

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA.
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE**

ROMULO RANGEL LEAL DE CARVALHO

**USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS) E DIABETES
MELLITUS (DM) NO CENTRO DE SAÚDE ANTÔNIO LOPES DE MORAIS:
Adesão e monitoramento**

**Belo Horizonte
2024**

Romulo Rangel Leal de Carvalho

**USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS) E DIABETES
MELLITUS (DM) NO CENTRO DE SAÚDE ANTÔNIO LOPES DE MORAIS:
Adesão e monitoramento**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Estratégia em
Saúde da Família, Universidade Federal de
Minas Gerais, como requisito parcial para
obtenção Título de Especialista em Medicina da
Família E Comunidade.**

Orientador: Fabiana Vargas Ferreira

**Belo Horizonte
2024**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
NESCON - NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aos quatorze dias do mês de novembro de 2024, a Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade (CEMFC) se reuniu para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso do(a) aluno(a) **RÔMULO RANGEL LEAL DE CARVALHO** intitulado "Usuários com Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) no Centro de Saúde Antônio Lopes de Moraes: adesão e monitoramento", requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade. A Comissão Examinadora foi composta pelos avaliadores Ricardo Alexandre de Souza, FABIANA VARGAS FERREIRA e ELIANE MARIA MASCARENHAS DA SILVA. O TCC foi aprovado com a nota 100. Esta Folha de Aprovação foi homologada pela coordenação do CEMFC nos 25 dias do mês de junho de 2025 pelo então coordenador Prof. Marcelo Pellizzaro Dias Afonso.

Belo Horizonte, data da assinatura eletrônica.

Prof. Marcelo Pellizzaro Dias Afonso

Coordenador do Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade - CEMFC



Documento assinado eletronicamente por **Marcelo Pellizzaro Dias Afonso, Professor do Magistério Superior**, em 16/07/2025, às 17:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Gabriel Henrique Silva Teixeira, Secretário(a) administrativo(a)**, em 17/07/2025, às 14:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 4322496 e o código CRC 8E1671E3.

DEDICATÓRIA

Dedico em especial a Deus, a minha família, principalmente a minha filha Isadora, fonte de minha inspiração e força.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que me incentivaram e colaboraram para a conclusão desse TCC, agradeço a professora Dra Fabiana Vargas Ferreira pela paciência e dedicação ao longo desses meses de construção do trabalho.

EPÍGRAFE

“As nuvens mudam sempre de posição, mas são sempre nuvens no céu. Assim devemos ser todo dia, mutantes, porém leais com o que pensamos e sonhamos; lembre-se, tudo se desmancha no ar, menos os pensamentos”.

(Paulo Beleki)

RESUMO

As doenças crônicas não transmissíveis são consideradas uma epidemia na atualidade, constitui um sério problema da saúde pública, principalmente aquelas que compõe grande fator de risco para morbimortalidade cardiovascular. Estabelece condições que requer uma exigente e contínua atenção e monitoramento para um efetivo controle e mitigação de índices de morbimortalidade. O presente estudo, traz como problemática o número elevado de hipertensos e diabéticos num município de pequeno porte no estado do Piauí, tem como objetivo apontar métodos, ideias e possibilidades de melhorias na adesão da população com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica a terapêutica e cuidados no sistema único de saúde como também, lançar meios de promoção e proteção à saúde à comunidade. Adotando meios e intervenções de melhoria na qualidade da atenção em saúde através da utilização de protocolos, busca ativa, promoção da saúde, rede de assistência social, referência e contrarreferência, farmácia popular, integração dos familiares no cuidado e capacitação da equipe multidisciplinar.

Palavras-chave: hipertensão; diabetes mellitus; atenção primária à saúde

ABSTRACT

Chronic non-communicable diseases are currently considered an epidemic and constitute a serious public health problem, especially those that constitute a major risk factor for cardiovascular morbidity and mortality. They establish conditions that require demanding and continuous attention and monitoring for effective control and mitigation of morbidity and mortality rates. This study, addressing the high number of hypertensive and diabetic individuals in a small municipality in the state of Piauí, aims to identify methods, ideas, and possibilities for improving adherence of the population with diabetes mellitus and systemic arterial hypertension to treatment and care within the Unified Health System (SHS). It also aims to develop means of promoting and protecting community health. Adopting means and interventions to improve the quality of health care through the use of protocols, active search, health promotion, social assistance networks, referral and counter-referral, popular pharmacy, family integration in care, and multidisciplinary team training.

Keywords: hypertension; diabetes mellitus; primary health care

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
DM	Diabetes Mellitus
SUS	Sistema Único de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PAD	Pressão Arterial Diastólica
HbA1c	Hemoglobina Glicada
HA	Hipertensão Arterial
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
DIU	Diuréticos Tiazídicos ou Similares
BCC	Bloqueadores dos Canais de Cálcio
IECA	Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina
BRA	Bloqueadores dos Receptores AT1 da Angiotensina
BB	Betabloqueadores
UBS	Unidade Básica de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	11
2.	JUSTIFICATIVA	13
3.	OBJETIVOS	14
	3.1 OBJETIVO GERAL	14
	3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
4.	METODOLOGIAS	15
5.	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	17
	5.1 FISIOPATOLOGIA	17
	5.1.1 Hipertensão Arterial Sistêmica.....	17
	5.1.2 Diabetes Mellitus	17
	5.2 DIAGNÓSTICO	18
	5.3 TRATAMENTO	18
	5.3.1 Hipertensão Arterial Sistêmica	18
	5.3.2 Diabetes Mellitus	19
	5.4 ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	20
6.	PLANO DE INTERVEÇÃO	21
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
	REFERÊNCIAS	24

1.

INTRODUÇÃO

Às doenças crônicas não transmissíveis são consideradas uma epidemia na atualidade, constitui um sério problema da saúde pública, principalmente aquelas que compõe grande fator de risco para morbimortalidade cardiovascular. Estabelece condições que requer uma exigente e continua atenção e monitoramento para um efetivo controle e mitigação de índices de morbimortalidade.

A Diabetes Mellitus (DM) é caracterizado por hiperglicemia e distúrbios metabólicos de carboidratos, proteínas e gorduras, refere-se a um transtorno metabólico de etiologia heterogênea, resultante de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina. (BRASIL, 2013)

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) associa-se, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares. É uma condição clínica multifatorial que depende de fatores genéticos/ epigenéticos, ambientais e sociais, caracterizada por elevados e sustentados níveis pressóricos, maior ou igual que 140x90mmHg. (SBC, 2020)

No Brasil, em 2019, segundo o Instituto Brasileiro de Estatística e Pesquisa (IBGE), a HAS atingia 23,9% dos indivíduos, o que representa 38,1 milhões de pessoas. A DM no mesmo ano, também representou números elevados de casos, totalizando 12,3 milhões de pessoas afetadas pela condição, que representa 7,7% da população brasileira. (IBGE, 2020)

Dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a Atenção Primária a Saúde (APS) tem o papel de prevenir complicações e agravos das doenças crônicas não transmissíveis, principalmente no que se diz respeito a HAS e DM. Através da adoção de medidas de prevenção, diagnóstico, controle, monitorização, mitigação e tratamento por meio das equipes multiprofissionais de saúde. Levando em consideração a diversidade da população no que se diz respeito a cultura, raça, religião e fatores sociais envolvidos. (CALADO; OLIVEIRA, 2024)

Diante dessas comorbidades, são necessárias medidas individuais e coletivas que visem as modificações de estilo de vida, as quais são primordiais na terapêutica e na prevenção de seus agravos, como alimentação adequada, sobretudo em relação ao consumo de sal e açúcares, controle do sobrepeso, sedentarismo, prática de atividade física, abandono do tabagismo e a redução do consumo excessivo do álcool são fatores que precisam ser abordados adequadamente para o controle dessas doenças (BRASIL, 2014).

Apesar do conhecimento sobre os cuidados a serem adotados, ações contínuas de educação em saúde, prevenção, rastreamento, detecção, controle glicêmico e pressórico. Ainda existem fatores que dificultam o tratamento destas condições, sejam eles de cunho

medicamentoso ou não. A dificuldade no acesso as medicações, dificuldade em compreender a doença, questões culturais relacionadas a alimentação, polifarmácia, interações medicamentosas, efeitos adversos, uso incorreto das medicações, dependência de um cuidador para auxílio nos cuidados alimentares e medicamentosos, como também medo e ansios sobre a doença (MELO et al., 2023).

Diante do exposto a APS deve adotar um sistema de qualidade para atender essa população, pois é a principal porta de entrada para o sistema único de saúde (SUS) cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e população adscrita. É responsável por prestar assistência, controle e redução de ocorrências que necessita internação hospitalares e que causam óbitos. Diante desse contexto, se faz necessário a adoção de novas estratégias visando contribuir na melhoria da adesão ao tratamento dessas doenças, e assim, prevenir o surgimento de agravos e complicações.

Dessa forma o presente estudo, tem o objetivo de apontar métodos, ideias e possibilidades de melhorias que facilitarão a adesão dos usuários com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica ao tratamento medicamentoso no sistema único de saúde. Como também, lançar meios de promoção e proteção à saúde à comunidade.

2. JUSTIFICATIVA

Através dos atendimentos médicos realizados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Antônio Lopes de Moraes , no Município de Curral Novo do Piauí – PI, na qual faço parte da equipemultiprofissional através do programa de Especialização em Medicina da Família e Comunidade – Programa Médicos Pelo Brasil, pude evidenciar que há um elevado número de usuários com doenças crônicas não transmissíveis, em especial Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, no que diz respeito a uma cidade de pequeno porte do interior do Piauí.

Diante dessa ótica, concluí que há uma grande dificuldade dos usuários com essas comodidades de aderir ao tratamento medicamentoso, como também ao tratamento de cunho não medicamentoso. Denotando grande resistência em relação as mudanças no estilo de vida, dificuldade no uso crônico das medicações, prática de atividade física e alimentação saudável, afetando diretamente a saúde dos mesmos e aumentando o risco de internações e óbitos.

Aliado a isso, se faz necessário elaborar um plano de ação da qual inclua medidas e estratégias que abordem uma melhor adesão dos pacientes ao tratamento, como também a inclusão de capacitações da equipe multidisciplinar da ESF no qual promova descentralização e integralidade na assistência, ofertando maior resolutividade dos serviços.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um projeto de intervenção com o intuito de maior adesão da população com DM e HAS ao tratamento e promover uma assistência integral aos usuários.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar busca ativa da população com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica em toda área adcrita da Unidade Básica de Saúde;
- Assistir de forma integral a toda população portadora de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica;
- Diminuir as complicações clínicas causadas por agudização da Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica;
- Mitigar a morbimortalidade causada por Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica.

4. METODOLOGIAS

O levantamento situacional da área abrangente da Unidade Básica de Saúde (UBS) Antônio Lopes de Moraes no município de Curral Novo do Piauí – Piauí, foi adquirido utilizando o Método de Estimativa Rápida e observação ativa da rotina operacional da unidade.

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado método de Planejamento Estratégico Situacional – PES. Tomou-se como referência o que foi exposto no módulo de planejamento do curso de especialização em Saúde da Família e Comunidade, além de uma revisão narrativa da literatura sobre o tema.

Na UBS Antônio Lopes de Moraes o problema identificado como prioritário foi a baixa adesão dos hipertensos e diabéticos a terapêutica e a desvinculação dos mesmos a equipe de estratégia de saúde da família.

A primeira etapa do estudo foi a identificação da problemática a ser estudada, sendo evidenciado a baixa adesão dos Hipertensos e Diabéticos ao tratamento e cuidados necessários para preservação da qualidade em saúde. Segunda etapa refere-se a reflexão sobre o problema em questão, da qual foi discutido e analisado por toda equipe da unidade de saúde, as causas e motivos da mitigação da adesão dos pacientes portadores de doenças crônicas a terapêutica. Terceira etapa, realizou-se a elaboração do plano de intervenção baseado na busca ativa da comunidade, melhorias no atendimento, fornecimento de medicação e educação em saúde. A implementação acontecerá através de ações de educação em saúde, aulas expositivas, dinâmica em grupo, sala de espera e com a utilização de tecnologias leves sempre que surgir momentos oportunos, como por exemplo, grupos de idosos, eventos, escolas e associações. Quarta etapa definiu-se o público alvo, os diabéticos e hipertensos da região adscrita da unidade de saúde, tendo os profissionais, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, psicólogos, assistentes sociais e os familiares como os participantes envolvidos na implementação das ações. A previsão que o projeto ocorra entre Janeiro de 2025 a dezembro de 2025, com perspectiva de manutenção contínua das ações.

Para o embasamento teórico o presente trabalho originou-se de uma revisão bibliográfica, utilizando artigos estudados através das bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), como também manuais e cadernos do ministério da saúde, utilizando os descritores em saúde: Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica e Atenção Básica. Além disso foi utilizado em sua maioria os filtros de artigos publicados nos últimos 5 anos, artigos completos, disponíveis para leitura, no idioma português. Por fim, também foi utilizado censo do IBGE e dados do Ministério da Saúde.

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Esta fundamentação teórica está estruturada em quatro itens, a saber: Fisiopatologia da DM e HAS; Diagnóstico; Tratamento e Assistência das doenças crônicas não transmissíveis.

5.1 FISIOPATOLOGIA

5.1.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial (HA) é uma doença crônica não transmissível definida por níveis pres- sóricos, caracterizada por uma condição multifatorial, atrelada a fatores genéticos/ epigenéticos, ambientais e sociais, assinalada por elevação persistente da pressão arterial. (SBC, 2020)

É uma condição frequentemente assintomática, a HAS habitua evoluir com alterações em órgãos-alvo, como coração, cérebro, rins e vasos. É o principal fator de risco que está ligado diretamente a doença renal crônica, doenças cardiovasculares e morte prematura, como também a riscos metabólicos como dislipidemia, intolerância à glicose, obesidade e diabetes mellitus. (BRASIL, 2014).

5.1.2 Diabetes Mellitus

A Diabetes Mellitus (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina. (BRASIL, 2013)

A DM é classificada em dois tipos, diferenciando-se pela diferente forma de atuação da doença, a tipo1 refere-se a decorrente destruição total ou parcial das células do pâncreas e surge rapidamente. Pode levar à cetoacidose e até a necessidade de hospitalização. Atinge crianças e adolescentes de peso normal ou até mesmo magros, como também pode atingir adultos. (CRUZ et al., 2020). A DM tipo 2 refere-se à resistência à insulina e pode ter início insidioso e sintomas

brandos. Ela ocorre principalmente em adultos com longa história de excesso de peso e com história familiar, correspondendo ao maior número de casos de diabetes. (ARAÚJO et al., 2024)

5.2 DIAGNÓSTICO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. De acordo com o Ministério da Saúde (CAB 35, 2014) 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 aplicabilidade na Atenção Básica. Definida pela pressão arterial sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou Pressão Arterial diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, aferida com a técnica correta, em pelo menos duas ocasiões diferentes, na ausência de medicação anti-hipertensiva. (SBC, 2020)

No que se diz respeito a Diabetes Mellitus (DM), O diagnóstico baseia-se na detecção da hiperglicemia. Existem quatro tipos de exames que podem ser utilizados no diagnóstico do DM: glicemia casual (≥ 200 mg/dl + sintomas clássicos), glicemia de jejum (>126 mg/dl), teste de tolerância à glicose com sobrecarga de 75 g em duas horas (≥ 200 mg/dl) e, em alguns casos, hemoglobina glicada - HbA1c ($> 6,5$ mg/dl). Associado aos sinais e sintomas característicos que levantam a suspeita de diabetes são os quatro Ps: poliúria, polidipsia, polifagia e perda inexplicada de peso. (BRASIL, 2013)

5.3 TRATAMENTO

5.3.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

Pressão arterial elevada, tabagismo, obesidade, dieta não saudável e atividade física insuficiente são fatores de risco cardiovasculares (BRASIL, 2014). A redução dos fatores de risco estabelecidos são alvos de intervenções para controle da hipertensão arterial no que se diz respeito ao tratamento não

medicamentos. As condutas a serem adotadas são as mudanças no estilo de vida, como a diminuição do tabagismo, padrão alimentar saudável, mitigar o sódio, consumo de fonte de potássio, laticínios com baixo teor de gordura, evitar chocolate e produtos com cacau em excesso, suplementos, perda de peso, diminuição do consumo de bebidas alcoólicas, prática de atividade e exercício físicos, respiração lenta, controle de estresse, espiritualidade e religiosidade. (SBC, 2019)

O tratamento medicamentoso utiliza diversas classes de fármacos selecionados e individualizado de acordo com a necessidade de cada pessoa, levando em consideração a presença de comorbidades, lesão em órgãos-alvo, história familiar, idade e gravidez, onde os benefícios do tratamento (não medicamentoso e/ou medicamentoso) superam os riscos. Frequentemente por ser multifatorial, seu tratamento geralmente requer utilização de dois ou mais anti-hipertensivos. (BRASIL, 2014)

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2020) , as classes de anti- hipertensivos consideradas preferenciais para o controle da PA em normotensão inicial são: DIU – diuréticos tiazídicos ou similares, BCC- beta bloqueadores dos canais de cálcio, IECA- inibidores das enzimas conversoras das angiotensinas, BRA- bloqueadores dos receptores AT1 da Angiotensina II, BB – betabloqueadores e outros.

5.3.2 Diabetes Mellitus

Sobre o tratamento, ressalta-se que o DM requer a manutenção de níveis de glicemia adequados, tornando-se necessário que se realize ações que resultem em hábitos de vida saudáveis, incluindo alimentação adequada, controle de peso e prática de atividade física, aliadas, ou não, à terapia farmacológica, como também a monitorização da glicemia capilar. (DIAS et al., 2016) A terapêutica medicamentosa é diferenciada de acordo com o tipo da diabetes, a DM tipo 1 exige a terapia não farmacológica, como também a administração de insulina, prescrita em esquema intensivo, de três a quatro doses de insulina por dia, intercaladas em insulina basal e insulina prandial, com o ajuste das doses de acordo com as glicemias capilares. A DM tipo 2 requer tratamento não farmacológico, na maioria das vezes associado com antidiabético oral e,

eventualmente, uma ou duas doses de insulina basal, conforme a evolução da doença. (BRASIL, 2013)

5.4 ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As pessoas acometidas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) necessitam de um acompanhamento contínuo e multidisciplinar. Ser direcionado de forma holística, com o devido planejamento da assistência de forma individualizada, havendo a precisão de um exame físico detalhado, história clínica bem delineada para escolha da melhor terapêutica e condução dos sinais e sintomas, resultado na diminuição da agudização dessas comorbidades e conseqüentemente a mitigação da morbimortalidade. (BRASIL, 2014)

O acompanhamento do portador de doenças crônicas como a DM e HAS, deve-se ser pautada em cultivar hábitos e atitudes promotores de qualidade de vida, de modo a prevenir complicações. A dificuldade em aderir ao tratamento está relacionada a vários aspectos como: contexto familiar e social, condições sociodemográficas, conhecimentos e crenças sobre a doença, tratamento farmacológico/não farmacológico e acesso ao serviço de saúde. Diante dessa ótica, a assistência deve ser pautada em educação em saúde, sendo uma estratégia utilizada pelos profissionais para auxiliar os portadores de HAS e DM na reflexão sobre seus hábitos e comportamento de vida e saúde. (MANTOVANI et al., 2011)

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

Plano de ação

A proposta deste plano de intervenção é preencher as lacunas em relação a adesão da população ao tratamento da HAS e DM, como também por consequência a mitigação da morbimortalidade por estas comorbidades

É necessário que os portadores de HAS e DM recebam um atendimento integral na atenção básica, como ação programática anual que englobe a busca ativa, acompanhamento interdisciplinar, retornos periódicos, ações de educação em saúde, introdução dos familiares na terapêutica aplicada e entre outros.

O conhecimento da região adscrita deve-se ser realizado produzindo um mapeamento de toda a área sobre a população que possui estas doenças crônicas, conhecendo e sinalizando casos de: HAS e DM já diagnosticados, casos de agudização dessas comorbidades principalmente no que se refere a complicações cardiovasculares e cerebrovasculares, terapia medicamentosa utilizada, nível de adesão do indivíduo ao tratamento e seu vínculo com a equipe de estratégia de saúde da família (ESF), como também, sinalizar a população que possuem fatores de riscos graves para adquirir futuramente estas doenças.

A compreensão sobre essas comorbidades evita o aumento de casos e a diminuição das suas complicações, é necessário capacitar periodicamente os profissionais para melhor manuseio dessas doenças, ter uma equipe multidisciplinar que atenda de forma holística e integral, devendo ressignificar o padrão de atendimento dessa população, visto que o atendimento se sintetiza na maioria das vezes em prescrições de medicamentos (renovação de receita médica) e solicitação de exames laboratoriais, sem controle periódico dos casos e com pouca abordagem preventivo-educativo.

Desenvolver uma rede de assistência social é uma estratégia de grande valia para a difusão de conhecimento em centros de convivência da população, utilizando tecnologias leves como meios de educação em saúde para a comunidade a respeito da HAS e DM, abordando principalmente as consequências advindas do inadequado controle e evasão do tratamento, suas complicações e sinais e sintomas de agudização da doença.

É importante organizar uma rede de referência e contrarreferência,

principalmente para os pacientes em condições de maior morbidade, além de, por meio dos profissionais agentes comunitários de saúde (ACS), aderir a um sistema de controle e vigilância da qualidade e adesão ao tratamento destes pacientes, até atingir níveis de controle da doença.

Com essas propostas pretende-se criar um plano de ação para atender de forma integral e aderir os hipertensos e diabéticos da UBS Antônio Lopes de Moraes no município de Curral Novo do Piauí ao tratamento e controle dessas doenças, através do aprimoramento da qualidade na condução e segmento dos casos, e conseqüentemente a diminuição da morbimortalidade da população por estas comorbidades.

- Resultados esperados do plano de ação

Ampliar cobertura dos hipertensos e diabéticos da região adscrita através do cadastro de pelo menos 80% dos hipertensos e diabéticos;

Melhorar a qualidade do atendimento multidisciplinar de forma integral e holística;

Aprimorar registro de informações dos pacientes mantendo atualizada fichas de cadastro e acompanhamento dos pacientes;

Capacitar equipe multidisciplinar de acordo com o previsto em protocolo para cada área de atuação;

Integrar os familiares na terapêutica e cuidados através das visitas domiciliares, rodas de conversas, sala de espera e ações educativas;

Garantir a realização dos exames complementares periodicamente conforme protocolo e seus resultados em tempo oportuno;

Facilitar o acesso dos pacientes aos medicamentos e tratamento sem custo financeiro priorizando a prescrição de medicamentos da farmácia popular;

Efetivação da busca ativa dos faltosos a consultas, exames e retirada da medicação na farmácia básica;

Garantir a promoção de saúde através de orientação nutricional, de atividade física, importância da adesão ao tratamento, fatores de risco e sinais e sintomas de agudização.

Construir rede de assistência social com intenção de observar o paciente de forma holística, levando em consideração diferenças sociais, econômicas, escolaridade, moradia e outros.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a produção da pesquisa, leitura de artigos e manuais do ministério da saúde, evidenciou-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus tem grandes repercussões na saúde dos seus portadores, trazendo a necessidade de um acompanhamento profissional capacitado e multidisciplinar.

Conclui-se, ainda, que o vínculo de grande parte das pessoas com HAS e DM na Estratégia de Saúde da Família encontra-se fragilizado, trazendo grandes problemas para a saúde destes. Competindo aos profissionais a necessidade de lançar meios de aumentar e fidelizar o vínculo dessa população ao tratamento e medidas de cuidados de forma integral e holística.

Propiciar a captação e ampliação da cobertura destas comorbidades, garantir qualidade dos registros e seu monitoramento, vigilância aos que possuem fatores de risco cardiovascular e cerebrovascular, busca ativa, rede de assistência social e integração da família aos cuidados e tratamento, são meios de proporcionar a diminuição da mortalidade por agudização destas doenças.

Para aperfeiçoar a adesão destes pacientes ao tratamento, é essencial o envolvimento e empenho da equipe de ESF na realização das ações propostas, capacita-los de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde no que se diz respeito ao rastreamento, diagnóstico, tratamento medicamentoso/não medicamentoso, monitoramento e vigilância dos hipertensos e diabéticos. Cabendo o envolvimento de todos os profissionais da equipe multidisciplinar, sendo fundamental a participação dos agentes comunitários de saúde – ACS estreitando laços da comunidade com a equipe.

Através deste trabalho, com a proposta do plano de ação, pretende-se alcançar melhorias no atendimento e maior adesão ao tratamento, trazer um maior envolvimento da comunidade e população que sofre com estas comorbidades para perto dos cuidados da equipe de saúde, podendo juntos, alcançar melhorias significativas na qualidade de vida dos hipertensos e diabéticos.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, B. C. d. et al. Mapa de evidências-estratégias para o cuidado de pessoas com diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial sistêmica ou obesidade. 2024. Citado na página 15.

BRASIL, M. d. s. *Estratégia para o cuidado com pessoa portadora de doenças crônicas: Diabetes Mellitus*. Brasília: Departamento de atenção básica, 2013. v. 1. ISBN 9788533420595. Citado 3 vezes nas páginas 11, 15 e 16.

BRASIL, M. d. s. *Estratégia para o cuidado com pessoa portadora de doenças crônicas: Hipertensão Arterial Sistêmica*. Brasília: Departamento de atenção básica, 2014. v. 1. ISBN 9788533420588. Citado 3 vezes nas páginas 11, 15 e 16.

CALADO, A. V. M.; OLIVEIRA, M. L. d. M. Calçada amiga: dialogando com a comunidade sobre a hipertensão arterial e o diabetes mellitus no território. *Rev. Ciênc. Plur*; 10 (1) 2024, p. 31605–31605, 2024. Citado na página 11.

CRUZ, D. s. M. et al. *Cartilha sobre diabetes mellitus*. 2020. Disponível em: <<https://www.studocu.com/pt-br/document/faculdade-da-regiao-sisaleira/psicologia-analitica/cartilha-diabetes-mellitus/38386843>>. Acesso em: Agosto 2024. Citado na página 15.

DIAS, J. A. A. et al. Concepções de clientes com diabetes mellitus acerca do tratamento. *Rev. enferm. UFPE on line*, p. 2471–2479, 2016. Citado na página 16.

IBGE, I. B. d. G. e. E. *Pesquisa nacional de saúde 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: brasil, grandes regiões e unidades da federação*. 2020.

Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>>. Acesso em: Agosto 2024. Citado na página 11.

MANTOVANI, M. de F. et al. Dificuldades no tratamento da doença crônica: relato de experiência de atividade de extensão. *Cienc Cuid Saude*, v. 10, n. 1, p. 157–161, 2011. Citado na página 17.

MELO, G. R. N. de et al. Perfil bioquímico de usuários diabéticos e hipertensos vinculados a atenção primária à saúde. *Medicina (Ribeirão Preto)*, v. 56, n. 1, 2023. Citado na página 11.

SBC, S. B. d. C. *Atualização da Diretrizes de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia*. 2019. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/2019/v11304/pdf/11304022.pdf>>. Acesso em: Agosto 2024. Citado na página 16.

SBC, S. B. d. C. *Diretrizes Brasileiras de Hipertensão*. 2020. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf>>. Acesso em: Agosto 2024. Citado 3 vezes nas páginas 11, 15 e 16.