



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
NÚCLEO DE ESTUDOS PESQUISA E EXTENSÃO EM EDUCAÇÃO
PERMANENTE PARA O SUS (NUEPES)
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE

ANA LUÍSA OLIVEIRA DA SILVA

**UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA OTIMIZAR A ASSISTÊNCIA AOS
DIABÉTICOS E HIPERTENSOS ACOMPANHADOS PELA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE CAIÇARA DO MUNICÍPIO DE MATIAS OLÍMPIO-PI**

TERESINA-PI/ 2022

ANA LUÍSA OLIVEIRA DA SILVA

**UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA OTIMIZAR A ASSISTÊNCIA AOS
DIABÉTICOS E HIPERTENSOS ACOMPANHADOS PELA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE CAIÇARA DO MUNICÍPIO DE MATIAS OLÍMPIO-PI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Especialização em Saúde da Família e
Comunidade, como requisito parcial à obtenção
do título de especialista.

Orientadora: Prof^a. Dra. Denise Lima Malta
Ramos

TERESINA-PI/ 2022

ANA LUÍSA OLIVEIRA DA SILVA

**UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA OTIMIZAR A ASSISTÊNCIA AOS
DIABÉTICOS E HIPERTENSOS ACOMPANHADOS PELA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE CAIÇARA DO MUNICÍPIO DE MATIAS OLÍMPIO-PI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Especialização em Saúde da Família e
Comunidade, como requisito parcial à obtenção
do título de especialista.

Aprovada em _____ de _____ de 2022

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Denise Lima Malta Ramos
1º Membro da Banca

2º membro da banca

3º membro da banca

RESUMO

Introdução: a Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença crônica de evolução progressiva, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). O DM representa uma das DCNT mais prevalentes no mundo, ficando em quarta posição de causa de morte classificando-se em Diabetes tipo 1, tipo 2 e gestacional. **Objetivo:** elaborar um plano de intervenção que objetive otimizar a assistência aos pacientes diabéticos e hipertensos da unidade básica de saúde Caiçara do município de Matias Olímpio-PI. **Metodologia:** a intervenção irá ocorrer na Unidade Básica de Saúde Caiçara do município de Matias Olímpio-PI, onde a médica irá repassar algumas recomendações baseadas no manual Ministério da Saúde para o acompanhamento da hipertensão arterial aos demais membros da equipe da UBS. **Resultados:** a médica irá realizar inicialmente um treinamento baseado no manual do Ministério da Saúde com toda a equipe da UBS durante três dias, assim todos os profissionais serão capacitados e orientados para verificação da PA de forma criteriosa. A equipe multiprofissional também será capacitada para realização de um exame clínico apropriado e para seguir o protocolo adotado da UBS para solicitação de exames complementares, para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, bem como sobre a importância do registro desta avaliação e das estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis no prontuário. **Conclusão:** com o desenvolvimento dessa intervenção será possível alcançar os objetivos propostos e identificar que ocorreu aumento da adesão dos pacientes as consultas médicas e de enfermagem, bem como adesões em relação ao tratamento farmacológico e não farmacológico propostos.

Palavra-Chave: Diabetes mellitus. Hipertensão Arterial. Intervenção educativa.

ABSTRACT

Introduction: Systemic Arterial Hypertension is a chronic disease of progressive evolution, characterized by high and sustained levels of blood pressure (BP). DM represents one of the most prevalent NCDs in the world, ranking fourth as the cause of death, classified as type 1, type 2 and gestational diabetes. **Objective:** to develop an intervention plan that aims to optimize care for diabetic and hypertensive patients at the basic health unit Caiçara in the municipality of Matias Olímpio-PI. **Methodology:** the intervention will take place at the Caiçara Basic Health Unit in the municipality of Matias Olímpio-PI, where the doctor will pass on some recommendations based on the Ministry of Health manual for the monitoring of arterial hypertension to the other members of the UBS team. **Results:** the physician will initially carry out training based on the Ministry of Health manual with the entire UBS team for three days, so that all professionals will be trained and guided to check BP carefully. The multiprofessional team will also be trained to perform an appropriate clinical examination and to follow the protocol adopted by the UBS for requesting additional tests, to perform risk stratification according to the Framingham score or for lesions in target organs, as well as the importance of recording this assessment and strategies for controlling modifiable risk factors in the medical record. **Conclusion:** With the development of this intervention, it will be possible to achieve the proposed objectives and identify that there was an increase in patients' adherence to medical and nursing consultations, as well as adherence to the proposed pharmacological and non-pharmacological treatment.

Keywords: Diabetes mellitus. Hypertension. Educational intervention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária da Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BCC	Bloqueadores de Canais de Cálcio
BRA	Bloqueadores do Receptor de Angiotensina II
CAPS – II	Centro de Atenção Psicossocial
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
DM	Diabetes Mellitus
DM1	Diabetes Mellitus tipo 1
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HBA1C	Hemoglobina Glicada
HIPERDIA Diabéticos	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IECA	Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina
IMC	Índice de Massa Corpórea
MGC	Monitorização da Glicemia Capilar
NASF	Núcleos de Apoio de Saúde da Família
NPH	Neutral Protamine Hagedorn
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPI	Universidade Federal do Piauí

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVOS	9
2.1 Geral.....	9
2.2 Específicos.....	9
3 REVISÃO DE LITERATURA	10
3.1 Definição, Epidemiologia e Fatores de Risco da HAS.....	10
3.2 Classificação, Diagnóstico e Políticas de Enfrentamento da HAS.....	11
3.3 Diabetes Mellitus: Epidemiologia, Classificação e Manifestações Clínicas.....	13
3.4 Rastreio, Diagnóstico e Controle glicêmico.....	14
3.5 Fatores de Não Adesão do diabético ao Tratamento Medicamentoso Proposto.....	16
4 METODOLOGIA	18
4.1 Local de Estudo.....	18
4.2 Identificação, explicação e análise do problema	18
4.3 Proposta de Intervenção.....	18
5 RESULTADOS - PLANO OPERATIVO	19
5.1 Objeto da Intervenção	19
5.2 Planilha de Intervenção.....	19
5.3 Proposta das Ações Planejadas.....	20
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS	24

1 INTRODUÇÃO

O município alvo em que trabalho chama-se Matias Olímpio-PI, o qual possui 10.979 habitantes e conta com uma rede de serviços de saúde constituída por: não possui Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), dois Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), um Hospital Regional e não possui Serviço Móvel de Urgência (SAMU). Possui 5 Unidades Básicas de Saúde (UBS), com 5 equipes de saúde da família.

Levando em consideração esses indicadores de saúde é possível observar a situação do município em relação a eles, facilitando com isso a elaboração de estratégias de controle ou melhorias. Na prática diária da atenção básica esses indicadores são úteis para conhecer as características da comunidade a qual é de sua responsabilidade, servi para traçar metas e planos de intervenção.

Observar uma semelhança em relação as demais regiões do Brasil, em que as doenças transmissíveis se apresentam em menor quantidade do que as não transmissíveis, como por exemplo, a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, as quais se expressão em quantidade elevada, assim como as demais regiões do Brasil, em que são consideradas as doenças crônicas mais prevalentes.

A UBS em que trabalho chama-se Caiçara e possui uma estrutura física com um consultório odontológico, um consultório médico clínico geral para atender uma equipe de saúde, um consultório da enfermeira, uma sala reunião, uma sala de curativo, duas salas de depósito, uma sala de triagem, uma copa/cozinha, quatro banheiros, uma sala de recepção, uma de sala vacina e uma farmácia. É responsável por assistir uma área de saúde com 1.300 pessoas e 600 famílias, distribuídas na zona rural e urbana desta localidade. A equipe de saúde é constituída por: um cirurgião-dentista, uma técnica de saúde bucal, uma técnica enfermagem, 4 agentes comunitários de saúde (ACS), uma enfermeira e uma médica clínica geral.

Sabe-se que o diabetes mellitus (DM) e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) são as duas doenças crônicas mais comuns na população brasileira e na realidade do meu serviço não é diferente, responsável por complicações e conseqüentemente pode levar ao óbito de muitos pacientes. Desta forma, a intervenção justifica-se pela

necessidade da realização de um trabalho específico com esse grupo, por meio de ações educativas planejadas para melhorar a adesão destes pacientes ao tratamento farmacológico e não farmacológico.

Ao iniciar o trabalho com a equipe de saúde da estratégia da família foi possível perceber a quantidade elevada de atendimentos para pacientes com HAS, e diabetes mellitus (DM), em que os cuidados em relação ao tratamento dessas patologias podem ser considerados inapropriados, pois em muitos casos a dieta é rica em alto valor energético, sódio e glicose. Além disso, muitos deles são sedentários, consomem bebida alcoólica com regularidade e são ou já foram tabagistas. Desta maneira, foi escolhido como foco: Uma proposta de intervenção para otimizar a assistência aos pacientes diabéticos e hipertensos da unidade básica de saúde Caiçara do município de Matias Olímpio-PI.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Desenvolver uma proposta de intervenção para otimizar a assistência aos pacientes diabéticos e hipertensos da unidade básica de saúde Caiçara do município de Matias Olímpio-PI.

2.2 Objetivos específicos

- Capacitar a equipe em relação ao tratamento farmacológico e não farmacológico da HAS e do DM;
- Elaborar estratégias, juntamente com a equipe de saúde, no intuito de melhorar a adesão ao tratamento dos usuários hipertensos e diabéticos dessa UBS;
- Estimular a adesão e regularidade às consultas e tratamento e realizar ações de educação em saúde sobre os cuidados com a HAS e o DM para os pacientes.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Definição, Epidemiologia e Fatores de Risco da HAS

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica de evolução progressiva, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Pode culminar em inúmeras complicações, embora o acompanhamento e a abordagem adequada contribuam para minimizá-las. Representa um dos grandes problemas de saúde pública no Brasil e no mundo (DANTAS; RONCALLI, 2019).

Essa patologia faz com que o músculo cardíaco tenha que exercer um esforço maior do que o normal para que o sangue seja distribuído corretamente no corpo. Esta patologia é crônica, não transmissível, de natureza multifatorial que compromete fundamentalmente o equilíbrio dos mecanismos vasodilatadores e vasoconstritores (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2017).

Sua prevalência gira em torno estar entre 22,3% a 43,9% da população maior de 18 anos (32% em média, pontuando 50% na faixa etária de 60 a 69 anos e 75% para > 70 anos) e responde por uma parcela significativa das consultas da rede básica. A HAS possui uma forma silenciosa de desenvolvimento; e vulnerabilidade, facilmente tratável e controlável no âmbito da atenção primária a saúde (APS), uma vez que 50 a 80% dos casos se resolve na rede básica (DANTAS; RONCALLI, 2019).

O prevaletimento de HAS autorreferida entre as pessoas maiores de idade moradoras nas capitais brasileiras é de 24,1%, predominando no sexo feminino e aumentando com a faixa etária, atingindo um montante de 60,4% entre as pessoas com 65 anos ou mais de idade. A HAS referenciada pelos pacientes portadores ocorre em maior número nos indivíduos com escolaridade e que não dispunham de um plano de saúde. Os portadores de HAS pardos da pesquisa apresentaram menor prevaletimento de HAS (MALTA et al, 2017). Atualmente os fatores de risco mais estudados e comprovados para a HAS são: a idade, o gênero e etnia, o excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e fatores genéticos (BRASIL, 2017).

3.2 Classificação, Diagnóstico e Políticas de Enfrentamento da HAS

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, em 2018, na sua VII diretriz sobre HAS, essa se classifica em normal quando pressão arterial sistólica (PAS) for menor ou igual a 120 mmHg, e a pressão arterial diastólica (PAD) for menor ou igual a 80 mmHg. Considera-se pré-hipertensão quando PAS estiver entre 121-139 mmHg, e a PAD estiver entre 81-89 mmHg. Classifica-se como hipertensão estágio 1 quando PAS for 140-159 mmHg, e PAD 90-99 mmHg. Já a hipertensão estágio 2 é quando PAS tiver valores entre 160 e 179 mmHg, e PAD possuir valores entre 100 e 109 mmHg. Enquanto hipertensão estágio 3 encontra-se quando o valor da PAS for maior ou igual 180 mmHg, e PAD maior ou igual 110 mmHg (Tabela 1).

Tabela 1 - Valores de Referências para a PA

Classificação	PAS (mm Hg)	PAD (mm Hg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-Hipertensão	121 - 139	81 – 89
Hipertensão estágio 1	140 - 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 - 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥110

Fonte: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/linha_guia_hiper.pdf

Já de acordo com Whelton *et al.*, (2018), a hipertensão classifica-se de forma diferente. Em que a PA será definida como normal, elevada, ora em estágios 1 ou 2. A PA é considerada normal quando <120/80 mmHg, além disso é classificada como elevada quando 120-129 /< 80 mmHg, já a hipertensão grau 1 é quando PAS entre 130 e 139 mmHg ou PAD 80-89 mmHg, e a hipertensão estágio 2 é quando possuir PAS maior ou igual a 140 mmHg ou PAD maior ou igual a 90 mmHg.

Observando os valores de referência para a PA estudos indicam que o diagnóstico de HAS é baseado num procedimento relativamente simples, a medida da pressão arterial, envolvendo a grande responsabilidade de decidir se um paciente é normotenso ou hipertenso (MALTA *et al.*, 2017). No entanto, as consequências de um diagnóstico errôneo são desastrosas, pois o diagnóstico de normotenso, em um hipertenso, irá privá-lo dos benefícios do tratamento, ao passo que o de hipertensão, em um normotenso, irá submetê-lo aos malefícios do tratamento desnecessário (BRASIL, 2019).

Ainda no diagnóstico, o profissional de saúde também deve estar preparado para a “hipertensão do jaleco branco”. Esse evento acontece quando a presença de PA maior que 140 x 90mmHg, em paciente sem lesão em órgão-alvo, que informa apresentar valores menores na ausência do médico, ou os níveis na MAPA ou domiciliares estão normais (BRASIL, 2017).

Existe também a hipertensão mascarada (HM) que acontece quando os níveis de pressão arterial medidos em consultório estão normais e os níveis na MAPA ou domiciliares estão elevados. É de ocorrência infrequente, mas está associada com maior gravidade de lesão de órgãos alvo e maior incidência de eventos cardiovasculares. Fatores como idade, sexo, índice de massa corpórea (IMC), estresse, tabagismo ou abuso de álcool estão frequentemente relacionados à presença de HM (BRASIL, 2017).

Desta maneira, no intuito de prevenir as complicações em decorrência da HAS é preconizado o diagnóstico precoce e as intervenções medicamentosas de forma coerente a cada caso. Nessa perspectiva, o Brasil, por meio de Políticas do MS vem implementando estratégias de enfrentamento para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). A primeira iniciativa, em nível nacional, foi o lançamento do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus (BRASIL, 2019).

É importante ressaltar que no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em relação à Atenção Primária à Saúde (APS), a Estratégia Saúde da Família (ESF) vem apresentando papel relevante para o atendimento de portadores de hipertensão e se caracteriza como o ambiente de eleição para o fornecimento e acompanhamento do tratamento farmacológico destes usuários (GEWEHR et al., 2018).

A avaliação diagnóstico da HAS deve ter como foco a avaliação clínica direcionada, que é desenvolvida pela investigação clínico-laboratorial que tem como explorar as seguintes condições: Confirmar o diagnóstico de HAS por medida da PA e firmar o diagnóstico; pesquisar lesões clínicas ou subclínicas em órgãos-alvo; identificar fatores de risco para doenças cardiovasculares e risco cardiovascular global; diagnosticar doenças associadas à HAS; diagnosticar, quando houver, a causa da hipertensão arterial e também os indícios do diagnóstico de HAS secundária. Também são fundamentais nesse processo a história clínica e o exame físico (FAVARO et al., 2017).

Desta maneira, os profissionais de saúde da APS têm papel fundamental nas ações individuais e coletivas de controle da HAS, como identificação do grupo de risco, diagnóstico precoce, conduta terapêutica e educação em saúde. Sendo assim, fica evidente a eficácia de estratégias aplicadas a um número maior de pessoas geneticamente predispostas e a uma comunidade visando mudanças de estilo de vida. Portanto, a decisão do tipo de tratamento que o paciente deverá receber para cada nível de pressão arterial, assim como as metas que devem ser buscadas, dependerão do risco cardiovascular global, que envolve a associação com outros fatores de risco. O diagnóstico e manejo da pressão arterial deverá ser relacionado à quantificação do risco cardiovascular global (FAVARO et al., 2017).

3.3 Diabetes Mellitus: Epidemiologia, Classificação e Manifestações Clínicas

O DM representa uma das DCNT mais prevalentes no mundo, ficando em quarta posição de causa de morte. Além disso, em adição com a doença renal crônica (DRC) é responsável por forte impacto financeiro nos sistemas de saúde no Brasil e no mundo (DUNCAN *et al.*, 2017).

O DM classifica-se em Diabetes tipo 1, tipo 2 e gestacional. No tipo 1 acontece a destruição das células beta pancreáticas produtoras de insulina em um processo chamado de auto-imune. Em decorrência desse processo auto-imune os pacientes produzem quantidade reduzida ou até mesmo não produzem nenhuma insulina, sendo necessário a utilização diária de injeções desse hormônio para controlar seus níveis glicêmicos. Comumente ocorre antes dos 30 anos de idade com início agudo e inesperado (Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2017).

A faixa etária de maior ocorrência para a identificação do DM1 entre crianças e adolescentes é de 10 e 14 anos, todavia, menos comumente, em adultos de qualquer idade. Já os pacientes que possuem o diagnóstico do tipo 2 apresentam o desempenho prejudicado e sensibilidade diminuída a insulina, que por sua vez, prejudica as células beta, resultando em produção diminuída de insulina. Esse tipo de DM ocorre em aproximadamente 90 a 95% dos doentes e se manifesta, geralmente em pessoas com mais de 30 anos de idade e obesas. Já Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é diagnóstico na gestação e caracteriza-se pela diminuição da tolerância à glicose, podendo ou não persistir após o parto (BERTOLUCI *et al.*, 2017).

3.4 Rastreio, Diagnóstico e Controle glicêmico

O MS recomenda alguns critérios para o rastreio do DM, tais como: idade >45 anos; pessoas com sobrepeso (Índice de Massa Corporal IMC >25); pessoas com obesidade central (cintura abdominal >102 cm para homens e >88 cm para mulheres, medida na altura das cristas ilíacas). Também é necessário avaliar os antecedentes familiares (mãe ou pai) de diabetes; hipertensão arterial (> 140/90 mmHg); colesterol HDL =35 mg/dL e/ou triglicerídeos =150 mg/dL; história de macrosomia ou diabetes gestacional; diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos e doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida (BRASIL, 2019).

O diagnóstico do DM 1 compreende manifestações clínicas de hiperglicemia grave, tais como: emagrecimento, polidipsia, poliúria e polifagia, possuindo evolução rápida para outras manifestações clínicas, como por exemplo: cetose, acidose metabólica, desidratação. A hiperglicemia é sintoma mais coerente para a confirmação do diagnóstico do DM1 (WEINERT, 2017).

Para se verificar os níveis de glicêmicos em DM1 não é necessário o paciente estar em jejum, pode ser realizado de forma aleatória e o diagnóstico será confirmado pelos valores maiores do que 200 mg/dL mais a presença dos sintomas clássicos de hiperglicemia (BERTOLUCI *et al.*, 2017).

Outros meios diagnósticos são a glicemia de jejum (≥ 126 mg/dL, 100 e 125 mg/dL caracteriza "glicemia de jejum alterada), teste oral de tolerância à glicose com sobrecarga de 75 g em 2 horas (TOTG ≥ 200 mg/dL entre 140 e 200 mg/dL, estar ocorrendo tolerância à glicose diminuída) e Hemoglobina Glicada (HbA1c= 4,5 a 5,6%) é importante lembrar da necessidade da repetição desses exames em intervalos curtos de tempo (DUCAN *et al.*, 2017).

Descarta-se o DM quando o paciente estiver apresentando a hiperglicemia associada ao estresse agudo infeccioso, traumático ou circulatório, pois essa condição muitas vezes é passageira. Desta maneira, sugere-se uma nova avaliação após o contexto ter se anulado, pois com isso será possível observar se a hiperglicemia persistiu ou não. Outro parâmetro que pode auxiliar no diagnóstico do DM1, apesar de não ser habitual, é a avaliação dos auto-anticorpos circulantes, todavia, seu afastamento não exclui o diagnóstico (WEINERT, 2017).

As Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2017) alertam para o fato de que em algumas ocasiões a classificação do tipo específico de DM confirma tempos depois da evolução da doença, especialmente devido a um fenômeno conhecido como fase de “lua-de-mel (acontece em adultos jovens em que há uma estabilidade metabólica transitória, decorrente da secreção insulínica residual por células beta remanescentes).

Para o tratamento dos pacientes com DM 1 estão inclusos cinco componentes principais: ações de educação em saúde para o diabético, automonitorização glicêmica, insulino terapia, orientação nutricional e prática de exercício físico. Lembrando que a insulino terapia é obrigatória no seu tratamento (BRASIL, 2019).

Além do tratamento convencional, o tratamento não medicamentoso é essencial para o controle glicêmico, em que a à educação em diabetes e estímulo ao autocuidado, englobando um conjunto de ações que devem ser desenvolvidas com o auxílio de uma equipe multiprofissional, incluído: enfermeiro, farmacêutico, nutricionista, assistente social, educador físico e profissionais da área da educação. No entanto, nem todos os pacientes diagnosticados com DM usufruem de um tratamento dessa natureza, assim como nem sempre os profissionais atuam de forma integrada (EID *et al.*, 2018).

Já o tratamento do DM gestacional inclui a manutenção do esquema basal-bolus com múltiplas doses de insulina utilizando as insulinas NPH e regular, o qual é usado durante todo o período gestacional. Além disso, é essencial que essas mulheres recebam monitor de glicemia capilar e fitas reagentes para a realização de pelo menos 3-4 testes glicêmicos ao dia (WEINERT, 2017).

É importante ressaltar que para o tratamento do DM1 além da terapia não farmacológica é necessário que essas pessoas recebam insulina exógena. Esse tratamento deve seguir um esquema intensivo, dividido entre insulina basal e insulina prandial. As insulinas disponíveis no SUS são as insulinas humanas recombinantes: insulina de ação rápida (regular) e insulina de ação intermediária (NPH), bem como os insumos necessários para a monitorização da glicemia e aplicação da insulina (tira reagente, lanceta e seringa com agulha acoplada) (CORRÊA *et al.*, 2017).

A monitorização da glicemia capilar (MGC) pelo paciente é indicada para todos os pacientes com DM, em especial os que são portadores do tipo 1. Os valores de glicemia foram padronizados pelo MS no Brasil, conforme mostra o quadro 2. Esta

recomendação baseia-se no fato da AMG ter sido parte da intervenção para conseguir o controle glicêmico intensivo (Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2017).

Sendo assim, a AMG é recomendada em ambiente domiciliar para ajustes das doses de insulina e para a avaliação do tratamento, pois fornece aos pacientes informações imediatas sobre o controle glicêmico, permitindo a identificação precisa de hipoglicemias e hiperglicemias, aumentando a segurança dos pacientes e prescritores e motivando os pacientes a realizarem as mudanças necessárias na alimentação, atividade física e doses de insulina. Com os valores obtidos na AMG será possível ajustar as doses de insulina para os pacientes, uma vez que proporciona um mapeamento de como o nível glicêmico se comporta no decorrer do dia em que ocorre falta ou excesso de sua ação (DUNCAN *et al.*, 2017).

3.5 Fatores de Não Adesão do diabético ao Tratamento Medicamentoso Proposto

Define-se a adesão ao tratamento recomendado como a incorporação do paciente às recomendações preconizadas por um profissional de saúde para fazer uso dos medicamentos prescritos, bem como aceitar as mudanças alimentares e no estilo de vida. Quando não ocorre essa adesão do paciente com DM o tratamento torna-se um desafio na prática clínica pelos profissionais das instituições de saúde. Desta maneira, constantemente é necessário a busca por estratégias de intervenções que visem minimizar a falta de adesão dos pacientes diabéticos (CONDORILQUIZE *et al.*, 2017).

Quando acontece a aceitação do tratamento prescrito a adesão é considerada ideal e contempla três estágios: I estágio: concordância, no qual o indivíduo, inicialmente, concorda com o tratamento, seguindo as recomendações dadas pelos profissionais da saúde; II estágio- adesão, fase de transição entre os cuidados prestados pelos profissionais de saúde e o auto-cuidado, no qual, com uma vigilância limitada, o doente continua com o seu tratamento; III estágio- manutenção, quando, já sem vigilância (ou vigilância limitada), o doente incorpora o tratamento no seu estilo de vida (SALCI; MEIRELLES; SILVA, 2017).

Em contrapartida, existem alguns fatores que influenciam na adesão ao tratamento de pacientes com doenças crônicas, tais como: a cronicidade da doença, associada às características do regime terapêutico; às responsabilidades do doente;

acesso e disponibilidade do medicamento nos serviços de saúde, aceitabilidade do medicamento, sensação de perda de controle sobre seu corpo, atitudes familiares e de amigos, isolamento social, relação entre usuário e profissional de saúde, esquema terapêutico, ausência de sintomas, tempo de diagnóstico, conhecimento e compreensão da doença e do tratamento (CORRÊA et al., 2017).

Para avaliar a adesão dos pacientes ao tratamento recomendado são utilizados diversos instrumentos, devido à sua simplicidade, ao baixo custo, à obtenção de resultados imediatos e à possibilidade de detectar, aproximadamente, 50% das pessoas em não adesão (CONDORILQUIZE et al., 2017).

No Brasil, os estudos que objetivaram avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso do DM e de outras doenças crônicas utilizaram o questionário Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT), instrumento acessível e de fácil aplicação. Entretanto, como esse questionário não foi desenvolvido excepcionalmente para pessoas com DM, não contempla, de forma distinta, a adesão aos antidiabéticos orais (ADOs) e à insulina. Também não foram identificados na literatura instrumentos que avaliassem distintamente esses dois aspectos do tratamento (BORGES; LACERDA, 2018).

Diante da variedade e a complexidade dos fatores que concorrem para a não adesão ao tratamento medicamentoso, é necessária uma abordagem individualizada do profissional responsável pela assistência, contemplando as singularidades de cada situação. Desse modo, estudos que identifiquem as prevalências de adesão às diferentes modalidades de tratamento para o controle glicêmico e os fatores associados são importantes para direcionar ações individuais e coletivas de atenção à saúde ao segmento mais envelhecido da sociedade (BORDA *et al.*, 2018).

4 METODOLOGIA

4.1 Local de Estudo

Unidade Básica de Saúde Caiçara do município de Matias Olímpio-PI.

4.2 Identificação, explicação e análise do problema

Quantidade elevada de pacientes diabéticos e hipertensos da unidade básica de saúde Caiçara do município de Matias Olímpio-PI.

4.3 Proposta de Intervenção

Trata-se de um projeto de intervenção para otimizar a assistência aos pacientes diabéticos e hipertensos da unidade básica de saúde Caiçara do município de Matias Olímpio-PI.

5 RESULTADOS - PLANO OPERATIVO

5.1 Objeto da Intervenção

Diabéticos e hipertensos da unidade básica de saúde Caiçara do município de Matias Olímpio-PI.

5.2 Planilha de Intervenção

Situação problema	OBJETIVOS	METAS/ PRAZOS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS
Diabéticos e hipertensos da unidade básica de saúde Caiçara do município de Matias Olímpio-PI.	Capacitar a equipe em relação ao tratamento farmacológico e não farmacológico da HAS e do DM;	Capacitar a equipe para o acompanhamento dos hipertensos/diabéticos uma vez por semana durante duas semanas.	A médica da equipe uma vez por semana, durante duas semanas irá repassar as recomendações do Ministério da Saúde para o acompanhamento da hipertensão arterial e DM	1-Médica
	Elaborar estratégias, juntamente com a equipe de saúde, no intuito de melhorar a adesão ao tratamento dos usuários hipertensos e diabéticos dessa UBS;	Cadastro de 80% dos hipertensos /diabéticos 3 meses Garantir acompanhamento odontológico há 70%% dos pacientes hipertensos/diabéticos	Durante as consultas médicas e de enfermagem serão oferecidas orientações sobre os benefícios das medicações, sobre a importância da utilização adequada e também sobre a importância do tratamento não medicamentosos (dieta e atividade física) e também sobre os cuidados odontológicos	1-Médica 2-Enfermeira 3-Dentista
	Estimular a adesão e regularidade às consultas e tratamento e realizar ações de educação em saúde sobre	Busca de 80% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas. 3 meses	Os ACS irão fazer visita domiciliar para informar aos pacientes a importância de esta com seu tratamento regular.	1- Agentes Comunitários de Saúde

	os cuidados com a HAS e o DM para os pacientes.			
--	---	--	--	--

5.3 Proposta das Ações Planejadas

Inicialmente foi realizado um treinamento com a equipe multiprofissional em que a médica ficará responsável pelo planejamento e elaboração desse treinamento. Os encontros ocorrerão na própria UBS, durante três dias, com duração de 1:30 min. O material utilizado para essa capacitação foi o manual do Ministério da Saúde (MS) de 2016. A médica da equipe ficou responsável em comunicar a Secretaria Municipal de Saúde à necessidade dos materiais impressos para tal capacitação.

Desta maneira, todos os profissionais da equipe de saúde da família serão capacitados e orientados para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, bem como para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Além disso, os ACS serão treinados para realizar o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde, assim como para orientá-los quanto a realização das consultas agendadas e sua periodicidade.

A equipe multiprofissional também será capacitada para realização de um exame clínico apropriado e para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares, para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, bem como sobre a importância do registro desta avaliação e das estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis no prontuário. Também serão treinados em relação ao preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso, assim como o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Para melhorar e ampliar a cobertura e qualidade da atenção à HAS e aos DM seria fazer a estratificação dos clientes hipertensos (através dos critérios de Framingham que consta de dados clínicos e laboratoriais do paciente, tais como idade, sexo, PA, tabagismo e outros) e avaliação periódica da saúde bucal. Atualmente foram cadastrados e estão com acampamento regular 88,8% dos pacientes. Também será realizada busca ativa, através dos ACS dos hipertensos faltosos às consultas na UBS

conforme a periodicidade recomendada. Também será observado o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo do Programa. Essa observação ficará na responsabilidade da enfermeira da equipe e será realizado semanalmente durante a reunião com a equipe. A enfermeira também avaliará se os hipertensos e diabéticos estavam com exame clínico apropriado (registro de pressão arterial e peso, avaliação de pulsos e sensibilidade das extremidades, em especial dos pés), se estavam com os exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e de acordo com a periodicidade recomendada e por fim, monitorou o acesso e priorizar os medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes da Farmácia Popular.

Para melhorar a adesão caberá a Equipe de Saúde na Família informar a comunidade sobre a existência das ações programada pela equipe multiprofissional, bem como informar também sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente e orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para Diabetes Mellitus em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas agendadas, ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos), assim como esclarecer aos hipertensos e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

A enfermeira e o médico ficarão responsáveis por orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS, sobre a necessidade de realização de exames complementares e orientá-los quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares, sobre os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, sobre ao seu nível de risco cardiovascular e à importância do acompanhamento regular, além de esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação, tabagismo e sedentarismo).

Além disso, serão realizadas quatro palestras educativas com os hipertenso e diabéticos da referida UBS no intuito de orientá-los sobre os cuidados com a saúde e também estimulá-los a seguir as recomendações propostas com o tratamento

farmacológico e não farmacológico. Para desenvolvimento desta atividade a médica realizará com a equipe reuniões no intuito de elaborar um cronograma para as ações de promoção e prevenção da saúde, sendo que os responsáveis por executar essas ações foram a médica e a enfermeira da equipe. Também contará com a colaboração da equipe do NASF. Essas palestras serão executadas quinzenalmente aos pacientes dos hipertensos.

As temáticas que irão abordadas durante essas palestras serão sobre alimentação saudável e atividade física, abandono ao tabagismo, medicações anti-hipertensivas e hipoglicemiante, práticas alimentares saudáveis, regularidade das consultas médicas e de enfermagem.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o desenvolvimento dessa intervenção será possível alcançar os objetivos propostos e identificar que ocorreu aumento da adesão dos pacientes as consultas médicas e de enfermagem, bem como adesões em relação ao tratamento farmacológico e não farmacológico propostos. O desafio de desenvolver essa intervenção e oferecer suporte aos pacientes com HAS e DM, por meio de uma atenção adequada, juntamente com um olhar mais crítico da equipe multiprofissional, será impulsionada para continuar com as ações planejadas e alcançar maior adesão desses pacientes ao tratamento oferecido.

Desta forma, é importante considerar que as necessidades de saúde destes clientes requer uma atenção específica que pode evitar altos custos para o Sistema de Saúde e, sobretudo, proporcionar melhores condições de saúde a essas pessoas. No entanto, entende-se que estas mesmas necessidades precisam ser adequadamente identificadas e incorporadas em novas práticas de saúde, para além do modelo biomédico essencialmente curativo e centrado no profissional, e não no cliente. Tais práticas requerem a voz e a participação ativa destes clientes no movimento de construção e efetivação das leis e políticas sociais e de saúde que viabilizem o viver com essas patologias com qualidade de vida.

Outro ponto a ser considerado diz respeito às ações educativas desenvolvidas neste projeto de intervenção, as quais podem ser consideradas como alternativas importantes para assegurar a autonomia e independência destes clientes, como também o conviver com essas patologias com qualidade de vida e melhor adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico.

Portanto, fica evidente que esse modelo que condiciona a educação em saúde para ações que visam modificar as práticas dos indivíduos consideradas inadequadas pelos profissionais, mediante a prescrição de tratamentos, condutas e mudanças de comportamento, através de orientações do médico, da enfermeira, da nutricionista, do educador físico, do dentista, enfim de uma equipe multiprofissional para propor atividades participativas, particularmente a formação de grupos para o Programa do Hiperdia são essenciais para melhorias na qualidade do serviço oferecido.

REFERÊNCIAS

BERTOLUCI, M. C.; MOREIRA, R. O.; FALUDI, A.; IZAR M. C.; SCHAAN, B. D.; VALERIO, C. M.; BERTOLAMI, M. C.; CHACRA, A. P.; MALACHIAS, M. V. B.; VENCIO, S.; SARAIVA, J. F. K.; BETTI, R.; TURATTI, L.; FONSECA, F. A. H.; BIANCO, H. T. 7; SULZBACH, M.; BERTOLAMI, A.; SALLES, J. E. N.; HOHL, A.; TRUJILHO, F.; LIMA, E. G.; MINAME, M. H.; ZANELLA, M. T.; LAMOUNIER, R.; SÁ, J. R.; AMODEO, C.; PIRES, A. C.; SANTOS, R. D. **Brazilian guidelines on prevention of cardiovascular disease in patients with diabetes: a position statement from the Brazilian Diabetes Society (SBD), the Brazilian Cardiology Society (SBC) and the Brazilian Endocrinology and Metabolism Society (SBEM).** *Diabetol Metab Syndr.* 2017.

BORDA, A. K. O. T. MARQUES, A. P. O.; RAMOS, V. P.; LEAL, M. C. C.; ARRUDA, I. K. G.; RAMOS, R. S. P. S. Fatores associados à adesão terapêutica em idosos diabéticos assistidos na atenção primária de saúde. **Ciênc. saúde colet.** São Paulo, v. 23, n. 3, mar. 2018.

BORGES, D. B.; LACERDA, J. T. Ações voltadas ao controle do Diabetes Mellitus na Atenção Básica: proposta de modelo avaliativo. **Saúde debate.** São Paulo, v. 42, n. 116, p. 162-78, jan-mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão e diabetes mellitus.** Brasília: Ministério da Saúde; 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde.** *Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.* Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

CONDORILQUIZE, R. C. et al. Práticas educativas no paciente diabético e perspectiva do profissional de saúde: uma revisão sistemática. **J Bras Nefrol.** Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 196-204, set. 2017.

CORRÊA, K. *et al.* Qualidade de vida e características dos pacientes diabéticos. **Ciência & Saúde Coletiva,** São Paulo, v. 22, n. 3, p. 921-30, mai. 2017.

DANTAS, R. C. O.; RONCALLI, A. G. Protocolo para indivíduos hipertensos assistidos na Atenção Básica em Saúde. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 12-21, jan. 2019.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. São Paulo: Editora Clannad, 2017. Disponível em:<
<https://www.diabetes.org.br/profissionais/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 09 mar. 2022.

DUNCAN, B. B.; FRANÇA, E. B.; PASSOS, V. M^a. A.; COUSINI, E.; ISHITAN, L. H.; MALTA, D. C.; NAGHAVI, M.; MOONEY, M.; SCHMIDT, M^a. I. The burden of diabetes

and hyperglycemia in Brazil and its states: findings from the Global Burden of Disease Study 2015. **Rev. Bras. Epidemiol.** São Paulo, v. 20, n. 1, p. 90-101, 2017.

EID, L. P.; LEOPOLDINO, S. A. D.; OLLER, G. A. S. A. O; POMPEO, D. A.; MARTINS, M. A.; GUERONI, L. P. B. Fatores relacionados às atividades de autocuidado de pacientes com diabetes mellitus tipo 2. **Esc Anna Nery.** Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1-9, set. 2018.

FAVARO, D. T. L. et al. Grupos educativos para o controle de hipertensão e diabetes mellitus: revisão integrativa de literatura. **Arq. Ciênc. Saúde.** Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 21-31, jan-mar. 2017.

GEWEHR, M. G. *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. **Saúde debate,** São Paulo, v. 42, n. 116, p., jan-mar. 2018.

MALTA, D. C.; BERNAL, R. T. I; ANDRADE, S. S. C. A.; SILVA, M. M^a; MELENDEZ, G. V. Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. **Revista de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 51, 2017.

SALCI, M^a. A.; MEIRELLES, BHS, SILVA, D. M^a G. V. Atenção primária às pessoas com diabetes mellitus na perspectiva do modelo de atenção às condições crônicas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 25, n. 2, p. 1-8, set. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão,** v.17, n.1, p.1-65, 2017.

WEINERT, L. S. **Diabetes Melito:** diagnóstico e tratamento. 10 ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.

World Health Organization. **Global Report on Diabetes.** 2016. Disponível em:<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2019.

WHELTON, P. K.; CAREY, R. M.; ARONOW, W. S. High Blood Pressure Clinical Practice Guideline. **Journal of the American College of Cardiology,** v. 71, n.19, p. 13-115, 2018.