níveis tensionais controlados (EYKEN; MORAES, 2009).

No Brasil, alguns estudos de base populacional estimaram a prevalência de HA entre 20,0% a 30,0%. Um estudo feito na região urbana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, para avaliar a prevalência de HAS e sua associação com fatores biológicos, sócio-econômicos e de exposição ambiental encontrou uma prevalência de 19,2% pelo critério de 160/95mmHg, incluindo os indivíduos que usavam 6 medicamentos anti-hipertensivos, e, pelo critério de 140/90mmHg, a prevalência foi de 29,8%. Um outro trabalho feito no Rio de Janeiro, na Ilha do Governador, encontrou como resultado uma prevalência de 24,9% pelo critério de 160/95mmHg (LIMA; BUCHER; LIMA, 2004).

Outras pesquisas, realizaram um estudo que objetivou analisar a frequência de HAS autorreferida e fatores associados, baseado em dados do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), coletados em 2006 nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Com isso, estimou-se a prevalência de HAS em 54.369 adultos, encontrando-se frequência de hipertensão auto referida de 21,6%, maior entre mulheres (24,4% versus 18,4% em homens), e aumentando proporcionalmente à elevação da idade. A chance de hipertensão foi maior para os indivíduos com excesso de peso, DM e dislipidemias e, também, a de ocorrência de eventos cardiovasculares. Concluíram os autores que as altas frequências de fatores de risco modificáveis indicam os segmentos populacionais alvos de intervenção, visando à prevenção e controle da HA (HELENA; NEMES; NETO, 2010).

Outra pesquisa semelhante, realizada no Paraná, porém, com aplicação de questionário e aferição de peso, estatura e circunferência abdominal de 408 indivíduos adultos hipertensos; objetivou identificar a prevalência da hipertensão arterial e sua associação com fatores de risco cardiovasculares. Foi encontrada uma prevalência autorreferida de 23,03% de HAS, maior no sexo feminino. Além disso, o estudo apontou que tabagismo, IMC, circunferência abdominal, DM e dislipidemia apresentaram associação positiva com hipertensão arterial. Tais achados apontaram a necessidade de intervenções que objetivem minimizar as complicações decorrentes da hipertensão, como também prevenirem o surgimento de outras doenças cardiovasculares (GUALANDRO; AZEVEDO; CALDERARO, 2014).

Os grandes reflexos da HA no país aparecem: a) nas estatísticas de mortalidade, com a doença cerebrovascular ocupando a primeira causa de morte; b) nas estatísticas de hospitalização por doenças cardiovasculares pagas pelo Sistema Único de Saúde no país (Lessa

I, relatório de pesquisa, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, 2004); c) nas elevadas taxas de hospitalização por urgências pela própria hipertensão ou suas complicações (Lessa I, relatório de pesquisa urgências/emergências, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 2002), além dos demais custos sociais. Esses conhecimentos ainda não motivaram qualquer decisão governamental para execução de um estudo populacional padronizado no país, capaz de identificar divergências e prioridades regionais e servir como referência nacional. Enquanto esse conhecimento não se produz, os estudos de prevalência em localidades de outras regiões devem ser incentivados, desde quando as disparidades regionais da população brasileira são de grande magnitude, com repercussões diferentes na determinação de saúde-doença (LESSA; MAGALHÃES; ARAÚJO, 2006).

A história natural da HA e o seu curso clínico exigem o diagnóstico precoce da doença, antes da sua sintomatologia. O irrestrito acesso à atenção básica de saúde e o atendimento de boa qualidade são essenciais para a precocidade do diagnóstico, do tratamento e do controle da HA. Contudo, sabe-se que a verificação da pressão arterial na prática médica é pouca abrangente, mesmo sendo um procedimento que não necessita instrumentos complicados, e sim, de cuidados e muito discernimento (LESSA, 2006).

As diretrizes VII relatório do Joint National Committee (LAVADO; BENITO; SOARES, 2007) prevêm uma classificação da pressão arterial de adultos de 18 anos ou mais

No que tange aos fármacos e tratamento medicamentoso, os anti-hipertensivos devem não só reduzir a pressão arterial, mas também os eventos cardiovasculares fatais e não fatais. As evidências provenientes de estudos de desfechos clinicamente relevantes, com duração relativamente curta, de três a quatro anos, demonstram redução de morbidade e mortalidade em maior número de estudos com diuréticos, mas também com betabloqueadores, inibidores da ECA, bloqueadores do receptor AT1 e com bloqueadores dos canais de cálcio, embora a maioria dos estudos utilize, no final, associação de anti-hipertensivos.

Com relação aos dados e registros da DM, é dito que uma epidemia de DM está em curso. Atualmente, estima-se que a população mundial com DM seja da ordem de 387 milhões e que alcance 471 milhões em 2035. Cerca de 80% desses indivíduos vivem em países em desenvolvimento, onde a epidemia tem maior intensidade e há crescente proporção de pessoas acometidas em grupos etários mais jovens, as quais coexistem com o problema que as doenças infecciosas ainda representam (SAÚDE, 2013b).

O número de diabéticos está aumentando em virtude do crescimento e do envelhecimento populacional, da maior urbanização, da progressiva prevalência de obesidade e sedentarismo, bem como da maior sobrevivência de pacientes com DM. Quantificar o predomínio atual de DM e estimar o número de pessoas com diabetes no futuro é importante, pois possibilita planejar e alocar recursos de maneira racional (SAÚDE, 2013b).

No Brasil, no final da década de 1980, estimou-se a prevalência de DM na população adulta em 7,6% ; dados de 2010 apontam taxas mais elevadas, em torno de 15% em

Ribeirão Preto, no estado de São Paulo, por exemplo. Estudo recente, realizado em seis capitais brasileiras, com servidores de universidades públicas, na faixa etária de 35 a 74 anos, porém com medidas laboratoriais mais abrangentes, encontrou uma prevalência de cerca de 20%, aproximadamente metade dos casos sem diagnóstico prévio. Em 2014, estimou-se que existiriam 11,9 milhões de pessoas, na faixa etária de 20 a 79 anos, com diabetes no Brasil, podendo alcançar 19,2 milhões em 2035 (LTDA, 2015).

Em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde – PNS estimou que, no Brasil, 6,2% da população com 18 anos ou mais de idade referiram diagnóstico médico de diabetes, sendo de 7,0% nas mulheres e de 5,4% nos homens. Em relação à escolaridade, observou-se maior taxa de diagnóstico de diabetes (9,6%) entre os indivíduos sem instrução ou com ensino fundamental incompleto. Em relação à idade, as taxas variaram de 0,6% para a faixa etária de 18 a 29 anos a 19,9% para a de 65 a 74 anos. Não foram verificados resultados estatisticamente distintos entre brancos, pretos e pardos (ALMEIDA; MOUTINHO; LEITE, 2014).

Em 2002, cerca de 173 milhões de pessoas na idade adulta, no mundo, tinham DM . No Brasil, a estimativa é de que dez milhões de pessoas tenham essa doença e cerca de 90% desses indivíduos sejam portadores do diabetes tipo II, um tipo de DM que inicialmente não depende de insulina, cujo aumento tem sido observado desde a última década . O DM é uma doença com critérios diagnósticos bem definidos, porém de manejo complexo, uma vez que sua abordagem além da terapêutica medicamentosa envolve uma série de mudanças nos hábitos de vida dos pacientes (VIEGAS-PEREIRA; RODRIGUES; MACHADO, 2008).

É um distúrbio metabólico de etiologia múltipla caracterizado por hiperglicemia crônica e que, depois de alguns anos de evolução faz surgir danos, disfunções ou falência de vários órgãos ou sistemas. No Brasil a prevalência é de quase 8% da população adulta, com uma tendência crescente na medida em que aumenta a idade, alcançando um valor maior do que 17% nos indivíduos com mais de 60 anos (SAÚDE, 2006).

É também um dos mais importantes problemas de saúde mundial, tanto em número de pessoas afetadas como de incapacitação e de mortalidade prematura, bem como dos custos envolvidos no seu tratamento. Essa doença é de importância para população idosa pela elevada frequência de ocorrência e pelo fato de acarretar complicações macro vasculares (doença cardiovascular, cérebro vascular e de vasos periféricos) e microvasculares (retinopatia, nefropatia e neuropatia). As complicações dele decorrentes são graves, destacando-se a doença isquêmica do coração e doenças vasculares periféricas, que estão entre as maiores causas de morbidade e mortalidade nos portadores de diabetes em todo o mundo.

Uma epidemia de DM tipo II vem ocorrendo nos últimos anos, com tendência de crescimento na próxima década. Portanto, as complicações do tipo II, entre as quais as cardiovasculares, emergem como uma das maiores ameaças à saúde em todo o mundo,

com imensos custos econômicos e sociais. Recentemente, obteve-se comprovação de que mudanças de estilo de vida (exercício físico regular e redução de peso) podem diminuir a incidência do tipo II em indivíduos com intolerância à glicose.

Esta condição crônica também está associada a complicações que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência dos pacientes por ela acometidos. Acarreta também altos custos para o controle de suas complicações (COSTA; BALGA; ALFENAS, 2001). É a sexta causa mais freqüente de internação hospitalar e contribui para outras causas de internação, como: cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral e hipertensão arterial (CORRÊA; GOUVÊA; SILVA, 2017).

O Brasil é um país que envelhece a passos largos. As alterações na dinâmica populacional são claras, inexoráveis e irreversíveis. No início do século XX, um brasileiro vivia em média 33 anos, ao passo que hoje a expectativa de vida dos brasileiros atinge os 68 anos (ALMEIDA; MOUTINHO; LEITE, 2014).

O Rio Grande do Sul é um dos Estados brasileiros que possui alta proporção de população de 65 anos e mais. Enquanto no Brasil ela representa 5,85%, no Estado é de 7,20%<sup>35</sup>. Seguindo essa tendência, no município de Marcelino Ramos, situado na região norte do Rio Grande do Sul, na divisa com o estado de Santa Catarina, os idosos (60 anos ou mais) já representavam 8,82% da população segundo o censo de 2000. A prevalência de HA em diversos países vem se constituindo como um sério problema de saúde pública. Estudos revelam que entre os idosos é superior a 50%. Resultados do estudo de Framingham demonstram que nas últimas quatro décadas, não ocorreu redução na prevalência de HAS apesar do progresso em sua detecção e tratamento.

Estudos recentes têm demonstrado que, contrariamente ao que se pensava, a incidência do diabetes tem apresentado tendência de crescimento não apenas nos países desenvolvidos, mas também naqueles em desenvolvimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2001). No Brasil, o aumento da prevalência de DM tem sido atribuído a transformações demográficas, como o envelhecimento populacional, e aos processos de industrialização e urbanização. No Brasil, a prevalência de DM é elevada entre os idosos, acometendo 17,3% das pessoas com 60 a 69 anos (LAVADO; BENITO; SOARES, 2007).

As diretrizes e metas para a Reorganização da Atenção à HA e a DM no Sistema Único de Saúde (SUS) prevêm a atualização dos profissionais da rede básica, a garantia do diagnóstico e da vinculação do paciente às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento, a promoção, reestruturação e ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores dessas patologias.

Considerando-se tal quadro, torna-se urgente implementar ações básicas de diagnóstico e controle destas condições, através dos seus clássicos fatores de risco, nos diferentes níveis de atendimento da rede do SUS, especialmente no nível primário de atenção.

Trazendo esta realizada ao Município em que o estudo será aplicado, por ser considerado um município com grande importância estratégica comercial e internacional e por

possuir o maior porto seco da América Latina, essa situação o torna vulnerável às problemáticas de saúde devido ao grande fluxo de pessoas, entre elas destacam-se as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) ([ADIALA, 2005](#)).

Diante disto, enfatizando a importância da atuação preventiva, será trabalhada a questão da promoção à saúde com ênfase nos portadores de HA e DM. Espera-se que a partir do projeto de intervenção, mudanças sejam realizadas de forma que a atenção à saúde ao portador de HA e DM seja refletida em melhorias, onde a comunidade possa ser mais bem assistida. É importante fomentar que a integralidade da assistência a estes usuários se torna ferramenta fundamental para a prevenção dos agravos advindos de quadros descompensados das referidas patologias.

## 4 Metodologia

O projeto de intervenção será realizado na UBS 02 do município de Uruguaiiana. A população de escolha para esta intervenção são os pacientes com HA e DM cadastrados na área de abrangência. A intervenção com coleta de dados simultânea será realizada em 16 semanas e serão registradas em uma ficha espelho e planilha de coleta de dados eletrônica. As ações propostas serão realizadas por toda a equipe e avaliadas mensurando-se o grau de participação do público alvo, tanto nas ações de HIPERDIA, como nas demais ações de caráter educativo, propostas neste estudo. A presente intervenção será norteada pelos aspectos éticos em consonância com a resolução n. 510/2016 que rege as pesquisas que envolvem os seres humanos.

### 4.1 Delineamento das ações:

#### a) Acolhimento dos pacientes com HA e DM e importância do Programa HIPERDIA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o número de pacientes com HA e DM cadastrados no Programa de Atenção à HA e à DM da UBS.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HA e DM

Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial e realização do hemoglicoteste na UBS.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à HA e à DM da UBS.

Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos com controle anual.

Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HA e DM.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Através do programa HIPERDIA rastrear os pacientes vulneráveis e realizar agendamento de consultas em dias planejados durante a semana. Além disso, realizar capacitações e treinamentos mensais de toda equipe da UBS buscando uma qualidade no atendimento dos pacientes com HA e DM em acompanhamento com maior adesão e frequência.

b) Acompanhamento do tratamento medicamentoso e restreamento no acesso pelos pacientes

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes com HA e DM

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS

Manter um registro das necessidades de medicamentos dos pacientes em comorbidades na UBS

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar os pacientes, familiares e a comunidade de um modo geral, e quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HA e DM, e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Orientar os pacientes, familiares e a comunidade quanto aos seus direitos de terem acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e orientações sobre como obter este acesso.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

c) Continuidade no acompanhamento através das consultas e visitas domiciliares

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Organizar visitas domiciliares para busca ativa aos pacientes ausentes

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Treinar a equipe para a orientação de HA quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Através de:

- Agendamento imediato da próxima consulta;
- Realização de visitas domiciliares a pacientes ausentes com periodicidade;
- Mapeamento de pacientes com HA e DM de risco para doença cardiovascular através destas visitas domiciliares.

d) Estratificação de risco e monitoramento no número de pacientes com HA e DM

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO



Monitorar o número de pacientes com HA e DM sobre a realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados e classificados com alto risco.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Esclarecer aos pacientes, aos familiares e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Através de:

- Atendimento prioritário a pacientes com maior risco cardiovascular nos agendamentos

- Capacitação da equipe sobre como classificar adequadamente os pacientes de maior risco

e) Acompanhamento nutricional

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar a realização de orientação nutricional aos pacientes com HA e DM

Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos pacientes com HA e DM

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar pacientes com HA e DM e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Orientar pacientes com HA e DM e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável.

Capacitar a equipe da UBS sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Através de:

- Formação de um grupo de pacientes com estas condições crônicas com periodicidade mensal sobre as orientações nutricionais e estimular a realização de atividade física mediante o Grupo de Prevenção de Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANTs) de-

envolvido em três encontros semanais e coordenado por uma professora de Educação Física.

A análise situacional e definição do foco para intervenção já foram discutidos pela equipe da UBS, a ser iniciada com a capacitação sobre os manuais do MS sobre, estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônicas HA e DM, para que toda equipe os utilizem como referência no atendimento. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, com periodicidade mensal, para isto será utilizado 2 hs ao final do expediente uma vez por semana no horário utilizado para a reunião da equipe, cada membro estudará uma parte do manual e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. Neste momento também será estabelecido o papel de cada profissional na ação programática.

Será feito contato com a comunidade através de anúncios na UBS para a importância do acompanhamento dos pacientes com condição crônica e a necessidade de priorizar o atendimento a este grupo populacional para evitar o risco de intercorrências no futuro. O atendimento clínico dos hipertensos e diabéticos será semanalmente todos os dias da semana nos dois turnos de atendimento da UBS. Já o Grupo HIPERDIA acontecerá uma vez ao mês com intervenção do pesquisador e do enfermeiro responsável da UBS.

Quanto a execução, como mencionado, toda equipe multidisciplinar fará parte do desenvolvimento do projeto. Semanalmente o enfermeiro examinará as fichas espelhos identificando aqueles pacientes que estão com consultas atrasadas. Posteriormente, será feito o contato com os pacientes através de visita domiciliar para agendar a consulta em horário da sua conveniência e ajuste de acordo com a rotina de trabalho dos profissionais da UBS.

O acolhimento dos pacientes que buscarem o serviço será feito por toda a equipe. Pacientes com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno e os que buscarem o serviço para renovação da carteirinha serão agendados para consultar no decorrer da semana. Já os pacientes que consultarem terão retorno já agendado. Para acolher a demanda de intercorrências agudas, não há necessidade de alterar a organização da agenda, pois estes serão priorizados nas consultas disponíveis para pronto atendimento.

O monitoramento da intervenção será realizado pelo pesquisador conjuntamente com o enfermeiro. Ao final de cada mês as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica para análise e seleção de prioridades.





## 5 Resultados Esperados

Durante os quatro meses foi possível melhorar a atenção aos pacientes com HA e DM ampliando a cobertura que inicialmente era de 128 pacientes com HA (35%) e 47 com DM (51%), no final obteve-se uma ampliação de atendimento para 198 com HA (55%) e 75 com DM (81%). Isto ocorreu através das ações realizadas nos quatro eixos: avaliação e monitoramento, organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica e engajamento público.

As ações do Monitoramento e Avaliação aconteceram durante o período da intervenção através do cadastramento dos usuários no Programa e da digitação e acompanhamento periódico dos usuários na planilha de coleta de dados, contribuindo para identificar como a intervenção estava ocorrendo e a qualificação do cuidado.

Na Organização e Gestão do Serviço foram realizadas as reuniões com a equipe de saúde e foram efetivadas, com apresentação do projeto, discussão de dúvidas e escuta de sugestões. Anteriormente a intervenção não tinha reunião de equipe e assim foi estabelecido o papel de cada profissional para as ações programáticas. Além disso, organizou-se a capacitação dos profissionais da equipe, a logística do trabalho nos encontros mensais com os hipertensos e/ou diabéticos através do grupo de HAS/DM e, organização da planilha para a coleta dos dados, sendo necessários para monitoramento e à avaliação dos indicadores, garantimos o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial e realização do hemoglicoteste na UBS.

Na área adstrita da UBS há 361 pacientes com HA com 20 anos de idade ou mais. Durante os quatro meses foram acompanhados 198 usuários, sendo no primeiro mês 128 (35%), no segundo mês 157 (43%), terceiro mês 177 (49%) e no quarto mês 198 (55%). Com relação aos pacientes com DM, na área da UBS há 92 usuários com 20 anos ou mais de idade e ao longo da intervenção foram acompanhados no primeiro mês 47 (51%), no segundo mês 57 (62%), no terceiro 65 (80%) e no quarto mês 75 (81%) atingindo assim a meta proposta em cadastrar o 50% dos usuários da área de abrangência no Programa de Atenção à HA e à DM na UBS.

A proporção de pacientes com HA e DM conforme o exame clínico em dia, de acordo com o protocolo, desde o começo da intervenção até o final, atingiu 198 usuários (100%) com HA e 75 (100%) deles com DM. Isso foi possível através da capacitação da equipe para realizar o exame clínico apropriado e o sistema de alerta implementado na UBS para que todos os usuários fossem contemplados com esta ação, melhorando o cuidado e evitando complicações. A proporção de usuário com HA com exames complementares em dia, de acordo com protocolo inicia no primeiro mês da intervenção foi de 123 (96%) com HA, 152 (97%) no segundo mês, 172 (97%) no terceiro mês e 197 (99%) no último mês de intervenção. No caso dos pacientes com DM a proporção no primeiro mês foi de 45 (96%), 55 (96%) no segundo mês, 63 (97%) no terceiro mês e 74 (99%) no quarto

mês de intervenção. As dificuldades para alcançar o 100% foram associadas a demora no agendamento e realização dos exames e resultados por parte do laboratório credenciado, tendo em vista a grande demanda do município.

A proporção de pacientes com HA sob prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia teve o início da intervenção com 90 (70%) no primeiro mês, 119 (76%) no segundo mês, 152 (80%) no terceiro e finalizou no quarto mês com 161 (81%) dos pacientes com HA fazendo uso dos medicamentos proporcionados pela Farmácia Popular/Hiperdia. Não alcançando o 100% da meta, dado que os usuários consultam também em clínicas particulares onde lhe são prescritos medicamentos que não estão disponíveis na rede.

Já a proporção de pacientes com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia iniciou a intervenção com 42 (91%) no primeiro mês, 52 (93%) no segundo, 68 (94%) no terceiro e finalizou com 71 (95%) no quarto mês, também não atingindo 100%, pelos mesmos motivos mencionados anteriormente. Porém foi possível aumentar a porcentagem inicial através das ações de organização e de capacitação da equipe mantendo um registro das necessidades de medicamentos dos usuários cadastrados na UBS.

Com relação as faltas, iniciou-se a busca ativa na UBS no primeiro mês com um (33%) paciente com HA, mantendo o único paciente no segundo mês, aumentando para três (60%) no terceiro mês e finalizando com cinco (57%) no quarto mês. Já aos pacientes com DM, já no terceiro e quarto mês atingiu-se 100%, com quatro e seis pacientes, respectivamente. No primeiro e segundo mês não foi realizada a busca ativa, tendo em vista a falta de ACS. Vale ressaltar que para se aumentar e melhorar este indicador é importante que a gestão municipal repense o modelo de atenção com equipe mínima presente, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica.

Em toda a intervenção conseguimos desde o início até o fim atingir o 100% da proporção da população alvo com orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular e orientação sobre risco de tabagismo. Isto foi conseguido graças aos grupos formados realizados uma vez por mês da unidade onde foi fomentada as orientações sobre a importância de alimentação saudável e da prática da atividade física regular. A atividade física também é realizada em encontros semanais com um professor de educação física.

A intervenção será incorporada na rotina do serviço conforme realizada durante toda a intervenção e toda a equipe se encontra disposta a dar continuidade. Somado a isso é fundamental apoio da gestão para melhorar a qualidade do serviço, principalmente quanto a otimização na realização e resultado dos exames.

## Referências

- ADIALA, C. de S. M. Cidades no limite internacional e a influência de políticas públicas oriundas de escalas de ação variadas: Uruguaiana e Santana do Livramento – rs. *Anais do X Encontro de Geógrafos da América Latina – 20 a 26 de março de 2005*, p. 1–17, 2005. Citado na página 19.
- ALMEIDA, E. R.; MOUTINHO, C. B.; LEITE, M. T. de S. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. *SAÚDE DEBATE*, v. 38, n. 101, p. 1–10, 2014. Citado 2 vezes nas páginas 18 e 19.
- ANDRADE, J. P. de; NOBRE, F. Consenso brasileiro de para o tratamento da hipertensão arterial: Vi diretrizes brasileiras de hipertensão. *Sociedade Brasileira de Cardiologia*, p. 1–57, 2010. Citado na página 15.
- BRASIL, M. da Saúde do; FONSECA, C. D. da. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. *EDITORIA MS*, p. 1–104, 2002. Citado na página 15.
- CORRÊA, K.; GOUVÊA, G. R.; SILVA, M. A. V. da. Qualidade de vida e características dos pacientes diabéticos. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 22, n. 3, p. 1–5, 2017. Citado na página 19.
- COSTA, J. de A.; BALGA, R. S. M.; ALFENAS, R. de C. G. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 16, n. 3, p. 1–4, 2001. Citado na página 18.
- EYKEN, E. B. B. D. V.; MORAES, C. L. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do sudeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 1, p. 1–4, 2009. Citado na página 16.
- FERREIRA, S. R. G.; MOURA, E. C. de; MALTA, D. C. Frequência de hipertensão arterial e fatores associados. *Rev Saúde Pública*, p. 1–9, 2009. Citado na página 15.
- FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F.; UCHÔA, E. Projeto bambuí: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 4, p. 1–2, 2004. Citado na página 15.
- GUALANDRO, D. M.; AZEVEDO, F. R.; CALDERARO, D. I diretriz sobre aspectos específicos de diabetes (tipo 2) relacionados à cardiologia. *REVISTA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA*, v. 102, p. 1–30, 2014. Citado na página 16.
- HELENA, E. T. S.; NEMES, M. I. B.; NETO, J. E. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. *Caderno de Saúde Pública*, n. 12, p. 2389–2398, 2010. Citado na página 16.
- LAVADO, M. M.; BENITO, G. A. V.; SOARES, T. A. V. d. S. C. C. L. S. do processo de trabalho médico no programa saúde da família: uma ferramenta para educação permanente. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 36, n. 2, p. 75–81, 2007. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 19.

- LESSA Ínes. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Rev Bras Hipertens.*, v. 13, n. 1, p. 1–8, 2006. Citado na página 17.
- LESSA Ínes; MAGALHÃES, L.; ARAÚJO, M. J. Hipertensão arterial na população adulta de salvador (ba) - brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 87, n. 6, p. 1–2, 2006. Citado na página 17.
- LIMA, M. T.; BUCHER, J. S. N. F.; LIMA, J. W. de O. A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. *Cad Saúde Pública*, v. 1079, p. 1–9, 2004. Citado na página 16.
- LTDA, F. Diretrizes sbd. *Grupo Editorial Nacional*, p. 1–348, 2015. Citado na página 18.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Portaria / 235. Ministério da Saúde do Brasil, DF, n. 2011, 2001. Citado 3 vezes nas páginas 9, 15 e 19.
- OPAS, O. P.-A. de S.; DIADEMA-SP, S. M. D. S. D.; BRASIL, M. da Saúde do. Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes. *All Type Assessoria editorial Ltda.*, p. 232–232, 2011. Citado na página 9.
- SAÚDE, M. da. Cadernos de atenção básica. In: BRASIL, M. da Saúde do (Ed.). *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica*. DF: MS, 2013. p. 37–38. Citado na página 9.
- SAÚDE, M. da. Cadernos de atenção básica. In: BRASIL, M. da Saúde do (Ed.). *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus*. DF: MS, 2013. p. 36–37. Citado 2 vezes nas páginas 9 e 17.
- SAÚDE, S. de Vigilância em. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. In: BRASIL, M. da Saúde do (Ed.). *Textos Básicos de Atenção à Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006*. DF: MS, 2006. p. 1–69. Citado na página 18.
- SILVAI, E. C.; MARTINSII, M. S. A. S.; GUIMARÃESII, L. V. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da amazônia legal. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 19, n. 1, p. 1–2, 2016. Citado na página 15.
- VIEGAS-PEREIRA, A. P. F.; RODRIGUES, R. N.; MACHADO, C. J. Fatores associados à prevalência de diabetes auto-referido entre idosos de minas gerais. *R. bras. Est. Pop.*, v. 25, n. 2, p. 1–12, 2008. Citado na página 18.