

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**TÍTULO: Estratégias de intervenção para adesão ao tratamento em pacientes cadastrados no Programa de HIPERDIA.**

**AUTOR: Drº. Marcelo Santiago Frómeta**

**TEFÉ – AM**  
**2018**

**MARCELO SANTIAGO FRÓMETA**

**ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PARA ADESÃO AO TRATAMENTO EM  
PACIENTES CADASTRADOS NO PROGRAMA DE HIPERDIA.**

**Trabalho de conclusão do curso,  
apresentado à Universidade Federal  
de Porto Alegre (UFCSPA), como  
requisito para obter o nível de  
Especialização em Atenção Básica  
em Saúde da Família.**

**PROFESSORA – ORIENTADORA:  
Prof.<sup>a</sup> Vanessa Vilhena Barbosa  
Médica de Família e Comunidade.**

**TEFÉ – AM**

**2018**

## **SUMÁRIO**

1- Atividade 1 do Portfólio – Introdução	04
2- Atividade 2 do Portfólio - Estudo de Caso Clínico	06
3- Atividade 3 do Portfólio - Promoção da Saúde e Prevenção de doenças	11
4- Atividade 4 do Portfólio - Visita domiciliar/Atividade no domicílio	13
5- Atividade 5 do Portfólio - Reflexão Conclusiva	15
6- Referências Bibliográficas	16
7- Anexo 1 – Projeto de Intervenção	17

## **ATIVIDADE 1 DO PORTFÓLIO – INTRODUÇÃO**

Meu nome é Marcelo Santiago Frómeta, tenho 50 anos, sou médico cubano. Minha formação é com o título de Doutor em Medicina no ano 1991 pelo Instituto Superior de Ciências Médicas de Santiago de Cuba e como Especialista em Medicina Geral Integral no ano de 1997. Pertencço ao Programa Mais Médicos para o Brasil há mais de um ano e atuo no município de Tefé, no estado do Amazonas.

Tefé está localizado no coração do estado do Amazonas, tem uma extensão geográfica de 23.704 km<sup>2</sup> e uma densidade populacional de 2.59 habitantes / km<sup>2</sup>. O município tem grandes áreas de cultivo de mandioca para a produção de farinha, a pesca também tem grande destaque na economia local, sendo o comércio e agricultura os setores mais desenvolvidos da economia do município.

Tefé tem uma população estimada de 62.662 habitantes que vivem em comunidades ribeirinhas, comunidades indígenas, cidades e áreas urbanas. Em relação à Assistência Básica de Saúde, o município possui 17 Equipes de Saúde da Família, 4 Equipes de Saúde da Família de Ribeirinha, 7 Equipes de Saúde Bucal, uma Equipe de NASF e duas Equipes de Agentes de Endemia. Possui 1 hospital.

Em 2005, inaugurou-se a Unidade Básica de Saúde "Rossini Barbosa Lima" no distrito de Caiambé, onde atuo. Esta Unidade fornece serviços de saúde não só aos habitantes da comunidade, mas também aos usuários que residem nas mais de 20 comunidades localizadas nas proximidades. As principais doenças que afetam a saúde das pessoas são: respiratórias, intestinais e da pele. As doenças crônicas não-transmissíveis também predominam, como hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemia.

O Projeto Intervenção foi sobre adesão ao tratamento em pacientes registrados no Programa HIPERDIA. Nosso objetivo é fazer uma proposta de intervenção de educação em saúde da equipe interdisciplinar, para melhorar a adesão ao tratamento de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus

registrados no Programa HIPERDIA. A intervenção inclui todos os usuários hipertensos e diabéticos acompanhados pela equipe.

Espera-se com este projeto melhorar a adesão de pacientes hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso e, assim, evitar as complicações dessas doenças.

## **ATIVIDADE 2 DO PORTFÓLIO - ESTUDO DE CASO CLÍNICO**

A associação entre diabetes e obesidade é cada vez mais frequente, influenciando fatores relacionados ao estilo de vida individual e coletivo.

Aproximadamente 80-90% dos pacientes com DM2 estão acima do peso ou obesos. A obesidade é um fator importante no desenvolvimento de DM2 e da doença cardiovascular, e está associada a um aumento da resistência à insulina, pressão arterial e dislipidemia. Portanto, o controle do peso é um objetivo principal no tratamento de diabetes. A dieta é fundamental a partir do momento do diagnóstico e deve ser mantida no curso da doença.

### **APRESENTAÇÃO DO CASO:**

UBS "Rossini Barbosa Lima" Caiambé

#### **ANAMNESE**

Identificação

Nome: A.S.M.S.

Idade: 41 anos

Sexo: Feminino

Escolaridade: Ensino Médio

Estado civil: Casada

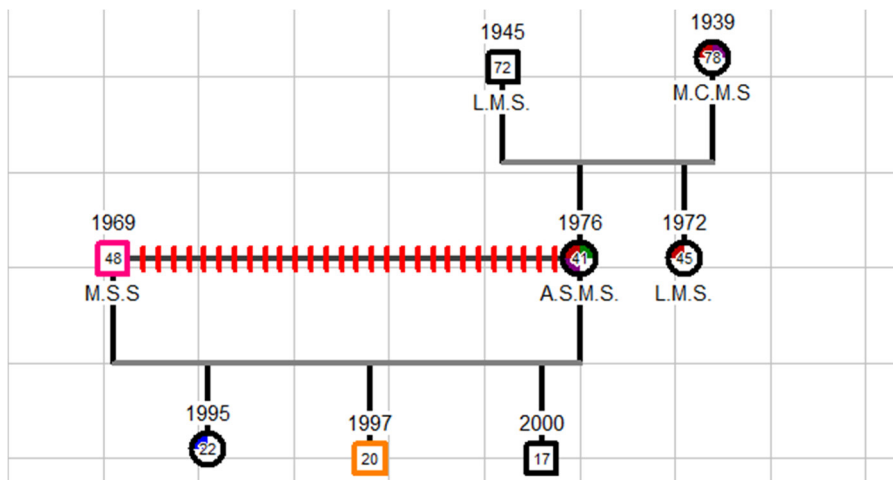
Profissão: Professora

Antecedentes familiares:

Mãe hipertensa e diabética tratada com insulina

Irmã Hipertensa

## GENOGRAMA



### Antecedentes pessoais

Obstétrico:

G3P3A0

Ciclos menstruais regulares

Patológico:

Hiperglicemia ocasional detectada na revisão da empresa aos 32 anos (113 mg / dl) e 35 anos (117 mg / dl).

Diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 aos 37 anos

Hábitos tóxicos:

Fumante 8 - 10 cigarros / dia

Consome bebida alcoólica (vinho)

Alergias: Sem antecedentes conhecidos

### HISTORIA DA DOENÇA ATUAL:

Paciente com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 que está em tratamento com Metformina (850 mg) 1 Comprimido 2 vezes ao dia. Atualmente tem uma vida muito sedentária.

### **1ª Consulta Médica (10/02/2017)**

Razão para Consulta: Consulta devido ao aparecimento de corrimento e coceira vaginal.

Exame Físico:

Sinais Vitais:

Temperatura: 36,1°C

PA: 135/90 mmHg

FC: 70 bpm

FR: 19 rpm

Medidas Antropométricas:

Peso: 98,5 kg

Tamanho: 161 cm

Estado Nutricional:

IMC: 38.0 Kg / m<sup>2</sup> (Obesidade moderada)

Ausculta do coração: Normal

Ausculatção respiratória: Normal

Abdômen: Normal

Exame ginecológico: Observa-se vermelhidão local e corrimento vaginal branco com grumos

Pulsos periféricos preservados.

Sensibilidade termoalgésica preservada.

No fundo ocular, apresentou sinais de retinopatia diabética básica e sinais de retinopatia grau 1 da hipertensão arterial.

Conduta médica:

Nistatina (creme vaginal) por 14 dias;

Solicitação de exames para avaliar posteriormente.

### **2ª Consulta Médica (28/02/2017)**

A paciente refere melhoria depois do tratamento com Nistatina vaginal;

Resultados dos exames laboratoriais:

Glicose 210 mg / dl, uréia 26 mg / dl, creatinina 0,60 mg / dl, FG 118 ml / min, Na 139 mmol / L, K 4,0 mmol / L, HbA1c 8,6%, colesterol total 291 mg / dl, colesterol HDL 47 mg / dl, colesterol LDL 160 mg / dl, triglicérides 101 mg / dl



## PLANO:

O tratamento neste paciente visa diminuir a resistência à insulina e melhorar a função da célula beta pancreática com dieta, exercícios e hipoglicemiantes orais.

Todas as pessoas com DM, independente dos níveis glicêmicos, deverão ser orientados sobre a importância da adoção de medidas para a efetividade do tratamento (NATHAN et al., 2009; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2011; MCCULLOCH, 2011a) [Grau de Recomendação A].

Hábitos de vida saudáveis são a base do tratamento do diabetes, sobre a qual pode ser acrescentado ou não o tratamento farmacológico. Seus elementos fundamentais são: manter uma alimentação adequada e atividade física regular, evitar o fumo e o excesso de álcool e estabelecer metas de controle de peso (GUSSO; LOPES, 2012).

## DIETA

A alimentação do diabético deve ser individualizada de acordo com as necessidades calóricas diárias, atividade física e hábitos alimentares saudáveis.

## EXERCÍCIOS FÍSICOS

O exercício melhora a sensibilidade à insulina, diminui a hiperinsulinemia, aumenta a captação muscular de glicose, melhora o perfil lipídico e a hipertensão arterial, além da sensação de bem-estar físico e psíquico decorrente; também pode contribuir para a perda de peso.

### **3ª Consulta Médica (28/04/2017)**

Apresenta-se para avaliação de exames solicitados na visita domiciliar no mês anterior e avaliação antropométrica.

PA: 130/85 mmHg

FC: 68 bpm

FR: 19 rpm

Resultados dos exames:

Glicose 127 mg / dl

HbA1c 7.4 %

Colesterol total 204 mg / dl

Colesterol HDL 40 mg / dl

Colesterol LDL 154 mg / dl

Triglicéridos 89 mg / dl

Medidas Antropométricas:

Peso: 85,3 kg

Tamanho: 1,61 cm

Estado Nutricional:

IMC: 32.91 Kg / m<sup>2</sup> (Obesidade leve)

Foi alcançado um controle mais adequado das cifras de Glicose, depois do regime de exercícios, dieta supervisionada e tratamento medicamentoso.

Foi agendada próxima consulta para atendimento continuado pela E.B.S.

PARÂMETROS DE BOM CONTROLE:

Segundo o Caderno de Atenção Básica de Diabetes (CAB N° 36, 2013) do Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2015-2016) a meta para o tratamento da hiperglicemia em adultos, atualmente recomendada pela Associação Americana de Diabetes, é alcançar HbA1c <7%. As metas glicêmicas correspondentes são: glicemia de jejum entre 70 – 130 mg/dl e pós-prandial abaixo de 180 mg/dl (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013). Metas mais flexíveis (HbA1c <8%) vêm sendo estabelecidas para certos grupos de pacientes (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013).

## **ATIVIDADE 3 DO PORTFÓLIO - PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS**

UBS Rossini Barbosa Lima, Distrito Caiambé, Tefé - AM

Promoção e prevenção da saúde são conceitos diferentes e que frequentemente se misturam. Ambas são estratégias de intervenção no processo saúde-doença e as ações de cada uma implicam melhoria na saúde da população.

"A gravidez deve ser uma experiência positiva para todas as mulheres e elas devem receber cuidados que respeitem sua dignidade." Afirmou Ian Askew, Diretor de Saúde Reprodutiva e Pesquisa da OMS. As novas diretrizes emitidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) contêm 49 recomendações que descrevem os cuidados que as gestantes devem receber a cada contato com o sistema de saúde, incluindo aconselhamento sobre uma dieta saudável e nutrição ideal; atividade física; uso de tabaco e outras substâncias; prevenção da malária e HIV; exames de sangue e vacinação contra tétano; medições fetais, inclusive por meio de ultrassom; e conselhos sobre como lidar com sintomas fisiológicos comuns, como náusea, dor nas costas e constipação. (<http://www.paho.org/bra/index>).

A gravidez é uma condição que envolve muitos mitos, dúvidas, crenças e expectativas para a mulher grávida e sua família. A Equipe de Saúde da UBS onde atuo, detectou grande despreparo das grávidas de nossa área de abrangência em relação a gestação, o parto e o modo de cuidado do recém-nascido. Por esse motivo, foi decidido desenvolver um plano de ações com atividades de promoção e prevenção, a fim de proporcionar às gestantes informações e atividades relacionadas ao desenvolvimento de seu processo gestacional, os cuidados na gestação, alterações fisiológicas e emocionais, cuidados com o recém-nascido, amamentação e planejamento familiar.

As temáticas abordadas foram: importância da atenção pré-natal, cuidados de higiene, nutrição na gestação, aleitamento materno, modificações do corpo na gestante, importância da atividade física, doenças frequentemente relacionadas com a gestação, atividade sexual, sinais de alerta durante a gravidez, fatores psicológicos da gestação, higiene bucal, preparo para o parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido.

Como resultado da intervenção, conseguimos melhorar a qualidade da atenção pré-natal, assim como uma maior responsabilidade das gestantes em relação à realização de exames solicitados e assistência a consultas.

## **ATIVIDADE 4 DO PORTFÓLIO - VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO**

A visita domiciliar é o principal meio para a equipe de saúde interagir com a família. A morada constitui um ambiente adequado para trabalhar com a família, pois oferece a oportunidade de observar interações familiares, padrões adaptativos e estilos de vida. Possibilita estabelecer uma integração com um ou mais membros e seu meio ambiente e dar-lhes suporte para enfrentar problemas biológicos, psicológicos e sanitários. A visita domiciliar permite avaliar de modo integral a situação da pessoa enferma e esclarecer à família sobre os problemas de saúde e realizar o plano de cuidado do paciente.

Na minha equipe de saúde, realizamos as visitas domiciliares todas as sextas feiras no turno da manhã, sempre focadas nas ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde. O agendamento dos pacientes que vão ser visitados é feito semanalmente em conciliação com médico, enfermeira, técnico de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, priorizando os pacientes a visitar de acordo com os critérios epidemiológicos e com a identificação de situações de risco.

Quando comecei a desenvolver meu trabalho na UBS onde atuo, as visitas domiciliares estavam dirigidas quase exclusivamente a pessoas que não podiam ser trasladadas para o posto de saúde por apresentar deficiências, geralmente de natureza física. Posteriormente, em reunião de trabalho com equipe de saúde, expus a importância de levar este serviço de saúde também para outros grupos priorizados como grávidas, puérperas, recém-nascidos, pacientes com doenças crônicas que estão ausentes de consultas e outros pacientes que a equipe considere necessário.

Os procedimentos com mais frequência realizados nas visitas é a aferição da pressão arterial e a glicemia capilar em diabéticos. Além disso, os ACS dispõem de um kit com instrumentação para coletar dados para avaliações antropométricas.

Na nossa área temos pacientes do programa hiperdía que não chegam a consulta para acompanhamento e com abandono do tratamento. Esses pacientes são visitados pela equipe, falamos com eles e os familiares sobre a importância do acompanhamento em consultas para um controle adequado da doença que sofre.

Para tornar as nossas visitas produtivas, elaboramos um plano de cuidados com base aos problemas identificados que inclui, como geral os seguintes conteúdos:

- Informação ao paciente e a família sobre seus problemas de saúde e possíveis complicações;
- Educação ao paciente e a família sobre: higiene, alimentação, mobilidade, exercício;
- Medidas de tratamento para aumentar o bem-estar e prevenção de complicações
- Medidas para aumentar a adesão terapêutica;
- Atividades preventivas de saúde;

Posteriormente nas visitas sucessivas foi preciso:

- Avaliar a evolução do paciente;
- Avaliar o nível de aceitação e participação do paciente e da família no plano de atendimento.
- Detectar novas necessidades;
- Realizar modificações terapêuticas se fosse necessário;
- Realizar atividades de Educação em Saúde;

Os efeitos positivos atualmente foram observados, mudanças nos hábitos alimentares e atividade física foram obtidas, melhoras da higiene ambiental, maior adesão ao tratamento em doenças como Hipertensão e Diabetes.

Temos a consciência de que ainda precisamos percorrer um longo caminho, temos que preservar o que já foi alcançado e continuar trabalhando em equipe pelo que ainda falta. Enfrentar desafios e vencer obstáculos são coisas cotidianas na nossa profissão.

## **ATIVIDADE 5 DO PORTFÓLIO - REFLEXÃO CONCLUSIVA**

A realização do Curso de Especialização em Saúde da Família foi muito enriquecedora para nosso desempenho na área de atenção primária da saúde. Os aspectos que foram estudados tanto no Eixo I – Saúde Coletiva como nos Casos Complexos do Eixo II, constituíram um recurso importante para direcionar meu trabalho com a minha equipe. Os conhecimentos relacionados a promoção da saúde, prevenção de doenças e o conceito expandido de saúde, bem como a análise de indicadores epidemiológicos, contribui para o planejamento da saúde, ajustado às necessidades da comunidade.

O estudo dos casos complexos me ajudou a desenvolver habilidades como análise, síntese e avaliação de informações com um pensamento crítico, o que não só facilitou a integração na avaliação do paciente, mas também ajudou a gerar e incentivar o trabalho em equipe e a tomada de decisões.

Frequentemente, tenho que enfrentar situações semelhantes na minha comunidade. As atividades desenvolvidas neste curso geraram a aquisição de novos conhecimentos para facilitar meu trabalho na área onde eu atuo.

Agradeço a minha orientadora e professora a ajuda oferecida ao longo do curso.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHÃO, Lúcia Ana. Atenção e cuidado em saúde no ambiente familiar: aspecto da visita domiciliar. Rev. APS., v. 14,n. 4, p. 472-480,out./dez, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada-manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CADERNO DE ATENÇÃO DOMICILIAR / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

COLBERG, S.R. Atividade Física e Diabetes. Barueri- SP: Editora Manole, V.2, N.1, P.33- 95, 2003.

CRUZ, M. M.; BOURGET, M.M.M. A visita domiciliária na Estratégia de saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. Saúde Soc. São Paulo, v.19, n. 3, p.605-613,2010.

Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). – 3. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: ANS, 2009.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Definição, diagnóstico e classificação do diabetes mellitus e suas complicações: relato de uma consulta da OMS. Genebra: Departamento de vigilância de doenças não transmissíveis. 2006.

ROCHA, B. de S.; ANDRADE, M.; A promoção da saúde na assistência pré-natal realizada pelos enfermeiros no programa de saúde da família. Informe-se em promoção da saúde, v4, n.2. p.28-30, 2008.

TERRES, N. G. Prevalência e fatores associados ao sobrepeso e à obesidade em adolescentes. Revista Saúde Pública, V.40, N.4, P.627-633, Pelotas, RS 2006.



**7- ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**TÍTULO: Estratégias de intervenção para adesão ao tratamento em pacientes cadastrados no Programa de HIPERDIA. UBS Rossini Barbosa Lima, Caiambé.**

**AUTOR: Dr. Marcelo Santiago Frómeta**

**ORIENTADORA: Prof.<sup>a</sup> Caren Bavaresco**

**Médica dentista do Serviço de Saúde Comunitária. Especialista em saúde Pública**

**Amazonas – AM**

**2017**

## RESUMO

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário em nível nacional. Apesar das evidências de que o tratamento adequado destas doenças é eficaz em diminuir morbidade e mortalidade cardiovasculares, os percentuais de controle são muito baixos devido à pouca adesão ao tratamento. Nosso objetivo é fazer uma proposta de intervenção de educação e saúde da equipe interdisciplinar para melhorar a adesão ao tratamento dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus cadastrados no Programa de HIPERDIA na UBS Rossini Barbosa Lima de Caiambé. Identificando os pacientes com dificuldade de adesão ao tratamento, assim como as principais causas e desenvolver ações educativas dirigidas a melhorar adesão ao tratamento. A Intervenção incluirá todos os usuários hipertensos e diabéticos acompanhados pela equipe. A atividade acontecerá em 3 etapas: Na primeira etapa será realizado um levantamento dos pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados e acompanhados no Programa HIPERDIA, numa segunda etapa de intervenção, será desenvolvido um cronograma de atividades de educação em saúde e uma terceira etapa para avaliação da efetividade da intervenção.

Espera-se com este projeto de intervenção melhorar a adesão dos pacientes hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso e não-medicamentoso e assim evitar as complicações destas doenças.

Palavras-Chaves: Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Diabetes Mellitus (DM). Educação em saúde.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>03</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>05</b>
<b>2.1 Objetivo geral.....</b>	<b>06</b>
<b>2.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>06</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>07</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>08</b>
<b>5 CRONOGRAMA.....</b>	<b>10</b>
<b>6 RECURSOS NECESSÁRIOS.....</b>	<b>11</b>
<b>6.1 Recursos humanos.....</b>	<b>11</b>
<b>6.2 Recursos materiais.....</b>	<b>11</b>
<b>7 RESULTADOS ESPERADOS.....</b>	<b>12</b>
<b>8 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>13</b>
<b>9 ANEXOS.....</b>	<b>14</b>

## 1. INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), se caracterizam por ter uma etiologia múltipla, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa, por sua associação a deficiências e incapacidades funcionais e, também, por ser um conjunto de doenças que têm fatores de risco semelhantes. Entre elas encontramos a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e a Diabetes Mellitus (DM).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica 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. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo são hipertensas. A hipertensão arterial é o principal fator de risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares. A cada ano, ocorrem 1,6 milhões de mortes causadas por doenças cardiovasculares na região das Américas, das quais cerca de meio milhão ocorrem em pessoas com menos de 70 anos de idade, o que é considerado morte prematura e evitável. O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica onde há dificuldade ou inexistência da produção de insulina necessária para o organismo, é uma das principais causas de doença cardiovascular, marcada pelo aparecimento de complicações crônicas microvasculares e macrovasculares responsáveis por expressiva morbimortalidade, com perda importante na qualidade de vida.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) apresentam altas prevalências e são responsáveis pelas maiores taxas de morbimortalidade da população brasileira. Com vistas à diminuição dos problemas associados a estas doenças, foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes Mellitus (HIPERDIA) e está inserido no contexto do Programa Saúde da Família (PSF). Este programa permite cadastrar e acompanhar os portadores de Hipertensão Arterial e/ou

Diabetes Mellitus a fim de estabelecer metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas doenças.

Apesar dos esforços do governo brasileiro para o controle destas doenças por meio do HIPERDIA, há dificuldade de adesão ao tratamento por parte dos seus portadores. A não adesão ao tratamento é o fator preponderante nas complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, representa um grave problema de saúde pública, refletindo em mortes aos portadores, desencadeamento de complicações que levam a hospitalização, problemas de aspecto social como o absenteísmo no trabalho, aumento nos custos com internações de longa permanência, invalidez, aposentadoria precoce, etc.

O tratamento da Diabetes Mellitus e da Hipertensão Arterial Sistêmica inclui modificações no estilo de vida e, se necessário, o uso de medicamentos. As orientações são necessárias, tanto no que se refere ao tratamento medicamentoso quanto ao não medicamentoso. A educação em saúde é imprescindível, apoio familiar e boa orientação da equipe multiprofissional, pois não é possível o controle adequado da glicemia e da pressão arterial se o paciente não for instruído sobre os princípios em que se fundamentam seu tratamento. Por este motivo, nosso objetivo é fazer uma proposta de trabalho de educação e saúde, para melhorar a qualidade de vida destes pacientes, lograr seu controle e evitar as complicações.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral:**

Propor uma intervenção da equipe interdisciplinar para melhorar a adesão ao tratamento dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus cadastrados no Programa de HIPERDIA na UBS Rossini Barbosa Lima, Caiambé.

### **2.2 Objetivos específicos:**

- Identificar os pacientes com pouca adesão ao tratamento
  
- Identificar as principais dificuldades dos pacientes em relação a adesão ao tratamento
  
- Desenvolver ações educativas junto aos pacientes hipertensos e diabéticos dirigidas a melhorar adesão ao tratamento

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

Para a revisão da literatura, foram realizadas pesquisas nas bases de dados MedLine e PubMed com as palavras chave: Hypertension, Diabetes Mellitus, Adhesion to Treatment. Foram analisados artigos publicados entre 2000 e 2017.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração e são atualmente a maior causa de morte no mundo (World Health Organization (WHO) 2010). Em 1910, a expectativa de vida do brasileiro era de 33,4 anos, aumentando para 64,8 anos em 2000 e para 75,2 anos em 2014 (IBGE, 2016).

Os 194 Estados-Membros da OMS concordaram em 2013 sobre mecanismos globais para reduzir a carga evitável de doenças não transmissíveis, incluindo o "Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020" (Geneva, World Health Organization, 2010).

"A comunidade internacional tem a oportunidade de mudar o curso da epidemia das doenças crônicas não transmissíveis", disse a diretora geral da OMS, Margaret Chan, no Relatório Mundial sobre Doenças Não Transmissíveis 2014.

Em 2015, os países começaram a definir metas nacionais e medir os avanços alcançados em relação aos valores de referência para 2010, consignados no "Global status report on noncommunicable diseases 2014. A Assembleia Geral das Nações Unidas prevê convocar em 2018 uma terceira reunião de alto nível sobre doenças não transmissíveis, a fim de realizar um balanço sobre os avanços nacionais para a concretização das metas até 2025.

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022, elaborado com protagonismo do Ministério da Saúde tem o objetivo promover o desenvolvimento e a implantação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, incluindo o fortalecimento dos serviços de saúde. (Brasília: Ministério da Saúde; 2011).

Pelo crescente aumento do número de doenças crônicas no Brasil, em especial a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, aliada ao fato do envelhecimento da população, é crucial que as equipes de saúde priorizem em suas atividades ações relacionadas à melhoria da qualidade de vida de pacientes idosos com hipertensão e diabetes (Oliveira, 2016).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), a adesão ao tratamento é definida como grau de coincidência entre a prescrição e o comportamento do paciente. Uma das dificuldades encontradas no atendimento a pacientes hipertensos é a falta de aderência ao tratamento (Silva; Colosimo; Pierin, 2010). A falta de adesão ao tratamento de HAS e DM é um grave problema de saúde pública, pois resulta na morte de 400 mil brasileiros hipertensos e 36 mil diabéticos por ano (Alves; Calixto, 2012).

Tanto o diabetes quanto a hipertensão arterial apresentam difícil motivação por parte dos pacientes para adesão ao tratamento, em grande medida por constituírem agravos que não apresentam desconforto físico imediato ou risco evidente para o paciente. Ambas as doenças dependem, para seu controle, de mudanças no estilo de vida, tais como restrições alimentares importantes e o uso contínuo de medicamentos, para se obter não a cura, mas tão somente a atenuação ou retardo do aparecimento de complicações. (Albuquerque, 2016).

As ações educativas em saúde, com temas diversificados e propostos pelos trabalhadores criam novos conhecimentos através da socialização das experiências individuais o que modifica o comportamento atingindo o melhor nível de bem-estar (Santos et al., 2005). O processo educativo é importante para complementação do tratamento dos pacientes com HAS para aumentar sua adesão ao mesmo. A adesão ao tratamento está diretamente ligada à participação de grupos, confiança nas informações recebidas e conseqüentemente na formação de vínculos entre os profissionais e pacientes (Alves; Calixto, 2012). Em longo prazo a adesão ao tratamento, precisa ser trabalhada e incentivada, mediante novas ações de educação permanente com a participação de toda a equipe de Saúde da Família.



## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de Estudo**

Trata-se de um Projeto de Intervenção que incluirá todos os usuários hipertensos e diabéticos acompanhados pela equipe 10 da Unidade Básica de Saúde “Rossini Barbosa Lima” de Caiambé.

### **4.2 Local do Estudo**

A intervenção será desenvolvida no município Tefé, no estado do Amazonas na região Norte do Brasil, na área de abrangência da equipe 10 da Unidade Básica de Saúde “Rossini Barbosa Lima” situada no Distrito Caiambé, localizado na margem direita do rio Solimões, junto à foz do lago Caiambé. A área de abrangência da equipe 10 é responsável pela cobertura de 884 famílias e 2947 pessoas.

### **4.3 População Alvo**

Para seleção, adotaram-se como critérios de inclusão: serem pacientes de ambos os sexos; apresentarem diagnóstico médico de hipertensão arterial e diabetes há mais de um ano; estarem cadastrados e acompanhados no programa de HIPERDIA, com idade igual ou superior a 18 anos e que concordem em participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### **4.4 Etapas do Projeto de Intervenção**

#### **Etapa 1 - Antes da intervenção**

Será realizado um levantamento dos pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados e acompanhados no Programa HIPERDIA da equipe 10 da Unidade Básica de Saúde. Serão registrados os dados sociodemográficos, aspectos clínicos e relacionados com o tratamento. A adesão será avaliada antes da intervenção utilizando o questionário da versão em português do instrumento Brief Medication Questionnaire (BMQ)

## **Etapa 2 - Durante a intervenção**

Será desenvolvido um cronograma de atividades de educação em saúde, para os pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de HIPERDIA, com encontros semanais na Unidade Básica de Saúde, onde haverá atividades de educação em saúde oferecidas por o médico e a enfermeira com auxílio dos Técnicos Auxiliares de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. Será oferecido ao público-alvo informações essenciais sobre a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, conscientizando sobre a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso prescritos para estas doenças e a adoção de estilos de vida mais saudáveis.

As atividades de educação em saúde terão por objetivo de informar e orientar os pacientes de uma forma clara, objetiva e ilustrativa a traves de palestras, estratégias de grupo, folhetos e materiais educativos, entre outros.

## **Etapa 3- Após a intervenção**

Para avaliação da efetividade da intervenção, será aplicado o questionário da versão em português do instrumento Brief Medication Questionnaire (BMQ), com a finalidade de estabelecer uma comparação da adesão ou tratamento dos pacientes, antes e depois da intervenção.

O tratamento estatístico dos dados bem como a elaboração gráfica e tabulação serão realizados utilizando os softwares da Microsoft Excel e Word.

## 5 CRONOGRAMA

Ações	Datas 2017					
	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Apresentação da proposta para equipe da Unidade Básica de Saúde "Rossini Barbosa Lima"	X					
Levantamento de pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados e acompanhados no Programa HIPERDIA e organização da atividade	X					
Aplicação do projeto de intervenção		X	X	X	X	
Aplicação do Teste BMQ						X
Análise dos resultados						X
Apresentação dos resultados e avaliação do trabalho						X

## **6. RECURSOS NECESSÁRIOS**

### **6.1 Recursos humanos**

- Médico da ESF
- Enfermeira da ESF
- Técnicos Auxiliar de Enfermagem
- Agentes Comunitários de Saúde

### **6.2 Recursos materiais**

- Sala para realização das atividades
- Prontuários dos pacientes presentes na atividade
- Esfigmomanômetro e estetoscópio
- Glicômetro
- Fita métrica
- Balança
- Computador
- Cartolinas
- Canetas
- Folhas cartas
- Calculadora
- Equipamento de multimídia
- Folhetos
- Cartilhas educativas

## **7. RESULTADOS ESPERADOS**

Espera-se com este projeto de intervenção melhorar a adesão dos pacientes hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso e não-medicamentoso, através de reuniões, palestras e debates sobre o assunto, de forma conscientizar a população e evitar as complicações destas doenças.

## 8. REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Hipertensão arterial sistêmica. Cadernos de atenção básica, n° 37. Brasília – DF 2013.
2. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Diabetes mellitus. Cadernos de atenção básica, n° 36. Brasília – DF 2013.
3. Ben AJ, Neumann CR, Menguê SS. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. Rev. Saúde Pública. 46(2): 279-289, 2012.
4. Costa BC, Da Silva OM, De Medeiros DR, Albuquerque BG, Vasconcelos LMP, Rodrigues RT. Educação Permanente para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT). Rev. Bras. de Ciências da Saúde. Vol. 18 Sup. 1 Páginas 39-44, 2014.
5. 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 2011-2022. Brasília 2011.
6. Moriski DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self –reported measure of medication adherence. Med care. v. 24, p. 67-74, 1986.
7. World Health Organization (WHO). Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization, 2013. [acesso em 2017 Mar 9]. Disponível em: [http://www.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236\\_eng.pdf?ua=1](http://www.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1)
8. World Health Organization (WHO). Methods and data sources for country-level causes of death 2000-2012. Department of Health Statistics and Information Systems WHO, Geneva, May 2014. [acesso em 2017 Mar 10]. Disponível em: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GlobalCOD\\_method\\_2000\\_2012.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalCOD_method_2000_2012.pdf).

## 9. ANEXOS

### I. Dados pessoais

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Raça/Cor: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Escolaridade: Analfabeto ( ) Ensino Fundamental Incompleto ( )

Ensino Fundamental Completo ( ) Nível Superior Incompleto ( )

Nível Superior Completo ( )

Número de pessoas que vivem no domicílio: \_\_\_\_\_

Ocupação: Do lar ( ) Aposentado ( ) Com vínculo empregatício ( )

Autônomo ( ) Desempregado ( ) Afastado ( )

Estado Civil: Solteiro ( ) Casado ( ) União Consensual ( )

Separado/Divorciado ( ) Viúvo ( )

Renda mensal média familiar no último mês: \_\_\_\_\_

### II. Dados clínicos

Tipo de patologia: ( ) HAS ( ) DM ( ) HAS e DM

Comorbidades: ( ) Angina ( ) IAM ( ) AVC ( ) Pé Diabético

( ) Amputação ( ) Doença Renal ( ) Retinopatia

Fatores de risco: ( ) Dieta inadequada ( ) Sedentarismo ( ) Álcool

( ) Tabagismo ( ) Obesidade ( ) Dislipidemias

Outros ( ) \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ cm IMC: \_\_\_\_\_

Glicemia capilar em jejum: \_\_\_\_\_

PA sistólica / diastólica: \_\_\_\_\_ mmHg

**ANEXO.** Versão em português do instrumento Brief Medication Questionnaire.

1) Quais medicações que você usou na ÚLTIMA SEMANA?

Entrevistador: Para cada medicação anote as respostas no quadro abaixo:

Se o entrevistado não souber responder ou se recusar a responder coloque NR

NA ÚLTIMA SEMANA					
a) Nome da medicação e dosagem	b) Quantos dias você tomou esse remédio	c) Quantas vezes por dia você tomou esse remédio	d) Quantos comprimidos você tomou em cada vez	e) Quantas vezes você esqueceu de tomar algum comprimido	f) Como essa medicação funciona para você 1 = Funciona Bem 2 = Funciona Regular 3 = Não funciona bem

2) Alguma das suas medicações causa problemas para você? (0) Não (1) Sim

a) Se o entrevistado respondeu SIM, por favor, liste os nomes das medicações e quanto elas o incomodam

Quanto essa medicação incomodou você?					
Medicação	Muito	Um pouco	Muito pouco	Nunca	De que forma você é incomodado por ela?

3) Agora, citarei uma lista de problemas que as pessoas, às vezes, têm com seus medicamentos.

Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Um pouco difícil	Não muito difícil	Comentário (Qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem				
Ler o que está escrito na embalagem				
Lembrar de tomar todo remédio				
Conseguir o medicamento				
Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo				

Escore de problemas encontrados pelo BMQ

DR – REGIME (questões 1a-1e)	1 = sim	0 = não
DR1. O R falhou em listar (espontaneamente) os medicamentos prescritos no relato inicial?	1	0
DR2. O R interrompeu a terapia devido ao atraso na dispensação da medicação ou outro motivo?	1	0
DR3. O R relatou alguma falha de dias ou de doses?	1	0
DR4. O R reduziu ou omitiu doses de algum medicamento?	1	0
DR5. O R tomou alguma dose extra ou medicação a mais do que o prescrito?	1	0
DR6. O R respondeu que “não sabia” a alguma das perguntas?	1	0
DR7. O R se recusou a responder a alguma das questões?	1	0
NOTA: ESCORE $\geq$ 1 INDICA POTENCIAL NÃO ADESÃO soma:		<i>Tregime</i>
<b>CRENÇAS</b>		
DC1. O R relatou “não funciona bem” ou “não sei” na resposta 1g?	1	0
DC2. O R nomeou as medicações que o incomodam?	1	0
NOTA: ESCORE $\geq$ 1 INDICA RASTREAMENTO POSITIVO PARA BARREIRAS DE CRENÇAS soma:		<i>Tcrencas</i>
<b>RECORDAÇÃO</b>		
DRE1. O R recebe um esquema de múltiplas doses de medicamentos (2 ou mais vezes/dia)?	1	0
DRE2. O R relata “muita dificuldade” ou “alguma dificuldade” em responder a 3c?	1	0
NOTA: ESCORE $\geq$ 1 INDICA ESCORE POSITIVO PARA BARREIRAS DE RECORDAÇÃO soma:		<i>Trecord</i>

R = respondente NR = não respondente