



PERFIL DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES ACOMPANHADOS POR UMA EQUIPE DE UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA – RELATO DE EXPERIÊNCIA

PROFILE OF PEOPLE WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND DIABETES
FOLLOWED BY A FAMILY HEALTH UNIT TEAM - EXPERIENCE REPORT

Amanda de Brito Tavares de Lima ¹
André Luis Melo dos Santos ²

Manuscrito recebido em: 18 de fevereiro de 2022.

Aprovado em: 09 de novembro de 2022.

Publicado em: 27 de dezembro de 2022.

Resumo

Objetivo: Apresentar a experiência de identificação do perfil clínico-epidemiológico inicial de usuários com hipertensão e com diabetes pertencentes a uma equipe de Unidade de Saúde da Família recém-inaugurada no município de Salvador-BA e refletir sobre a longitudinalidade do cuidado. **Método:** Trata-se de relato da experiência de vivências práticas de uma médica residente em Medicina de Família e Comunidade sobre o desenvolvimento de um banco de dados de pessoas com HAS e/ou DM, acompanhados na USF entre Julho de 2020 e Agosto de 2021. **Resultados:** A amostra foi composta por 165 usuários, dentre os quais observou-se o predomínio de pessoas com hipertensão (90%, contra 43% com diabetes), com elevada prevalência de hipertensão coexistente entre as pessoas com diabetes. Em sua maioria eram mulheres, com idade média acima de 60 anos e risco cardiovascular elevado. Houve predomínio de consultas apenas com médico, sendo somente 0,03% atendidos também por profissionais de enfermagem e verificou-se atraso no retorno para consulta de acompanhamento em 64% dos usuários. **Conclusão:** Os achados refletem na população estudada condições semelhantes às verificadas em outros estudos. Observa-se que, além das restrições de acesso impostas pelo contexto pandêmico, somam-se como desafios à longitudinalidade do cuidado os modelos médico-centrados, e evidencia-se a importância da cooperação interdisciplinar para a assistência de qualidade.

Palavras-chave: Hipertensão; Diabetes Mellitus; Longitudinalidade do Cuidado.

Abstract

Objective: To present the experience of identifying the initial clinical-epidemiological profile of people with hypertension and diabetes in a recently opened Family Health Unit in Salvador-BA and to reflect on the longitudinality of care. **Method:** This is a report on the practical experiences of a resident physician in Family and Community Medicine on the development of a database of people with hypertension and/or diabetes, followed up at the health care unit between July 2020 and August 2021. **Results:** The sample consisted of 165 users, among whom there was a predominance of people with hypertension (90%, against 43% with diabetes), with a high prevalence of coexisting hypertension among people with diabetes. Most were women, with an average age over 60 years and high cardiovascular risk. There was a predominance of consultations only with doctors, and just 0.03% also attended by nurses. There was a delay in returning for follow-up consultations in 64% of users. **Conclusion:** The findings reflect in the population studied conditions similar to those verified in other studies. It

¹ Médica, Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela Fundação Estatal de Saúde da Família.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9605-0878> E-mail: amandabtlima@gmail.com

² Médico, Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela Fundação Estatal de Saúde da Família. Preceptor no Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Fundação Estatal de Saúde da Família, Salvador.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7800-2466> E-mail: aluism15@gmail.com



is observed that, in addition to the access restrictions imposed by the pandemic context, medical-centered models are added as challenges to the longitudinality of care, and the importance of interdisciplinary cooperation for quality care is highlighted.

Keywords: Hypertension; Diabetes Mellitus; Continuity of Patient Care.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam os agravos mais prevalentes em todo o mundo, contribuindo no Brasil, em 2019, com o maior número de óbitos por capítulos da CID-10: 54,7% do total de mortes neste ano no país. Os segmentos mais vitimados por estas doenças são os mais vulneráveis, que enfrentam dificuldades relacionadas a menor escolaridade e renda¹.

Dentre as DCNT, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) figuram entre as condições mais prevalentes. No Vigitel Brasil 2020, inquérito telefônico sobre doenças crônicas, na população adulta em Salvador, 25,3% referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial e 6,3% de diabetes².

A HAS é o principal fator de risco modificável para doenças cardiovasculares, doença renal crônica e morte prematura. Seu impacto inclui desde evolução para perda funcional dos órgãos-alvo, como vasos, coração, olhos e rins até repercussões financeiras significativas para os pacientes, seus familiares e para os sistemas de saúde. Em 2018, o SUS teve gastos estimados de US\$ 523,7 milhões com hospitalizações, procedimentos ambulatoriais e medicamentos associados a doenças cardiovasculares, que incluem principalmente doenças cerebrovasculares, infarto agudo do miocárdio e doenças hipertensivas³.

O DM também contribui com carga de prejuízos à saúde e financeiros de grande relevância. No ano de 2019 ocupou posição de uma das 10 principais causas de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALY). Juntamente com suas complicações, o DM é em muitos países a principal causa de mortalidade precoce. Além de contribuir diretamente para a ocorrência de retinopatia, neuropatia, nefropatia, doença coronariana, cerebrovascular e doença arterial periférica, influencia ainda prejuízos para os aparelhos digestivo, musculoesquelético e para a cognição e saúde mental^{4,5}.



A lógica que impera no Brasil ainda se caracteriza por sistemas de atenção à saúde reativos, que se destinam a suprir demandas agudas, episódicas, de forma isolada e com mero intuito curativo. Esta fragmentação do cuidado falha diante da necessidade da oferta de saúde proporcional às demandas de uma determinada população, em acordo com determinantes sociais. O cuidado descontinuado é insuficiente diante da epidemia de doenças crônicas, as quais não podem ser adequadamente manejadas com encontros pontuais com diferentes profissionais de serviços isolados. Este processo tende a desvalorizar a responsabilização do profissional pela saúde dos usuários e leva frequentemente à solicitação de exames complementares desnecessários e encaminhamentos a especialistas focais de forma arbitrária^{6,7}.

Torna-se necessário o fortalecimento das redes de atenção à saúde, que incorporem unidades integradas para prover a atenção nos diversos níveis de complexidade de maneira continuada, respondendo às condições agudas e agudizadas, mas também às doenças crônicas. A atenção primária à saúde deve ser ponto de partida para que esta integração ocorra de maneira fluida, articulando-se quando necessário com os níveis de apoio secundário e terciário⁶.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde, que propõe a organização do cuidado de forma reestruturada, tanto em relação aos sistemas de saúde, quanto ao modelo de prática dos profissionais atuantes. Deve servir como ponto de entrada dos indivíduos, orientando seu percurso por toda a rede dentro do SUS conforme suas necessidades. Parte do entendimento que há uma necessidade real além do diagnóstico e tratamento dos agravos, abrangendo também e, principalmente, a promoção e proteção da saúde, para prevenir danos potenciais e manter o bem-estar coletivo e individual^{7,8}.

A APS tem demonstrado que sua estruturação potencializa o cuidado oferecido à saúde com menores custos, quando comparada aos modelos tradicionais de organização dos sistemas de saúde, além de proporcionar melhores resultados na assistência às doenças crônicas, gerando maior satisfação com o atendimento. Os indicadores de saúde nas localidades que adotaram este modelo refletem os ganhos através da redução na incidência de doenças, hospitalizações e mortes prematuras por causas evitáveis. Sua estrutura está apoiada nos atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural^{7,9}.



Destaca-se dentre seus atributos a longitudinalidade como característica peculiar e valiosa, entendendo-a enquanto a prestação de cuidados regulares por uma equipe de saúde a um usuário ao longo do tempo. Para isto, é necessário que haja um vínculo estreito, pautado na comunicação aberta e clara, no conhecimento e a valorização pelo profissional sobre as condições de vida da pessoa, na confiança do usuário no profissional e na corresponsabilização pelo plano de cuidados⁹.

O profissional de saúde da equipe que apresente maior vinculação ao usuário deve, sempre que possível, participar do seu acolhimento e dialogar com os colegas sobre o seu histórico de saúde. Deve haver também um registro oficial dos dados e de atendimentos, de forma organizada, clara e rapidamente acessível a todos os cuidadores.

A continuidade informacional é, das dimensões do atributo da longitudinalidade, aquele que permite a nós, profissionais que prestamos cuidados a um paciente, resgatar os registros de características particulares, diagnósticos prévios, histórico de exames complementares, rede de apoio, preferências e do plano terapêutico acordado. A qualidade destes registros e sua disponibilização é considerada base da continuidade do cuidado, pois possibilita que os agentes de saúde possam dar seguimento ao que fora planejado. Estes instrumentos devem ser atualizados de forma dinâmica, servindo como suporte para as decisões terapêuticas e fortalecendo o vínculo profissional-paciente⁹.

A chegada na residência médica em Medicina de Família e Comunidade enquanto primeira experiência de emprego, foi extremamente desafiadora. Além das dificuldades impostas em qualquer começo, quando experimentamos receios, ansiedades e expectativas com o exercício real da profissão, somou-se o início da pandemia do COVID-19 e a inauguração de uma USF em um dos bairros mais populosos e vulneráveis de Salvador-BA. O território que adentramos consistia até então em um vazio assistencial, cuja população, após muitos anos precisando buscar assistência em outras unidades de saúde superlotadas do SUS em bairros vizinhos, conquistou com luta a construção de uma USF. O Distrito Sanitário onde se situa a unidade não apontou uma definição clara dos limites do território de abrangência do serviço. Não existia também qualquer dado objetivo sobre as condições de vida dos usuários da região. Todo o processo de territorialização e aproximação da comunidade se deu já durante o funcionamento da unidade, com a colaboração de toda a equipe.



Dada a escassez de informações sobre a população residente na área e usuária da unidade e, sendo pessoas com hipertensão e diabetes um dos mais expressivos públicos da atenção primária, enquanto médica responsável pelo cuidado dos usuários de minha equipe, busquei desenvolver uma estratégia que facilitasse a aproximação da realidade local e permitisse conhecer características clínicas-epidemiológicas para planejar ações condizentes com as demandas existentes dentro da proposta de seguimento longitudinal.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um relato de minha experiência como médica residente em Medicina de Família e Comunidade sobre a construção de um instrumento para conhecimento de condições de saúde e acompanhamento de pessoas com hipertensão e/ou diabetes da USF Fazenda Grande III. São apresentadas também neste trabalho análises com base no produto elaborado.

Como forma de organização iniciei a construção de uma base de dados destes usuários. Os dados foram coletados a partir de buscas em prontuário eletrônico de registros de atendimentos no Sistema VIDA, adotado nas unidades básicas de saúde que compõem rede de atenção primária à saúde no município de Salvador. O período de avaliação dos dados compreendeu de 07/07/2020, quando foi implantado o prontuário eletrônico na USF até o dia 11/08/2021, perfazendo pouco mais de um ano.

Foram incluídos na amostra pacientes residentes no território de abrangência da USF correspondente à área da Equipe de nome “Acerola”, que haviam sido atendidos em consultas programadas (agendados), cujo foco do atendimento tenha sido diagnóstico ou acompanhamento das patologias selecionadas para o estudo: Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus tipo 2. A equipe Acerola compreende a população que mora nas Quadras “A”, “D” e “E” do bairro de Fazenda Grande III, do Distrito Sanitário de Cajazeiras, em Salvador, Bahia. A referida equipe é composta por duas médicas, sendo uma residente do primeiro ano e outra do segundo ano da Residência em Saúde da Família e Comunidade, 1 enfermeira residente do primeiro ano da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, 1 cirurgiã-dentista residente do segundo ano da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, 1 Agente Comunitária e 1 Técnica de Enfermagem. Não há presença do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na USF.



A seleção dos prontuários foi possível a partir da revisão de todos os atendimentos disponíveis no sistema realizados pelos médicos Amanda Lima (autora) e Mariana Pierre, respectivamente R2 e R1 da equipe Acerola e João Victor Rocha, R2 da equipe Cajá. Foi incluída revisão de prontuários de Dr. João Victor Rocha uma vez que, a princípio, a Quadra D pertencia à divisão da Equipe Cajá, sendo posteriormente incorporada à nossa equipe.

Na revisão inicialmente foi realizada leitura breve para identificação dos atendimentos agendados a partir do título indicado pelos profissionais sobre o tipo de atendimento., sendo possível excluir todos aqueles de acolhimento (demanda não programada), uma vez que estes incluem também pacientes das demais equipes, bem como usuários de fora da área de cobertura da USF. Após, procedi à leitura detalhada do conteúdo dos prontuários, com preenchimento de duas planilhas no programa Excel 2016, sendo uma com resumo de dados de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 e a outra de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica. As planilhas foram elaboradas com os seguintes campos: nome do(a) usuário(a); registro do Cartão Nacional do SUS (CNS); variáveis demográficas- idade e sexo; patologias – com destaque para HAS e DM2 como principais e secundariamente, outras doenças e agravos registrados como “lista de problemas”, “suspeitas diagnósticas” ou “avaliação”; contato telefônico fornecido para busca ativa; data do último atendimento com foco em HAS e/ou DM2.

Uma vez compilados os dados nas planilhas, percebi a necessidade de incluir o registro de Risco Cardiovascular dos usuários, o qual foi calculado com base nos exames mais recentes nos registros de cada usuário, utilizando a ferramenta de aplicativo gratuito “Calculadora para estratificação de risco cardiovascular- atualização 2020”, desenvolvida e recomendada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade de Endocrinologia e Metabologia. Esta calculadora adota o Escore de Risco Global (ERG), recomendado pelo Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC-DA), o qual estima em 10 anos o risco de eventos coronarianos, cerebrovasculares, doença arterial periférica ou insuficiência cardíaca. Os pacientes foram então classificados segundo as categorias: muito alto risco, alto risco, risco intermediário, baixo risco e não classificados- para aqueles com indisponibilidade de dados para o cálculo^{10,11}.



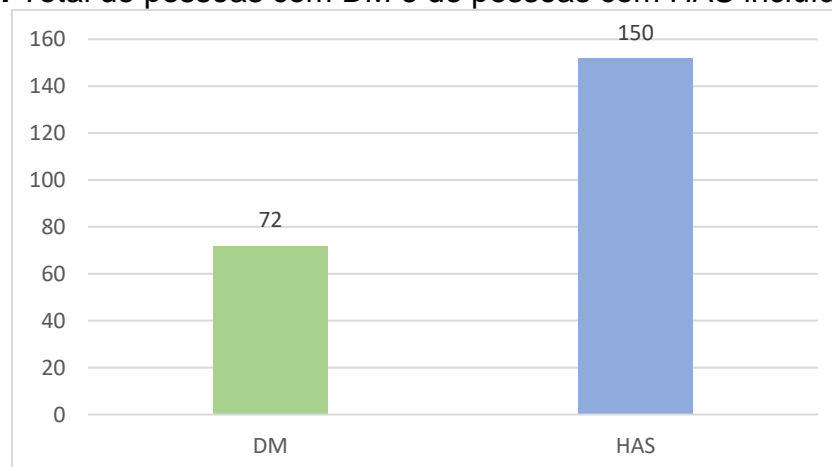
Posteriormente, tendo como referência a data de última consulta e o risco cardiovascular, calculei a data esperada de retorno, com intervalos máximos adotados segundo a recomendação do Caderno da Atenção Básica sobre Hipertensão Arterial Sistêmica: risco alto: quadrimestral; risco moderado: semestral; risco baixo: anual¹². Foi considerada a mesma periodicidade do risco alto e muito alto. Para os não classificados, calculou-se a data prevista para retorno segundo o intervalo mais próximo, de no máximo 4 meses, devido a necessidade de reavaliação breve de resultados de exames complementares pendentes e tendo em vista a possibilidade de se enquadrarem como alto risco.

Os dados mais relevantes foram ilustrados em gráficos para apresentação dos resultados, construídos com ferramentas do Excel 2016.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificados ao total 165 usuários pertencentes à Equipe Acerola da USF Fazenda Grande III, com pelo menos uma consulta médica de diagnóstico ou acompanhamento de HAS e/ou DM2. Destes, 72 diagnosticados com DM2 e 150 com HAS, sendo que 57 apresentaram diagnóstico das patologias concomitantemente, de modo que, do total de pessoas com diabetes, também apresentavam hipertensão 79,1% e, dentre as pessoas com HAS, 38% apresentavam associado o diagnóstico de DM2 (Gráfico 1).

Gráfico 1: Total de pessoas com DM e de pessoas com HAS incluídos na amostra



Fonte: A autora



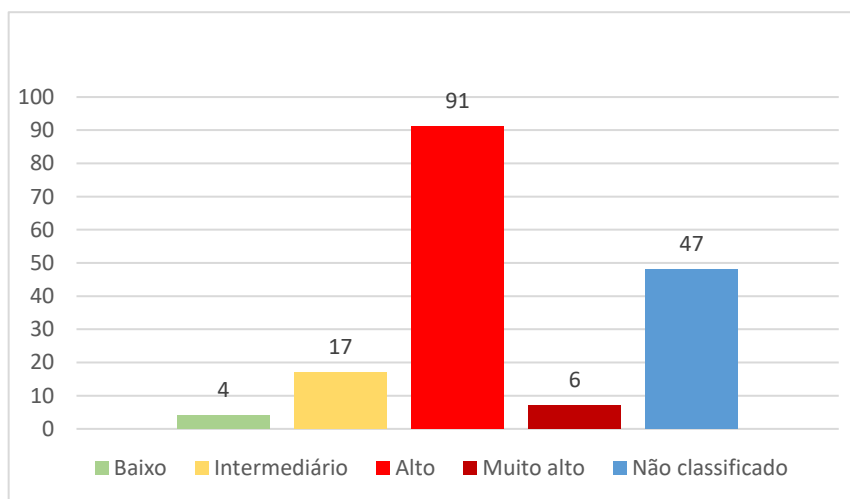
Seguindo para a análise da composição da amostra quanto ao sexo- feminino ou masculino, encontrou-se tanto entre pessoas com hipertensão quanto entre as com diabetes uma maioria de usuários do sexo feminino (74% e 62,5%, respectivamente).

Quanto à avaliação da idade dos usuários incluídos, entre as pessoas com DM2 encontrou-se uma variação entre 37 e 90 anos, com uma média de 62,8 anos de idade. Já para usuários com hipertensão, a média foi de 60,6 anos, com mínima de 31 anos e máxima de 90.

Para estudo do Risco Cardiovascular, todos os usuários da amostra, com HAS e DM, foram agrupados. Foi utilizado o escore de risco global (ERG) de Framingham, adotado pelo Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Este escore estima a ocorrência de eventos coronarianos, cerebrovasculares, doença arterial periférica ou insuficiência cardíaca em dez anos.

O Gráfico 2 contém a distribuição nas categorias de risco: muito alto; alto; intermediário; e baixo. Aqueles usuários cujos prontuários foram insuficientes em dados para o cálculo do ERG são apresentados como “não classificados” (28,4%).

Gráfico 2: Estratificação do total de pacientes da amostra (pessoas com Hipertensão + pessoas com Diabetes) segundo Risco Cardiovascular



Fonte: A autora

Observa-se que 91 pacientes, correspondendo a 55,1% do total, apresentaram risco cardiovascular alto, ou seja, tiveram um ERG > 20% (homens) ou > 10% (mulheres) ou apresentaram condições agravantes de risco, sendo estas: aterosclerose subclínica documentada por exames complementares específicos; aneurisma de aorta abdominal, Doença Renal Crônica não-dialítica, definida



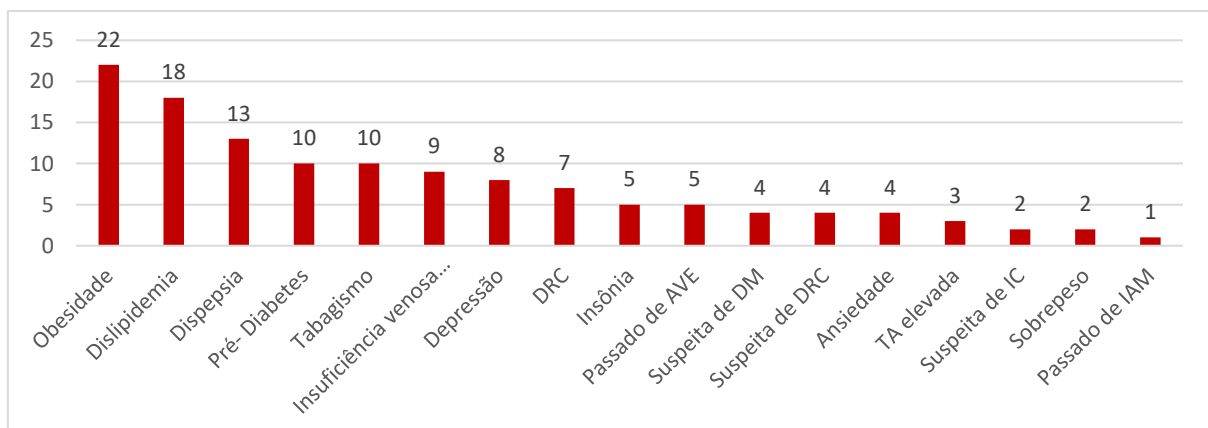
por Taxa de Filtração Glomerular $< 60\text{mL/min}$; LDL-c $\geq 190\text{ mg/dL}$; Diabetes tipos 1 ou 2, com LDL-c entre 70 e 189 mg/dL e presença de estratificadores de risco ou doença aterosclerótica subclínica.

Nas demais categorias, em ordem decrescente de prevalência na amostra em estudo, 17 (10,3%) foram estratificados como “intermediário”, devido a ERG 5-20% no sexo masculino e 5-10% no sexo feminino ou pela presença de DM sem doença aterosclerótica subclínica ou estratificadores de risco. Outros 06 (3,6%) foram categorizados como de muito alto risco, devido a história de doença aterosclerótica coronária, cerebrovascular ou vascular periférica significativa com ou sem eventos clínicos. Apenas 04 indivíduos (2,4%) tiveram ERG baixo, com estimativa de risco de eventos cardiovasculares em dez anos inferior a 5%.

A partir das listas de problemas ou diagnósticos elencados nos registros de consultas, foram identificadas outras condições de saúde presentes nos usuários sob cuidados (Gráfico 3).

Como 5 principais comorbidades associadas às duas principais analisadas neste estudo, destacaram-se, em ordem decrescente Obesidade: 13,3%; Dislipidemia 10,9%; Dispepsia, incluindo Doença do Refluxo Gastroesofágico e Doença Ulcerosa Péptica: 7,8%; Pré-Diabetes e Tabagismo: 6,0% cada; Insuficiência venosa crônica: 5,4%. Aponto também transtornos psíquicos como de importante prevalência na amostra, somando entre pessoas com sintomas ansiosos e de depressão 12 pacientes (7,2%).

Gráfico 3: Principais comorbidades associadas nos pacientes da amostra (pessoas com Hipertensão + pessoas com Diabetes)

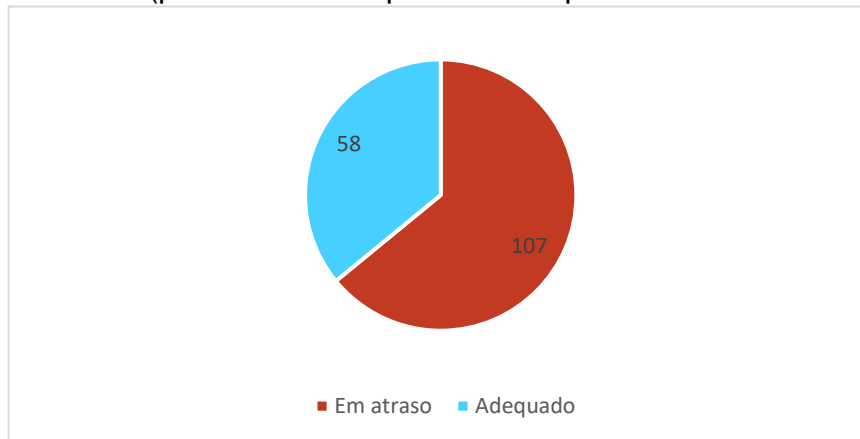


Fonte: A autora



Conforme a periodicidade recomendada para seguimento em consultas de rotina, do total de pessoas com HAS e/ou DM2 da equipe que compareceram ao atendimento agendado voltado à atenção de tais problemas de saúde, 64% não retornaram dentro do período preconizado (Gráfico 4), apresentando até 09 meses de atraso.

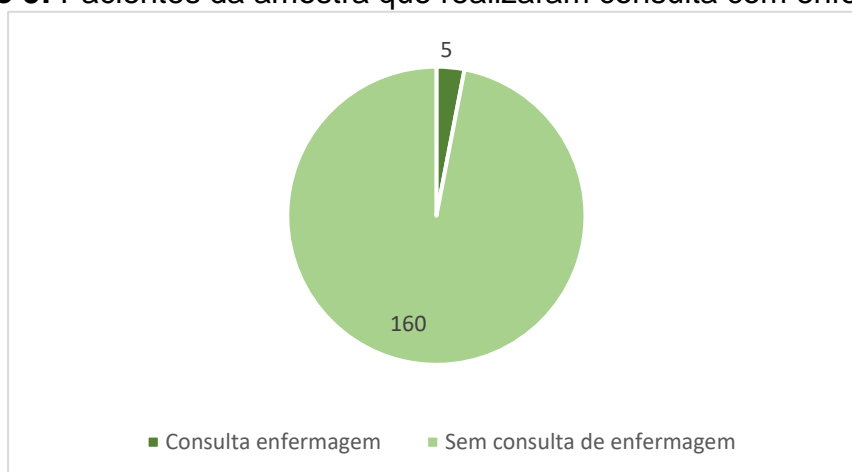
Gráfico 4: Adequação da periodicidade de consultas de seguimento nos pacientes da amostra (pessoas com Hipertensão + pessoas com Diabetes)



Fonte: A autora

Foi clara a predominância de pacientes que passaram por consultas para acompanhamento de sua HAS e/ou DM com médico(a), variando entre 1 e 12 consultas por paciente, com média de 1,94 consultas médicas por paciente. Apenas 05 pacientes passaram em consulta de enfermagem, com média de 0,03 consultas de enfermagem por paciente, conforme o Gráfico 5 a seguir.

Gráfico 5: Pacientes da amostra que realizaram consulta com enfermagem



Fonte: A autora



A entrada dos residentes durante a pandemia num local de vazio assistencial nos colocou diante do desafio de atender usuários com alta procura por atendimento, com diagnóstico de patologias frequentemente descompensadas, há longos períodos sem acompanhamento à saúde. Entretanto, diversas restrições limitaram a capacidade do serviço de suprir esta demanda de modo adequado. Optamos pela especialização na área de Saúde da Família e Comunidade com a expectativa de vivenciar verdadeiramente a dinâmica de um serviço voltado ao seguimento mais próximo aos usuários, mas nos deparamos na pandemia, desde o início do curso, com a descaracterização da APS e a atuação segundo um modelo de intervenções pontuais, voltado às demandas espontâneas, com mínimo espaço para o aprofundamento das relações de cuidado, o que gerou na maioria de nós um sentimento comum de frustração¹³.

A longitudinalidade do cuidado, necessária na assistência a pessoas com doenças crônicas, foi ameaçada durante a pandemia pela necessidade do isolamento social, com vistas de reduzir os casos de COVID-19. Essa população, encontrou no período novos desafios como a redução de oferta de vagas em serviços de atenção à saúde, os quais foram reorganizados para priorizar o cuidado aos pacientes com síndrome gripal. Consultas foram canceladas, as vagas para exames complementares se tornaram ainda mais restritas, o acesso a dispensação de medicamentos enfrentou dificuldades devido ao desabastecimento de insumos. E, além dos entraves relacionados ao funcionamento da rede de saúde, muitas pessoas com doenças crônicas, com receio da possível contaminação, deixaram de buscar os serviços mesmo quando necessitavam. O estudo de Borges et al. (2020) mostrou que durante a pandemia vigente, 78,3% dos indivíduos com doenças crônicas da amostra não buscaram atendimento à saúde¹⁴.

Durante o enfrentamento ao SARS COV2, diversas medidas precisaram ser adotadas no município de Salvador, incluindo a organização do atendimento em eixos, com priorização de demandas espontâneas e o monitoramento e atendimento de condições e programas estratégicos, que incluíam HAS e DM. Foi indicada a necessidade de priorizarmos teleatendimentos, evitando a exposição dos pacientes, de modo que consultas presenciais agendadas fossem reservadas para os casos em que a abordagem à distância não fosse suficiente, com restrição a 4 a 6 pacientes



agendados por turno, por profissional. Entretanto, apenas em agosto de 2020 a USF Fazenda Grande III recebeu aparelhos celulares enviados pela Secretaria Municipal de Saúde, sendo apenas 1 por equipe, com limitações de uso, devido a impossibilidade de realizar ligação telefônica, sendo possível realizarmos apenas troca de mensagens de texto ou chamadas de áudio/vídeo em aplicativos que necessitam de conexão à internet. As atividades coletivas, como sala de espera e grupos terapêuticos foram suspensas durante alguns meses, visando evitar aglomerações na USF que expusessem ao risco de infecção usuários e profissionais. Estas medidas, em conjunto, contribuíram para importante redução da capacidade de seguimento longitudinal e adequação à periodicidade de consultas recomendada, o que pode justificar o grande número de usuários com atraso no acompanhamento neste estudo. O achado de predomínio de pessoas com risco cardiovascular elevado reflete tanto a insuficiente assistência prévia à saúde da população residente na área quanto a provável piora das condições crônicas ao longo dos meses da pandemia¹⁵.

Neste estudo foi identificado que a população assistida pela equipe era, majoritariamente, composta por mulheres com hipertensão e de alto risco cardiovascular.

O achado de maior prevalência de hipertensos dentro do universo de pessoas com HAS e/ou DM é compatível com a realidade do município de Salvador. No relatório do Vigitel 2020, no município autodeclararam Hipertensão 25,3% do total de pesquisados, contra 6,3% que referiram diagnóstico prévio de diabetes. No conjunto das 27 cidades brasileiras incluídas no inquérito, a frequência de diagnóstico médico de HAS foi de 25,2%, sendo maior entre mulheres (26,2%) do que entre homens (24,1%) e, no caso do DM, a frequência do diagnóstico foi 8,2%, maior entre as mulheres (9%) do que entre homens (7,3%). De modo semelhante, neste estudo a prevalência de ambas as patologias foi maior entre mulheres².

A maior frequência de diagnóstico entre as mulheres pode refletir situações que vão além de determinantes biológicos, como questões sociais, culturais e de gênero. É conhecido que, historicamente, existe uma tendência de maior procura feminina pelos serviços de atenção à saúde. Ainda que existam fatores biológicos que expliquem em alguns casos a maior morbidade entre mulheres, dentro da construção cultural da masculinidade, existe grande resistência ao autocuidado. Enquanto isso, o



cuidado é bastante associado como próprio do “ser mulher”. Como motivos para menor ida masculina às unidades de assistência à saúde, são identificados: o ideário coletivo de associação do autocuidado com a demonstração de fragilidade e medo; receio da descoberta de problemas de saúde; a sensação de não pertencimento aos ambientes de saúde devido a frequente maior prevalência de profissionais mulheres e poucas campanhas voltadas às especificidades masculinas; e ainda horários de funcionamento incompatíveis com a jornada de trabalho^{16,17}.

Destaca-se também o expressivo número de pessoas com diabetes acompanhados pela equipe Acerola que apresentaram história concomitante de HAS. Outros estudos registram que HAS e DM são condições frequentemente encontradas em associação nos pacientes, sendo comum na maioria ao momento do diagnóstico de diabetes, a presença de hipertensão, o que acarreta maior risco cardiovascular e probabilidade de desenvolvimento de microalbuminúria e retinopatia. Quando presente em pessoas com diabetes, a HAS eleva a mortalidade em 7,2 vezes¹⁸⁻²⁰.

Por tratar de condições crônicas, que tendem a aumentar em prevalência com o envelhecimento, encontrei uma média de idade em torno de 60 anos nos indivíduos da amostra deste trabalho. No ano de 2020, no Brasil, dentre as pessoas que referiram diagnóstico médico de HAS 60,6% tinham 65 anos ou mais. Entre pessoas com diabetes, 25,2% tinham 65 anos ou mais. Uma pesquisa do IBGE realizada em 2019 também identificou que as pessoas de 60 anos ou mais de idade foram o grupo que mais demandou atendimento nas semanas anteriores (27,5%)^{2,21}.

Diante de uma cultura construída historicamente de cuidados à saúde centrados na figura do médico, frequentemente observamos na rotina da residência a procura de pacientes na USF por consultas médicas, não sendo raro a rejeição a agendamentos com a equipe de enfermagem. Infelizmente, de forma semelhante, alguns profissionais em nossa unidade, pertencentes ou não à residência, ainda não habituados com o cuidado compartilhado com outras categorias não-médicas, reforçam o encaminhamento para médicos de demandas que poderiam ser adequadamente absorvidas por enfermeiros. Este comportamento desconsidera a capacidade e habilidades específicas da categoria de enfermagem, favorecendo a superlotação das agendas médicas com o público de pessoas com hipertensão e



diabetes, e restringindo frequentemente as consultas de enfermeiras a demandas de saúde da criança e da mulher.

Fortalecer a atuação da enfermagem na assistência às pessoas com hipertensão e diabetes é essencial para a superação deste modelo hegemônico. No contexto da equipe de saúde da família, cabe aos enfermeiros a valiosa atuação nos programas de atenção a doenças crônicas, enquanto promotores essenciais de ações educativas, estimulando a prevenção de agravos e promoção da saúde. Muitas vezes o atendimento médico é realizado com enfoque prioritário na revisão de exames de acompanhamento e prescrição farmacológica. A forma de uso e armazenamento adequado de medicações, alimentos indicados, formas de prevenção do pé diabético, estímulo à prática de exercícios físicos regulares, controle da ingestão de álcool e tabaco, cuidados psicossociais e espirituais, são apenas algumas das diversas práticas de cuidado a serem reforçadas nas consultas, o que pode e deve ser feito também pela equipe de enfermagem, durante atendimentos individuais e coletivos, como por exemplo em grupos terapêuticos e salas de espera. Destaca-se ainda na formação da enfermagem o potencial de gerência e planejamento de grande importância^{12,22,23}.

CONCLUSÃO

Este trabalho foi desenvolvido integralmente durante a vigência da pandemia de SARS COV2 e, portanto, os resultados encontrados de certo sofreram o impacto do momento particular que vivenciamos, com restrição do acompanhamento clínico de diversos pacientes devido a necessidade de isolamento, priorização de atendimento a síndromes gripais durante alguns períodos, restrição da disponibilidade de vagas para agendamento e receios de usuários com patologias crônicas em se exporem a ambientes de circulação com doenças infectocontagiosas.

A tabulação de dados referentes aos pacientes em acompanhamento é um exercício que favorece não só o conhecimento das condições de vida, saúde e doença da população pela qual uma equipe é responsável, como também permite organizar o serviço. O presente trabalho contribui com a construção inicial deste instrumento, para que as características dos usuários sejam visualizadas e apreendidas



mais facilmente pelos profissionais. Os dados registrados servirão como ponto de partida para programar ações como salas de espera, grupos terapêuticos e distribuição de vagas para agendamentos. Após a análise do número de usuários em atraso de acompanhamento, fora iniciado um processo de busca ativa que permitiu regularizar as consultas de 50 dos pacientes da amostra estudada.

A análise possibilitou também identificar pontos de falha no serviço, como a necessidade de maior compartilhamento de cuidado da HAS e DM entre medicina e enfermagem e a melhoria dos registros em prontuário e de dados cadastrais para eventuais buscas ativas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030. Brasília, DF; 2020.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2020: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2020. Brasília, DF; 2021.
3. Barroso WK, Rodrigues CI, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa AD, et al. Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial – 2020. Arq. bras. cardiol. 2021;116(3):516-658.
4. Golbert A, Vasques AC, Faria AC, Lottenberg AM, Joaquim AG, Vianna AG, et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. Clannad, 2019.
5. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2020;396(10258):1204–22.
6. Mendes EV. As redes de assistência à saúde. 2. Ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde/ Conselho Nacional de Secretários da Saúde; 2011.
7. Oliveira MA, Pereira IA. atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. Rev. bras. enferm. 2013;66(esp):158-64.



8. Secretaria de Atenção Primária à Saúde [Internet]. O que é atenção primária? [cited 2021 Oct 20]. Disponível em:<https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>
9. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da atenção primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciênc. Saúde Colet.* (Impr.). 2011;16(1):1029-1042.
10. SBC- Sociedade Brasileira de Cardiologia. Departamento de Aterosclerose. Calculadora para estratificação de risco cardiovascular [Internet]. [cited 2021 Oct 20]. Disponível em:<http://departamentos.cardiol.br/sbc-da/2015/CALCULADORAER2020/index.html>
11. Précoma DB, Oliveira GM, Simão AF, Dutra OP, Coelho OR, Izar MC, et al. Atualização da diretriz de prevenção cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. *Arq. bras. cardiol.* 2019;113(4):787-891.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 37 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília; DF, 2013.
13. Anghebem MI, Rego FG, Picheth G. COVID-19 e Diabetes: a relação entre duas pandemias distintas. *Rev. bras. anal. clin.* 2020;52(2):154-159.
14. Borges KN, Oliveira RC, Macedo DA, Santos JC, Pellizzer LG. O impacto da pandemia de COVID-19 em indivíduos com doenças crônicas e a sua correlação com o acesso a serviços de saúde. *Rev. Cient. Esc. Estadual Saúde Pública de Goiás Cândido Santiago.* 2020;6(3):e6000013.
15. Secretaria Municipal da Saúde. Diretoria de Atenção à Saúde. Coordenadoria De Atenção Primária À Saúde. NOTA TÉCNICA DAS/APS – novo Coronavírus N° 09/2020, de 23 de junho de 2020 Orientações para a reorganização do processo de trabalho da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento ao Novo Coronavírus (COVID19) no município do Salvador. 2020.
16. Cobo B, Cruz C, Dick PC. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* (Impr.). 2021;26(09):4021-32.
17. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública (Online).* 2007;23(3):565-574.
18. Bakris GL, Sowers JR; American Society of Hypertension Writing Group. ASH position paper: Treatment of hypertension in patients with diabetes—an update. *J Clin Hypertens.* 2008 Sep;10(9): 707-13.



19. UK Prospective Diabetes Study Group. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. *BMJ*. 1998;317(7160):703-13.
20. Whaley-Connell A, Sowers JR. Hypertension management in type 2 diabetes mellitus: recommendations of the Joint National Committee VII. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2005 Mar;34(1):63-75.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa nacional de saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. 2020. 85p.
22. Vieira VA, Azevedo C, Sampaio FC, Oliveira PP, Moraes JT, Mata LR. Cuidados de enfermagem para pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial: mapeamento cruzado. *Rev. baiana enferm*. 2017;31(4): e21498.
23. Bueno MC, Silveira MB, Rezende HH. Ações da enfermagem no enfrentamento às doenças crônicas: hipertensão e diabetes. *RSM* 2019.