

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Maria Mayanne Domingos da Silva

PORTIFÓLIO FINAL

Santa Luzia

2018

Maria Mayanne Domingos da Silva

POTIFÓLIO FINAL

Trabalho de conclusão de curso, apresentado a Universidade federal de ciências e da saúde de Porto Alegre, para obtenção do título de especialista em saúde da família, sob a orientação da professora Manuela Jorge Coelho Alves

Santa Luzia

2018

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....	9
3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.....	12
4 VISITA DOMICILIAR.....	14
5 REFLEXÃO CONCLUSIVA	16
REFERÊNCIAS.....	17
APÊNDICE A- Projeto de intervenção.....	18

INTRODUÇÃO

Sou médica do programa mais médicos, me chamo Maria Mayanne Domingos da Silva, tenho 28 anos, sou natural do município de Feijó no Estado Acre e fiz medicina pela universidade de Aquino Bolívia (UDABOL), localizada em Santa Cruz de la Sierra e no momento estou locada na unidade de saúde da família da vila do Broca, que fica localizada na área Rural da cidade de Santa Luzia no Estado do Pará, onde atuo desde agosto de 2016.

O município de Santa Luzia do Pará de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2016), possui 19.348 habitantes, área territorial de 1.356,124 km², densidade demográfica 14,32, com índice de desenvolvimento humano de 0,546. A população atendida na unidade de saúde da família Broca fica localizada na zona Rural e atende um conjunto de vilas cujos nomes são: Vila do Broca, Bela Vista, Pau de Remo, Areia Branca, Perucal, Quinto Lira, Vila dos Pedros, Vila dos Pereiras e Vila Piracema. A população não possui água tratada e a coleta de lixo realiza-se a cada 15 dias. Em sua maioria são lavradores e donas de casa. E em cada vila é possível observar uma escola de ensino fundamental e uma igreja.

A área está dividida em 6 micro áreas com 484 famílias cadastradas, a equipe é composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 6 agentes comunitários de saúde, 1 odontólogo, 1 auxiliar de saúde bucal e o NASF (núcleo de apoio à saúde da família), composto por 1 psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta e fonoaudióloga. Nos atendimentos temos maior prevalência de consultas médicas e os problemas mais comuns são: neurites, lombalgias, afecções de garganta, alergias e parasitoses intestinais.

O projeto de intervenção foi voltado aos hipertensos e diabéticos e teve como título: “Baixa Adesão ao Tratamento de Hipertensão e Diabetes: plano de intervenção” teve como objetivo melhorar a adesão desses clientes ao tratamento. São 54 hipertensos e 26 diabéticos cadastrados e apesar de ser baixa a prevalência dessas patologias a equipe encontra grande resistência ao tratamento e acompanhamento desses usuários. O foco principal foi a educação em saúde no que tange a mudança nos fatores de riscos, como a mudança nos hábitos alimentares e realização de atividades físicas, os familiares também foram convidados a participar das ações.

A metodologia utilizada foi o agendamento das consultas do hiperdia pelos agentes comunitários de saúde, priorizando os mais faltosos. Discussão das queixas comuns pela equipe e a elaboração das intervenções baseado no que foi descrito nas consultas. As ações são palestras semanais com o médico, enfermeiro cirurgião dentista, fisioterapeuta, nutricionista, e psicólogo. Essas palestras terão como tema, os benefícios da prática de exercícios físicos, alimentação saudável, prevenção de agravos, consequências da falta de adesão ao tratamento, os benefícios do tratamento e demais problemas referidos durante as consultas. Os usuários foram divididos em grupos e organizados de acordo com a microárea.

A escolha do tema foi relevante visto que o tratamento do diabetes e da hipertensão não é somente medicamentoso e a falta de adesão a longo prazo resulta em várias complicações. O controle glicêmico envolve muitas mudanças, que por vezes altera toda a rotina familiar. E percebemos essa dificuldade dos usuários principalmente em modificar a alimentação, surgindo assim a necessidade de intervir, possibilitando a estes e seus familiares conhecimento sobre suas patologias, afim de melhorar a qualidade de vida desses clientes bem como prevenir as possíveis complicações.

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Anamnese

O.M.S 70 anos, aposentada, sexo feminino, ensino fundamental incompleto, religião católica, casada, reside na Vila do Broca.

Queixa principal

- Insônia

História atual

16/05/17. Triagem:

- Peso: 58 kg
- PA: 150 x 90
- Estatura: 1, 57

Paciente reside apenas com companheiro, possui 4 filhos, nascidos de parto normal, dois deles diabéticos, irmã também diabética. É hipertensa e diabética, não fuma, não faz uso de álcool e outras drogas, refere acidente vascular encefálico prévio, faz uso de losartana 50 mg, glibenclamida 5 mg Pela manhã e metformina 850 mg após o almoço. Refere ansiedade e insônia. Alimenta-se principalmente de carboidratos e frutas e consome café 2 vezes ao dia, pela manhã e noite. Nega atividade física.

Ao exame físico:

- IMC: 23, adequado
- Cavidade oral: Sem alterações
- Frequência cardíaca: 80
- Frequência respiratória: 20
- Circunferência abdominal: 90
- Pele: ressecada
- Avaliação musculoesquelética: diminuição de força muscular
- Avaliação vascular: pulsos pedioso e tibial posterior presentes e dentro da normalidade.
- Edema: em membros inferiores
- Pés: com fissuras

Foi medicada com captopril 25 mg. Após 40 minutos PA: 140x90, prescrito clonazepam 0,5 mg a noite e hidroclorotiazida 25 mg pela manhã. Solicito verificação de PA três vezes por semana na unidade de saúde, solicito exames:

glicemia em jejum, hemoglobina glicada, colesterol total, HDL, triglicerídeos, dosagem de uréia, creatinina sérica, TGO, TGP, Dosagem de potássio, urina tipo 1 e eletrocardiograma (ECG). Todos esses exames são disponibilizados pelo município, uma vez por semana é realizada a coleta do material na unidade de saúde e o ECG é realizado no hospital municipal. Encaminhada ao oftalmologista para fundoscopia, nutricionista, para revisão plano alimentar e odontólogo para melhor avaliação. Não realizou-se o escore de Framingham pois a paciente já é considerada de alto risco cardiovascular. Retorno com 30 dias.

Consulta no dia 12/06/17. Triagem:

- Peso: 58 kg
- PA: 130 x 90
- Estatura: 1,57

Verificação de PA na semana anterior:

- 1- 06/06/17: 130x90
- 2- 07/06/17: 130x90
- 3- 08/06/10: 130x90
- 4-09/06/17: 140x90

Resultados de exames: glicemia em jejum 79, hemoglobina glicada 5,2, colesterol total 170, HDL 50, triglicerídeos 176, dosagem de uréia 30 mg/dl, creatinina sérica 0,9, TGO 26, TGP 20, Dosagem de potássio: 130, urina tipo 1 dentro dos padrões normais e eletrocardiograma (ECG), BRE incipiente. CA: 90, sono e repouso adequados cm o uso da medicação, sem edemas. Orientações sobre alimentação (redução de açúcar, gorduras, cafeína e sal), encaminhada ao cardiologista e retorno com o esposo após 30 dias para consulta médica.

Dia 16/06/17. Triagem:

- Peso: 58 kg
- PA: 130x90
- Estatura: 1,57 m

Avaliação odontológica.

Dia 29/06/17. Triagem:

- Peso: 58 kg
- PA: 140x90
- Estatura: 1,57 m

Consulta cm nutricionista, reavaliação do plano alimentar.

Dia 12/07/17 compareceu para consulta. Triagem:

- Peso: 58 kg
- PA: 150x90
- Estatura: 1,57 m

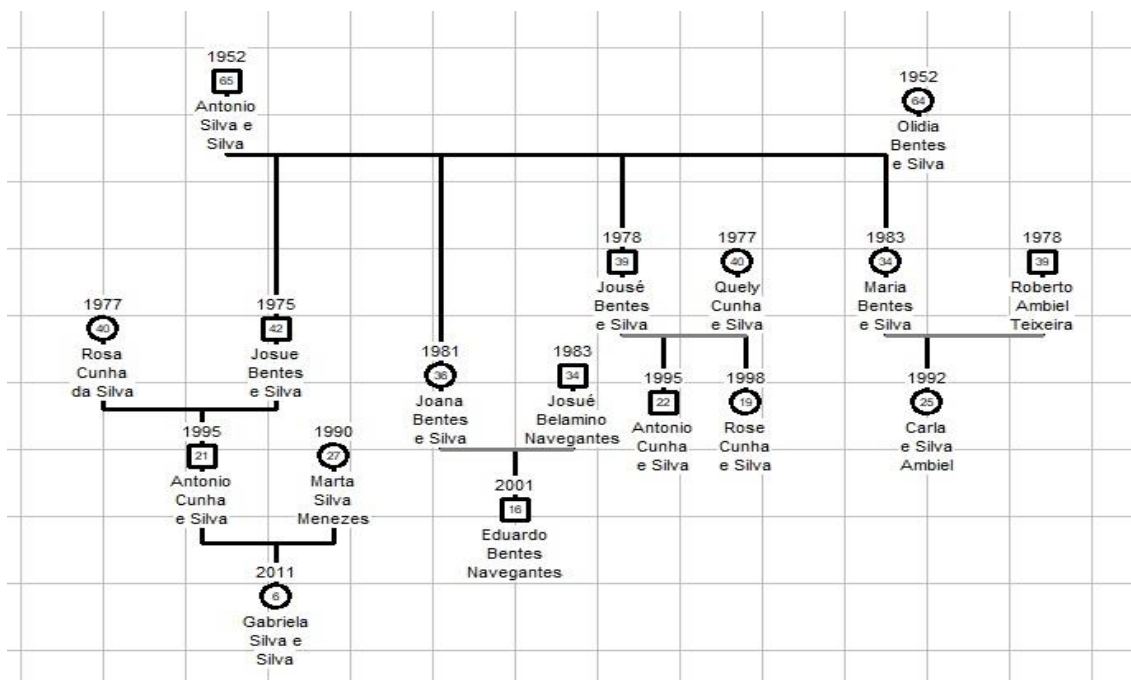
Compareceu com cefaleia, pressão alterada. Dificuldade para dormir. Refere que parou o uso do clonazepam, por conta própria por “medo de dependência”, ainda fazendo uso da cafeína. IMC: 23, CA: 90. Foi feito um captopril 25 mg oral e colocada em repouso. Após 20 minutos, PA: 140x90. Orientada quanto a importância das medicações, entrego a receita do clonazepam 0,5 mg novamente, oriento quanto a retirada da cafeína, solicito hemoglobina glicada. Aguardo o agendamento da consulta com cardiologista. E agendo retorno com 15 dias.

Plano de ação

Visita domiciliar para orientação dela e do esposo que também é diabético sobre alimentação sobre a regularidade das medicações, verificação de PA três vezes por semana na unidade de saúde, verificar glicemia capilar 1 vez por semana na unidade de saúde, solicito visita do educador físico. Marcar as consultas de acompanhamento, apoio do psicólogo e enfermeira no acompanhamento do quadro.

GEOGRAMA

(Nomes-fictícios)



3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Atuo na unidade básica da vila do Broca a mais de um ano e no campo de saúde mental durante minha trajetória consegui organizar o atendimento de forma significativa. Os clientes costumavam comparecer para pegar apenas a receita e com medicação suficiente para 2 ou três meses, onde ficavam ausentes da unidade de saúde. Após reunião de equipe, passamos a agendar as consultas e fazer o acompanhamento de forma adequada além da organização de palestras com os familiares, para que pudessem entender a patologia e saber como cuidar de seus familiares. Temos o livro de acompanhamento desses clientes, onde ficam registrados, nome, agente comunitário de saúde, medicamento dosagem e tem espaço para a data e peso colocados na consulta mensal.

A principal diretriz da Política Nacional de Saúde Mental, inspirada na reforma psiquiátrica brasileira, consiste na redução gradual e planejada de leitos em hospitais psiquiátricos, priorizando concomitantemente a implantação de serviços e ações de saúde mental de base comunitária, capazes de atender com resolubilidade os pacientes que necessitem de atenção (BRASIL, 2005). Dentro dessa perspectiva, a família é requisitada como parceira dos novos serviços e reafirmada como um dos possíveis espaços do provimento de cuidado (ROSA, 2004), passando a ser concebida como necessária e aliada no cuidado de seu familiar em sofrimento psíquico.

Os profissionais de Saúde, em muitas situações, esperam que a família aceite e cuide da pessoa em sofrimento psíquico intenso sem se dar conta de que não estão lhe oferecendo suporte nem orientações (KOGA, 1997); ou percebem o familiar como um simples informante das alterações apresentadas pela pessoa em tratamento, que deve seguir passivamente suas prescrições de tratamento. Considerar a família como protagonista do cuidado reabilitador é um verdadeiro desafio. Ao acolher suas demandas e dificuldades de convívio com um familiar em sofrimento psíquico intenso, o profissional promove o suporte possível para as solicitações manifestadas (COLVERO et al., 2004).

Destacamos além do atendimento em saúde mental a melhoria nos problemas encontrados no acompanhamento pré-natal, haviam muitas gestantes faltosas e/ou não realizavam os exames de rotina pré-natal, sendo em sua maioria adolescentes, além de intensificar o planejamento reprodutivo com ações educativas nas comunidades e escolas, realizei um cronograma de visitas voltado

principalmente as gestantes. A cada 15 realizo 3 visitas por período, priorizando as faltosas e as que moram mais distante. Além das orientações quanto a importância dos exames, realizamos durante as visitas, peso, pressão e glicemia capilar. Tivemos resultado muito positivo, com maior adesão as consultas e realização de exames. Além disso, temos um grupo voltado a ações educativas, que além das gestantes convidamos companheiros e avós, com temas como, parto, cuidados com a mama, aleitamento materno, cuidados com higiene do bebê, urgência e emergência com recém nascidos, dentre outros, com ações mensais realizadas pelo médico, enfermeiro, fonoaudióloga, fisioterapeuta e agentes comunitários de saúde.

Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. Esta possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação. A criação de espaços de educação em saúde sobre o pré-natal é de suma importância; afinal, nestes espaços, as gestantes podem ouvir e falar sobre suas vivências e consolidar informações importantes sobre a gestação e outros assuntos que envolvem a saúde da criança, da mulher e da família. (BRASIL, 2012A).

É imprescindível que as gestantes e seus acompanhantes sejam eles os(as) companheiros(as) ou membros da família ou seus amigos tenham contato com atividades de educação, pois muitas vezes este é o espaço onde se compartilham dúvidas e experiências que normalmente não são discutidas em consultas formais, dentro dos consultórios dos médicos, enfermeiros ou dentistas (BRASIL,2012A).

4 VISITA DOMICILIAR

Quando iniciei o trabalho nessa unidade, pouco se fazia visita, essas eram realizadas somente quando solicitada pelos agentes comunitários de saúde, ou quando um familiar solicitava, organizamos as visitas, que agora são agendadas assim como as consultas, priorizamos os grupos de risco gestantes, hipertensos, diabéticos, idosos, e crianças que costumam faltar as consultas, temos nos livros de acompanhamento o registro mensal desses grupos e organizamos um cronograma em equipe e as visitas são divididas com a enfermeira e somos acompanhados pelos agentes comunitários de saúde. Também fazemos em conjunto a visita aos acamados, necessitamos de transporte pois a área é composta por muitas comunidades distantes, a secretaria de saúde solicita o cronograma e o disponibiliza sempre.

Temos muitas famílias com dificuldade de deslocamento o que dificultava bastante o acompanhamento a esses grupos de risco, porém a partir da organização das visitas e através das orientações conseguimos aumentar o vínculo desses usuários com os profissionais, estabelecemos uma relação de confiança e com isso obtivemos um maior comparecimento desses grupos a unidade de saúde principalmente na realização da puericultura, esses clientes muitas vezes por falta de transporte andam quilômetros, porém em sua maioria não estão deixando de comparecer, exceto os hipertensos e diabéticos, onde ainda buscamos estratégias para um melhor acompanhamento.

Dentro desse enfoque, é responsabilidade das equipes de atenção básica atenderem os cidadãos conforme suas necessidades em saúde. Essas necessidades, que são produzidas socialmente, muitas vezes se traduzem também pela dificuldade que algumas pessoas possuem em acessar os serviços de saúde, seja pelas barreiras geográficas, pelas longas distâncias, pela forma como são organizados, seja pelo seu estado de saúde, que, muitas vezes, os impedem de se deslocarem até esses serviços, exigindo que a assistência seja dispensada em nível domiciliar (BRASIL, 2012B).

Com base no princípio da territorialização, deve-se ser responsável pela atenção à saúde de todas as pessoas adscritas. Dessa forma, a atenção domiciliar é atividade inerente ao processo de trabalho das equipes de atenção básica, sendo necessário que estejam preparadas para identificar e cuidar dos usuários que se beneficiarão dessa modalidade de atenção, o que implica adequar certos aspectos

na organização do seu processo de trabalho, bem como agregar certas tecnologias necessárias para realizar o cuidado em saúde no ambiente domiciliar (BRASIL, 2012B).

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

Minha trajetória no curso de especialização foi bem produtiva, consegui observar casos no curso que são comuns na unidade em que atuo e assim fazer a detecção precoce e busca ativa conforme observado nos estudos de caso clínico, e aplicar isso na unidade da vila do Broca, além de organizar o serviço e fazer planejamento das ações em saúde.

Houve mudança significativa quanto as notificações, por vezes não realizadas, através do curso passei a entender a importância dos dados e ter maior atenção, hoje as fichas ficam ao meu lado na mesa e os casos com maior notificação são os suspeitos de dengue. No ano de 2017, tivemos um caso de tuberculose e um de sífilis na gestação. No acompanhamento da criança, também modifiquei minha postura, registrando na carteira todos os dados necessários à consulta de puericultura, anteriormente registrado apenas em prontuário.

Passei a ter maior participação nas reuniões mensais e junto a equipe, onde discutimos os problemas da comunidade, estabelecemos o cronograma de palestras, tema a ser abordado nos grupos e palestrante. O trabalho em equipe reforça o princípio do SUS da integralidade, que nos auxilia na organização e na busca das necessidades de saúde da comunidade.

Ao falar em trabalho em equipe Araújo e Rocha (2007) reforçam que a abordagem integral dos indivíduos/famílias é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes interdisciplinares e que além da obtenção de informações e discussões sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença, a ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos.

Por fim posso afirmar que após iniciar as atividades na unidade em que atuo, tive muitas mudanças benéficas, auxiliada pelo curso de pós graduação, onde além de aprimorar meus conhecimentos, pude me atualizar, modificar os métodos de trabalho e ampliar as ações intersetoriais, bem como aumentar a participação da comunidade nas ações. Hoje tenho maior vínculo com a comunidade o que repercutiu na saúde e prevenção de complicações, resultante do empenho de toda a equipe de saúde da família.

REFERÊNCIAS

- ARAUJO, Marize Barros de Souza; ROCHA, Paulo de Medeiros. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 12, n. 2. Rio de Janeiro Mar/Abr. 2007.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, v. 2, 2012B. 101 P.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, n. 32, 2012A. 316 p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília, n. 34, 2013. 176 p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas em saúde. **Reforma psiquiátrica e Política de Saúde Mental**. 2005.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, v. 2, 2010. 256 p.
- COLVERO, et al. Família e Doença Mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista da Escola de enfermagem da USP**. São Paulo, v. 2, n. 38, p. 197-205, 2004.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativa da população residente nos municípios brasileiros com ano de referência de 2016**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=150655>. Acesso 20 de outubro de 2017.
- KOGA, M. **Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar**. Dissertação (mestrado)- Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo. 1997.
- ROSA, L. O cotidiano, as tensões e as Repercussões do Provimento do cuidado doméstico ao Portador de transtorno Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 66, p. 28-37, jan/abr, 2004.

APÊNDICE A- Projeto de intervenção

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Maria Mayanne Domingos Da Silva

**BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO E DIABETES: plano de
intervenção**

Santa Luzia

2017

Maria Mayanne Domingos da Silva

BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO E DIABETES: plano de intervenção

Projeto de intervenção que será apresentado a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre para obtenção do título de especialista em saúde da família sob a orientação do professor Demétrio.

Santa Luzia

2017

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	22
2 OBJETIVO GERAL.....	24
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	25
3.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	25
3.2 DIABETES MELLITUS.....	26
3.3 ATIVIDADE FÍSICA E SUA IMPORTANCIA NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS.....	28
4 METODOLOGIA.....	30
4.1 ETAPA 1: PLANEJAMENTO SITUACIONAL.....	30
4.2 ESTAPA 2: DESCRIÇÃO DO PROBLEMA.....	30
4.3 ETAPA 3: PLANO DE AÇÃO.....	30
5 RECURSOS NECESSÁRIOS.....	31
6 RESULTADOS ESPERADOS.....	32
REFERÊNCIAS.....	33
APÊNDICE A- CRONOGRAMA (2017).....	35

RESUMO

Segundo Silva (2008), as doenças cardiovasculares são grande causa de morbimortalidade na população brasileira. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) representam um dos principais fatores de risco para este agravo, pois estão relacionadas ao surgimento de outras doenças crônicas, que trazem repercussões negativas para a qualidade de vida. A Organização Mundial da Saúde (OMS) refere a importância do reconhecimento do caráter pandêmico das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e a necessidade da tomada de ações para combatê-las, uma vez que estas têm gerado elevado número de mortes, alto grau de limitação nas atividades de trabalho, lazer, impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral. Diante desse quadro torna-se necessário intervir junto à comunidade da vila do Broca através de ações educativas, com o objetivo de melhorar a adesão ao tratamento dos clientes cadastrados no programa hiperdia e assim prevenir complicações. Espera-se com as ações mudar a realidade da população cadastrada, esclarecer sobre os fatores de risco, envolver a família para que eles também assumam o papel de educador e fiscalizador e assim além de alcançar uma maior adesão ao tratamento estimular a adoção de hábitos saudáveis e à prática de exercícios físicos.

Palavras-chave: Hipertensão. Diabetes. Tratamento. Atividade física. Orientação.

1 INTRODUÇÃO

Contextualizando, a vila do Broca fica localizada no município de Santa Luzia do Pará, que de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2016) possui 19.348 habitantes, área territorial de 1.356,124 km², densidade demográfica 14,32, com índice de desenvolvimento humano de 0,546. A unidade de saúde família Broca fica localizada na zona rural e possui 484 famílias cadastradas, divididas em 6 micro áreas, destes 54 são hipertensos e 26 diabéticos.

Segundo Silva (2008), as doenças cardiovasculares são grande causa de morbimortalidade na população brasileira. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) representam um dos principais fatores de risco para este agravo, pois estão relacionadas ao surgimento de outras doenças crônicas, que trazem repercussões negativas para a qualidade de vida.

Brasil (2006) refere que a hipertensão e o Diabetes possuem diversos aspectos em comum, tais como etiopatogenia, fatores de risco, facilidade de diagnóstico, necessidade de acompanhamento por equipe multidisciplinar, tratamentos não medicamentoso e medicamentoso e dificuldade de adesão às recomendações prescritas. Quando o diagnóstico ocorre de forma precoce e se realiza o tratamento correto, esses agravos são controláveis, e as possíveis complicações podem ser evitadas, dessa maneira a prevenção é essencial, pois reduz hospitalizações, custos e principalmente melhora a qualidade de vida.

Devido ao aumento dos agravos em pacientes portadores de doenças cardiovasculares foi criado pelo Ministério da Saúde, junto a outros órgãos em 2002, um Plano de Reorganização à hipertensão arterial e diabetes mellitus, denominado hiperdia, com propósito de vincular esses usuários a unidade de saúde e garantir-lhes tratamento e acompanhamento constante (BRASIL, 2003).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) refere a importância do reconhecimento do caráter pandêmico das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e a necessidade da tomada de ações para combatê-las, uma vez que estas têm gerado elevado número de mortes, alto grau de limitação nas atividades de trabalho, lazer, impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral (BRASIL, 2011).

Os profissionais da atenção básica são de suma importância nas estratégias de controle do hiperdia, desde a definição do diagnóstico à terapêutica e principalmente quanto às informações aos pacientes, além de ter como desafio fazê-

lo seguir não somente o tratamento farmacológico mas também o não farmacológico (LIMA; GAIA; FERREIRA, 2012).

Diante do exposto torna-se necessário intervir junto a comunidade da vila do Broca, com intuito de prevenir complicações, pois apesar de ter baixa prevalência de diabéticos e hipertensos cadastrados observa-se grande dificuldade de manter os níveis pressóricos e glicêmicos dentro dos padrões de normalidade, devido a irregularidade no uso das medicações, falta nas consultas de acompanhamento e principalmente a dificuldade na mudança do estilo de vida.

2 OBJETIVO GERAL

- Propor um projeto de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento dos clientes cadastrados no programa hiperdia residentes na vila do Broca.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Elaborar um plano de ação com a equipe para o incentivo a atividade física;
- Intensificar as visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde, para orientações e controle quanto ao uso das medicações;
- Realizar ações educativas mais frequentes sobre a adoção de hábitos saudáveis;
- Realizar palestras com a família sobre as patologias e a melhor maneira de lidar com seus familiares.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Passos, Assis e Barreto descrevem que a hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica e um importante problema de saúde pública, pois é um fator de risco de morbimortalidade cardiovascular e a principal causa de mortalidade no Brasil. É caracterizada pelo aumento da pressão que o sangue faz para movimentar-se na parede das artérias, diagnosticada quando os valores pressóricos se mantêm frequentemente acima de 140 por 90 mmHg. Estima-se que cerca de 30% da população brasileira é hipertensa (BRASIL, 2006).

Brasil (2006) diz que por ter alta prevalência na população, a hipertensão constitui um problema de saúde pública, pois além da redução da expectativa de vida, conduz a várias complicações cardíacas e renais, além de gerar elevado custo econômico e social. O Brasil não dispõe de estatísticas sobre a magnitude dessa doença em todo seu território, mas, estimativas realizadas baseados em estudos nas regiões Sul e Sudeste, de base populacional, indicam que, aproximadamente, 20% da população adulta brasileira têm hipertensão arterial.

Diversos fatores contribuem para a o aumento dos níveis pressóricos, dentre eles a idade avançada, etnia negra, obesidade, consumo excessivo de álcool, sedentarismo, dislipidemias, diabetes mellitus e alto teor de sódio na alimentação (FIGUEIREDO; ASAKURA, 2010).

Ao falar do tratamento da hipertensão Figueiredo e Assakura (2010) relatam que este consiste em, medicamentoso e não medicamentoso. O primeiro é realizado através do controle de peso, da melhora na alimentação, da redução do consumo do sal, da moderação no consumo de bebidas alcoólicas, da prática regular de exercício físico, da abstenção do tabagismo e do controle do estresse psicoemocional; já o medicamentoso tem por base o uso de drogas prescritas pelo médico, conforme a gravidade do quadro.

O maior desafio no combate à hipertensão arterial ainda é à dificuldade de adesão ao tratamento. Alguns estudos mostram baixos níveis de adesão à terapia anti-hipertensiva, além de os maiores índices estarem associados a serviços de saúde especializados (BARBOSA; LIMA, 2006).

A adesão é à concordância entre a prescrição médica e a conduta do próprio paciente. Porém, vários fatores contribuem para a falta de adesão, como as dificuldades financeiras, a quantidade medicamentos prescritos, os efeitos adversos da medicação, a dificuldade de acesso ao sistema de saúde, a inadequação da

relação médico-paciente, a característica assintomática da doença e a sua cronicidade (LEITE; VASCONCELOS, 2003).

De acordo com a sociedade brasileira de hipertensão (2003) em um estudo realizado pela organização mundial de saúde refere como prejuízos da falta de adesão ao tratamento, complicações médicas e psicossociais, diminuição da qualidade de vida, maior resistência dos fármacos e desperdício dos recursos assistenciais. Muitos casos, levam o paciente a requerer exames complementares periódicos e procedimentos como diálise e, até mesmo, transplante.

Gonçalves et al (2007) Diz que a hipertensão arterial é um dos mais importantes fatores de risco para a lesão renal. O risco se torna ainda maior quando hipertensão arterial e diabetes mellitus estão associadas. Hipertensão arterial e diabetes mellitus são responsáveis por mais de 70% dos casos de insuficiência renal crônica terminal, levando ao tratamento dialítico crônico e a transplante renal. A hipertensão, além de ser um indutor da lesão renal, também aumenta a velocidade de progressão da lesão renal para estádios mais avançados.

Um tratamento anti-hipertensivo satisfatório segundo Giroto (2013) depende da relação entre a orientação dada e a conduta do paciente. Para melhor adesão ao tratamento são relevantes a participação e o apoio da família /cuidador, na adoção de atitudes mais saudáveis, incentivando e auxiliando na mudança de rotina do portador de HAS. Como também o incentivo à terapêutica medicamentosa atendendo à prescrição.

A presença de uma equipe multidisciplinar contribui de forma eficaz na adesão ao tratamento. Dessa forma, é de extrema importância a atuação de uma equipe em busca da prevenção de complicações. (MENEZES; GOBBI, 2010). A equipe de saúde que trabalha diretamente com os pacientes portadores de HAS deve estar apta a fornecer orientações e assistência adequada, para que possibilite a redução do abandono do tratamento (GIROTTO, 2013).

3.2 DIABETES MELLITUS

Ramos (2011) relata que o diabetes *mellitus* (DM) é uma doença crônica onde há dificuldade ou inexistência da produção de insula. Cerca de 6% da população brasileira possui Diabetes Mellitus. Estima-se que essa doença atinge 220 milhões de pessoas no mundo todo.

A urbanização crescente e a adoção de estilos de vida deletérios ao organismo, como sedentarismo, estresse excessivo, dieta hiperlipídica e obesidade

são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes mellitus em nosso meio (ALVES, 2012).

O Diabetes Mellitus está classificado em tipo 1 e tipo 2. O tipo 1 é a forma presente em 5%-10% dos casos, é o resultado de uma destruição das células beta pancreáticas com conseqüente deficiência de insulina. Na maioria dos casos essa destruição das células beta é mediada por auto imunidade, porém existem casos em que não há evidências de processo auto imune, sendo, portanto, referida como forma idiopática do DM1 (BRASIL, 2015).

O diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é a forma presente em 90%-95% dos casos é caracterizado por defeitos na ação e na secreção da insulina. Em geral ambos os defeitos estão presentes quando a hiperglicemia se manifesta, porém pode haver predomínio de um deles. A maioria dos pacientes com essa forma de DM apresenta sobrepeso ou obesidade (BRASIL, 2015).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o diabetes é um problema de saúde pública, causando impacto social e econômico, tanto em termos de produtividade (relacionadas a faltas ao trabalho), quanto de altos custos (relacionados às principais causas de hospitalização) (RAMOS, 2011).

O tratamento dessa doença conforme OIGMAN (2006) é extremamente desafiante pelo requerido grau de envolvimento do paciente e família na adoção de hábitos saudáveis, ao longo de toda a vida. Acredita-se que a adesão ao tratamento seja pequena e alguns fatores estão relacionados a isso: doença que não tem cura, requer disciplina para controle dos níveis glicêmicos e necessidade de mudança radical de hábitos alimentares, inviabilizando em sua maioria a adesão ao tratamento pelo diabético.

O diabetes, se não tratado de forma adequada, leva o indivíduo a apresentar, em longo prazo, complicações crônicas e irreversíveis, como disfunção e falência de órgãos, como rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos; acarretando doenças, como a neuropatia, a nefropatia, a retinopatia, o infarto do miocárdio, acidentes vasculares e infecções (RAMOS 2011).

O tratamento do diabetes deve ser visto com mais cuidado pelos serviços de saúde pública. Estudos epidemiológicos mostram que a prevalência e a incidência do diabetes no Brasil aumentam a cada ano. Estima-se que existam 11 milhões de indivíduos vivendo com diabetes, esses dados têm sido preocupantes em razão da

inexistência de cura para essa doença e pelas complicações que dela resultam (FERREIRA, 2011).

Identificar se o diabético segue as recomendações do tratamento é ponto fundamental para garantir se realmente este paciente está compreendendo a gravidade da doença e se ele está tendo acesso às informações (ANTUNES, 2006).

O grande impacto cardiovascular na população brasileira, que tem o Diabetes Mellitus e a Hipertensão arterial, traz um desafio para o sistema público de saúde: a garantia de acompanhamento sistemático dos indivíduos identificados com esses agravos, assim como o desenvolvimento de ações referentes à promoção da saúde e à prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (LIMA; GAIA; FERREIRA, 2012).

3.3 A ATIVIDADE FÍSICA E SUA IMPORTÂNCIA NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS

A inatividade física é reconhecidamente um dos mais importantes fatores de risco para as doenças cardiovasculares. O estilo de vida sedentário, o tabagismo, a hipertensão arterial e a dislipidemia compõem situações passíveis de modificação, para um conjunto de doenças crônicas consideradas o principal problema de saúde dos tempos atuais (SPINATO; MONTEIRO; SANTOS, 2010).

Pesquisas atuais têm evidenciado os efeitos benéficos dos exercícios físicos na melhoria da capacidade funcional, no desempenho das atividades diárias da população (KUWANO e SILVEIRA, 2002). Esses benefícios incluem redução da morbidade e mortalidade por doença coronariana, controle da pressão arterial, da glicemia e do colesterol e melhora do peso (GIATTI, COSTA E BARRETO, 2003).

Para Gorinchteyn (1999) apud Araújo (2008) a atividade física regular promove muitas mudanças no organismo, como a diminuição da frequência cardíaca, aumento das endorfinas, que são responsáveis pela sensação de bem estar, redução do colesterol, fortificação da estrutura óssea, das articulações e melhora na postura.

Hipertensos fisicamente treinados, especialmente quando através de exercícios aeróbios, tendem a apresentar uma redução modesta, porém relevante, de seus níveis tensionais. O exercício físico regular tem se mostrado uma estratégia eficaz para reduzir complicações clínicas decorrentes da hipertensão arterial, tais como o acidente vascular encefálico (MONTEIRO; FILHO 2004).

O efeito protetor do exercício físico vai além da redução da pressão, estando associado à redução dos fatores de risco cardiovasculares e à menor morbimortalidade, quando comparadas pessoas ativas com indivíduos de menor aptidão física, o que explica nas últimas décadas, o exercício físico ter sido incorporado como uma das principais terapêuticas do paciente hipertenso, associada ao tratamento medicamentoso e às modificações de hábitos alimentares (FAGARD, 2002 apud NOGUEIRA, 2012).

O exercício deve ser avaliado e prescrito em termos de intensidade, frequência, duração, modo e progressão. A escolha do tipo de atividade física deverá ser orientada de acordo com as preferências individuais, respeitando as limitações impostas pela idade, para evitar o estresse ortopédico (FLETCHER, 2001 apud NOGUEIRA, 2012).

4 METODOLOGIA

A proposta de intervenção será dividida 3 etapas, tendo como referência o módulo de Campos, Farias e Santos (2010) sobre planejamento e avaliação de ações em saúde.

4.1.ETAPA 1: PLANEJAMENTO SITUACIONAL

Serão identificados os clientes faltosos através do livro de acompanhamento hiperdia e inicialmente serão realizadas visitas pelos agentes comunitários de saúde para identificar o motivo da ausência nas consultas e encaminhá-los para consulta médica e de enfermagem. Posteriormente todos os outros serão agendados.

4.2 ETAPA 2: DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

Durante as consultas, médico o e enfermeiro irão destacar as queixas mais comuns que serão descritas em um relatório por ambos, logo após será realizada uma reunião da equipe de saúde da família, para discutir a impressão inicial e propor soluções. As intervenções serão baseadas nos principais problemas identificados na reunião.

4.3 ETAPA 3: PLANO DE AÇÃO

O plano de ação consistirá na realização reuniões semanais onde irá ocorrer palestras com o médico, enfermeiro cirurgião dentista, fisioterapeuta, nutricionista, e psicólogo. Essas palestras terão como tema, os benefícios da prática de exercícios físicos, alimentação saudável, prevenção de agravos, consequências da falta de adesão ao tratamento, os benefícios do tratamento e demais temas, que serão organizados de acordo com o que for referido pelos usuários durante as consultas e visitas dos agentes comunitários de saúde. Para tal, os hipertensos e diabéticos serão divididos em subgrupos de 17 componentes, de ambos os sexos, organizados de acordo com as microáreas.

Ainda dentro do plano de ação haverá uma reunião mensal com um membro da família desses usuários, para esclarecer as dúvidas e orientá-los como cuidar de seus familiares e uma vez por mês os usuários serão convidados a realização de uma caminhada juntamente com a equipe de saúde para estimular a prática de exercícios.

Para a realização do projeto será necessário o período de 6 meses que será de julho a dezembro e após esse período os resultados serão avaliados e discutidos junto à equipe.

5 RECURSOS NECESSÁRIOS

Será necessário: a unidade de saúde para a realização das reuniões, data show para realização das palestras, papel a4 e canetas para realização dos relatórios. Os custos serão financiados pela equipe de saúde da família.

6 RESULTADOS ESPERADOS

O sucesso da estabilização clínica dos hipertensos e diabéticos, depende de um conjunto de ações terapêuticas e educativas que envolvem além do cliente, a família e a equipe multiprofissional. Na vila do Broca encontramos muitas dificuldades no acompanhamento desses clientes, dentre essas dificuldades estão os clientes idosos, que moram só ou com cônjuge que também é idoso e esquecem o uso regular das medicações, outro problema é a mudança nos hábitos alimentares, que já estão estabelecidos na comunidade. Dessa forma espera-se que com as ações educativas do projeto possamos mudar a realidade da população cadastrada, esclarecer sobre os fatores de risco, envolver a família para que eles também assumam o papel de educador e fiscalizador e assim alcançar uma maior adesão ao tratamento bem como estimular a adoção de hábitos saudáveis e à prática de exercícios físicos.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Bruna Araújo; CALIXTO, Amanda Aparecida Teixeira Ferreira . Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. **J Health Sci Inst**, v. 30, n.3, p. 60-255, 2012.
- ANTUNES GN. **Nível de conhecimento dos pacientes diabéticos, em relação a sua doença e adesão ao tratamento, nos postos de saúde cadastrados no programa de saúde da família, no município de Criciúma**. Criciúma, 2006. (Monografia)- Especialização em saúde da família. 2006.
- ARAÚJO, Lucilene Ferreira. **Benefícios da atividade física segundo os idosos hipertensos e diabéticos do programa de saúde da família**. Rondônia, 2008, (Monografia) - Curso de Educação Física, Núcleo de Saúde da Universidade Federal de Rondônia. 2008.
- BARBOSA, Rachel Gabriel Bastos; LIMA, Nereida Kilza da Costa. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. **Rev Bras Hipertens**, v. 13,n. 1, p. 35-38, 2006.
- BRASIL. Diretrizes sociedade brasileira de diabetes. **Classificação etiológica do diabetes mellitus**, p. 5-8, 2014-2015.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Inquérito Domiciliar sobre Comportamento de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. Sociedade brasileira de cardiologia, Sociedade brasileira de hipertensão, Sociedade brasileira de nefrologia. SãoPaulo: 2006.
- BUSNELLO, Renné Gusmão et al. Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. **Arq Bras Cardiol**, v. 76, n. 5, p. 349-351, 2001.
- CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso; FARIA, Horácio Pereira; SANTOS, Max André. **Planejamentos e avaliações das ações em saúde**. Nucleo de educação em saúde coletiva, edição 2, 2010.
- COSTA, Maria Fernanda Lima; BARRETO, Sandhi Maria; GIATTI, Luana. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Revista Saúde Pública**, v.19, n. 3,p. 735-743. Junho, 2003.
- FIGUEIREDO, Natalia Negreiros; ASAKURA, Leiko. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 6, p. 7-782, 2010.

GIROTTTO, Edmarlon. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n.6, p1763-1772, 2013.

GONÇALVES, Sabrina et al. **Hipertensão arterial e a importância da atividade física**. *Estud. Biol*, v. 29, n. 67, p. 205-213. Abr/jun, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativa da população residente nos municípios brasileiros com ano de referência de 2016**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=150655>. Acesso 22 de fevereiro de 2017.

KUWANO, Vanessa Gracieli; SILVEIRA, Alexandre Miyaki. A influência da atividade física sistematizada na autopercepção do idoso em relação às atividades da vida diária. **Revista da Educação Física UEM**, v. 13, n. 2, p. 35-39, 2002.

LEITE, Silvana Nair; VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Cien Saude Colet**, v.8, n.3, p. 775-782, 2003.

LIMA, Aisleide de Souza; GAIA, Edviges de Souza Magalhães; FERREIRA, Micherllayne Alves. A importância do Programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família do município de Serra Talhada - PE, para adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso e dietético. **Saúde Coletiva em Debate**, v.2, n.1, p. 29-30. Dez, 2012.

MENEZES, Ana Gabriela Mota Pereira; GOBBI, Débora . Educação em saúde e Programa de Saúde da Família: atuação da enfermagem na prevenção de complicações em pacientes hipertensos. **Mundo Saúde**, n. 34, v. 1, p.97-102, 2010.

MONTEIRO, Maria de Fátima; FILHO, Dário C. Sobral. Exercício físico e o controle da pressão arterial. **Rev Bras Med Esporte**, v.10, n.6 ,p.513-516. Nov/Dez, 2004.

NOGUEIRA, Ingrid Correa et al. **Efeitos do exercício físico no controle da hipertensão arterial em idosos: uma revisão sistemática**. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, v.15,n.3,p. 587-601, 2012.

OIGMAN, Wille. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v.13, n. 1, p. 30-34, 2006.

PASSOS, Valéria Maria Azevedo; ASSIS, Tiago Duarte; BARRETO, Sandhi Maria. **Hipertensão arterial no Brasil**: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v.15, n.1, p.35-45, 2006.

RAMOS, Luciane; FERREIRA, Eleonora Arnaud Pereira. Fatores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento em adultos com diabetes tipo 2. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum**, n. 21, v.3, p. 864-877, 2011.

SILVA, Maria Enoina Dantas Costa, et al. As representações sociais de mulheres portadoras de Hipertensão Arterial: **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.61, n.4, jul/ago, 2008.

SPINATO, Itana Lisane; MONTEIRO, Luciana Zaranza; SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo. Adesão da pessoa hipertensa ao exercício físico – uma proposta educativa em saúde. **Texto Contexto Enferm**, v. 19,n. 2, p. 64-256. Florianópolis, 2010.

APÊNDICE A- CRONOGRAMA (2017)

ATIVIDADES	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
BUSCA ATIVA PELOS CLIENTES FALTOSOS E AGENDAMENTO DE CONSULTAS	X					
AGENDAMENTO DOS DEMAIS CLIENTES DO HIPERDIA E REALIZAÇÃO DAS CONSULTAS	X					
REUNIÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, PARA DISCUTIR A IMPRESSÃO INICIAL E PROPOR SOLUÇÕES			1° SEMANA			
PALESTRAS			2° E 3° SEMANA			
CAMINHADA DA SAÚDE			4° SEMANA			
REUNIÃO COM OS FAMILIARES				1° SEMANA		

DOS USUÁRIOS						
PALESTRA				2° E 3° SEMANA		
CAMINHADA DA SAÚDE				4° SEMANA		
REUNIÃO COM OS FAMILIARES					1° SEMANA	
PALESTRAS					2° E 3° SEMANA	
CAMINHADA DA SAUDE					4° SEMANA	
REUNIÃO COM FAMILIARES						1° SEMANA
ENCERRAMENT O COM O GRUPO HIPERDIA						2° E 3° SEMANA
REUNIAO DE EQUIPE PARA AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS						3° SEMANA