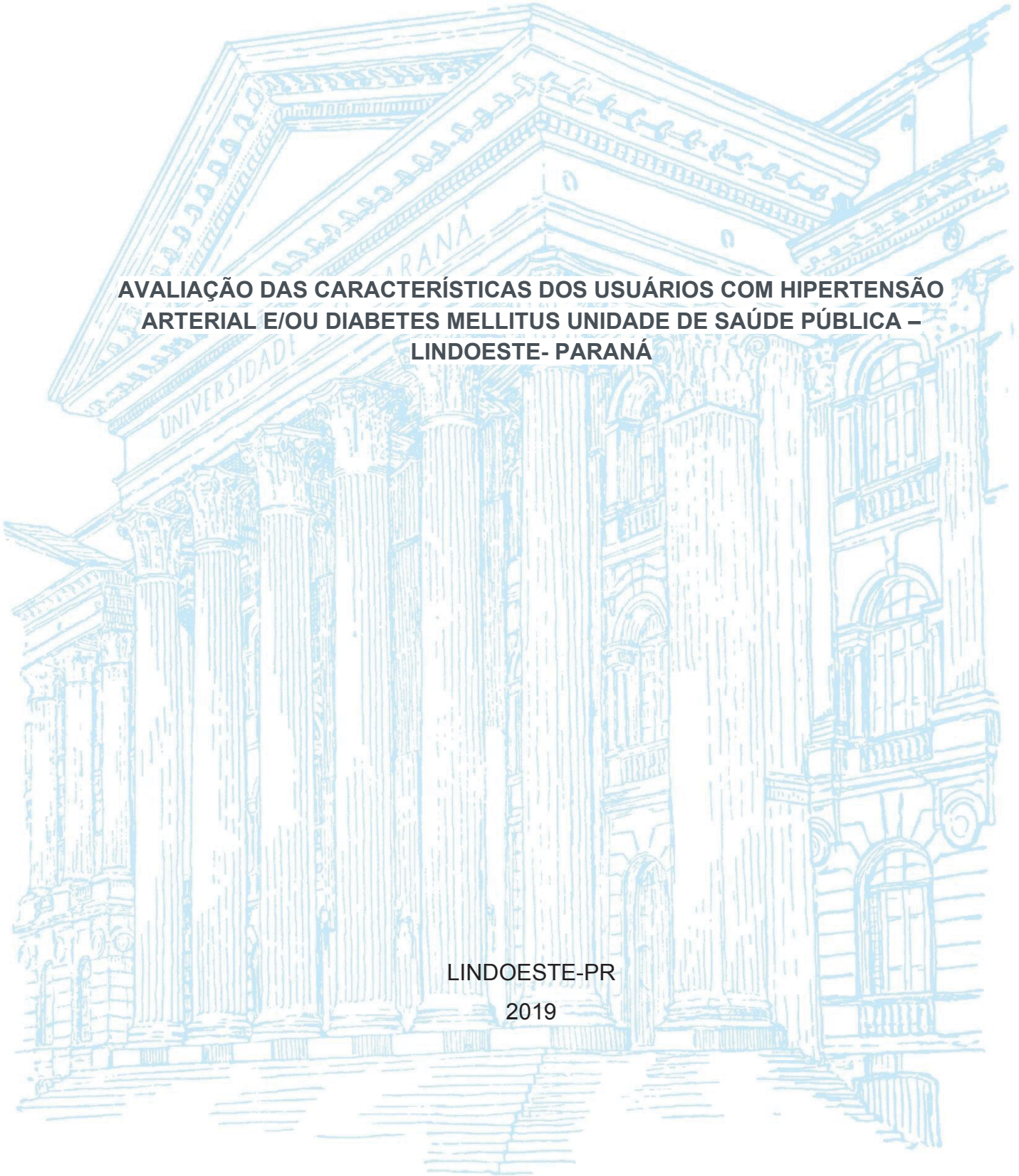


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LUIZ CEZARIO DA COSTA

**AVALIAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL E/OU DIABETES MELLITUS UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA –
LINDOESTE- PARANÁ**

LINDOESTE-PR
2019



LUIZ CEZARIO DA COSTA

**AVALIAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL E/OU DIABETES MELLITUS UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA –
LINDOESTE- PARANÁ**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Atenção Básica.

Orientador: Prof. Dr. Gibran Frandoloso

LINDOESTE
2019

Dedico este trabalho aos demais estudiosos e que estão sempre em busca de aperfeiçoamento para melhor atender ao próximo com qualidade e bem estar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pois sem ele nada conseguiria. Agradeço minha família pela força e por estarem sempre presente. Aos mestres por se empenharem em nos ajudar

Sei o que devo ser e ainda não sou, mas rendo graças a Deus por estar trabalhando, embora lentamente, por dentro de mim próprio, para chegar, um dia, a ser o que devo ser.(Chico Xavier)

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo avaliar as características dos pacientes portadores de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus em uma Unidade de Saúde Pública em Lindoeste – Paraná. A hipertensão e o diabetes são doenças não transmissíveis que constituem um grande problema de saúde pública por sua magnitude, dificuldade de controle e adesão adequada ao tratamento, complicações potenciais e aumento dos custos públicos gerado por internações. Os métodos utilizados envolveram a identificação de fatores que diminuem a adesão adequada ao tratamento, revisão de literatura e elaboração de plano de ação. Foram identificados problemas como: baixa escolaridade, desconhecimento sobre a doença e suas potenciais complicações, uso inadequado dos medicamentos e sedentarismo com das principais causas de piora no estado de saúde dos portares das doenças. Para o enfrentamento do problema foram elaboradas estratégias de reorganização do processo de trabalho da unidade de saúde, busca ativa dos pacientes para avaliação das dificuldades encontradas por eles para seguir o tratamento adequado, abordagem dos temas através de palestras realizadas na unidade. Pretende-se com este trabalho estimular a autonomia dos pacientes em relação ao seu estado de saúde e propiciar melhorias na sua qualidade de vida de forma significativa para a população da Unidade de Atenção Primária Saúde da Família (UAPSF) Cielito.

Palavras-chave: Hipertensão arterial 1. Diabetes mellitus 2. Unidade de Saúde Pública 3. Fatores de risco 4. Qualidade de vida 5.

ABSTRACT

This study aims to evaluate the characteristics of patients with arterial hypertension and / or diabetes mellitus in a public health unit in Lindoeste - Paraná. Hypertension and diabetes are noncommunicable diseases that are a major public health problem due to their magnitude, difficulty in controlling and adhering to treatment, potential complications and increased public costs generated by hospital admissions. The methods used involved the identification of factors that decrease adequate adherence to treatment, review of the literature and elaboration of action plan. Problems such as low education level, lack of knowledge about the disease and its potential complications, inadequate use of medications and sedentarism have been pointed out as the main causes of worsening of the health status of patients with diseases. To address the problem, strategies were developed to reorganize the work process of the health unit, actively seek patients to assess the difficulties encountered to follow the appropriate treatment and to address the issues through lectures held at the unit. The objective of this study is to stimulate patients' autonomy in relation to their health status and to provide improvements in the quality of life in a significant way for the population of the Primary Health Unit (UAPSF) Cielito.

Keywords: Hypertension 1. Diabetes mellitus 2. Public Health Unit 3.
Risk factors 4. Quality of life 5.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – FLUXOGRAMA DE RASTREAMENTO E DIAGNOSTICO DE HAS	28
FIGURA 2 – RASTREAMENTO DO DIABETES MELLITUS NA POPULAÇÃO DIABETES RISK SCORE.....	37
FIGURA 3 – FIGURA 3. AVALIAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E/OU DIABETES MELLITUS UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA– LINDOESTE- PARANÁ.....	45

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ACS	- Agente Comunitário de Saúde
APS	- Atenção Primária em Saúde
AVC	- Acidente Vascular Cerebral
DCV	- Doença Cardio Vascular
DM	- Diabetes Mellitus
FR	- Fatores de Risco
HAS	- Hipertensão Arterial
PA	- Pressão Arterial
UAPSF	- Unidade de Atenção Primária Saúde da Família
UBS	- Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	16
1.3 JUSTIFICATIVA	18
1.4 OBJETIVOS	18
1.4.2 Objetivos específicos	18
1.5 METODOLOGIA.....	19
2 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA	22
2.1 CONCEITO	22
3 DIABETE MELLITUS	34
3.1 CONCEITO	34
3.2 CLASSIFICAÇÃO.....	34
3.3 EPIDEMIOLOGIA.....	35
3.4 PREVENÇÃO.....	36
3.5 RASTREAMENTO	37
3.6 DIAGNÓSTICO	39
3.7 TRATAMENTO.....	39
3.7.1 Plano de Cuidado.....	39
3.7.2 Automonitoramento domiciliar da glicemia.....	41
5. RESULTADOS ESPERADOS	44
6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	44
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS	48

1 INTRODUÇÃO

1.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Lindoeste é um município brasileiro do Oeste do Estado Paraná, sua população estimada em 2010 era de 5.363 habitantes, e sua economia baseada na agricultura. Elevado à categoria de município com a denominação de Lindoeste, pela lei estadual n.º 9006, de 12 de junho 1989, desmembrado de Cascavel. É, portanto, um município recente na história do Paraná, que surgiu com a colonização das terras em função de madeiras existentes na região, com o objetivo de assentar os trabalhadores destas madeiras que vinham de outros estados. (LINDOESTE. Prefeitura Municipal, 2019)

A Unidade de Atenção Primária Saúde da Família (UAPSF) Cielito, está localizada no bairro Cielito desta cidade e é composta pelos seguintes profissionais: 1 Médico Clínico Geral, 1 Enfermeira, 1 Técnica de enfermagem, 4 Agentes Comunitária de Saúde (ACS), 1 Recepcionista, 1 Auxiliar de farmácia, 1 Auxiliar de serviços gerais e 2 Dentistas. No último mapeamento foram cadastrados 2800 usuários.

A unidade fica em uma área próxima da população, porém muitos usuários vivem em áreas rurais, o que dificulta o acesso aos serviços de saúde oferecidos pelo município. Muitos usuários utilizam o transporte escolar como meio para acessar a UAPSF.

O atendimento é realizado através de consultas por agendamento conforme o cronograma abaixo.

QUADRO 1 – CRONOGRAMA DE ATENDIMENTO

Dia da semana	Manha	Tarde
Segundas	Saúde mental	Agendamento
Terças	Hipertensão e diabetes	Agendamento
Quartas	Idosos	Visita domiciliar
Quintas	Pré-natal e puericultura	Agendamento
Sextas	Não há atendimento medico	Não há atendimento medico

A equipe em geral, tem uma boa relação com os usuários, pois a maioria dos profissionais são moradores do município e conhecem os munícipes e suas necessidades.

O município conta também, com um hospital com 15 leitos de internação e Unidade de Pronto Socorro. Há também outros serviços como 1 Unidade de Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e 1 equipe de Núcleo de Apoio em Saúde da Família (NASF) composta por 1 psicóloga, 1 fisioterapeuta e 1 assistente social. Possui também 1 Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI) e 1 colégio municipal que atende do 1º ao 9º ano.

A maior procura pelas atividades do serviço de saúde do município acontece por usuários portadores de doenças crônicas que, em sua maioria, precisam de renovação de receitas e também pelos portadores de dores musculares crônicas relacionadas aos esforços físicos exigidos no trabalho do campo.

A principal vulnerabilidade é a grande quantidade de idosos e baixa escolaridade da população.

1.2 PROBLEMA

Um dos problemas encontrados nesta unidade de saúde são os pacientes com doenças crônicas sem acompanhamento adequado.

Na população assistida por esta UAPSF, foram identificados vários pacientes com doenças crônicas sem acompanhamento adequado pelos mais variados motivos.

Os pacientes, mesmo já sendo diagnosticados, não vão a UAPSF para acompanhamento, piorando sua condição atual e dificultando a identificação das possíveis complicações das doenças. Sabemos que existe uma grande parcela que desconhecem as complicações devido ao nível baixo de escolaridade e classe social. Há essa correlação, as principais complicações são: uso incorreto de medicamentos de uma forma geral, agravamento das doenças, aumento da mortalidade em geral e aumento do número de internações.

Para que ocorra maior engajamento, o primeiro passo é envolver a equipe toda com o problema atual identificado, visando uma melhoria da qualidade de vida da população.

Visto que as unidades de saúde têm a função do atendimento longitudinal, devemos diariamente tentar aumentar a resolubilidade das intervenções realizadas diariamente melhorando o processo de saúde-doença.

1.3 JUSTIFICATIVA

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), saúde significa não apenas a ausência de doença, mas um estado de completo bem-estar físico, mental e social, sendo encarada como um direito social, inerente à condição de cidadania, que deve ser assegurado sem distinção de raça, de religião, ideologia política ou condição socioeconômica.

O problema identificado na comunidade foi uma quantidade elevada de pacientes já com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) sem acompanhamento adequado. Foi observado que os pacientes que não retornam na UBS (Unidade Básica de Saúde) para acompanhamento contínuo e ou renovação de receita nas datas programadas. Nota-se que muitos deles buscam serviços de emergência para renovação de receitas quando deveriam estar sendo acompanhados periodicamente pela UBS.

Nós como profissionais de saúde devemos aumentar a adesão dos pacientes aos tratamentos instituídos como uma prioridade, buscando estratégias para aumentar e atingir a saúde plena.

1.4 OBJETIVOS

Identificar fatores que diminuem a adesão adequada ao tratamento de HAS e DM podendo piorar o estado de saúde, envolver a equipe multiprofissional com o objetivo de melhorar a avaliação do paciente tornando assim, tratamento dessas doenças crônicas, mais efetivos e buscando diminuir internamentos e mortalidade.

1.4.1 Objetivo geral

Aumentar eficiência dos tratamentos instituídos pelos profissionais da saúde, evitando o abandono ou a irregularidades nos tratamentos.

1.4.2 Objetivos específicos

Avaliar quais os pacientes estão com dificuldades para acompanhamento pelos especialistas.

Garantir o acesso longitudinal aos pacientes identificados com doenças crônicas.

Avaliar se as orientações e/ou receitas médicas são de fácil entendimento aos pacientes;

Avaliar quais são as principais dificuldades para adesão adequada dos tratamentos propostos.

Estratificar todos os pacientes com doenças crônicas

1.5 METODOLOGIA

O projeto será realizado pelo método pesquisa ação, avaliando os pacientes já cadastrados com diagnóstico de doenças crônicas, tais elas como Diabetes (DM) e hipertensão (HAS).

O Local a ser realizado este projeto será na UAPSF Cielito, que está localizada no município de Lindoeste – PR.

A proposta visa identificar quais pacientes deixam de seguir adequadamente o tratamento, observando as dificuldades encontradas por eles para propor uma solução adequada para o problema.

Para definir o problema, o projeto seguirá um cronograma de atividades em tal ordem:

1.5.1 Semana 1

- Apresentação do quadro de atribuições dos profissionais de atenção básica e conscientização dos profissionais da sua importância na manutenção do tratamento ao usuário da unidade e estabelecer um vínculo de cooperação entre a equipe e a população para a pesquisa.
- Explicar o projeto que será realizado através de uma reunião com toda a equipe de saúde para conscientização dos envolvidos e melhor adesão de todos. (Enfermeira, Técnica de enfermagem, Agentes comunitários de saúde e recepcionistas).

- Expor as dificuldades aos envolvidos e demonstrar os benefícios da realização do projeto para a população.

1.4.2 Semana 2

- Avaliar e quantificar os prontuários dos pacientes que não apresentam estratificação de risco cardiovascular
- Realizar a estratificação de risco
- Orientar a equipe a seguir a recomendação de linha guia de cuidados de HAS da periodicidade das consultas seguindo os critérios: Baixo risco - Consultas anuais. Médio risco – Consultas semestrais. Alto risco – Consultas quadrimestrais. (PARANÁ, 2018. p. 33)
- Identificar o número de pacientes não estratificados e pacientes sem acompanhamento adequado através dos prontuários

1.4.3 Semana 3

- Divulgação para a equipe o plano de cuidados em DM e HAS

1.4.4 Semana 4

- Definir como a equipe, como serão realizadas a identificação dos pacientes faltosos nas consultas.
- Realizar um relatório com a equipe das principais dificuldades que são identificadas na UBS

Exemplo. Ausência de nutricionista na rede publica

QUADRO 2 – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Data	Objetivo	Estratégia	Participantes	Recursos
Semana 1	Orientação da equipe	Reunião com os envolvidos	Médico, enfermeira, técnico de	

			enfermagem, repcionista	
Semana 2	Pesquisa e	Conhecimento da realidade	Medico, Enfermeira Recepcionista	Prontuários
Semana 3	Divulgação dos dados identificados	Reunião com a equipe	Medico enfermeira, equipe de enfermagem	
Semana 4	Palestra	Palestra de conscientização	Pacientes com HAS DM	

1.4.5 AVALIAÇÃO

Avaliar com os usuários as principais dificuldades e direcionar as estratégias para resolução corrigindo nossas falhas de comunicação e fluxos.

2 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA

2.1 CONCEITO

Hipertensão arterial sistêmica (HAS) representa uma condição clínica, com diversos fatores causais, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Está associada frequentemente a alterações de funcionamento e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p. 01).

2.2 IMPACTO MÉDICO E SOCIAL DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerada um dos principais fatores de risco (FR) para o desenvolvimento de problemas cardíacos e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. A hipertensão arterial apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p. 01).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada, e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil disponibilidade na Atenção Básica (AB). Além do diagnóstico precoce, o acompanhamento efetivo dos casos pelas equipes da AB é fundamental, pois o controle da pressão arterial (PA) reduz complicações cardiovasculares e desfechos como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), problemas renais, entre outros. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013. p. 29)

2.3 FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Existe relação direta e linear da PA com a idade, sendo que a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos. A prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da 5ª década. Em relação à cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não-branca. Estudos brasileiros com abordagem simultânea de gênero e cor demonstraram predomínio de mulheres negras com prevalência de HAS de até 130% em relação às brancas. Não se conhece, com exatidão, o impacto da miscigenação sobre a HAS no Brasil. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p. 02).

Outro fator de risco importante é o excesso de peso, que implica em maior prevalência de HAS desde idades jovens. Na vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, acarreta maior risco de desenvolver hipertensão. A obesidade central também se associa com aumento da PA.

A Ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com elevação da PA. Em contrapartida, em populações com dieta pobre em sal, como os índios brasileiros não foram encontrados casos de HAS.

Ingerir álcool por longos anos também pode aumentar a PA e a mortalidade cardiovascular em geral. Os indivíduos sedentários também estão entre os com maior prevalência de hipertensão. Atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de DCV.

O nível socioeconômico na ocorrência da HAS é difícil de ser estabelecido. No Brasil a HAS foi mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade. Assim também é o caso de fatores genéticos, pois não existe até o momento, variantes genéticas que possam ser utilizadas para predizer o risco individual de se desenvolver HAS. Sendo assim os fatores de risco cardiovascular frequentemente se apresentam

de forma agregada, a predisposição genética e os fatores ambientais tendem a contribuir para essa combinação em famílias com estilo de vida pouco saudável.

2.4. DIAGNÓSTICO

A HAS é diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de PA pela medida casual. Todo adulto com 18 anos ou mais de idade, quando vier à Unidade Básica de Saúde (UBS) para consulta, atividades educativas, procedimentos, entre outros, deve ter a PA avaliada por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais da saúde.

A medida da pressão arterial e o elemento-chave para o estabelecimento do diagnóstico da hipertensão arterial e a avaliação da eficácia do tratamento.

A primeira verificação deve ser realizada em ambos os braços. Caso haja diferença entre os valores, deve ser considerada a medida de maior valor. O braço com o maior valor aferido deve ser utilizado como referência nas próximas medidas. O indivíduo deverá ser investigado para doenças arteriais se apresentar diferenças de pressão entre os membros superiores maiores de 20/10 mmHg para as pressões sistólica/diastólica, respectivamente. Com intervalo de um minuto, no mínimo, uma segunda medida deve ser realizada. Sempre que possível, a medida da PA deverá ser realizada fora do consultório médico para esclarecer o diagnóstico e afastar a possibilidade do efeito do avental branco no processo de verificação. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013. p.30)

O MS define que a técnica correta de medida da pressão arterial consiste em:

- O paciente deve estar sentado, com o braço apoiado e à altura do precórdio.
- Medir após cinco minutos de repouso.
- Evitar o uso de cigarro e de bebidas com cafeína nos 30 minutos precedentes.
- A câmara inflável deve cobrir pelo menos dois terços da circunferência do braço.
- Palpar o pulso braquial e inflar o manguito até 30mmHg acima do valor em que o pulso deixar de ser sentido.

- Desinflar o manguito lentamente (2 a 4 mmHg/seg).
- A pressão sistólica corresponde ao valor em que começarem a ser ouvidos os ruídos de Korotkoff (fase I).
- A pressão diastólica corresponde ao desaparecimento dos batimentos (fase V)* Registrar valores com intervalos de 2 mmHg, evitando-se arredondamentos (Exemplo: 135/85 mmHg).
- A média de duas aferições deve ser considerada como a pressão arterial do dia; se os valores observados diferirem em mais de 5 mmHg, medir novamente.
- Na primeira vez, medir a pressão nos dois braços; se discrepantes, considerar o valor mais alto; nas vezes subsequentes, medir no mesmo braço (o direito de preferência) até zero, considerar o abafamento do som (fase IV)

O ideal é ser utilizados manguitos com câmara inflável (cuff) adequada para a circunferência do braço de cada pessoa, ou seja, o comprimento deve ser de pelo menos 40% do comprimento do braço (distância entre o olécrano e o acrômio) e a largura, de pelo menos 80% de sua circunferência. Essas são as dimensões do manguito regular, o único disponível para a aferição de pressão arterial na maioria dos serviços de Saúde brasileiros e também internacionais. Quando se aferir a pressão arterial de indivíduos com braço de maior circunferência do que a indicada para o manguito, a tendência será a de superestimar os valores pressóricos e vice-versa. Recomendam-se seis tamanhos de manguitos para as UBS que atendem crianças e adultos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013. p.31)

A Tabela 1 mostra os manguitos apropriados para diferentes circunferências braquiais.

TABELA 1 – DIMENSÕES DA BOLSA DE BORRACHA (MANGUITO) PARA DIFERENTES CIRCUNFERÊNCIAS DE BRAÇO EM CRIANÇAS E ADULTOS

Denominação do manguito	Circunferência do braço (cm)	Bolsa de borracha (cm)	
		Largura	Comprimento
Recém-nascido	≤ 10	4	8

Criança	11 – 15	6	12
Infantil	16 – 22	9	18
Adulto pequeno	20 – 26	10	17
Adulto	27 – 34	12	23
Adulto grande	35 – 45	16	32

FONTE: (SBC; SBH; SBN, 2010).

2.4.1 Aferição fora do consultório

Uma importante fonte de informação adicional é a Medida Residencial da Pressão Arterial (MRPA) que é realizada por pacientes ou familiares, não profissionais de Saúde, fora do consultório, geralmente no domicílio. O registro de pressão arterial por método indireto é realizado com três medidas pela manhã e três a noite durante cinco dias. A principal vantagem deste método é a possibilidade de obter uma estimativa mais próxima da realidade dessa variável, já que os valores são obtidos no ambiente em que as pessoas passam a maior parte do dia diminuindo suspeita de Hipertensão do Avental Branco (HAB) ou Hipertensão Mascarada (HM). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013. p.32)

2.5 CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

De acordo com os valores pressóricos obtidos no consultório, podemos classificar a pressão arterial em normotensão, PA limítrofe e hipertensão arterial sistêmica (Tabela 2). A HAS também pode ser diagnosticada por meio da MRPA ou da Mapa.

TABELA 2 - CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL PARA ADULTOS MAIORES DE 18 ANOS

Classificação	Classificação Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 – 139	85 – 89

Classificação	Classificação Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

FONTE: (SBC; SBH; SBN, 2010).

Nota: Quando as pressões sistólica e diastólica estiverem em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

2.5.1 Normotensão

A pessoa com PA ótima, menor que 120/80mmHg deverá verificar novamente a PA em até dois anos. As pessoas que apresentarem PA entre 130/85mmHg são consideradas normotensas e deverão realizar a aferição anualmente. Excetuam-se pacientes portadores de diabetes mellitus, quando a PA deverá ser verificada em todas as consultas de rotina. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013. p.35)

2.4.2 PA limítrofe

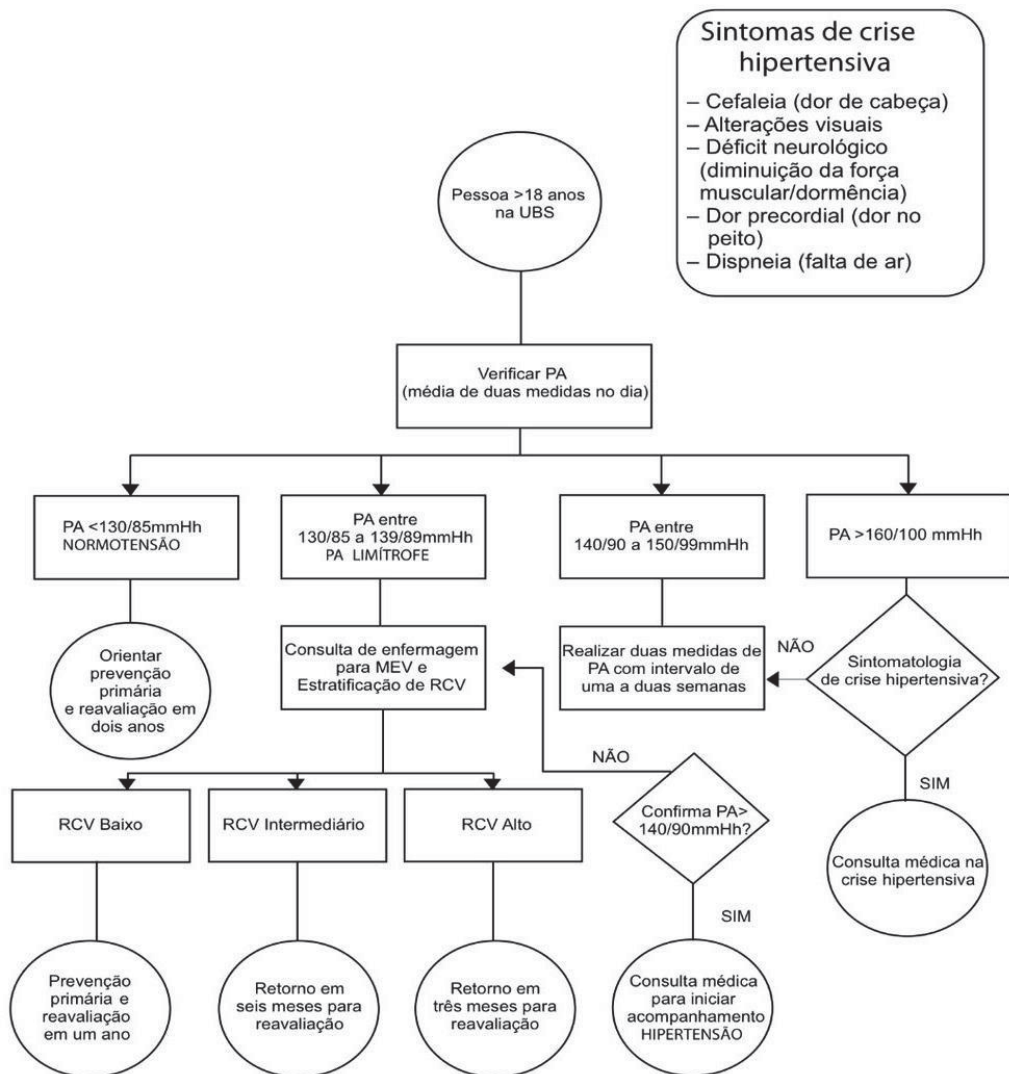
Pessoas com PA entre 130/85 a 139/89mmHg deverão fazer avaliação para identificar a presença de outros fatores de risco (FR) para DCV. Na presença desses fatores, a pessoa deverá ser avaliada pela enfermeira, em consulta individual ou coletiva, com o objetivo de estratificar o risco cardiovascular. A PA deverá ser novamente verificada em mais duas ocasiões em um intervalo de 7 a 14 dias. Na ausência de outros FR para DCV, o indivíduo poderá ser agendado para atendimento com a enfermeira, em consulta coletiva, para mudança de estilo de vida (MEV), sendo que a PA deverá ser novamente verificada em um ano. Pessoas com PA limítrofe possuem um risco aumentado de HAS e devem ser estimuladas pela equipe de Saúde a adotarem hábitos saudáveis de vida. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013. p.36)

2.4.3 Hipertensão arterial sistêmica

Se a média das três medidas forem iguais ou maiores a 140/90mmHg, está confirmado o diagnóstico de HAS e a pessoa deverá ser agendada para consulta médica para iniciar o tratamento e o acompanhamento.

O fluxograma a seguir (Figura 1) apresenta uma sugestão de fluxo de rastreamento e a conduta conforme a classificação da PA.

FIGURA 1 – FLUXOGRAMA DE RASTREAMENTO E DIAGNOSTICO DE HAS



FONTE: DAB/SAS/MS.

2.5 AVALIAÇÕES E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

2.5.1 Avaliação clínica

A avaliação inicial começa com uma história clínica completa, dando atenção especial aos dados relevantes como ao tempo e tratamento prévio de hipertensão, fatores de risco, hipertensão secundária e de lesões de órgãos-alvo, estilo de vida, características socioeconômicas ao consumo pregresso ou atual de medicamentos ou drogas que podem interferir em seu tratamento (anti-inflamatórios, anorexígenos, descongestionantes nasais, etc).

Além da medida da PA, a frequência cardíaca deve ser cuidadosamente medida, pois sua elevação está relacionada a maior risco cardiovascular.

Para avaliação de obesidade visceral, recomenda-se a medida da circunferência da cintura (CC) (IIB), dado que a medida da relação cintura-quadril não se mostrou superior à medida isolada da CC na estratificação de risco. Os valores de normalidade da CC adotados nestas diretrizes foram os utilizados no NCEP III (88 cm para mulheres e 102 cm para homens) e previamente recomendados pela Diretriz Brasileira de Síndrome Metabólica (IIa, C), já que ainda não dispomos de dados nacionais que representem nossa população como um todo.

O exame físico deve ser minucioso, buscando sinais sugestivos de lesões de órgãos-alvo e de hipertensão secundária. O exame de fundo de olho deve ser sempre feito ou solicitado na primeira avaliação, em especial em pacientes com HAS estágio 3, que apresentam diabetes ou lesão em órgãos-alvo. No exame físico a obstrução do índice tornozelo braquial (ITB) pode ser útil.

2.5.2 Avaliação complementar e estratificação de risco

A avaliação complementar é orientada para detectar lesões clínicas ou subclínicas com o objetivo de melhor estratificação do risco cardiovascular. Está indicada na presença de elementos indicativos de doença cardiovascular e doenças associadas, em pacientes com dois ou mais fatores de risco, e em pacientes acima de 40 anos de idade com diabetes¹.

Alguns exames complementares que são recomendados seguindo critérios de indicação clínica, são: Radiografia de tórax, Ecocardiograma, Ultrassom de carótidas, Teste ergométrico entre outros.

Para a tomada da decisão terapêutica é necessária a estratificação do risco cardiovascular global que levará em conta, além dos valores de PA, a presença de fatores de risco adicionais, de lesões em órgãos-alvo e de doenças cardiovasculares.

2.6 TRATAMENTO

2.6.1 Tratamento não medicamentoso e abordagem multiprofissional

O cuidado da pessoa com hipertensão arterial sistêmica (HAS) deve ser multiprofissional. O objetivo do tratamento é a manutenção de níveis pressóricos controlados conforme as características do paciente e tem por finalidade reduzir o risco de doenças cardiovasculares, diminuir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006, p. 17).

Um dos desafios para as equipes da Atenção Básica é iniciar o tratamento dos casos diagnosticados e manter o acompanhamento regular dessas pessoas motivando-as à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

Com relação ao tratamento não-medicamentoso, devemos considerar controle de peso pois o aumento de peso está diretamente relacionado ao aumento da pressão arterial que é quase linear, sendo observada em adultos e adolescentes. Perdas de peso e da circunferência abdominal correlacionam-se com reduções da PA e melhora de alterações metabólicas associadas. Assim, as metas antropométricas a serem alcançadas são o índice de massa corporal (IMC) menor que 25 kg/m² e a circunferência abdominal < 102 cm para os homens e < 88 para as mulheres. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006, p. 20).

O sucesso do tratamento depende fundamentalmente de mudança comportamental e da adesão a um plano alimentar saudável. Mesmo uma modesta perda do peso corporal está associada a reduções na PA em pessoas com sobrepeso, mas o alcance das metas deve ser perseguido.

Uma dieta rica em frutas, hortaliças, fibras, minerais e laticínios com baixos teores de gordura, tem importante impacto na redução da PA. Os benefícios sobre a PA têm sido associados ao alto consumo de potássio, magnésio e cálcio nesse padrão nutricional.

O alto consumo de frutas e hortaliças revelou ser inversamente proporcional aos níveis de PA, mesmo com um mais alto percentual de gordura. A substituição do excesso de carboidratos nesta dieta por gordura insaturada induz à mais significativa redução da PA.

Várias modificações dietéticas demonstram benefícios sobre a PA, como a redução da ingestão de sal e álcool, redução do peso e possivelmente aumento no consumo de alguns micronutrientes, como potássio e cálcio. Alguns estudos indicam que o padrão dietético global, mais que um alimento isolado, tem maior importância na prevenção de doenças e redução da morbidade e mortalidade cardiovascular.

Exercícios físicos aeróbios promovem reduções de PA, estando indicados para a prevenção e o tratamento da HAS. Para manter uma boa saúde cardiovascular e qualidade de vida, todo adulto deve realizar, pelo menos cinco vezes por semana, 30 minutos de atividade física moderada de forma contínua ou acumulada, desde que em condições de realizá-la. A frequência cardíaca (FC) de pico deve ser avaliada por teste ergométrico, sempre que possível, e na vigência da medicação cardiovascular de uso constante. Na falta do teste, a intensidade do exercício pode ser controlada objetivamente pela ventilação, sendo a atividade considerada predominantemente aeróbia quando o indivíduo permanecer discretamente ofegante, conseguindo falar frases completas sem interrupções. A recomendação é de que inicialmente os indivíduos realizem atividades leves a moderadas e somente após estarem adaptados, caso julguem confortável e não haja nenhuma contraindicação, é que devem passar às vigorosas.

Evidentemente, fatores psicossociais, sedentarismo, econômicos, educacionais e o estresse emocional fazem parte do desencadeamento HAS e podem funcionar como barreiras para a adesão ao tratamento e mudança de hábitos. As terapias de relaxamento e técnicas de controle de estresse, como por exemplo a meditação, podem ser utilizadas mesmo quando ainda não há um controle da pressão arterial e mostraram ter efeito hipotensor.

A equipe multiprofissional pode ser constituída por todos os profissionais que lidam com pacientes hipertensos: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, professores de educação física, musicoterapeutas, farmacêuticos, educadores, comunicadores, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde. Como a HAS é uma síndrome clínica multifatorial, contar com a contribuição da equipe multiprofissional de apoio ao hipertenso é conduta desejável, sempre que possível. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006, p. 20).

2.6.2 Tratamento medicamentoso

A decisão de quando iniciar medicação anti-hipertensiva deve ser considerada avaliando a preferência da pessoa, o seu grau de motivação para mudança de estilo de vida, os níveis pressóricos e o risco cardiovascular. Pessoas com alto risco cardiovascular ou níveis pressóricos no estágio 2 ($PA \geq 160/100\text{mmHg}$) beneficiam-se de tratamento medicamentoso desde o diagnóstico para atingir a meta pressórica, além da mudança de estilo de vida. Pessoas que não se enquadram nos critérios acima e que decidem, em conjunto com o médico, não iniciar medicação neste momento, podem adotar hábitos saudáveis para atingir a meta por um período de três a seis meses. Durante esse intervalo de tempo devem ter a pressão arterial avaliada pela equipe, pelo menos, mensalmente. Quando a pessoa não consegue atingir a meta pressórica pactuada ou não se mostra motivada no processo de mudança de hábitos, o uso de anti-hipertensivos deve ser oferecido, de acordo com o método clínico centrado na pessoa. O tratamento medicamentoso utiliza diversas classes de fármacos selecionados de acordo com a necessidade de cada pessoa, com a avaliação da presença de comorbidades, lesão em órgãos-alvo, história familiar, idade e gravidez. Frequentemente, pela característica multifatorial da doença, o tratamento da HAS requer associação de dois ou mais anti-hipertensivos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013. p.59)

2.7 ADESÃO AO TRATAMENTO

De acordo com a publicação da SBC (2010), a adesão ao tratamento está ligada ao grau de coincidência entre a prescrição e o comportamento do paciente. Vários são os determinantes para a não-adesão ao tratamento, dentre eles:

- A Falta de conhecimento por parte do paciente sobre a doença ou a motivação para tratar uma doença assintomática;
- O baixo nível socioeconômico, aspectos culturais e crenças erradas adquiridas em experiências com a doença no contexto familiar, e baixa autoestima;
- Relacionamento inadequado com a equipe de saúde;
- Tempo de atendimento prolongado, dificultando a marcação de consultas, falta de contato com os faltosos e com aqueles que deixam o serviço;
- Custo elevado dos medicamentos e ocorrência de efeitos indesejáveis;
- Interferência na qualidade de vida após o início do tratamento.

E ainda, conforme SBC (2010) os percentuais de controle de pressão arterial são muito baixos, apesar das evidências de que o tratamento anti-hipertensivo é eficaz em diminuir a morbidade e mortalidade cardiovascular, devido à baixa adesão ao tratamento. Estudos isolados apontam controle de 20% a 40%^{93,94}. A taxa de abandono, grau mais elevado de falta de adesão, é crescente conforme o tempo decorrido após o início da terapêutica. As principais sugestões para melhorar adesão ao tratamento anti-hipertensivo são:

- Educação em saúde com especial enfoque sobre conceitos de hipertensão e suas características;
- Orientações sobre os benefícios dos tratamentos, incluindo mudanças de estilo de vida;
- Informações detalhadas e compreensíveis aos pacientes sobre eventuais efeitos adversos dos medicamentos prescritos e necessidades de ajustes posológicos com o passar do tempo
- Cuidados e atenções particularizadas em conformidade com as necessidades;
- Atendimento médico facilitado sobretudo no que se refere ao agendamento de consultas.

3 DIABETE MELLITUS

3.1 CONCEITO

Diabetes mellitus (DM) é uma síndrome determinada por um grupo de alterações metabólicas que se caracteriza por hiperglicemia e pode resultar de defeitos de secreção e/ou deficiência na ação da insulina, ou em ambos os mecanismos, levando a alterações no metabolismo de carboidratos, lipídios e proteínas, com tendência a desenvolvimento de complicações em longo prazo.

3.2 CLASSIFICAÇÃO

A classificação do diabetes tem sido baseada pela sua etiologia, e não pelo tipo de tratamento, como acontecia anteriormente. Os fatores causais dos principais tipos de diabetes, são: genéticos, biológicos e ambientais, ainda não completamente conhecidos. As formas de DM se divide em quatro classes clínicas, Diabetes mellitus tipo 1 (DM1), Diabetes mellitus tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de Diabetes mellitus e Diabetes mellitus gestacional (DMG), além da glicemia de jejum alterada (GJA) e tolerância diminuída à glicose (TDG), ambas condições conhecidas atualmente como pré-diabetes e consideradas fatores de risco para o DM e doenças cardiovasculares.

O DM1 é uma doença autoimune, decorrente da destruição das células beta do pâncreas, causando a deficiência completa na produção de insulina. Uma minoria de casos apresenta a forma idiopática do DM1, quando não há evidência de processo autoimune. É mais frequente ser diagnosticado em crianças, adolescentes e em adultos jovens, afetando igualmente homens e mulheres.

O DM2 possui etiologia complexa e múltiplos fatores, envolvendo fatores genéticos e ambientais, caracteriza-se por defeito na secreção ou ação da insulina. A maioria dos portadores deste tipo de diabetes apresenta sobrepeso ou obesidade e possui forte fator familiar, podendo necessitar de insulina exógena para o controle metabólico.

Na maioria das vezes, a doença é assintomática por um longo período de tempo, sendo diagnosticado após serem feitas dosagens laboratoriais de rotina ou manifestações das complicações crônicas.

Outras formas específicas de diabetes envolvem formas menos comuns da doença, cuja a apresentação clínica é bastante variada e depende da alteração de base que provocou o distúrbio do metabolismo da glicose e os defeitos ou processos causadores podem ser identificados. Estão incluídos, os defeitos genéticos na função das células beta, defeitos genéticos na ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, infecções entre outros. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017-2018. p. 19)

3.3 EPIDEMIOLOGIA

Geralmente diagnóstico de diabetes mellitus ocorre após os 40 anos de idade, sendo comum sua associação com excesso de peso e história familiar de DM. Há uma estimativa populacional de que no mundo o número de pessoas com diabetes totalize 382 milhões e que no ano de 2035 serão 471 milhões, o que pode ser considerado uma epidemia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015. p. 17).

Estima-se que metade dos indivíduos com DM desconhecem seu diagnóstico. O DM tipo 2 abrange cerca de 90% dos casos e o DM tipo 1 corresponde a aproximadamente 8%. A incidência em crianças e adolescentes com DM2 tem aumentado devido ao sedentarismo e alimentação inadequada. O diabetes gestacional merece atenção por conta do seu impacto na saúde da gestante e do feto. As condições crônicas como as doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes matam 38 milhões de pessoas a cada ano.

Segundo a Linha Guia de Diabetes de 2018, desenvolvida pela Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, o DM e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise. A hipertensão arterial é cerca de duas vezes mais frequente entre os pacientes diabéticos. A doença cardiovascular é a principal responsável pela redução de 25% da sobrevivência de diabéticos, sendo a causa mais frequente de mortalidade. O diabetes é responsável

por 50 a 70% das amputações não traumáticas de membros inferiores, e é a principal causa de cegueira adquirida.

3.4 PREVENÇÃO

Prevenção efetiva significa atenção à saúde de modo eficaz. No diabetes, isso envolve prevenção do seu início (prevenção primária), prevenção de suas complicações agudas e crônicas (prevenção secundária) ou reabilitação e limitação das incapacidades produzidas pelas suas complicações (prevenção terciária). Na prevenção primária, busca-se proteger o indivíduo de desenvolver o diabetes, tendo ela importante impacto por evitar ou diminuir novos casos. (PARANÁ, 2018. p. 14).

Segundo descrito nas diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes de 2015, promover hábitos saudáveis é fundamental para reduzir a incidência da maioria das condições crônicas de saúde. A prevenção do diabetes tipo 2 está intimamente relacionada a um modo saudável de vida. Os hábitos saudáveis devem ser estimulados em toda a população, especialmente naqueles com fatores de risco para o desenvolvimento de DM2, seu surgimento pode ser retardado ou evitado através da alimentação saudável e atividade física.

Os programas de prevenção primária do DM2 baseiam-se em intervenções na dieta e na prática de atividades físicas, visando combater o excesso de peso em indivíduos com maior risco de desenvolver diabetes, particularmente nos com tolerância à glicose diminuída (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes, quando se fala em prevenção secundária, há comprovações de que o controle metabólico estrito tem função importante no combate ao surgimento ou à progressão de suas complicações crônicas

A Sociedade Brasileira descreve ainda outras medidas importantes na prevenção secundária são:

- Tratamento da hipertensão arterial e dislipidemia, o que reduz substancialmente o risco de complicações do DM (A)2
- Prevenção de ulcerações nos pés e de amputações de membros inferiores por meio de cuidados específicos que podem reduzir tanto a frequência e a duração de hospitalizações quanto a incidência de amputações em 50%

- Rastreamento para diagnóstico e tratamento precoce da retinopatia, que apresenta grande vantagem do ponto de vista de custo-efetividade.
- Rastreamento para microalbuminúria é um procedimento recomendável para prevenir ou retardar a progressão da insuficiência renal, que possibilita intervir mais precocemente no curso natural da doença renal.
- Medidas de redução do consumo de cigarro auxiliam no controle do DM, visto que o tabagismo se associa ao mau controle do diabetes e causalmente à hipertensão e à doença cardiovascular em pessoas com ou sem DM.

3.5 RASTREAMENTO

É de grande importância desenvolver estratégias de prevenção primária da DM que permitam, através da redução dos fatores de risco modificáveis associados à doença, reduzir a prevalência da mesma. Para isso, é fundamental identificar os indivíduos com risco aumentado de DM2 quando ainda se encontram normoglicêmicos, intervindo no sentido de prevenir a evolução para pré-diabetes e, posteriormente, diabetes. Nesse sentido têm sido desenvolvidas várias escalas com o objetivo de estratificar o risco de vir a desenvolver DM2. (Linha Guia de Diabetes – Paraná 2017-2018)

FIGURA 2: RASTREAMENTO DO DIABETES MELLITUS NA POPULAÇÃO DIABETES RISK SCORE

1. Idade _____ anos	
< 45 anos	0 pontos
45 - 54 anos	2 pontos
55 - 64 anos	3 pontos
> 64 anos	4 pontos
2. Índice de Massa Corporal _____ Kg/m	
Peso _____ Kg; Altura _____ m	
< 25.....	0 pontos
25 - 30.....	1 ponto
> 30.....	3 pontos

3. Medida da cintura

Homens Mulheres

< 94 cm<80..... 0 pontos

94 - 102 cm80 - 88 cm... 3 pontos

>102 cm>88 cm..... 4 pontos

4. Pratica diariamente atividade física pelo menos 30 minutos, no trabalho ou durante o tempo livre (incluindo atividades da vida diária)

? Sim..... 0 pontos

Não2 pontos

5.Com que regularidade come vegetais e/ou fruta?

Todos os dias.....0 pontos

Às vezes2 pontos

6. toma regularmente ou já tomou alguma medicação para a hipertensão arterial?

Não0 pontos

Sim 2 pontos

7. Alguma vez teve açúcar elevado no sangue (ex. num exame de saúde, durante um período de doença ou durante a gravidez)?

Não0 pontos

Sim 2 pontos

8.Tem algum membro da família próxima ou outros familiares a quem foi diagnosticado diabetes (tipo 1 ou tipo 2)?

Não0 pontos

Sim: avós, tios ou primos 1o grau .3 pontos

Sim: pais, irmãos ou filhos..... 5 pontos

Percentual total: _____pontos

<i>ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO</i>	
<i>Pontuação total</i>	
< 7	Baixo: 1 em 100
7 - 11	Discretamente elevado: 1 em 25
12 - 14	Moderado: 1 em 6
> 20	Muito Alto: 1 em 2

FONTE: FINDRISC.

3.6 DIAGNÓSTICO

Na história natural do DM, alterações fisiopatológicas estão presentes antes que os valores glicêmicos atinjam níveis supranormais. A condição na qual os valores glicêmicos estão acima dos valores de referência, mas ainda abaixo dos valores diagnósticos de DM, denomina-se pré-diabetes. A resistência à insulina já está presente e, na ausência de medidas de combate aos fatores de risco modificáveis, ela evolui frequentemente para a doença clinicamente manifesta. A ADA previamente havia atribuído os termos “glicemia de jejum alterada” e “tolerância a glicose diminuída” a essas condições de risco aumentado de doença cardiovascular e complicações em longo prazo. Na maioria dos casos de pré-diabetes, a “doença” é assintomática e o diagnóstico deve ser feito com base em exames laboratoriais. Mesmo o DM estando presente do ponto de vista laboratorial, seu diagnóstico clínico pode tardar até anos pelo fato de a doença ser oligossintomática em grande parte dos casos, por isso a importância do rastreamento na presença dos fatores de risco.

A maioria das pessoas com diabetes permanecem assintomática durante anos. Apenas 30% dessas apresentam sintomas clássicos da doença, como por exemplo poliúria, nictúria, polidipsia, boca seca; polifagia, emagrecimento rápido, fraqueza, astenia, letargia; prurido vulvar, redução rápida da acuidade visual dentre outras.

3.7 TRATAMENTO

3.7.1 Plano de Cuidado

Conforme a Linha guia de Diabetes de 2018 as variáveis que devem ser monitoradas no manejo do usuário com diabetes para que ocorra uma “Atenção Perfeita ao Diabetes” são:

- Cálculo do índice de massa corporal (peso em kg/altura² em m)
- Medida da circunferência abdominal
- Aferição da pressão arterial
- Avaliação da hemoglobina glicada

- Avaliação do Colesterol LDL
- Avaliação da Microalbuminúria
- Avaliação da Creatinina sérica
- Realização do Exame oftalmológico
- Realização do Exame dos pés
- Abordagem para cessação do tabagismo

Desenvolver um plano de cuidado é uma ferramenta importante para o manejo das condições crônicas, possibilitando o cuidado interdisciplinar além de agregar o cuidado profissional ao autocuidado apoiado. O objetivo é mudar da assistência prescritiva para o cuidado participativo. Trata-se de um roteiro documental compartilhado entre usuário, atenção primária e secundária que contempla diagnóstico biopsicossocial, definição da terapêutica, e intervenções para manutenção ou recuperação da saúde. Ele é indicado aos usuários com fatores de risco modificáveis com condição crônica que demandem cuidados individualizados. Suas etapas compõem as ações de cuidado da equipe além do autocuidado apoiado:

A terapêutica do DM1 é composta por insulina, alimentação e atividade física. Contudo, com os avanços tecnológicos e terapêuticos e os novos conhecimentos dos fatores psicológicos e sociais que envolvem o DM, poder-se dizer que a tríade deveria mudar para insulina, monitorização e educação, incluindo-se nesta última a alimentação, a atividade física e a orientação para os pacientes e suas famílias.

A participação das pessoas com diabetes em atividades de educação em saúde, tanto individuais como coletivas, é um fator motivador para o autocuidado, para instituição de mudanças no estilo de vida e para adesão ao tratamento.

A ênfase em estratégias participativas, a valorização dos saberes populares e a atuação de equipe multiprofissional nos grupos tendem a impactar positivamente, tornando a educação em saúde mais eficaz. Porém, deve ser evitado, de todas as formas, o recurso da “palestra” que o paciente muitas vezes se obriga a assistir para poder receber os medicamentos. É mais do que comprovado que o paciente pouco adere as estratégias que o encerram em um indivíduo passivo que deve unicamente ser “instruído” quanto aos malefícios do diabetes.

3.7.2 Automonitoramento domiciliar da glicemia

Realizar o automonitoramento é uma estratégia de educação em saúde que permite a avaliação dos resultados alcançados por todos os envolvidos no tratamento do DM - o portador de DM, a equipe de saúde, familiares e cuidadores - para discussão e adequação do plano terapêutico instituído. Atualmente, estes dados podem ser transferidos diretamente para um computador, o que permite informações fidedignas para serem ajustados as doses e proporcionar uma melhor visão da tomada de decisões sobre o plano de cuidado. Mas a simples realização dos testes, sem a devida interpretação dos resultados obtidos e sem a necessária adoção de eventuais medidas corretivas, não proporciona nenhum benefício. Sua efetividade depende do conhecimento, da motivação e responsabilização das pessoas em aderir as condutas terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas (SBD, 2007). Para alcançar o objetivo é indispensável a participação do usuário nas atividades de educação relacionadas ao diabetes e o acompanhamento regular na UBS. Para tanto, a equipe multidisciplinar pode elaborar um plano de cuidado incentivando o automonitoramento domiciliar para as pessoas com DM1 e DM2 em insulinoterapia. Os principais objetivos são: educação em relação a patologia, observação das consequências dos hábitos de vida como atividade física e alimentação na glicemia, ajuste terapêutico precoce e maior autonomia do usuário quanto ao automanejo da dose de insulina.

4. ABORDAGEM E ACOMPANHAMENTO PARA PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

As pessoas com condições crônicas e seus familiares convivem com seus problemas diariamente por longo tempo, ou toda a vida. É fundamental que estejam muito bem informadas sobre suas condições, motivadas a lidar com elas e adequadamente capacitadas para cumprirem com o seu plano de tratamento. Precisam compreender sua enfermidade, reconhecer os sinais de alerta das possíveis complicações e saber como e onde recorrer para responder a isso.

Sendo assim, os objetivos serão alcançados e os resultados serão sintomas amenizados, diminuição das complicações, maior independência do paciente, melhorando a qualidade de vida do indivíduo. As equipes de Atenção Primária em

Saúde (APS) devem estimular uma relação equipe/paciente que vai se manifestar seja escolhendo problemas, estabelecendo prioridades, fixando metas, criando planos conjuntos de cuidado, checando o cumprimento de metas, identificando as dificuldades em cumpri-las e resolvendo os problemas de competência dos serviços de Saúde.

4.1 EDUCAÇÃO E AUTOUIDADO

O autocuidado não deve ser entendido como exclusiva responsabilidade do indivíduo e de sua família, mesmo que estes tenham que compreender e aprender a desenvolver atividades que competem somente a este raio de relação. O autocuidado é também responsabilidade do profissional e das instituições de Saúde, já que estamos falando em dialogar sobre as necessidades de cuidado da pessoa em relação à sua condição crônica. É a pessoa que lida diariamente com sua condição crônica. Logo, o autocuidado será uma tarefa para toda a vida, para ela e para sua família. Portanto, a sua visão de futuro e de projetos de felicidade sofrerão mudanças substanciais a partir do diagnóstico de uma condição crônica. Todos esses aspectos devem ser trabalhados e apoiados pelo profissional de Saúde. Ou seja, o autocuidado vai muito além de mudanças necessárias de comportamentos ou de decisões unilaterais, sejam estas do próprio usuário, pela sua impossibilidade ou vulnerabilidade momentânea ou permanente, ou do profissional e do sistema de Saúde, por meio do conhecimento, poder de coerção e de recursos tecnológicos.

O autocuidado, assim, é centrado na pessoa, no diálogo, e, propõe a construção conjunta de um plano de cuidados a partir de uma prioridade escolhida por meio de uma negociação entre o profissional de Saúde e o usuário. Isso significa, entre outros aspectos, compreender as diferentes vulnerabilidades da pessoa, conhecer o modelo explicativo da sua condição e estabelecer um horizonte comum de cuidados entre todos os atores envolvidos no processo.

4.2 AUTOUIDADO: COMO TRABALHAR COM PROBLEMAS E NECESSIDADES

O conceito e a prática do autocuidado implicam participação ativa do indivíduo, portanto uma postura dialógica do profissional de Saúde. Nesse sentido, o autocuidado é baseado na percepção da pessoa, sobre os seus problemas e as suas

condições e, ainda, qual dos seus problemas relacionados à sua condição crônica que ele percebe como prioridade a ser trabalhada, superada ou manejada. Por isso, o primeiro e fundamental passo a ser dado em uma ação de educação em Saúde para o autocuidado é fazer uma avaliação detalhada das necessidades e prioridades de cada pessoa e sua condição crônica.

O Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde (MS), de Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica (2014), descreve que um exemplo de cuidado é a construção conjunta do plano de cuidado levantando os problemas, as prioridades, objetivos e papéis, do ponto de vista da pessoa e do profissional. Uma vez feito isso, observa-se que isso traz várias implicações a serem consideradas:

- a) cada indivíduo é diferente em relação a outras pessoas, mesmo tendo a mesma condição crônica;
- b) faz-se necessário compreender e questionar o problema e a prioridade escolhida pela pessoa. É necessário chegar a um consenso entre ela e o profissional. Observamos que a maioria das pessoas consegue lidar com um problema por vez, então não é frutífero falar sobre os benefícios de parar de fumar e de uma nova alimentação se o paciente decidiu neste momento aprender como aplicar insulina, por exemplo, ou fazer caminhadas três vezes por semana;
- c) faz-se necessária a utilização de várias metodologias da clínica (Método Clínico Centrado na Pessoa, Projeto Terapêutico Singular, Entrevista Motivacional) e do trabalho em grupos (compreensão, problematização, grupos operativos, grupos terapêuticos, consulta coletiva), e de métodos cognitivos comportamentais.

Para trabalharmos com problemas, temos que seguir alguns passos listados a seguir

1) **identificar o (s) problema (s)** em conjunto com o paciente: muitas vezes, a pessoa vem à consulta ou grupo com muitos problemas ao mesmo tempo. Nesta situação, é recomendado fazer uma lista de problemas para termos uma ideia geral do contexto.

2) **identificar uma prioridade a ser trabalhada:** diante de uma lista grande de problemas, é fundamental priorizar um a ser trabalhado. É importante reforçar a necessidade de escolher uma ou duas prioridades e que estas estejam estritamente relacionadas à escolha/avaliação por parte do

paciente. A pessoa pode trazer um problema pontual que naquele momento é a sua prioridade. Nessa situação, devemos conversar com o paciente se é esse problema que gostaria de encaminhar.

3) **selecionar uma atividade**, tarefa ou ação para testar – estabelecer uma meta que seja viável e estimulante para a pessoa. É importante que nessa etapa se estabeleçam prazos reais em que seja possível concretizar pequenas mudanças e dar reforços positivos a ela. Também nessa etapa devemos estimular ao máximo um processo colaborativo e não prescritivo, encorajando-a a assumir mudanças que possa concretizar. Essa etapa é muito delicada já que, se escolhermos uma meta muito ambiciosa para o problema, podemos desestimular o paciente e criar mais uma dificuldade na vida dele.

4) **avaliar os resultados**: no prazo estipulado em conjunto, faz-se necessário avaliar metas, combinações, dificuldades, potencialidades e resultados. Nesta etapa, podemos nos deparar com situações em que a pessoa alcançou os seus objetivos, outra parcialmente e outras em que não foi possível atingir a meta planejada. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014)

5. RESULTADOS ESPERADOS

O presente estudo foi realizado na UAPSF Cielito, localizado na cidade de Lindoeste- PR, no período de junho a julho de 2019.

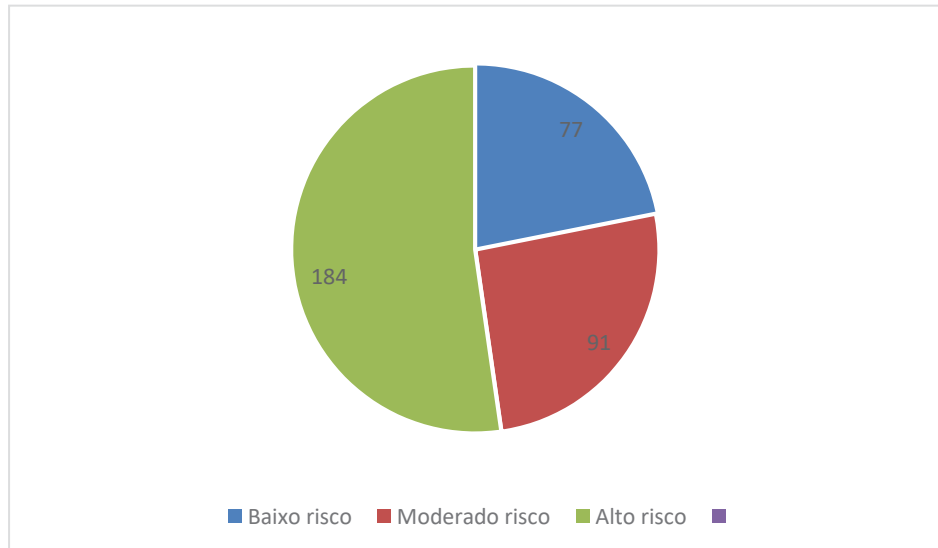
A proposta tem por objetivo identificar quais pacientes deixam de seguir adequadamente o tratamento proposto, evidenciando as dificuldades encontradas por eles e propor uma solução para os problemas encontrados.

6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Para a coleta de dados, foram utilizados os dados contidos nos prontuários dos pacientes. Os profissionais da unidade foram orientados através de roda de conversas, sobre as recomendações da linha guia de cuidados de HAS e DM da periodicidade das consultas segundo os critérios de estratificação de risco. Desta forma foram identificados o número de pacientes sem acompanhamento adequado. Realizado a estratificação de risco foi observado que havia 352 pacientes cadastrados

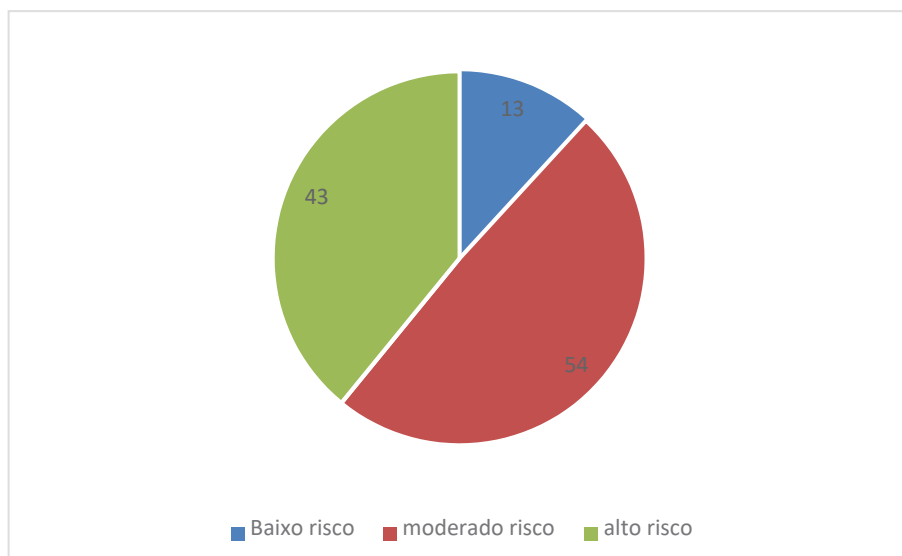
com HAS, destes 77 (21,8%) eram considerados baixo risco, 91 (25,8%) risco moderado e 184 (52%) alto risco (Gráfico 1).

GRÁFICO 1 –ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PACIENTES COM HAS.



Dentre os pacientes cadastrados, 110 eram portadores de DM, a média de idade era de 56 anos, 13 (11%) são considerados baixo risco, 54 (49%) risco moderado e 43 (39%) alto risco. Após este levantamento, todos foram convidados para uma palestra na unidade, porém foi observado um grande número de faltosos, pois muitos moram em área rural, distantes da Unidade de Saúde. (Gráfico 2)

GRÁFICO 2 –ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PACIENTES COM DM.



Foram aplicados questionários com perguntas padronizadas para a avaliação dos fatores de risco, do entendimento da doença (aspectos básicos da enfermidade) e do grau de adesão dos usuários ao tratamento medicamentoso (Figura 3).

FIGURA 3. AVALIAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E/OU DIABETES MELLITUS UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA– LINDOESTE- PARANÁ

1. Nome: _____ Idade: _____ Sexo: () F () M

2. Grau de escolaridade: () Analfabeto () Ensino Fundamental () Ensino médio () Ensino Superior

3. Quais destas doenças você apresenta? () Hipertensão Arterial () Diabetes

4. Peso _____ Altura _____ IMC _____

5. Pratica exercícios físicos? () NÃO () SIM Frêquencia: () 1 vez na semana
() 2 vezes na semana
() 3 vezes ou mais na semana

6. Você Fuma? () NÃO () SIM Frêquencia: () 1 Carteira de cigarro por dia
() 2 ou mais carteiras de cigarro por dia

7. Você faz uso de bebidas alcoólicas() NÃO () SIM Frêquencia: : () 1 vez na semana
() 2 vezes na semana
() 3 vezes ou mais na
semana

8. Há quanto tempo iniciou o tratamento para a doença? _____

9. Compreensão da doença e tratamento:
a) Cite dois órgãos que podem ser afetados pela pressão e diabetes elevadas _____
b) Você sabe o nome dos medicamentos que você toma ? () NÃO () SIM
c) Sabe o intervalo entre os medicamentos prescritos? () NÃO () SIM
d) Sabe para que servem os medicamentos que você faz uso? () NÃO () SIM
e) Você tem alguma dificuldade para tomar seus medicamentos ? () NÃO () SIM, Qual? _____

10. Você esquece de tomar seus medicamentos ? () NÃO () SIM

11. Você recebeu orientações sobre o uso corretos dos medicamentos? () NÃO () SIM

No presente estudo, 45% dos usuários entrevistados eram idosos (≥ 60 anos) e a média de idade do grupo foi de 56 a 58 anos, sendo que (54%) eram do gênero feminino.

Com relação ao nível de escolaridade, 65% dos entrevistados possuíam apenas o ensino fundamental, 15% possuíam o ensino médio, 20% dos usuários entrevistados nunca haviam frequentado a escola.

Observou-se no estudo, que de 43 usuários entrevistados, 30 (68%) desconheciam o tempo ou duração de seu tratamento farmacológico, 20 (45%) não souberam informar a dose ou concentração da substância ativa utilizada e 15 (35%) usuários não souberam informar o nome de todos os seus medicamentos prescritos na receita médica, além disso, 4 (10%) usuários não souberam o intervalo de uso entre as doses de seus medicamentos utilizados. Neste estudo, um terço dos usuários não sabia o nome, a dose e os intervalos dos seus medicamentos. Observou-se ainda que, 35% dos usuários relataram sentir dificuldades para tomar seus medicamentos e 60% afirmaram esquecerem de tomar. Em relação ao conhecimento da doença pelos usuários, apenas 32% dos entrevistados responderam corretamente aos questionamentos. 60% dos usuários relatam fazer atividade física apenas 1 vez na semana e 15% fazem uso de álcool pelo menos 2 vezes na semana. Quando perguntados sobre tabagismo 33% afirmam fumar pelo menos uma carteira de cigarro ao dia.

O desconhecimento da importância do uso contínuo dos medicamentos para o controle da hipertensão arterial e da diabetes, pode levar a diversos agravos de saúde, aumento da mortalidade e pode-se ocasionar aumento de internações hospitalares e de custos assistenciais em saúde que poderiam ser evitados. O fato dos pacientes não saberem os nomes dos medicamentos se deve ao fato da baixa escolaridade e dificuldade de interpretação das receitas médicas.

Os resultados evidenciados, mostraram que a maioria dos usuários entrevistados durante o estudo, não compreendiam corretamente as recomendações da receita médica relacionado à dose, ao nome do medicamento utilizado e ao tempo de duração do tratamento. Além disso, a maioria não dispunha de informações sobre a doença. A adesão dos usuários à terapia medicamentosa para o tratamento da Hipertensão e Diabetes foi considerada bastante deficiente, visto que mais da metade

relatou esquecer de tomar os seus medicamentos. Sendo assim, uma alternativa segura para aumentar a adesão ao tratamento, bem como o conhecimento sobre a doença, é investir em a educação em saúde dos usuários, através de palestras periódicas e treinamento frequente da equipe, assim como, implantação de um serviço de acompanhamento aos usuários portadores de doenças crônicas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação realizada demonstra a baixa percepção dos usuários acerca da doença crônica HAS e DM e para o cuidado à sua saúde. O pouco conhecimento do diagnóstico e as dificuldades para o acompanhamento adequado destes pacientes foram pontos destacados pelos usuários como dificuldade por eles encontradas, bem como a falta de padronização do atendimento. Esta pesquisa possibilitou identificar os desafios a serem propostos em saúde para a efetivação de melhorias na prática assistencial. Este trabalho trata de um tema importante para o SUS, para os profissionais de saúde e para a população em geral, na perspectiva de conhecer melhor esse problema e para tentar diminuir as complicações. Para isso requer esforço dos profissionais de saúde, dos usuários e dos gestores nos diferentes níveis de atenção à saúde no país.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da saúde. **Caderno de Atenção Básica**. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da saúde. **Caderno de Atenção Básica**. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica. Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da saúde. **Caderno de Atenção básica**. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica. Diabetes Mellitus. Brasília, 2013.

CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq Bras Cardiol 2006 Fev. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v89n3/a12v89n3.pdf>. Acesso em: 07 de maio de 2019.

CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001700001. Acesso em: 16 de maio de 2019.

DIABETES. Sociedade Brasileira de. **Diretrizes**. 2015-2016. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>. Acesso em 21 de maio de 2019.

DIABETES. Sociedade Brasileira de. **Diretrizes**. 2017-2018. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>. Acesso em 16 de maio de 2019.

LINDOESTE. Prefeitura Municipal de. 2019. Disponível em: <https://www.lindoeste.pr.gov.br/municipio.php>. Acesso em 05 de maio de 2019.

PARANÁ. Secretaria de Estado de Saúde. **Linha Guia de Diabetes Mellitus**. Curitiba, 2018.

PARANÁ. Secretaria de Estado de Saúde. **Linha Guia de Hipertensão Arterial**. Curitiba, 2018.

