

PROMOÇÃO DA SAÚDE A HIPERTENSOS E DIABÉTICOS EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

HEALTH PROMOTION TO HYPERTENSIVE AND DIABETIC PATIENTS IN A FAMILY HEALTH TEAM: AN EXPERIENCE REPORT

PROMOCIÓN DE LA SALUD DE PACIENTES HIPERTENSOS Y DIABÉTICOS EN UN EQUIPO DE SALUD DE LA FAMILIA: RELATO DE EXPERIENCIA

Rafaella Aguiar Bezerra¹
Ezaquielly Ferreira Pereira²
Michelle Christini Araújo Vieira³
Kedma de Magalhães Lima⁴

RESUMO

Hipertensão e Diabetes Mellitus destacam-se como prementes desafios de saúde pública, tanto pela sua prevalência reconhecida quanto pelos fatores de risco a eles associados. Dotados de indicadores expressivos, essas condições tornam-se a principal causa de mortalidade e morbidade, impondo consideráveis impactos sobre a qualidade de vida dos indivíduos e sobrecarregando significativamente os sistemas de saúde. Diante das dificuldades encontradas para acompanhamento desse público, foi idealizado por uma Equipe de Saúde da Família no município de Petrolina em Pernambuco, atividades extramuros de assistência à saúde com objetivo de melhorar o acompanhamento dos pacientes com esses diagnósticos. Constitui-se um estudo qualitativo de natureza descritiva, adotando a abordagem de relato de experiência, com iniciativas destinadas à prevenção, promoção da saúde e tratamento desses pacientes. A metodologia empregada concentrou-se em atendimentos extramuros e atividades de educação em saúde. Com a mudança de olhar no cuidado a esse público houve um efeito positivo para os indicadores da equipe: diminuição de pacientes com a condição de saúde descompensada; realização da estratificação de risco para reduzir as complicações associadas; melhoria da acessibilidade dos pacientes ao serviço de saúde; empenho dos pacientes quanto ao autocuidado em saúde e o fortalecimento do vínculo entre a equipe de saúde e comunidade através do uso de metodologias ativas na promoção da saúde.

Palavras-chave: Hipertensão; Diabetes Mellitus; Atenção Primária à Saúde; Promoção da Saúde.

¹Pós-graduanda do Mestrado em Extensão Rural da Universidade Federal do Vale do São Francisco. Email do autor correspondente: rafaella.aguiar@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2600-2675>.

²Pós-graduanda do Mestrado em Extensão Rural da Universidade Federal do Vale do São Francisco. Email: ezaquielly@hotmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2629-1961>.

³Professora lotada no Colegiado de Enfermagem da Universidade Federal do Vale do São Francisco. Email: michelle.christini@univasf.edu.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7771-5387>.

⁴Professora lotada no Colegiado de Enfermagem da Universidade Federal do Vale do São Francisco. Email: kedma.magalhaes@univasf.edu.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1336-6370>.

ABSTRACT

Hypertension and Diabetes Mellitus stand out as current public health challenges, both due to their recognized prevalence and the risk factors associated with them. Equipped with significant indicators, these conditions become the main cause of mortality and morbidity, imposing considerable impacts on the quality of life of individuals and significantly burdening health systems. Given the difficulties in monitoring this population, a Family Health Team in the municipality of Petrolina in Pernambuco created extramural health care activities with the aim of improving the monitoring of patients with these diagnoses. This is a qualitative study of a descriptive nature, adopting an experience report approach, with initiatives aimed at prevention, health promotion and treatment of these patients. The methodology used focuses on extramural care and health education activities. With the change in the care provided to this public, there was a positive effect on the team's indicators: a reduction in patients with decompensated health conditions; carrying out risk stratification to reduce associated complications; improving patient accessibility to health services; patients' commitment to self-care in health and strengthening the bond between the health team and the community through the use of active methodologies in health promotion.

Keywords: Hypertension; Diabetes Mellitus; Primary Health Care; Health Promotion.

RESUMEN

La Hipertensión y la Diabetes Mellitus destacan como desafíos actuales de salud pública, tanto por su reconocida prevalencia como por los factores de riesgo asociados a ellas. Dotadas de indicadores significativos, estas condiciones se convierten en la principal causa de mortalidad y morbilidad, imponiendo impactos considerables en la calidad de vida de las personas y sobrecargando significativamente los sistemas de salud. Ante las dificultades en el seguimiento de esta población, un Equipo de Salud de la Familia del municipio de Petrolina, en Pernambuco, creó actividades de atención extramuros con el objetivo de mejorar el seguimiento de los pacientes con estos diagnósticos. Se trata de un estudio cualitativo, de carácter descriptivo, adoptando un enfoque de relato de experiencia, con iniciativas dirigidas a la prevención, promoción de la salud y tratamiento de estos pacientes. La metodología utilizada se centra en actividades de atención extramuros y educación sanitaria. Con el cambio en la atención brindada a este público, hubo un efecto positivo en los indicadores del equipo: reducción de pacientes con condiciones de salud descompensadas; realizar una estratificación del riesgo para reducir las complicaciones asociadas; mejorar la accesibilidad de los pacientes a los servicios de salud; el compromiso de los pacientes con el autocuidado en salud y el fortalecimiento del vínculo entre el equipo de salud y la comunidad mediante el uso de metodologías activas en la promoción de la salud.

Palabras clave: Hipertensión; Diabetes Mellitus; Atención Primaria de Salud; Promoción de la Salud.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são de grande importância e preocupação para os serviços de saúde, justificado pelos altos índices de morbimortalidade distribuídos mundialmente. Dentre elas, as mais prevalentes estão a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), com os maiores indicadores epidemiológicos relacionados à internação, sequelas, mortalidade e promoção da saúde (Neto; Almeida, 2019).

A HAS e DM, trazem impactos para a vida dos indivíduos, famílias e comunidades, além de sobrecarregar os sistemas de saúde, representando prejuízo para as economias nacionais, justificado pelo seu crescente custo. Esses agravos apresentam indicadores expressivos mundialmente e são a principal causa de mortalidade e morbidade no mundo. Estima-se que, por ano, as DCNT sejam responsáveis por 41 milhões de óbitos mundialmente, o que equivale a 70% de todas as mortes. No Brasil, o alto índice de DCNT é semelhante, correspondendo a 76% das causas de mortes (Malta, 2021).

No Brasil, a prevalência de Diabetes Mellitus em adultos em 2020 foi de cerca de 6,2% e 21,4% para Hipertensão (Barroso *et al.*, 2021; Muzy *et al.*, 2021). Com elevadas incidências, destacam-se entre os principais problemas de saúde pública na atualidade, por sua relação com a morbimortalidade reconhecida e fatores de risco para as doenças cardiovasculares e causas de óbito na população, principalmente a idosa (Neves, 2021).

A prevalência de HAS no Brasil foi maior entre homens, além de, como esperado, aumentar com a idade por diversas variáveis, chegando a 71,7% para os indivíduos acima de 70 anos. Sendo considerada a mais comum das doenças cardiovasculares, trazendo repercussões negativas para a população, como a diminuição na qualidade e expectativa de vida. É uma condição clínica multifatorial, que frequentemente associa-se a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo e a alterações metabólicas (Barroso *et al.*, 2021).

Para a Sociedade Brasileira de Diabetes - SBD (2019), o DM tem como causa alguns distúrbios metabólicos no organismo que culminam com a hiperglicemia, decorrente de defeitos na secreção de insulina e/ou na ação da insulina. Com esse distúrbio crônico no metabolismo da glicose e o consequente aumento persistente da glicemia no corpo, há o risco de desencadear complicações agudas ou crônicas no sistema cardiovascular, renal e neurológico. O DM tipo 2 é o responsável por 90 a 95% dos casos desta doença.

A integração eficaz dos serviços de saúde é fundamental para promover a integralidade e qualidade na promoção à saúde. Nesse contexto, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) desempenham papel crucial na coordenação e integração de serviços e ações de saúde,

promovendo integralidade e qualidade na promoção à saúde. No Brasil, os serviços de saúde são constituídos por pontos de Atenção à Saúde de hierarquia igual. Os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) atuam como porta de entrada do sistema e coordenam as respostas às necessidades de saúde da população (Brasil, 2014).

A APS é a rede que acolhe os usuários e promove a vinculação e responsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O funcionamento adequado da APS pressupõe uma lógica de organização que garanta a acessibilidade dos usuários e acolhimento às diversas demandas de saúde, nas diferentes realidades nacionais (Brasil, 2017).

A organização dos serviços e recursos em redes em diversos países tem demonstrado o alcance de melhores resultados em saúde, menos internações, maior satisfação dos usuários, melhor uso dos recursos, serviços mais custo-efetivos e de melhor qualidade, maior cooperação entre gestores de diferentes serviços (Brasil, 2017).

A Equipe de Saúde da Família (ESF), inserida na APS, desenvolve um trabalho de atenção baseado na prevenção de doenças e promoção da saúde, na centralidade do cuidado no usuário e sua família, bem como no comportamento destes no meio em que vivem. Desta forma, detém uma visão ampliada do processo saúde-doença, permitindo trazer para o paciente e sua família as intervenções necessárias e a importância dos mesmos no processo de tratamento (Lima, 2021).

Os expressivos indicadores dessas doenças geram um enorme desafio para o trabalho na atenção primária, principalmente para as equipes de saúde da família para que se possa garantir que exista acesso ao acompanhamento contínuo de todas as pessoas identificadas como portadoras dessas morbidades, como também na busca por realizar ações que estejam relacionadas à prevenção da hipertensão e diabetes e à promoção da saúde com qualidade de vida.

Diante de todo o contexto e importância do acompanhamento ininterrupto ao público de hipertenso e diabético, foi identificado por uma ESF no município de Petrolina em Pernambuco, a necessidade de mudar a metodologia de acolhimento para esta população. Justificado pela constatação de uma redução na procura deste serviço por usuários vinculados à equipe, impossibilitando o acompanhamento conforme as diretrizes do Ministério da Saúde, e conseqüente o aumento da procura por serviço de urgência com a doença descompensada.

Desse modo, o presente trabalho foi desenvolvido com objetivo de descrever as experiências dos atendimentos realizados ao público hipertenso e diabético de uma Equipe de Saúde da Família no município de Petrolina, ancorado na promoção da saúde. Seus resultados

são relevantes por auxiliar na visibilidade da necessidade de um cuidado integral e longitudinal para a assistência de saúde para esse público, como também para que outras equipes de saúde possam se espelhar na experiência.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo de caráter descritivo, do tipo relato de experiência, elaborado a partir do ponto de vista da vivência da pesquisadora enquanto enfermeira de uma Equipe de Saúde da Família (ESF) e protagonista desta experiência no contexto da comunidade em que trabalhava, das atividades e atendimentos realizados para os pacientes que tinham diagnóstico confirmado de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus.

A execução da proposta se embasou em atividades extramuros para promoção da saúde para os pacientes com HAS e DM, este a equipe nomeou de Dia do Hiperdia. Dentre as atividades que eram realizadas, estava os atendimentos médico, de enfermagem, avaliação antropométrica e de sinais vitais e a realização de atividades de educação em saúde por meio de palestras e roda de conversa abordando assuntos pertinentes ao grupo.

O trabalho foi realizado por uma ESF de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de zona urbana no município de Petrolina. Esta equipe era composta por 01 Enfermeira, 01 Médica, 02 Técnicas de Enfermagem e 05 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A equipe possuía uma área com 3.458 pessoas cadastradas, esta dividida em 05 microáreas que eram distribuídas entre os 5 ACS, sendo assim cada ACS era responsável por 01 microárea. A distribuição obedecia às diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que preconiza um número máximo de 750 pessoas sob responsabilidade de um ACS (Brasil, 2017), dessa forma cada ACS possuía entre 700 a 750 pessoas em sua microárea.

Dentre os usuários cadastrados na equipe, havia 493 pacientes com diagnóstico de HAS e 188 com DM, destes pacientes diabéticos, 31 eram dependentes de insulina. Todos os pacientes possuíam idade acima de 18 anos. As atividades do Hiperdia eram abertas para a participação de qualquer paciente que fosse da área de cobertura, independentemente da idade, bastando somente o diagnóstico HAS e/ou DM, porém era observado que a procura pelos atendimentos era maior pelo público idoso.

Os encontros aconteciam semanalmente entre os anos de 2016 e 2019, sempre às quintas, de acordo com cronograma pré-estabelecido em reunião, para facilitar a organização da equipe e da população. Portanto, ficou decidido que fosse respeitada uma ordem para realização das atividades, e que esta seria uma microárea a cada quinta. Conseqüentemente, a

cada semana, as atividades aconteceriam em uma microárea diferente, iniciando pela microárea 01 e seguindo a ordem das demais sucessivamente.

Essa determinação facilitava também nas ações de organização que o ACS iria desenvolver, como o levantamento e convite dos pacientes participantes, e na escolha do local que seria realizado as atividades. Nesse ponto o ACS era o responsável por fazer o levantamento e busca ativa dos pacientes que estavam necessitando de atendimento, sendo responsável também por informar previamente qual espaço seria utilizado naquele dia, tanto para equipe como para a comunidade.

Quanto à escolha do local, este variava e era de livre escolha do ACS da microárea que a atividade seria desenvolvida, mas desde que fosse algum espaço de convivência da microárea. Dessa forma, os lugares das atividades eram os mais variados, podendo acontecer em uma praça pública, salão de igreja ou associação de moradores, mas inclusão era principalmente ser dentro da microárea daquele ACS. Na inexistência do espaço de uso comum, as atividades aconteciam também na casa de algum morador que se dispusesse e que o espaço tivesse a capacidade para acomodar os participantes.

Outro ponto a se ressaltar é que os locais de realização também variavam dentro de cada microárea específica, não ficando fixa em somente um local da microárea. A equipe viu a necessidade de rodiziar também os espaços escolhidos dentro das microáreas, no intuito de facilitar ainda mais o acesso e oportunizar a participação de todos os pacientes, visto que também uma grande parte deste público eram idosos.

As atividades aconteciam no turno da manhã, duravam em média 04 horas e contava com a participação de alguns membros da equipe: a enfermeira, a médica, pelo menos 01 Técnica de Enfermagem e 02 ACS. Por vezes havia o apoio da Equipe de Saúde Bucal e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em alguns encontros.

Devido a importância do registro das informações dos pacientes em prontuário e pela impossibilidade de se acessar o prontuário eletrônico do paciente pela equipe nestas atividades fora da UBS, foi criado pela equipe um instrumento específico para registro destes atendimentos. Esta ficha foi nomeada como Ficha Individual do Hiperdia e era preenchida a cada atendimento individual do paciente, servindo como controle dos casos que eram atendidos e usados para classificação de risco dos pacientes.

Essa ficha era estruturada contendo as informações gerais de identificação do paciente, comorbidades existente, doenças associadas, hábitos de vida diária como uso de fumo e ingestão de álcool; campo para registro do atendimento do dia, com triagem de pressão

arterial (PA), glicemia capilar e de dados antropométricos; campo para registro de exames laboratoriais e de eletrocardiograma solicitados ou avaliados no momento; e campo para registro das medicações em uso. Por fim, estas fichas eram organizadas e separadas por microárea, identificando cada ACS responsável e dispostas em uma pasta.

Para os pacientes idosos, além do registro da ficha do Hiperdia, era fornecido também a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Este instrumento é disponibilizado pelo Ministério da Saúde para acompanhamento da pessoa idosa, que visa a qualificação da atenção, organização e otimização das ações do processo de trabalho das equipes de saúde, bem como para identificação também das vulnerabilidades da pessoa idosa (Brasil, 2023). Sendo assim, nela era realizado também os registros e reavaliada a cada atendimento posterior.

Quanto à operacionalização das atividades no Dia do Hiperdia, os encontros se estruturavam em três etapas: Acolhimento e triagem, atividade de educação em saúde e atendimento médico e de enfermagem.

Na 1ª etapa, era realizado o acolhimento ao paciente para registro dos dados de identificação na ficha individual e na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (este nos pacientes acima de 60 anos), sendo os ACS responsáveis pelo registro. Em seguida, era realizado a triagem dos pacientes através da avaliação antropométrica (verificação do peso, altura e cálculo do IMC) e verificação dos sinais vitais (aferição de PA e de índice glicêmico), além de registro desses dados na ficha, esta atividade era habitualmente feito pela enfermeira e técnica de enfermagem da equipe.

A 2ª etapa, era o momento de realização das atividades de educação em saúde, no intuito de discutir temas que a equipe considerava mais pertinente ao público atendido. Dos inúmeros temas discutidos, estava a hipertensão e diabetes, hábitos saudáveis, alimentação adequada e os principais cuidados com os pés dos diabéticos. Em alguns encontros foi possível a participação de profissionais da equipe do NASF, bem como de Saúde Bucal, e assim outros temas foram abordados, como a promoção à saúde bucal, e pode ser realizado algumas atividades práticas, como as técnicas de alongamento/relaxamento e de auriculoterapia.

No decorrer das atividades do Hiperdia a equipe buscou estimular os pacientes na escolha de novos temas para os próximos encontros, e assim, foram suscitados assuntos de interesse diversos, dentre estes: principais ações e serviços prestados pela UBS e rede de atenção à saúde, os principais direitos e deveres para a população idosa, a prevenção de quedas, sexualidade, dentre outros.

As atividades de educação em saúde obedeciam a uma sequência pré-definida, que se iniciava com realização de técnicas de aquecimento/relaxamento, com a intenção de preparar o grupo para o segundo momento e deixá-los mais tranquilos e à vontade. Em seguida, se iniciava o momento que consistia no desenvolvimento do tema proposto para o dia, através do levantamento do conhecimento prévio dos pacientes sobre ele. Neste momento era lançado uma pergunta-problema, no intuito de estimular a participação, verificar o conhecimento sobre o assunto, bem como envolver a atenção de todos os pacientes. Esses momentos eram conduzidos pela médica e a enfermeira da equipe, com o objetivo de mediar as discussões, realizar uma escuta sensível e promover a participação de todos.

A escolha deste método para a promoção à saúde através das atividades educativas se deu por ser um método muito utilizado pelas equipes de saúde para trabalhar temas e necessidades identificadas em grupo de pessoas que possuem problemas e interesses comuns. As intervenções educativas são vistas como um instrumento que estimula atitudes benéficas de promoção ao autocuidado e de prevenção à saúde (Carvalho *et al.*, 2018).

E por fim, a 3ª etapa do Dia do Hiperdia se constituía nos atendimentos médico e de enfermagem de forma individualizadas para acompanhamento das condições de saúde. Em média eram realizados 20 a 25 atendimentos do tipo consulta a cada atividade, mas por vezes o número de pacientes que participavam das demais ações nesse dia era maior, pois alguns pacientes só buscavam a verificação de sinais vitais ou participação na atividade educativa já que haviam passado recentemente por consulta.

Vale ressaltar que foi classificado o risco de cada paciente atendido de acordo com os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, e dessa forma era estabelecido a frequência que este paciente deveria retornar para acompanhamento na consulta médica ou de enfermagem, como também se havia a necessidade de algum atendimento na própria UBS. Em cada consulta era realizada a escuta ativa das queixas dos pacientes, era realizada a renovação da receita dos medicamentos em uso, avaliação ou solicitação de exames laboratoriais, identificação de agravos associados à HAS e/ou DM, bem como se a classificação de risco havia sofrido alteração. E por fim, este paciente se dirigia ao atendimento com a técnica de enfermagem que iria verificar as medicações na receita e fornecê-las.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando a importância do acompanhamento dos pacientes com HAS e DM na APS, a equipe de saúde em questão percebeu a necessidade de mudar o olhar para o atendimento a este público, já que vinha sendo observado um número expressivo de pacientes que não compareciam às consultas agendadas e que acessava os serviços na UBS, na maioria das vezes, apenas para renovação de receitas quando estavam sem estoque de medicações em casa. Observando também que a procura de usuários para atendimento no serviço de acolhimento aumentava, com pacientes apresentando sinais e sintomas de pico hipertensivo ou com índice glicêmico alto.

Algumas dificuldades eram relatadas pelos pacientes para realizar o acompanhamento contínuo da HAS ou DM, e dentre estas, estava a necessidade de ir até a UBS agendar a consulta para posterior atendimento, o número reduzido de vagas ofertadas para os profissionais, como também a necessidade de chegar muito cedo na unidade na tentativa de agendamento de consulta para somente um outro dia. Logo, se apresentavam queixas relacionadas às comorbidades ou se estavam necessitando de receita de medicamentos precisavam esperar muitos dias.

Outro ponto observado pela equipe, era a falta de entendimento desses pacientes quanto a importância do acompanhamento longitudinal da sua condição de saúde. Era percebido que no imaginário de alguns o acompanhamento para hipertensos e diabéticos se tratava apenas de renovação de receita da medicação. E assim, não compareciam às consultas agendadas porque sua receita estava atualizada, ou porque não havia necessidade de realização de consulta para não desprender de tempo, ou apenas por não estarem apresentando queixas. E assim, era observado um aumento no número de faltas às consultas.

Como os pacientes não davam continuidade ao acompanhamento adequado, a equipe não tinha o controle do perfil desses pacientes, quais comorbidades estavam associadas, quais fatores de risco estavam presentes, enfim, não se conhecia esse público na totalidade da área adscrita. E menos ainda se realizava o acompanhamento longitudinal e integral conforme preconizado pelo Ministério da Saúde com as classificações de risco.

Durante as reuniões dessa ESF constatou-se a lacuna de desenvolver atividades direcionadas para os usuários com HAS e DM, na tentativa que houvesse a compreensão pelos pacientes da importância de se conhecer/entender a sua doença, para que tivessem maior adesão ao cuidado, na responsabilidade por seu cuidado, não só em relação ao tratamento farmacológico, mas de forma integral. Objetivando também a promoção e educação em saúde

através de diversos temas, controlar a doença existente e as pré-existentes, e assim reduzir os possíveis agravos. Pode ser observado também a necessidade do trabalho em equipe de forma interprofissional para o acompanhamento integral, fortalecimento da adesão aos tratamentos propostos, prevenção de complicações e consequente melhoria da qualidade de vida.

A partir desse contexto e com a perspectiva de melhorar a assistência de saúde, a equipe sentiu a necessidade de criar uma estratégia para proporcionar uma atenção maior aos pacientes com HAS e DM, já que eles não estavam buscando o serviço. A presente proposta de trabalho foi idealizada no intuito de proporcionar uma assistência integral e longitudinal, facilitar o acesso desses usuários ao serviço de saúde e não sobrecarregar a UBS, como também seria uma maneira de compartilhar vivências entre comunidade e equipe de saúde.

O processo de descentralização da assistência de saúde é estimulado no Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido a APS, tem como objetivo proporcionar acesso universal e cuidado longitudinal aos indivíduos, além de implementar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Mas é visto que um dos grandes desafios desse nível de atenção é o cuidado em saúde para DCNT. Nesse cenário, o Ministério da Saúde instituiu metodologias e diretrizes para o cuidado e manejo de pessoas com estas doenças, e mais especificamente, para DM e HAS, uma vez que o controle destas doenças é, também, responsabilidade da APS (Brasil, 2014).

A HA é caracterizada por níveis pressóricos elevados e persistentes, com causa multifatorial, dependente de fatores ambientais, sociais e genéticos. Caracteriza-se por elevação da pressão arterial (PA), em valores maiores ou iguais a 140 mmHg, na pressão sistólica, e 90 mmHg na diastólica, medida com a técnica correta, em pelo menos duas ocasiões diferentes, na ausência de medicação anti-hipertensiva. Se trata de condição frequentemente assintomática e que costuma evoluir com alterações estruturais e/ou funcionais de órgãos-alvo, dentre eles: coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos (Barroso, 2021).

Para a SBD o DM consiste em uma série de distúrbios metabólicos que possuem em comum a hiperglicemia crônica, que são o resultado de defeitos na ação e/ou secreção da insulina. Para fins de diagnóstico são orientados a se seguir os seguintes critérios: a glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dl; glicemia casual maior que 200 mg/dl; glicemia de 2 horas pós-sobrecarga de 75 g de glicose maior que 200 mg/dl (Cobas, 2022).

O DM tipo 2 tem início insidioso e está geralmente associado à obesidade e ao envelhecimento, sendo o tipo mais comum diagnosticado, apresenta frequentemente

características clínicas associadas à resistência à insulina. Já o DM tipo 1 é o mais comum em crianças e adolescentes, com necessidade de insulinoterapia desde o diagnóstico, com apresentação clínica abrupta. Tem como etiologia a deficiência grave de insulina, associada à autoimunidade, com tendência à cetose e cetoacidose se não tratada adequadamente. A classificação é importante para proporcionar o tratamento adequado e definir estratégias de rastreamento de comorbidades e minimizar as complicações crônicas (Rodacki, 2022).

Segundo Malta *et al.* (2017) as pessoas com hipertensão possuem quase três vezes mais chance de desenvolver o diabetes quando são comparadas àquelas sem a doença, e o mesmo é relatado em pessoas com diabetes e sua relação com a hipertensão. A concomitante prevalência de DM e HAS no Brasil, era de cerca de 5% em adultos, e 14% em idosos.

A necessidade de se dar maior importância a essas condições de saúde, se reflete fortemente no aumento da procura por serviços de saúde, no uso de mais medicamentos e, muitas vezes, restrição de atividades diárias pelos acometidos de morbididades, com consequente impacto social. Esse aumento na demanda por serviços de saúde, tanto na atenção primária, quanto nos serviços de maior complexidade, representa elevado ônus ao sistema de saúde. Dessa forma, é necessário a reorganização, qualificação e ampliação do atendimento (Francisco, 2018).

Para Stopa (2018) a detecção precoce, tratamento e controle da HAS e DM são essenciais para a redução de agravos relacionados. A adoção de medidas para a mudança no estilo de vida torna-se imprescindível para o efetivo controle dessas morbididades. Manter uma alimentação saudável, praticar atividade física, manutenção do tratamento medicamentoso, são exemplos de práticas que atuam no controle das doenças.

Para que os usuários que buscam este nível de atenção consigam dar seguimento ao seu tratamento e que receba um cuidado em saúde em todos os níveis de atenção, de forma integral, o acesso e o recebimento de um atendimento em saúde que leve em consideração a cronicidade do seu adoecimento são condições essenciais para a continuidade do cuidado e atenção prestada necessária (Lopes; Justino; Andrade, 2021).

Para Lopes, Justino e Andrade (2021) na APS há a presença de importantes pontos delimitados como essenciais, dentre estes, a facilidade do acesso ao primeiro contato, a longitudinalidade do cuidado, a integralidade, a coordenação do cuidado; atributos derivados que são o foco no cuidado da família, orientação comunitária e competência cultural. Sendo assim, há a possibilidade de desempenhar as funções de responsabilização, comunicação e resolubilidade.

Dessa forma, durante as reuniões de planejamento da equipe discutiu-se sobre a necessidade identificada, surgindo a proposta para realização de atividades extramuros de atendimentos médico e de enfermagem para os usuários com HAS e DM, a partir disso criou-se o Dia de Hiperdia da equipe. Essas atividades seriam na própria área de cobertura da equipe, mas caracterizada fora da UBS, o mais próximo que a equipe pudesse estar a esse público que se pretendia atingir. E na mesma oportunidade promoveríamos atividades de educação em saúde com temas pertinentes.

Durante o planejamento da atividade, constou-se que seria necessário realizar a mesma triagem dos pacientes, assim como acontecia na UBS, como também, que deveria ser pensado em novas estratégias para facilitar o acesso e garantir o cuidado integral para os pacientes, como quando estão na unidade de saúde. Sendo assim, além da realização da triagem, consultas médicas e de enfermagem e as atividades educativas, o paciente tinha a possibilidade de receber a sua medicação prescrita, já que era levado as medicações anti-hipertensivas e hipoglicemiantes pela equipe, evitando assim que eles se deslocassem para a unidade.

Para fins de registro da equipe sobre o atendimento dos pacientes foi criado uma ficha de acompanhamento intitulada: Ficha Individual do Hiperdia, as quais eram organizadas em uma pasta separada por microárea com os nomes dos respectivos ACS. Nessa ficha, além das informações gerais de identificação, havia campo para registro dos antecedentes de saúde e presença de comorbidades associadas, prática de atividade física e se havia outros fatores como etilismo ou tabagismo. Possuía campo para registro da triagem das consultas, como também quais medicações eram usadas e resultados de exames. Assim, as informações não se perdiam com os atendimentos, pois era registrado o máximo de informações possíveis.

Na oportunidade, havia o uso/atualização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa que era disponibilizada pelo Ministério da Saúde para aqueles pacientes acima de 60 anos. Estimular o uso da Caderneta é importante pela função principal de acompanhar as condições de saúde de forma individual, e é uma ferramenta imprescindível pela possibilidade de utilização em qualquer nível de atenção à saúde, sendo um diferencial para registro para o trabalho em equipe interdisciplinar. Através dela os profissionais de saúde podem analisar as informações e realizar um melhor manejo do cuidado específico (Damasceno; Chirelli, 2019).

Assim, visto a preparação para o manejo da atividade educativa, a enfermeira e médica da equipe, planejaram os temas de cuidado levando em consideração aspectos básicos, como valorizar e incentivar a participação de todos para a troca de experiências e saberes, em vez de

fornecer as informações prontas, evitando realizar conselhos e assim cada um poderia construir o conhecimento. Ao considerar tais aspectos, facilitou-se a circulação das informações entre eles, criando espaços propícios à promoção à saúde.

Corroborando com isso, Sato e Ayres (2015) abordam que o trabalho em grupo traz inúmeros benefícios para pessoas portadoras de patologias, incluindo seus familiares e cuidadores. Pois são espaços propícios para orientações sobre as doenças, de como se relacionar com ela, descobrir sobre mitos e crenças comuns; e possibilitam compartilhar experiências e conhecer soluções de problemas potencializando uma rede de troca de experiências, além de fomentar a habilidade do cuidado.

Na área da saúde, o profissional tem a habilidade de articular o conhecimento científico com a prática para promover a reflexão e a incorporação de hábitos de vida saudáveis para a garantia do envelhecimento ativo. E o cuidado educativo promove a intermediação dos processos de ensinar e aprender, tanto para a comunidade quanto aos profissionais (Carvalho *et al.*, 2018).

Nesse sentido, as ações de promoção da saúde são estratégias que buscam melhorar a qualidade de vida e saúde da população, por meio do enfrentamento e resolução dos problemas de saúde e seus determinantes. Consiste em um processo de capacitação da comunidade, estimulando-a para a coparticipação e responsabilização no processo de promoção da sua saúde.

É imprescindível realizar a escuta cuidadosa e atenta para corrigir possíveis erros de interpretação e compreensão sobre o tema abordado, assim como contribuir com novos conhecimentos apontados para a promoção da saúde, prevenção de doenças, complicações e formas de enfrentamento da morbidade (Sato; Ayres, 2015).

Destaca-se que o estabelecimento de vínculo entre a equipe de saúde e população atendida foi primordial para o desenvolvimento efetivo das atividades de educação em saúde, além da confirmação da sensibilização das temáticas abordadas. A cada tema que era abordado foi perceptível o interesse pelo autocuidado, pelo conhecimento sobre o assunto e a preocupação em entender o que estava sendo repassado para proveito no seu cotidiano.

A experiência em trabalhar com o público com HAS E DM dessa nova forma possibilitou muitos ganhos para a equipe, pois foi uma oportunidade de aproximação com a comunidade, ampliando o olhar para compreender suas modificações do dia a dia e o exercício de uma escuta sensível. A possibilidade da troca de experiências e vivências entre a

equipe/comunidade também foi importante para construção das informações de saúde e do cuidado.

Estudos mostram que essas atividades promovem a autonomia de idosos através das práticas relacionadas às vivências em grupo, à educação e à saúde, como também estimulam a qualidade de vida no envelhecimento (Lange *et al.*, 2018). Há a possibilidade de redefinir o processo de envelhecimento, oportunizando a construção de vínculos, o empoderamento, a autoestima, e a autonomia, com ênfase na melhoria da qualidade de vida, entre todos os envolvidos no processo educativo (Stobäus; Lira; Ribeiro, 2018).

Percebeu-se que os pacientes valorizavam o acompanhamento mensal da sua condição de saúde, e passavam a frequentar os encontros sempre que era ofertado na microárea determinada. A equipe teve a percepção que o número de atendimentos aumentou no decorrer dos anos, surgindo a procura por novos usuários também. Constatou-se a relevância e o impacto das atividades educativas realizadas, pois havia mais participação dos pacientes no momento e percepção da compreensão das temáticas em saúde.

Essas atividades ajudaram no fortalecimento do vínculo entre os pacientes e a equipe de saúde, visto como algo muito importante para a equipe, já que assim conseguíamos maior adesão às orientações propostas. Outro ponto importante identificado com as ações foi a socialização entre os pacientes, e da equipe além do ambiente da UBS, possibilitando o conhecimento da realidade em que vivem, tão necessário para uma melhor atuação da equipe e planejamento de novas ações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações planejadas e desenvolvidas pela ESF foram importantes para o acompanhamento dos pacientes com HAS e DM, porque a partir dele pode-se realizar o cuidado de forma integral e longitudinal; houve a identificação dos pacientes que não buscavam a UBS para acompanhamento e quais as dificuldades que os acompanhados possuíam em relação à adesão ao tratamento proposto; possibilidade de identificar quais outras comorbidades estavam associados às doenças pré-existentes e assim elencar os fatores de risco de cada paciente atendido, para que dessa forma fosse traçada as melhores estratégias.

Como efeito positivo para os indicadores da equipe, percebeu-se a diminuição de pacientes que procuravam a UBS com a receita vencida e sem medicação, pois eles conseguiam realizar esta troca no dia da atividade; mais oferta de vagas para outras questões

de saúde; diminuição da quantidade de pacientes que compareciam à unidade com a condição de saúde descompensada; realização da estratificação de risco de todos os pacientes acompanhados, que foi de suma importância para direcioná-los para os níveis de atenção necessários e assim prevenir as complicações de saúde nesses usuários; maior acessibilidade dos pacientes à equipe e ao serviço de saúde, ajudando a fortalecer o vínculo entre comunidade e equipe.

Cabe ressaltar como limitação deste estudo, a inexistência de dados numéricos da equipe que possam ser usados para comparar a adesão dos pacientes nas atividades realizadas em relação a como era antes, e também quanto a melhoria das condições de saúde e mudança na classificação de risco de alguns pacientes. Diante disso, o exposto se trata da percepção da equipe quanto a melhoria da saúde e do acesso dos pacientes ao serviço e do que se ouviu dos pacientes.

As atividades que foram desenvolvidas evidenciaram a importância da mudança de olhar para atendimento aos usuários com HAS e DM, de forma a estar mais presente e próximo do público que se destina o acompanhamento. Sendo assim, espera-se que com este relato os gestores e profissionais da APS sejam sensibilizados e lancem novas estratégias de acompanhamento do cuidado para que desenvolvam trabalhos semelhantes a fim de melhorar as ações em saúde para os hipertensos e diabéticos.

REFERÊNCIAS

BARROSO, Weimar Kunz Sebba *et al.* **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial** – 2020. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v.116, n.3, p. 516-658, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde**. Saúde da pessoa idosa. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-idosa/caderneta-de-saude>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, 35).

CARVALHO, Khelyane Mesquita de *et al.* **Intervenções educativas para promoção da saúde do idoso**: revisão integrativa. Acta Paulista de Enfermagem, v.31, n.4, p. 446-54, 2018.

COBAS, Roberta *et al.* **Diagnóstico do diabetes e rastreamento do diabetes tipo 2.** Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2022). Disponível em: <https://doi.org/10.29327/557753.2022-2>.

DAMASCENO, Maria José Caetano Ferreira; CHIRELLI, Mara Quaglio. Implementação da Saúde do Idoso na Estratégia Saúde da Família: visão dos profissionais e gestores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.24, n.5, p. 1637-1646, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.04342019>.

FRANCISCO, Priscila Maria Stolses Bergamo *et al.* Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3829-3840, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.29662016>.

LANGE Celmira *et al.* Promoção da autonomia de idosos rurais no envelhecimento ativo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 5, p.2411-2417, 2018.

LIMA, Roberta Tamires Santos de. **Promoção da saúde em idosos hipertensos e diabéticos através de intervenção por equipe interdisciplinar na Atenção Básica.** Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem, Maceió, 2021. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/24128>.

LOPES, Monique da Silva; JUSTINO, Dayane Caroliny Pereira; ANDRADE, Fábila Barbosa de. Assistência à saúde na atenção básica aos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. **Revista Ciência Plural**, v. 7, n. 1, p. 40 - 56, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/21977>.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e mudanças nos estilos de vida durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, p. 1- 15, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210009>.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n.1, p. 1-11, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000006>.

MUZY, Jéssica *et al.* Prevalência de diabetes mellitus e suas complicações e caracterização das lacunas na atenção à saúde a partir da triangulação de pesquisas. **Cadernos de Saúde Pública**, v.37, n. 5, e00076120, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00076120>.

NETO, Caetano Teixeira de Sousa; ALMEIDA, André Nunes Gomes de. Perfil socioeconômico e epidemiológico de hipertensos e diabéticos da ESF do Riacho Fundo II – DF. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 29, n.1, p.15-22, 2019. Disponível em: <https://revistaccs.escs.edu.br/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/66>.

NEVES, Rosália Garcia *et al.* Atenção à saúde de pessoas com diabetes e hipertensão no Brasil: estudo transversal do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 3, e2020419, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000300015>.

RODAKI, Melanie *et al.* **Classificação do diabetes**. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2022. DOI: <https://doi.org/10.29327/557753.2022-1>.

SATO, Mariana; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Art and humanization of health practices in a primary care unit. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 55, p.1027-1038, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0408>

SBD. **Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020** (2019). Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/>.

SOUSA, Mapoanney Nhalis Clares *et al.* Conhecimento de discentes sobre metodologia ativa na construção do processo de ensino aprendizagem inovador. **Revista Interdisciplinar Encontro das Ciências**, Ceará, v.1, n.1, p. 61-74, 2018.

STOBÄUS Claus Dieter; LIRA, Gildeci Alves de.; RIBEIRO, Katia Suely Queiroz Silva. Elementos para um envelhecimento mais saudável através da promoção da saúde do idoso e educação popular. **Estud. interdiscipl. envelhec.** v. 23, n. 2, p. 25-49, 2018.

STOPA, Sheila Rizzato *et al.* Prevalência da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e da adesão às medidas comportamentais no Município de São Paulo, Brasil, 2003-2015. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 10, e00198717, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00198717>.

Recebido em: 04 de maio de 2023.

Aceito em: 01 de dezembro de 2023.