

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

GENOLI MARIA KOPP

ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA PROMOÇÃO À SAÚDE DE
HIPERTENSOS PORTADORES DE DIABETES *MELLITUS* TIPO 2

MARINGÁ-PR

2019

GENOLI MARIA KOPP

ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA PROMOÇÃO À SAÚDE DE
HIPERTENSOS PORTADORES DE DIABETES *MELLITUS* TIPO 2

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde
da Família, Universidade Federal do Paraná,
Universidade Aberta do Brasil, para obtenção do
Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Susanne Elero Betioli

MARINGÁ-PR

2019

TERMO DE APROVAÇÃO

GENOLI MARIA KOPP

ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA PROMOÇÃO À SAÚDE DE HIPERTENSOS PORTADORES DE DIABETES *MELLITUS* TIPO 2

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal do Paraná, Universidade Aberta do Brasil – UNA-SUS, para obtenção do Certificado de Especialista.

Prof^a. Dr^a. Susanne Elero Betioli

Orientador(a) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná

Prof(a). Dr(a)/Msc. _____
Departamento _____, INSTITUIÇÃO

Prof(a). Dr(a)/Msc. _____
Departamento _____, INSTITUIÇÃO

Maringá 30 de novembro de 2019.

Este trabalho é dedicado minha família e a todas as pessoas que contribuíram para que eu desenvolvesse com êxito a conclusão da Especialidade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que sempre esteve ao meu lado me guiando e dando fé para prosseguir em todos os momentos da minha vida.

Ao meu esposo e filhos por serem minha motivação e alegria.

Ao tutor André Luís Cândido da Silva, que desde o início da Especialização foi meu guia sempre orientando com paciência, serenidade.

A orientadora Susanne Betioli e a todos que contribuíram para que eu obtivesse êxito na conclusão deste trabalho.

Ensina-me, Senhor, o teu caminho, e andarei na tua verdade; une o meu
coração ao temor do teu nome. (Salmos 86 :11)

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AVC** – Acidente Vascular Cerebral
- ATI** – Academia da Terceira Idade
- AVE** - Acidente Vascular Encefálico
- ACS**- Agente Comunitário de saúde
- CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial
- CMEI** - Centro Educacional Infantil
- CIBs** – Comissões Intergestores Bipartites
- DM** – Diabetes Mellitus
- DVC** - Doença Cardiovascular
- ESF** - Estratégia Saúde da Família
- FR** - Frequência Cardíaca
- HAS** - Hipertensão Arterial Sistêmica
- IAM** – Infarto Agudo Miocárdio
- MS** – Ministério da Saúde
- NASF** - Núcleo de Apoio a Saúde da Família
- OMS** - Organização Mundial da Saúde
- PA** - Pressão Arterial
- PAD** - Pressão Arterial Diastólica
- PAS** - Pressão Arterial Sistólica
- PSF** - Programa saúde da família
- SUS** – Sistema Único de saúde
- UBS** - Unidade Básica de Saúde
- UNA-SUS** – Universidade Aberta do Sistema Único de saúde

RESUMO

O plano de intervenção se trata da atuação da equipe de saúde da família na promoção à saúde de hipertensos portadores de diabetes *mellitus* tipo 2, é um resultado do Curso de Especialização em Atenção Básica da UFPR, financiado pelo UNA-SUS. A prevalência de hipertensão em indivíduos diabéticos é duas vezes maior comparado a uma população de não diabéticos. O aumento do índice de massa corpórea e o tempo de evolução do diabetes *mellitus* são os principais determinantes da elevação da pressão arterial, particularmente a pressão sistólica. A maioria dos portadores de diabetes do tipo 2 já apresenta diagnóstico de hipertensão arterial no momento do diagnóstico de diabetes. A hipertensão arterial é um fator risco predominante para doenças cardiovasculares, sendo considerada a principal causa de morte no Brasil e no mundo. Por serem doenças tratadas e acompanhadas na Atenção Básica de Saúde, surge a motivação para intensificar as orientações focadas na importância do uso de medicamento correto, na restrição alimentar e no hábito de realizar atividades físicas, principalmente a caminhada que não gera gastos para os usuários e que podem ser realizadas a qualquer momento. O objetivo do presente projeto de intervenção foi elaborar um plano de ação com vistas a aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso e proporcionar mudanças de estilo de vida dos usuários hipertensos e portadores de diabetes tipo 2, bem como melhorar o acompanhamento dos mesmos pela equipe e prevenir complicações da hipertensão arterial, na UBS QUEBEC- Maringá-PR. O plano de intervenção teve como público alvo usuários hipertensos e portadores de diabetes tipo 2 atendidos pelo programa de saúde da família na Unidade Básica de Saúde Quebec (UBS), do município de Maringá-PR. O projeto de intervenção teve alicerce na pesquisa-ação, sendo realizado o diagnóstico situacional. Observou-se 616 usuários hipertensos, dos quais 211 também eram diabéticos. O plano de ação incluiu mudanças no atendimento e nas propostas de mudança de estilo de vida. A agenda inteligente foi elaborada facilitando o acesso do usuário e foram realizadas outras ações, tais como atividades educativas de sala de espera e grupos de caminhadas e hábitos saudáveis para atingir essa população. As mudanças foram avaliadas por meio da observação nos atendimentos específicos a esses usuários, o qual seguiu um plano de cuidados individualizado, o qual reuniu as orientações de toda a equipe multiprofissional. Observou-se que após as atividades de promoção à adesão ao tratamento e de prevenção de complicações realizadas na UBS, junto à equipe de saúde da família com apoio do NASF, houve melhoria nos fatores modificáveis, tais como níveis pressóricos, glicêmico e perfil lipídico. Foi possível perceber um avanço positivo nos indivíduos, a melhora na adesão ao tratamento, pois a maioria dos pacientes permaneceu com a pressão arterial controlada e participando de alguma das atividades propostas.

Palavras-chave: Hipertensão. Diabetes *Mellitus*. Promoção da Saúde. Estilo de vida saudável. Obesidade. Atividade Motora.

SUMMARY

The intervention plan is about the performance of the family health team in the health promotion of hypertensive patients with type 2 diabetes *mellitus*, is a result of the specialization course in primary care of UFPR, funded by una-sus. The prevalence of hypertension in diabetic individuals is twice as high compared to a non-diabetic population. Increased body mass index and time of diabetes mellitus evolution are the main determinants of elevated blood pressure, particularly systolic pressure. Most patients with type 2 diabetes are already hypertensive at the time of diabetes diagnosis. Hypertension is a predominant risk factor for cardiovascular disease, being considered the leading cause of death in Brazil and worldwide. Because these diseases are treated and followed up in primary health care, there is a motivation to intensify orientations focused on the importance of using the right medication, dietary restriction and the habit of performing physical activities, especially walking that does not generate expenses for users and that can be done at any time. The objective of the present intervention project was to develop an action plan to increase adherence to drug treatment and provide lifestyle changes for hypertensive users and patients with type 2 diabetes mellitus, as well as improve their follow-up by staff and patients. Prevent complications of high blood pressure, in the Quebec – Maringá - PR UBS. The intervention plan was aimed at hypertensive users and patients with type 2 diabetes treated by the family health program at the Quebec Basic Health Unit (UBS), in the city of Maringa - PR. The intervention project was based on action research and the situational diagnosis was made. There were 616 hypertensive users, of whom 211 were also diabetic. The action plan included changes in care and lifestyle change proposals. The smart agenda was designed to facilitate user access and other actions were taken, such as educational waiting room activities as well as action groups such as walking and habits healthy to reach this population. The changes were evaluated by observing the specific attendance to these users. It was observed that after the activities of promoting adherence to treatment and prevention of complications performed at the UBS, with the family health team supported by NASF, there was improvement in modifiable factors such as blood pressure, glycemic levels and lipid profile. It was possible to notice a positive advance in the individuals, improved treatment adherence, most patients remained with controlled blood pressure and participating in some proposed activity.

KEYWORDS: Hypertension. Diabetes *Mellitus*. Health Promotion. Healthy Lifestyle. Obesity. Motor Activity.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Nova diretriz de hipertensão da ESC.....	22
QUADRO 2 – escore de risco global	23
QUADRO 3 – Critérios diagnósticos para DM recomendados pela ADA e pela SBD.....	24
QUADRO 4 – Planejamento em Saúde.....	27

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	16
1.1	CONTEXTO E PROBLEMA.....	16
1.2	OBJETIVOS.....	18
1.2.1	OBJETIVO GERAL.....	18
1.2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
2	REVISAO DA LITERATURA.....	19
2.1	Doenças crônicas de importância na prevalência morbi-mortalidade.....	19
2.2	Hipertensão	21
2.3	Diabetes <i>mellitus</i>	23
3	MATERIAL E MÉTODOS.....	24
4	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	28
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
5.1	RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS.....	31
	REFERÊNCIAS.....	32
	APÊNDICE 1: PLANO DE CUIDADOS.....	34

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTO E PROBLEMA

O Município de Maringá situa-se na Região Noroeste do Estado do Paraná, com uma população de 403.063 habitantes (IBGE-2016) distribuída em três distritos administrativos (Maringá, Floriano e Iguatemi). É referência para os 29 municípios da 15ª Regional de Saúde e também para a Macrorregião Noroeste, que abrange cinco Regionais de Saúde (11ª, 12ª, 13ª, 14ª e 15ª RS), 115 municípios, totalizando 1.857.433 habitantes (IBGE, 2016).

A rede de atenção básica à saúde do município de Maringá nos últimos quatro anos foi ampliada de 28 para 34 Unidades Básicas de Saúde, sendo realizadas nesse período reformas, ampliações e adequações de área física em algumas delas. O modelo de Atenção Primária adotado pela Secretaria de Saúde do município de Maringá é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), em que atualmente as 74 ESF, distribuídas pelas 34 Unidades Básicas de Saúde existentes, têm uma população delimitada sob a sua responsabilidade, localizada em determinado território geográfico. Considerada a porta de entrada do SUS e eixo central da organização do sistema, as ESF em Maringá já alcançam uma cobertura de 85% da assistência (SMS MARINGA, 2017).

A UBS Quebec está localizada no setor Norte da cidade, região periférica, possui toda infraestrutura como água, esgoto, igrejas, comércios, creches, escolas, etc. A área de abrangência no Bairro Quebec tem escolas Municipais de Ensino Médio e Centro Educacional Infantil - CMEI, também conta com mais três creches infantis do município.

Conforme dados anteriores coletados na área que atuamos na UBS Quebec, observamos que algumas doenças crônicas são as principais causas de morbidades e mortalidades. Quanto à prevalência das principais doenças crônicas observadas, aponta-se que 616 pessoas apresentam hipertensão e 211 são diabéticos, sendo que desses, cerca de 80% apresentam ambas as doenças crônicas. A prevalência de hipertensos entre os maiores de 18 anos é de 19/100 pessoas, situação considerada alarmante. Nesse sentido, a equipe tem trabalhado para que haja uma mudança do estilo de vida, orientando a importância dos hábitos saudáveis e

atividade física, por meio da participação nos grupos de atividades física, em que os agentes comunitários de saúde (ACS) e profissional do NASF participam junto com a comunidade.

A prevalência de hipertensão em indivíduos diabéticos é duas vezes maior comparada a uma população de não diabéticos. O aumento do índice de massa corpórea e o tempo de evolução do diabetes *mellitus* são os principais determinantes da elevação da pressão arterial, particularmente a pressão sistólica. A maioria dos portadores de diabetes do tipo 2 já são hipertensos no momento do diagnóstico de diabetes. Particularmente nesse grupo de diabéticos há fatores de risco presentes como obesidade, sedentarismo, idade avançada, dislipidemia, tabagismo, história familiar. A obesidade e o sedentarismo associados à resistência insulínica correlacionam-se com a elevação da pressão arterial (MILECH et al, 2016; BRASIL, 2013).

A Lei n. 8.080/90, criada para regulamentar as ações e serviços de saúde do Sistema Único de saúde-SUS, explicita que: “a saúde e a doença são determinadas por diversos fatores, como: alimentação, moradia, meio ambiente, saneamento básico, trabalho, educação, lazer, o acesso aos bens essenciais” (BRASIL, 1990) Portanto, a saúde passa a ser vista de forma ampliada e como fenômeno de muitas causas determinadas, exigindo uma transformação dos serviços de saúde e ampliando o cuidado (BRASIL, 2003).

Segundo o Ministério de Saúde, “a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes *Mellitus* (DM) constituem os principais fatores de risco populacional para as doenças cardiovasculares, motivo pelo qual constituem agravos de saúde pública em que cerca de 60 a 80% dos casos podem ser tratados na rede básica. Em nosso meio, a HAS tem prevalência estimada em cerca de 20% da população adulta (maior ou igual a 20 anos) e forte relação com 80% dos casos de Acidente Vascular Encefálico-AVE e 60% dos casos de doença isquêmica do coração. Constituem, sem dúvida, o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares, cuja principal causa de morte, o AVE, tem como origem a hipertensão não controlada.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Segundo Henrique *et al* (2008), quando consideramos a HA e o DM como importantes fatores de risco para doenças cardiovasculares, e que a cronicidade da dessas doenças gera grande impacto econômico na sociedade e gastos públicos

com as complicações, se faz necessária a busca pelo modelo preventivo. Esse foi estímulo para desenvolver o projeto de intervenção, a fim de buscar formas de prevenir e adiar eventos cardiovasculares nesse grupo de pessoas diabéticas tipo 2 que desenvolveram hipertensão arterial.

De acordo com Cunningham (1992) os fatores de risco podem ser classificados em modificáveis e não modificáveis. Os últimos incluem idade, sexo, raça e história familiar de doença aterosclerótica. Os fatores de risco modificáveis, ou seja, aqueles sobre os quais o paciente e mesmo a equipe de saúde podem atuar, são dislipidemias, Hipertensão Arterial (HAS), tabagismo, Diabetes *Mellitus* (DM), sedentarismo, estresse e obesidade.

Lalonde (1974) define estilo de vida como um “conjunto de decisões individuais que afetam a saúde e sobre os quais se podem exercer certo grau de controle. As decisões e os hábitos pessoais que são maus para a saúde, criam riscos originados pelo próprio indivíduo. Quando estes riscos resultam em enfermidade ou morte se pode afirmar que o estilo de vida contribuiu ou causou a enfermidade ou disfunção”.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, (World Health Organization, 2004) estilo de vida é “o conjunto de hábitos e costumes que são influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização. Esses hábitos e costumes incluem o uso de substâncias tais como o álcool, fumo, chá ou café, hábitos dietéticos e de exercício”.

Atuar na Atenção Básica de forma preventiva, orientando e estimulando os pacientes a aderirem ao tratamento e à mudança de estilo de vida, pode diminuir os riscos de complicações posteriores.

1. 2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um plano de ação voltado aos usuários hipertensos e portadores de diabetes *mellitus* tipo 2, com vistas ao aumento da adesão ao tratamento medicamentoso, às mudanças de estilo de vida, bem como ao acompanhamento dos mesmos pela equipe a fim de prevenir complicações, na UBS QUEBEC- Maringá-PR.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar o perfil dos pacientes diabéticos que desenvolveram a hipertensão arterial, na área abrangente da Estratégia Saúde da Família (ESF) da Unidade Básica de Saúde Quebec;
2. Elaborar atividades educativas orientando uso racional e discriminado de medicamentos e mudança de estilo de vida dos pacientes diabéticos que desenvolveram a hipertensão arterial;
3. Avaliar e estabelecer plano de ação de prevenção das complicações crônicas que podem ser evitadas quando precocemente identificadas e adequadamente tratadas;
4. Promover a conscientização e adesão ao tratamento não medicamentoso e às mudanças propostas nos hábitos de vida para melhor resultado de tratamento;
5. Divulgar e orientar por meio dos instrumentos disponíveis como sala de espera e informativos sobre os programas de educação e tratamentos disponíveis na rede pública de saúde-SUS.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 DOENÇAS CRÔNICAS DE IMPORTÂNCIA NA PREVALÊNCIA DA MORBI-MORTALIDADE.

A HAS e o DM são doenças que apresentam vários aspectos em comum, tanto na patogenia, que identifica resistência insulínica, resistência vascular periférica aumentada e a disfunção endotelial, quanto nos fatores de risco, tais como obesidade, dislipidemia e sedentarismo, na cronicidade, por serem doenças incuráveis, requerendo acompanhamento eficaz e permanente e nas complicações crônicas. (MALFATTI; ASSUNÇÃO, 2011).

Segundo linha guia de hipertensão da secretaria do Estado de Saúde do Paraná “a Hipertensão arterial sistêmica e o diabetes *mellitus* representam dois dos

principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário em nível nacional. A hipertensão 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 (PARANÁ, 2018).

A HAS e DM constituem os principais fatores de risco populacional para as doenças cardiovasculares, motivo pelo qual constituem agravos de saúde pública que podem ser tratados na rede básica, a maioria dos casos. Portanto, há necessidade de reconhecer os pacientes com maior risco de eventos graves como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), e ter controle anual de exames de rotina para diminuir as morbidades através da terapêutica preventiva (PARANA, 2018)

Diabetes *mellitus* é uma alteração metabólica caracterizada por hiperglicemia e glicosúria, causando um desequilíbrio entre a utilização de glicose pelos tecidos, liberação de glicose pelo fígado e a produção e liberação de hormônios pancreáticos, da hipófise anterior e da suprarrenal. Ela atua na hipertensão arterial devido à resistência à insulina, que é uma condição típica do diabético tipo 2, bem como uma falha no organismo que impede que a glicose circulante entre nas células, causando um aumento de glicose na corrente sanguínea (McLELLAN *et al*, 2007).

Desse modo, ocorre a reabsorção de água e sódio juntamente à glicose filtrada nos rins, contribuindo para o enrijecimento das artérias e aumento da pressão dos vasos sanguíneos. Quando há excesso de glicose circulando o pâncreas começa a produzir mais insulina, na tentativa de jogar a glicose dentro das células, esse aumento da demanda estimula o sistema nervoso simpático que aumenta os batimentos cardíacos e estimula a contração dos vasos sanguíneos em consequência aumenta a pressão dos vasos novamente. (McLELLAN *et al*, 2007).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017) estima-se que glicemia elevada é o terceiro fator de maior importância da causa de mortalidade prematura, superada apenas por pressão arterial aumentada e uso de tabaco. Infelizmente, muitos governos, sistemas de saúde pública e profissionais de saúde ainda não se conscientizaram da atual relevância do diabetes e de suas complicações. A hipertensão arterial é 2,4 vezes mais frequente nos indivíduos com

diabetes, chegando a ser 3,8 vezes maior nos indivíduos com menos de 44 anos de idade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017)

A educação em saúde é uma ferramenta que podemos utilizar para orientação e prevenção de eventos cardiovasculares e outras complicações crônicas nos pacientes diabéticos e hipertensos. Podemos realizar um plano de intervenção no sentido de prevenir, adiar o processo patológico da hipertensão arterial no diabético e suas complicações. Podemos criar ações voltadas para os fatores de risco externos modificáveis, os quais influenciam o desenvolvimento da hipertensão, tais como: fumo, consumo de bebidas alcoólicas, obesidade, estresse, elevado consumo de sal, níveis elevados de colesterol, sedentarismo. Em conjunto é importante considerar os fatores de risco não modificáveis, pois se sabe que a incidência da pressão alta é maior na raça negra, em diabéticos e aumenta com a idade (PERES et al, 2007; BRASIL, 2013).

2.2 HIPERTENSAO ARTERIAL

Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2019), “a hipertensão acomete uma em cada quatro pessoas adultas no Brasil e está presente em torno de 5% das crianças brasileiras. Após os 60 anos de idade, estima-se que mais de 50% da população do país tenha hipertensão. Ela é responsável por 40% dos casos de infarto, 80% de AVE e 25% de insuficiência renal terminal... Entre as causas externas para essa enfermidade estão pré-disposição hereditária, idade (envelhecimento), etnia (negros são mais propensos a serem hipertensos) e peso (obesidade é um fator de risco). Falta de exercícios físicos, má alimentação, consumo excessivo de sal e de álcool, tabagismo e estresse são fatores internos que favorecem o desenvolvimento da hipertensão” (XXVII Congresso da Sociedade Brasileira de Hipertensão – agosto 2019)

A definição de Pressão Arterial (PA) é a força que o sangue exerce dentro dos vasos sanguíneos, portanto, a hipertensão arterial é definida como uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (MINISTÉRIO DA SAÚDE , 2006).

De acordo com o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL, 2017), a prevalência de hipertensão autorreferida passou de 22,6% em 2006 para 24,3% em 2017. A pressão alta tende a aumentar com a idade, chegando a estar presente em 60,9% dos idosos com 65 anos e mais; e foi menor entre aqueles com maior escolaridade, correspondendo a 14,8% daqueles com 12 anos ou mais de estudo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Segundo o Ministério de Saúde (2018), 388 pessoas morrem por dia devido à hipertensão arterial. Trata-se de uma doença silenciosa, normalmente quando apresentam sintomas o indivíduo já apresenta os níveis pressóricos bem elevados. A única maneira de diagnosticar a hipertensão arterial é aferindo. Recomendações do Ministério Saúde é aferir a pressão regularmente, em pessoas acima de 20 anos de idade devem aferir a pressão ao menos uma vez por ano. Se houver casos de pessoas com pressão alta na família, deve-se medir no mínimo duas vezes por ano.

A nova diretriz de hipertensão da Sociedade Europeia de Cardiologia (2018) indica os parâmetros para a identificação de hipertensão arterial, conforme quadro abaixo:

QUADRO 1: nova diretriz de hipertensão da Sociedade Europeia de Cardiologia (2018).

ESC 2018	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Ótimo	< 120	< 80
Normal	120-129	80-84
Normal-Alto	130-139	85-89
Estágio 1	140-159	90-99
Estágio 2	160-179	100-109
Estágio 3	≥ 180	≥ 11

Fonte: <https://docplayer.com.br/317625-A-hipertensao-no-diabete.html>

Conforme nova diretriz de hipertensão da Sociedade Europeia de Cardiologia (2018) é recomendado o uso de um escore para estimar o risco cardiovascular, que leve em consideração o valor da pressão arterial basal e o conjunto de fatores de risco para eventos cardiovasculares (infarto agudo miocárdio, acidente vascular cerebral ou morte). Na Europa, eles utilizam o score, mas no Brasil a Sociedade Brasileira de Cardiologia recomenda o escore de risco global. Além disso, informações da história, exame físico e exames complementares ajudam a refinar a classificação de risco:

QUADRO 2: ESCORE DE RISCO GLOBAL

Baixo	SCORE < 1% ERG < 5%
Moderado	SCORE 1-5% ERG 5-20% (H) ou 5-10% (M) HAS estágio 2
Alto	SCORE 5-10% TFGe 30-59 ml/min/m ² HVE (etiologia hipertensiva) DM sem lesão órgão-alvo HAS estágio 3 Hipercolesterolemia familiar (e equivalentes)
Muito Alto	SCORE ≥ 10% ERG > 20% (H) ou > 10% (M) TFGe < 30 ml/min/m ² DM com lesão órgão-alvo Doença cardiovascular estabelecida Aterosclerose comprovada (ex: placa >50% carótida) Evento cardiovascular prévio

a. *TFGe: taxa de filtração glomerular estimada; ERG: escore de risco global.

Fonte: <https://pebmed.com.br/nova-diretriz-de-hipertensao-da-esc-2018/>

2.3 DIABETES

Segundo o Ministério da Saúde (2018), o diabetes *mellitus* é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas.

A diabetes é uma doença crônica em que o pâncreas não produz insulina, no caso da Diabetes tipo 2; ou tem uma resistência à insulina, em que produz uma quantidade insuficiente de insulina, que se torna ineficaz para o metabolismo. A insulina é um hormônio que tem função de quebrar moléculas de glicose e transformar tais moléculas em energia para nosso organismo, a insulina age como

uma chave abrindo a célula e colocando a glicose para dentro da célula. (Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018).

Quadro 3: Critérios diagnósticos para DM recomendados pela Associação Americana de Diabetes e pela Sociedade Brasileira de Diabetes.

Exame	Normal	Pré-Diabetes	Diabetes
Glicemia de jejum (mg/	< 100	100 a 125	≥ 126
Glicemia 2 horas após TOTG com 75 g de glicose (mg/dL)	< 140	140 a 199	≥ 200
Hemoglobina glicada (%)	< 5,7	7 a 6,4	≥ 6,5

Fonte: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd->

3. METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

O plano de intervenção teve como público alvo usuários hipertensos e portadores de diabetes tipo 2 atendidos pelo Programa de Saúde da Família – PSF, na Unidade de Saúde Quebec do município de Maringá-PR.

Para elaboração do plano de intervenção de acordo com planejamento estratégico situacional, foi realizado um diagnóstico situacional da área de atuação no Programa de Saúde da Família-PSF. Utilizou-se a metodologia de pesquisa-ação, que conforme Trip (2005) é uma metodologia que requer ação tanto nas áreas da prática quanto da pesquisa, de modo que, em maior ou menor medida, terá características tanto da prática rotineira quanto da pesquisa científica.

A participação dos pesquisadores é explicitada dentro do processo do “conhecer” com os “cuidados” necessários para que haja reciprocidade/complementariedade por parte das pessoas e grupos implicados, que têm algo a “dizer e a fazer”. Não se trata de um simples levantamento de dados. (BALDISSERA, 2001, p 6)

Segundo Vergara (2005) a pesquisa-ação objetiva, simultaneamente, intervenção, elaboração de conhecimento e seu desenvolvimento. O desenvolvimento do conhecimento é um processo cíclico contínuo, no qual a combinação do desenvolvimento, baseada na pesquisa e no pré-entendimento implícito do pesquisador, leva a uma ação; e a reflexão sobre a ação corrobora para

o desenvolvimento teórico. A validade da pesquisa-ação decorre de a teoria desenvolvida ser incremental e fundamentar-se na ação (EDEN; HUXHAM, 2001; ROESCH, 2001).

A pesquisa-ação é, muitas vezes, tratada como sinônimo de pesquisa participante ou pesquisa colaborativa. Tanto a pesquisa-ação quanto a pesquisa participante têm como origem a psicologia social e as limitações da pesquisa tradicional, dentre as quais se evidencia o distanciamento entre o sujeito e o objeto de pesquisa, fator que ressalta a necessidade de inserção do pesquisador no meio e a participação efetiva da população investigada no processo de geração de conhecimento (HAGUETE, 1999).

3.2 CARACTERIZAÇÕES DA ORGANIZAÇÃO

A UBS Quebec está localizada no setor Norte da cidade, região periférica, possui toda infraestrutura como água, esgoto, igrejas, comércios, creches, escolas, etc. A área de abrangência no Bairro Quebec tem escolas Municipais de Ensino Médio e Centro Educacional Infantil - CMEI, também conta com mais três creches infantis do município.

3.3 UNIVERSOS DA PESQUISA

O universo da pesquisa englobou os usuários e equipe de saúde da família sobre a compreensão e adesão ao serviço prestado ao usuário, de forma observatório, instrumentação e proposição de novas atividades que proporcionassem a melhoria da qualidade de vida da saúde dos usuários, considerando os programas existentes.

3.4 INSTRUMENTOS UTILIZADOS

O instrumento da pesquisa foi elaborado através de manuais e protocolos do Ministério da Saúde (2013) e linhas guias de hipertensão e diabetes do estado do Paraná (2018) e protocolo Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)

estabelecidas pela Rede de Atenção Saúde da 15ª Regional de Saúde conforme pactuação e Comissões Intergestores Bipartites (**CIBs**). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Foi utilizada a estrutura física existente da UBS, sendo utilizados os consultórios equipados com computadores e impressoras, balança antropométrica, aparelhos de glicosímetro e esfigmomanômetro, estetoscópio, equipamentos de audiovisual como projetor de imagens, televisores, bem como os instrumentos disponíveis na comunidade como a Academia da terceira Idade (ATI) e o Centro comunitário, além dos recursos humanos da equipe de atendimento da UBS.

3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foi realizado levantamento dos usuários do Programa de Saúde da Família-PSF da Unidade Básica de Saúde Quebec, através do cadastro dos usuários em sistema E-gestor e E-SUS. Após levantamento foi realizada a elaboração de agenda inteligente, a fim de proporcionar e facilitar o acesso ao atendimento multidisciplinar e, em seguida, elaboradas atividades de promoção à adesão ao tratamento de prevenção de complicações e promoção a qualidade de vida dos usuários hipertensos e portadores de diabetes tipo 2.

As ações de educação em saúde ocorreram por meio de orientações em sala de espera com profissionais da equipe Estratégia Saúde da Família (ESF) e equipe do núcleo de apoio à saúde da família (NASF), incluindo nutricionista, educador físico, farmacêutico, assistente social, fisioterapeuta.

Realizou-se atividades de atendimentos em um período de 180 dias, divididos em dois ciclos de 90 dias, sendo cada atendimento com 1(um) grupo composto por 16 usuários, sendo atendidos 4 pacientes a cada 60 minutos. Totalizaram-se 20 grupos cada ciclo com 320 atendimentos, nos quais verificou-se a estratificação de risco dos usuários conforme linha guia da hipertensão e do diabetes do estado do Paraná.

Durante os atendimentos foram estabelecidos a classificação e o plano de cuidados (APÊNDICE 1) a cada usuário e observada a sua evolução, com a análise dos fatores modificáveis, tais como: níveis pressóricos, glicêmico e perfil lipídico, utilizando estrutura existente na atuação profissional e da equipe de ESF.

3.6 PLANEJAMENTO DAS AÇÕES EM SAÚDE

Apresenta-se a seguir a tabela com o planejamento das ações em saúde propostas.

PLANEJAMENTO EM SAÚDE

Problema priorizado: Pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes					
Ações	Indicadores	Parâmetros (Bom, regular, ruim, satisfatório, ótimo, insatisfatório)	Finalidade (Conhecimento, de Gerência ou de Decisão).	Momento de realização (Ação é ex-ante ou ex- post)	Natureza (Ação é normativa ou de pesquisa avaliativa)
1º Realizar estratificações para grupo de risco de IAM.	Acima de 90%	Ótima-	Conhecimento (diagnóstico de saúde)	ex-post	Avaliativa
2º Realizar exames de glicemia e hemoglobina glicada	De 70 a 89%	Bom	Conhecimento (diagnóstico de saúde); Gerência controle	Ex- post	Normativa
3º Encaminhar para Especialistas Endócrino / cardiologista	De 70 a 89%	Bom	Gerência (acompanhamento)	Ex-post	Avaliativa

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Conforme dados anteriores coletados na área que atuamos na UBS Quebec, observamos que algumas doenças crônicas são as principais causas de morbidades e mortalidades. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi identificada em 616 pessoas, das quais 211 eram portadoras de diabetes *mellitus* tipo 2.

Quanto à estrutura física da UBS, a mesma proporciona espaço adequado para atendimento, com equipamento e materiais suficientes. Quanto aos recursos humanos, as equipes de ESF e NASF encontram-se completas, com plena atuação e em contínua capacitação e atualização de conhecimentos.

Mesmo dispondo de toda a estrutura da UBS e equipes atuantes, quando se trata da adesão ao acompanhamento e tratamento entre os usuários cadastrados, observa-se que em média apenas 50% possuem adesão. Isso ocorre devido a alguns fatores, tais como parte desses usuários serem trabalhadores em idade produtiva e esses atendimentos serem realizados em horário comercial, mesmo a UBS disponibilizando acesso em horário diferenciado das demais até às 21:00h. Esse problema está sendo avaliado e encontra-se organizado em fase de implementação desses atendimentos em horário diferenciado, utilizando a própria estrutura da UBS.

Conforme Gewehr et al (2018) a adesão ao tratamento de uma doença consiste em seguir o que foi proposto pelos profissionais de saúde. Já a não adesão ao tratamento farmacológico significa o abandono do uso dos medicamentos, sem orientação médica; ou a execução de forma irregular do tratamento, seja na prática de atrasar a tomada do medicamento ou de realizar pequenas interrupções da terapêutica prescrita. A baixa adesão ao tratamento é um dos principais fatores para a persistência de valores elevados da PA. Outro grau de dificuldade foi observado quanto à subutilização dos serviços, ou seja, o usuário só utiliza a dispensação de medicamentos por fazer uso de saúde suplementar, os

denominados planos de saúde, havendo pouca adesão desses usuários às atividades de educação e promoção em saúde.

4.2 RESULTADOS

Foram observados nesse período melhor adesão dos pacientes ao tratamento, a frequência nas consultas médicas de controle e de acompanhamento após reorganização da agenda de atendimento. As ações como encaminhar para avaliação multiprofissional, entre eles nutricionista, educador físico, farmacêutico e para consultas especializadas e a atenção aos fatores modificáveis tiveram uma avaliação positiva, conforme relatos dos usuários nos atendimentos de acompanhamento.

As mudanças de agenda programando as consultas conforme a individualidade do usuário e facilitando o acesso a essa agenda, não deixando condicionada a um programa específico, deu liberdade ao usuário para se programar e participar de consultas agendadas conforme a indicação de sua situação crônica. Ainda, as ofertas em horários alternativos visando acesso aos usuários trabalhadores e programação das atividades de sala de espera educativas proporcionaram reações positivas, gerando melhor participação.

Carvalho Filha, Nogueira e Medina (2014), em seu estudo sobre a adesão ao tratamento para hipertensão e diabetes, observaram que quando os profissionais da equipe se envolvem em atividades de cadastro, organização de agenda e educação em saúde, melhoram a adesão ao tratamento por transmitir confiança ao usuário.

Porém, alguns recursos como o acesso às especialidades médicas, tais como cardiologia, endocrinologia e nefrologia, o usuário tem um tempo de espera que não atende o tempo indicado pelos programas propostos pela rede de atenção à saúde. Isso tem impacto negativo, principalmente aos usuários de alto risco cardiovascular e complicações de doenças crônicas.

Exames de imagens especializadas, tais como *ecodoppler* e teste ergométrico, só podem ser solicitados pelas especialidades, conforme protocolo do município, aumentando assim essa lista de espera.

Ainda, conforme Carvalho Filha, Nogueira e Medina (2014) a dificuldade de acesso aos exames e medicamentos que não constam na farmácia básica também podem ser fatores de baixa adesão ao tratamento na atenção básica.

As ações educativas em sala de espera abordaram temas relacionados às patologias e doenças crônicas, e os recursos necessários encontravam-se disponíveis. Realizaram-se grupos de caminhada e atividade física, grupos de hábitos saudáveis e grupos de convivência para fortalecer a adesão ao acompanhamento e tratamento da hipertensão e diabetes.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial é um fator risco predominante para doenças cardiovasculares, e a cronicidade dessa patologia associada ao diabetes gera grande impacto econômico na sociedade. Portanto, se faz necessário buscar alternativas preventivas para diminuir as complicações, sendo importante a conscientização das pessoas, a fim de melhorar a adesão ao tratamento e proporcionar mudanças no estilo de vida.

Por serem doenças tratadas e acompanhadas na Atenção Básica de Saúde, surge a motivação para intensificar as orientações focadas na importância do uso dos medicamentos de forma correta, na restrição alimentar conforme orientações de nutricionista, e no hábito de realizar atividades físicas, principalmente a caminhada, que não gera custos financeiros para os usuários, e que pode ser realizada a qualquer momento.

Observou-se que após as atividades de promoção à adesão ao tratamento e à prevenção de complicações realizadas na UBS, junto à equipe de saúde da família com apoio do NASF, houve mudança nos fatores modificáveis, tais como níveis pressóricos, glicêmicos e perfil lipídico dos usuários. Percebeu-se um avanço positivo nos indivíduos, uma melhor adesão ao tratamento, em que a maioria dos

pacientes se encontra com a pressão arterial controlada e participando de alguma das atividades propostas.

A organização de uma agenda inteligente em que o usuário tem acesso facilitado ao atendimento, bem como a proposta de terapias não medicamentosas supervisionadas pela equipe ESF e NASF, fez com que houvesse maior adesão e compreensão da necessidade do autocuidado.

5.1 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

Diante dessa experiência recomenda-se a avaliação de resolutividade das ações propostas, tais como avaliação de exames laboratoriais com objetivo de verificar os níveis de colesterol, triglicérides e níveis glicêmicos, além da avaliação quanto à diminuição de complicações decorrentes de doenças crônicas e diminuição de internações por complicações por essas doenças. Acredita-se que essa recomendação seja pertinente ao considerar que as ações propostas e desenvolvidas terão resultados a médio e longo prazo.

A implementação de agendas de fácil acesso também pode ser avaliada na adesão aos diversos tratamentos e à promoção da qualidade de acesso e de atendimento aos usuários da atenção primária à saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: **CONASS**, 2003. 604 p

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.

CARVALHO FILHA, F.S.S.; NOGUEIRA, L.T.; MEDINA, G. Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 265-278, out 2014.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016) / ADOLFO MILECH...[ET. AL.]; ORGANIZAÇÃO JOSÉ EGÍDIO PAULO DE OLIVEIRA, SÉRGIO VENCIO - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf> acesso 10/11/2019

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 / Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. -- São Paulo : Editora Clannad, 2017. Vários autores. Vários coordenadores. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf> acesso 10/11/2019

GEWEHR,D.M.; BANDEIRA,V.A.C.; GELATTI,G.T.;COLET,C.F. OLIVEIRA,K.R. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. **Saúde debate** V. 42, N. 116. RIO DE JANEIRO, 2018, P. 179-190.

HENRIQUEIN.N.; COSTAI, P.S.; VILETII, J.L.; CORRÊAI, M.C.M.; CARVALHOII, E.C. **Hipertensão arterial e diabetes mellitus: um estudo sobre os programas de atenção básica**. Rev. Enfer. UERJ, Rio de Janeiro, 2008 abr/jun; 16(2):168-73

MALFATTI,C.R.M.; ASSUNÇÃO,A.N. **Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família**. Ciência & Saúde Coletiva, 16(Supl. 1):1383-1388, 2011.

MCLELLAN, K.C.P.; BARBALHO, S.M.; CATTALINI, M.; LERARIO, A.C. **Diabetes mellitus do tipo 2, síndrome metabólica e modificação no estilo de vida**. Rev. Nutr., Campinas, 20(5):515-524, set./out., 2007.

NOVA DIRETRIZ DE HIPERTENSÃO DA ESC 2018 29/08/2018 por [Ronaldo Gismondi](#). Disponível em: <https://pebmed.com.br/nova-diretriz-de-hipertensao-da-esc-2018/> acesso em 30/10/2019.

PARANÁ. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. Superintendência de Atenção à Saúde. P223I **Linha guia de hipertensão arterial / SAS**. – 2. ed. – Curitiba: SESA, 2018, 52p.

PARANÁ. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. Superintendência de Atenção à Saúde. P223I **Linha guia de diabetes mellitus / SAS**. – 2. ed. – Curitiba: SESA, 2018. 57p.

PÉRES, D.S.; SANTOS, M.A.; ZANETTI, M.L.; FERRONATO, A.A. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. **Rev Latino-am Enfermagem** 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/pt_07.pdf acesso em 10/11/2019

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARINGÁ-PR 2018/2021 Aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em 08/08/17 disponível em: <http://www2.maringa.pr.gov.br/sistema/arquivos/0c64adaa50a1.pdf> acesso em 21/09/2019

UM EM CADA QUATRO BRASILEIROS ADULTOS DIZEM TER DIAGNÓSTICO MÉDICO DE HIPERTENSÃO. Por Victor Maciel, da agência saúde. Disponível em :<http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43123-um-em-cada-quatro-brasileiros-adultos-dizem-ter-diagnostico-medico-de-hipertensao> acesso em 07/11/2019.

Apêndice 1

PLANO DE CUIDADOS AO PACIENTE HIPERTENSO E PORTADOR DE DIABETES.

EQUIPE ESF _____ MICRO _____

Nome: _____

Data de Nascimento ___ / ___ / ___ Idade ___ PRONTUARIO _____

Endereço _____

Bairro _____ Cidade _____ ESTADO: _____

USB de Origem _____ Município _____

HISTÓRICO CLÍNICO

Orientação e Prescrição da Equipe Multiprofissional

Enfermagem:

Assinatura e Carimbo

Retorno em / /

Médico ESF:

Assinatura e Carimbo

Retorno em / /

Equipe NASF:

Assinatura e Carimbo

Retorno em / /

Outros profissionais (_____)

Assinatura e Carimbo

Retorno em / /