

MELHORIA DA ADESÃO AO TRATAMENTO DOS USUÁRIOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS ADSCRITOS À UBS LUÍS NORATO, MADEIRO/PI

IMPROVEMENT OF ADHERENCE TO THE TREATMENT OF HYPERTENSIVE AND DIABETIC USERS ADSCRITED TO UBS LUÍS NORATO, MADEIRO / PI

Najlane Pessoa Sabóia¹; Andrea Vieira Magalhães Costa²

¹ Enfermeira. Pós-graduanda em Saúde da Família pela Universidade Federal do Piauí-UFPI. Trabalha na Unidade Básica e saúde Luís Norato em Madeiro-PI. E-mail: najlaneaquiar@hotmail.com

² Tutora da Pós-graduação em Saúde da Família e Comunidade da UNASUS/UFPI Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - RENASF/ FIOCRUZ/ UFPI.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) fazem parte de uma classe de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), representando, de forma mútua, uma das principais causas de óbitos em todo o país. Objetivou-se propor a adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento na Unidade Básica de Saúde Luís Norato do Município de Madeiro-PI. Trata-se de um projeto de intervenção onde antes de sua realização o médico, os agentes comunitários de saúde (ACS), o cirurgião dentista, receberão um treinamento apresentado pela enfermeira da equipe que teve como seguintes metas: cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência; buscar 80% dos hipertensos faltosos às consultas; garantir orientação nutricional, sobre alimentação saudável, sobre a prática de atividade física regular e tabagismo a 100% dos hipertensos acompanhados; Garantir acompanhamento odontológico a 100% do hipertensos cadastrados. A enfermeira irá elaborar um cronograma para as ações de promoção e prevenção da saúde, sendo que os responsáveis por executar essas ações serão o médico e a enfermeira da equipe. Também será solicitado a colaboração da equipe do Núcleo de Saúde da Família (NASF). Desta maneira, a equipe da UBS e a equipe do NASF desenvolverão palestras programadas que serão executadas quinzenalmente aos pacientes hipertensos. Portanto, espera-se que essa intervenção proporcione melhorias no atendimento ao hipertenso e diabético, pois estes pacientes estarão aderindo às recomendações médicas e de enfermagem.

Palavra-Chave: Saúde da Família; Hipertensão Arterial; Diabetes Mellitus; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension (SAH) and Diabetes Mellitus (DM) are part of a class of chronic noncommunicable diseases (DCNT), representing, in a mutual way, one of the main causes of death in the whole country. The objective was to stimulate the adherence of hypertensive and diabetic patients to treatment at the Luís Norato Basic Health Unit in the Municipality of Madeiro-PI. It is an intervention project where before the doctor, community health agents (ACS), the dental surgeon, will receive training

presented by the nurse of the team that had the following goals: register 80% of hypertensive patients in the area of comprehensiveness; seek 80% of hypertensive patients who are absent from consultations; to guarantee nutritional orientation, about healthy eating, about the practice of regular physical activity and smoking for 100% of the hypertensive patients; Ensure dental follow-up to 100% of hypertensive enrollees. The nurse will elaborate a schedule for health promotion and prevention actions, and those responsible for performing these actions will be the doctor and the team nurse. It will also be requested the collaboration of the team of the Nucleus of Family Health (NASF). In this way, the UBS team and the NASF team will develop scheduled lectures that will be performed fortnightly for hypertensive patients. Therefore, this intervention is expected to provide improvements in the treatment of hypertension and diabetic patients, since these patients are adhering to the medical and nursing recommendations.

Keyword: Family Health; Arterial hypertension; Diabetes Mellitus; Primary Health Care.

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) fazem parte de uma classe de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), representando, de forma mútua, uma das principais causas de óbitos em todo o país. No cenário das doenças crônicas, a HAS alcança prevalência de 21,4% entre adultos, alcançando 55% das pessoas acima de 75 anos¹.

A HAS é apontada como uma das principais causas de redução da expectativa e da qualidade de vida das pessoas, devido suas múltiplas consequências e sua relação com o desenvolvimento de doenças cerebrovasculares, doenças do aparelho circulatório e doenças renais².

A hipertensão arterial está entre os riscos globais de mortalidade, sendo estimado cerca de 9,4 milhões de mortes no mundo, em 2016³. É importante fator de risco para doença cardiovascular, e sua prevalência é semelhante em todos os grupos sociais, embora menor em indivíduos com renda mais elevada².

O DM é uma doença crônico-degenerativa decorrente da produção inadequada de insulina pelo pâncreas ou da incapacidade do organismo em utilizar de modo eficaz a insulina presente, levando a uma situação de hiperglicemia. No Brasil, as doenças cardiovasculares respondem por uma das principais causas das internações hospitalares e cerca de um terço de todos os óbitos⁴.

Desta forma, torna-se necessário à realização de um trabalho específico com esse grupo (através de um acompanhamento rigoroso dos pacientes, explicações

sobre as doenças e suas complicações e pela otimização das medicações), com fins de lhe proporcionar melhores condições de saúde².

Após a análise da situacional da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Luís Francisco Cruz (Luís Norato) na cidade de Madeiro-Piauí, na qual pertencem 648 famílias, com 239 hipertensos e 58 diabéticos, 10 insulino dependentes e 168 hipertensos e diabéticos de risco, foi possível identificar que à atenção aos hipertensos e/ou diabéticos necessitava de melhorias, pois a quantidade de pacientes em risco era elevada. Diante disso, foi realizado planejamento de uma intervenção para melhorar essa atenção aos usuários ao Programa HIPERDIA.

Levando em consideração a magnitude e a complexidade das doenças crônicas, como por exemplo o diabetes mellitus e a hipertensão arterial, a Rede de Atenção Básica deve configurar-se como elemento-chave no desenvolvimento das ações de controle destas doenças, pois por meio de sua equipe multidisciplinar é necessário atuar em ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação destes pacientes, assim como na manutenção da saúde e na criação do conceito de corresponsabilidade do cuidado. Estas ações são fundamentais para o êxito do tratamento em pacientes hipertensos e diabéticos⁴.

Desta maneira, quanto maior o grau de participação dos usuários como protagonistas no cuidado à saúde, maior será sua adesão ao plano terapêutico proposto. Todavia, devido ao contato direto com a UBS em questão foi possível observar a baixa adesão dos pacientes hipertensos e diabéticos ao tratamento. No entanto, a UBS conta com uma estrutura física adequada, com medicações e uma equipe completa para atender está demanda e parece disposta a realizar melhorias o que justifica o desenvolvimento desta intervenção.

Segundo o Ministério da Saúde o tratamento também dependerá muito da motivação pessoal, aceitação da doença e apoio familiar. Outras variáveis que intervêm na adesão são o tipo e as características da doença, evidenciados pela própria condição do paciente e pelo progresso de sua doença⁴.

Nessa perspectiva, percebe-se que as ações de promoção de saúde prestadas pela ESF têm trazido uma melhora nas condições de saúde desta população em especial. Isso, porque promove um atendimento de qualidade aos hipertensos e diabéticos, priorizando dois turnos para atendimento a esse grupo, solicitando exames complementares de rotina e buscando pacientes descompensados ou com pressão arterial sistêmica ou glicemia alteradas, com o intuito de promover ações de saúde e executar estratégias para estes pacientes adscritos da área de abrangência.

Portanto, realizar um acompanhamento rigoroso dos pacientes por meio de implementação de reuniões e palestras rotineiras para orientar os usuários acerca de sua doença e sobre os benefícios com controle das mesmas, assim como otimização das medicações juntamente com estratificação daqueles clientes com maiores riscos de complicações cardiovasculares e adesão maior da equipe a fim de buscar o bem-estar desses usuários, poder-se-á melhorar a atenção à saúde aos hipertensos e diabéticos⁴.

2 OBJETIVOS

O objetivo geral dessa intervenção consiste em propor a adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento na Unidade Básica de Saúde Luís Norato do Município de Madeiro-PI, e como objetivos específicos: identificar os pacientes faltosos ao tratamento na Unidade Básica de Saúde Luís Norato do Município de Madeiro-PI; realizar busca ativa aos faltosos e cadastramento de novos casos de hipertensos e diabéticos; desenvolver ações educativas junto aos hipertensos e diabéticos, considerando os fatores inerentes à doença, à terapêutica e aos serviços de saúde que influenciam nessa adesão; propor subsídios para melhorar a adesão ao tratamento dos hipertensos e diabéticos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Particularidades da Hipertensão Arterial

Uma pesquisa ao estudar 1769 idosos, com média de idade de 71,93 anos, verificaram que a hipertensão arterial foi a condição crônica mais frequente (53,4% da amostra). Os resultados desse estudo demonstraram que as doenças crônicas apresentam uma forte influência na capacidade funcional do idoso. A hipertensão arterial mal controlada pode afetar a visão e causar doenças oculares. A hipertensão pode danificar os vasos sanguíneos da retina, a área localizada atrás dos olhos onde a imagem é formada⁵.

A HAS é uma condição caracterizada pela elevação da pressão arterial ≥ 140 mmHg de pressão arterial sistólica (PAS) e/ou pressão arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg. Esta condição está associada a alterações funcionais, estruturais e metabólicas do coração, rins, encéfalo e vasos sanguíneos. Além disso, é geralmente

agravada pela presença de fatores de risco como ser da cor negra, ter baixa renda, idade avançada, obesidade e determinados estilos de vida como o consumo de álcool, tabaco, baixa atividade física e alimentação inadequada⁶⁻⁷.

Aproximadamente 95% dos casos de HAS resultam da interação de fatores genéticos, ambientais e comportamentais e os 5% restantes são decorrentes de outras condições de saúde como por exemplo, doenças renais. As diretrizes de saúde preconizam que todo indivíduo com 18 anos ou mais realize a verificação de pressão arterial em cada visita à Unidade Básica de Saúde – UBS. No entanto, apesar de simples e de não demandar de aparelhos altamente sofisticados, a proporção de indivíduos com HAS que possui diagnóstico ainda é insatisfatória⁴.

Nos idosos, alterações decorrentes do envelhecimento podem dificultar o diagnóstico da doença ou originar resultados errôneos. Aumenta-se a ocorrência de arritmias, hiato auscultatório (desaparecimento de sons durante a deflação do manguito), pseudo-hipertensão (geralmente associada ao processo aterosclerótico), hipotensão ortostática e pós- prandial e grande variação da pressão durante o dia⁸.

Em pessoas acima de 18 anos a HAS pode ser classificada em 3 diferentes estágios. Para o estágio 1 considera-se o nível pressórico entre 140 – 159/ 90 – 99mmHg; para o estágio 2 considera-se entre 160 – 179/100 – 109 mmHg e para o estágio 3 entre $\geq 180/ \geq 110$ mmHg⁷. Os indivíduos não diagnosticadas já no primeiro estágio da doença possuem o maior risco de serem submetidos a procedimentos como cirurgia cardíaca de *bypass*, cirurgia da artéria carótida e diálise devido a complicações da doença a longo prazo³.

É importante considerar que existe um estágio anterior a HAS, chamado pré-hipertensão (PH). A PH é caracterizada por níveis pressóricos entre 121 e 139 mmHg de PAS e/ou 81 e 89 mmHg de PAD. Especialmente nos idosos, esta condição é altamente associada com o desenvolvimento de anomalias cardíacas e de hipertensão em médio e longo prazo, quando não prevenida, identificada e tratada corretamente⁹. Estima-se que atualmente a prevalência desta condição é de 21 a 37,7% ao redor do mundo, e indivíduos no estágio da pré-hipertensão devem ser encorajados primeiramente a mudanças de hábitos de vida e adoção de comportamentos saudáveis para prevenção da HAS, mas também podem ser tratados de forma medicamentosa. Além disso, a PA de pré-hipertensos deve ser monitorada com mais atenção¹⁰.

Além dos prejuízos à saúde decorrentes da HAS, existem também consequências financeiras ao doente, pois a doença e suas complicações podem

resultar em diminuição da produtividade no trabalho e redução da renda. Este impacto financeiro também afeta o sistema de saúde devido ao número elevado de internações hospitalares, óbitos, distribuição de medicamentos anti-hipertensivos, entre outros fatores. Além disso, a HAS contribui para mais de 50% dos óbitos por doenças cardiovasculares atualmente⁶.

A prevalência na população brasileira adulta (≥ 18 anos) de acordo com dados de inquérito telefônico é mais alta nas mulheres (26,3% vs. 21,5% nos homens), é de 38% entre aqueles com até 8 anos de escolaridade, de 25,8% entre os pretos, de 25,3% entre indivíduos sem plano de saúde, de 37,4% entre ex-fumantes e de 43,9% entre os obesos¹¹. Além disso, um estudo de metanálise com revisão sistemática da literatura estimou que entre os idosos brasileiros, a prevalência de hipertensão é de 68%¹².

Assim como outras DCNT, a HAS é uma doença que pode ser controlada. No entanto, nem todos os acometidos aderem ao tratamento disponível. A evolução assintomática da doença é um dos principais motivos que influenciam a pouca adesão ao tratamento, mas isso também pode acontecer devido a outras causas como fatores pessoais, inércia terapêutica, manifestações tardias de sintomas, interações medicamentosas, dificuldade na administração dos medicamentos, efeitos adversos da própria medicação e efeito de doenças associadas¹³.

As políticas nacionais de saúde garantem a distribuição de medicamentos para doenças como diabetes e hipertensão, além de preconizar que as equipes de atenção básica estejam qualificadas a implantar intervenções com enfoque em estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da pressão arterial¹⁴. Os grupos etários mais velhos são os que mais recebem indicação de tratamento medicamentoso, mas deve-se destacar a possível dificuldade de locomoção destes grupos até as Unidades de Saúde para obtenção destes medicamentos¹⁵.

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) indicam que entre os hipertensos brasileiros, 84,6% das mulheres fazem uso de algum medicamento anti-hipertensivo, enquanto entre os homens este valor é de 76,7%¹⁶. O tratamento medicamentoso é apenas uma das alternativas existentes para o controle da hipertensão. No geral, é realizado por meio de medicamentos das classes de diuréticos, inibidores adrenérgicos, agonistas alfa-2 centrais, bloqueadores beta-adrenérgicos, bloqueadores alfa-1 adrenérgicos, vasodilatadores diretos, inibidores direto da renina, bloqueadores dos canais de cálcio, inibidores da enzima conversora de angiotensina e bloqueadores do receptor de angiotensina⁷.

Tratamentos não medicamentosos compreendem a prática regular de atividade física, modificação da dieta (aumento do consumo de potássio, redução da ingestão de sódio e ingestão adequada de cálcio e magnésio), redução de gordura corporal, diminuição do estresse, além da redução ou cessação do consumo de álcool e tabaco. Estas medidas também podem ser entendidas como medidas de prevenção primária para hipertensão¹⁷. Sugere-se que em idosos os tratamentos realizados sejam suficientes para manter a pressão sistólica abaixo de 140 mmHg, afim de prevenir eventos cardiovasculares como insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral⁷.

Ainda neste contexto, deve-se destacar outro tipo de hipertensão cuja ocorrência aumenta com o aumento da idade. Denomina-se como Hipertensão Sistólica Isolada (HSI) o aumento da PAS igual ou acima de 140 mmHg, enquanto a PAD se mantém abaixo de 90 mmHg⁷.

3.2 Conduitas para o controle da Hipertensão Arterial

Apesar de todos os conhecimentos e evidências da importância do diagnóstico precoce e tratamento da hipertensão arterial, os níveis de controle da doença ainda é um grande desafio para os profissionais da área da saúde. Nesse sentido, estudo com hipertensos atendidos na atenção primária à saúde mostrou que 54,5% dos hipertensos não apresentavam pressão arterial controlada e as mulheres estavam mais controladas do que os homens ($p < 0,05$, 30,9% vs 52,6%, respectivamente)¹⁸.

O controle pouco satisfatório dos níveis tensionais, na maioria das vezes, está relacionado à baixa adesão ao tratamento e vários são os fatores que interferem nesse processo. Em relação à doença, destaca-se a sua cronicidade e quanto ao tratamento medicamentoso, o fato do tratamento ser por tempo indeterminado, os efeitos indesejáveis das drogas e posologias complexas. No tratamento não medicamentoso, a necessidade de mudanças em hábitos e estilos de vida também podem ser aspectos que dificultam a adesão. Acrescenta-se como fatores intervenientes na adesão ao tratamento características do hipertenso, como sexo e idade e presença de outras condições crônicas associadas à hipertensão, como o Diabetes Mellitus, obesidade e alteração do perfil lipídico¹⁹.

A hipertensão arterial é passível de prevenção e controle. Quando não controlada, ela representa um dos mais importantes fatores de risco para o acidente vascular cerebral e consequente incapacidade. O controle adequado da hipertensão arterial entre adultos e idosos tratados é baixo⁸.

Levando em consideração a magnitude e a complexidade das doenças crônicas, como por exemplo o diabetes mellitus e a hipertensão arterial a Rede de Atenção Básica deve configurar-se como elemento-chave no desenvolvimento das ações de controle destas doenças, pois por meio de sua equipe multidisciplinar é necessário atuar em ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação destes pacientes, assim como na manutenção da saúde e na criação do conceito de corresponsabilidade do cuidado. Estas ações são fundamentais para o êxito do tratamento em pacientes hipertensos e diabéticos⁴.

É importante mencionar também que a hipertensão arterial raramente apresenta algum sintoma ou desconforto físico, e isso pode contribuir para o portador não se comprometer com o tratamento correto e adequado necessário ao seu controle, pois as pessoas tendem a se perceberem doentes, quando há qualquer alteração na qualidade de vida que as impeçam de trabalhar, comer, dormir ou executar atividades rotineiras²⁰.

Segundo o Ministério da Saúde o tratamento também dependerá muito da motivação pessoal, aceitação da doença e apoio familiar. Outras variáveis que intervêm na adesão são o tipo e as características da doença, evidenciados pela própria condição do paciente e pelo progresso de sua doença. A não aderência à medicação é uma preocupação importante para muitos profissionais de saúde, principalmente em pacientes com hipertensão ou hipertensão e diabetes, cujo controle destes agravos pode diminuir muito a mortalidade por estas doenças como também o gasto para atendimento das complicações das mesmas⁴.

O sucesso da adesão implica em maior regularidade no tratamento e maiores oportunidades de ajuste da dose dos anti-hipertensivos e supervisão do tratamento não farmacológico. Porém, resta indagar sobre a continuidade desses índices pois, conforme literatura, a adesão varia na razão inversa do tempo de tratamento da hipertensão⁴.

Entre os medicamentos anti-hipertensivos prescritos para controlar a hipertensão, mais da metade dos pacientes param de tomar seus medicamentos inteiramente dentro de um ano, e apenas 31% toma pelo menos 80% da medicação prescrita²¹. Um relatório da Organização Mundial de Saúde estima que a aderência aos medicamentos anti-hipertensivos varie de 52% a 74%, quando a adesão é definida como a posse de um medicamento pelo menos 80% do tempo. Este relatório da Organização Mundial de Saúde identifica não aderência ao tratamento médico como

um grave problema de saúde pública, especialmente em pacientes com condições crônicas (p.ex., hipertensão)³.

Os inquéritos de saúde são uma importante ferramenta para a identificação de demandas e condições de saúde da população. Nestes inquéritos é comum que informações sobre morbidade sejam obtidas por meio do autorrelato dos entrevistados, seja este realizado por telefone ou pessoalmente. A vantagem deste tipo de coleta é a sua rapidez, baixo custo e a facilidade de se obter dados de um vasto número de pessoas em pouco tempo²².

Em geral, a quantidade de pessoas com a doença é maior do que a proporção das pessoas que fazem o autorrelato. Além disso, entre aqueles que sabem ter a doença, não são todos que aderem ao tratamento, seja ele medicamentoso ou não e pouco se sabe sobre o porquê da escolha de não realizar tratamento. Tanto a prevalência quanto o conhecimento, tratamento e controle da HAS variam de acordo com a população estudada e os métodos de mensuração utilizados. No Brasil, estima-se que o conhecimento da doença varia de 22 a 77% e o tratamento de 11,4 a 77,5%. Já o controle apresenta proporções mais baixas, variando entre 10 e 35,5%⁷.

Embora o conhecimento, tratamento e controle da HAS sejam temas bem explorados na literatura, poucos estudos são de base populacional. A Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) é um exemplo de pesquisa de base populacional que inclui informações sobre a hipertensão. No entanto, seus dados são obtidos por meio de autorrelato exclusivamente. Por isso, torna-se importante analisar dados que além do autorrelato, forneçam também medidas objetivas dos indivíduos analisados¹⁶.

Diante do exposto, nota-se que as demandas de saúde geradas pelo aumento do número de idosos e de doenças como a hipertensão são desafios para a saúde pública na atualidade. É necessário conhecer as características da população de idosos com HAS com o intuito de criar, implementar e fortalecer políticas públicas que visem a manutenção e melhoria do estado de saúde dos indivíduos por mais tempo possível.

3.3 Diabetes Mellitus: Reflexões Gerais

O diabetes mellitus é um grupo de doenças metabólicas caracterizado por níveis aumentados de glicose no sangue (hiperglicemia) resultantes dos defeitos na secreção de insulina, na ação da insulina ou ambos. As principais fontes dessa glicose

são a absorção do alimento inserido no trato gastrointestinal e a formação da glicose pelo fígado a partir das substâncias alimentares. No diabetes, as células podem parar de responder à insulina ou o pâncreas pode parar totalmente de produzi-la. A insulina é um hormônio produzido pelo pâncreas, que controla o nível de glicose no sangue, regulando a produção e o armazenamento de glicose⁴.

Dessa forma, uma desregulação dos níveis de insulina pode levar à hiperglicemia, que pode resultar em complicações metabólicas agudas, como a Cetoacidose Diabética (DKA) e a Síndrome Não Cetótica Hiperosmolar Hiperglicêmica (SNCHH). Os efeitos a longo prazo da hiperglicemia contribuem para as complicações macrovasculares (doença da artéria coronária, doença vascular cerebral e doença vascular periférica), complicações microvasculares crônicas (doença renal e ocular) e complicações neuropáticas (doença dos nervos)³.

Além dos custos financeiros, o diabetes acarreta também outros custos associados à dor, à ansiedade, à inconveniência e à menor qualidade de vida que afeta doentes e suas famílias. O diabetes representa também carga adicional à sociedade, em decorrência da perda de produtividade no trabalho, aposentadoria precoce e mortalidade prematura³.

3.4 Classificação, Diagnóstico e Tratamento

Atualmente, utiliza-se a classificação Diabetes do tipo 1, tipo 2 e gestacional. Na do tipo 1, as células betas pancreáticas produtoras de insulina são destruídas por um processo autoimune. Em consequência, os pacientes produzem pouca ou nenhuma insulina e requerem injeções desse hormônio para controlar seus níveis glicêmicos, caracteriza-se por um início agudo, comumente antes dos 30 anos de idade. Na Diabetes do tipo 2, as pessoas apresentam sensibilidade diminuída à insulina e funcionamento prejudicado das células beta, resultando em produção diminuída de insulina, afeta aproximadamente 90 a 95% dos doentes, e ocorre mais comumente entre pessoas com mais de 30 anos de idade e obesos³.

A DM gestacional é caracterizada pela diminuição da tolerância à glicose, de magnitude variável, diagnosticada, pela primeira vez, na gestação, podendo ou não persistir após o parto. O Estudo Brasileiro sobre o Diabetes Gestacional – EBDG, revelou que 7,6% das mulheres em gestação apresentam intolerância à glicose ou apresentam diabetes. E também outros tipos específicos decorrentes de defeitos genéticos associados com outras doenças ou com o uso de fármacos diabetogênicos³.

Nos pacientes assintomáticos, devem ser observados aqueles com idade acima de 45 anos ou em jovens que apresentam fatores que os tornam mais suscetíveis à doença, como em pacientes obesos, hipertensos, que apresentam história familiar de diabetes, dislipidemia, diagnóstico prévio de diabetes gestacional, entre outros³.

4 PLANO OPERATIVO

| Situação problema | OBJETIVOS | METAS/ PRAZOS | AÇÕES/ ESTRATÉGIAS | RESPONSÁVEIS |
|--|--|--|---|---|
| Falta de adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento | Estimular a adesão ao tratamento anti-hipertensivo | Cadastrar 80% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência/ 3 meses | Durante as consultas médicas e de enfermagem serão oferecidas orientações sobre os benefícios das medicações. | 1-Médico 2-Enfermeira 3-ACS |
| Faltosos ao tratamento | Identificar as pessoas com dificuldade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo | Buscar 80% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas. 3 meses | Os ACS irão fazer visita domiciliar para informar aos pacientes a importância de esta com seu tratamento regular. | 1-Médico 2-Enfermeira 3-ACS |
| Ausência de ações educativas para este público | Desenvolver ações educativas junto aos hipertensos e diabéticos, considerando os fatores inerentes ao cliente, à doença, à terapêutica e aos serviços de saúde que influenciam nessa adesão. | Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos acompanhados; Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física e tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos/ 2 meses. Garantir acompanhamento odontológico a 100% do hipertensos e diabéticos cadastrados | A cada 15 dias serão realizadas palestras sobre os seguintes temas pela enfermeira ou pelo médico. Também será solicitado participação da equipe do NASF (nutricionista e educadora física) | 1-Médico 2-Enfermeira 3-Dentista Equipe do NASF: educador físico; nutricionista. |
| Falta de capacitação da equipe | Propor subsídios para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e anti-glicemiante | Capacitar a equipe para o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos/ uma vez por semana durante duas semanas. | O médico da equipe uma vez por semana, durante duas semanas irá repassar as recomendações do Ministério da Saúde para o acompanhamento da HAS e DM. | 1-Enfermeira |

5 CONCLUSÃO

O desafio de oferecer suporte de qualidade de vida para uma população com DM e HAS da área de cobertura da ESF por meio de uma atenção adequada é um desafio, onde é importante considerar que as necessidades de saúde destes clientes requerem uma atenção específica que pode evitar altos custos para o Sistema de Saúde e, sobretudo, proporcionar melhores condições de saúde a essas pessoas. No entanto, entende-se que estas mesmas necessidades precisam ser adequadamente identificadas e incorporadas em novas práticas de saúde, para além do modelo biomédico essencialmente curativo e centrado no profissional, e não no cliente. Esta incorporação é um dos principais desafios deste projeto de intervenção, o qual contará com o apoio de toda a equipe para que se consiga superar as dificuldades.

Sendo assim, algumas inquietações acerca do acompanhamento aos pacientes com HAS e DM levou a indagar quais são as reais necessidades deles, que critérios são utilizados para defini-las e como satisfazê-las adequadamente. De que modo os profissionais da saúde estão se preparando e capacitando para cuidar deles, e, principalmente, se tem sido oportunizado a esses clientes desenvolver autonomia e independência. Algumas dessas inquietações serão respondidas no decorrer do projeto de intervenção, porém outras ainda continuarão sem resposta, pois tais inquietações requerem a busca por mudanças estruturais e por políticas possíveis e factíveis, as quais responderão pela melhoria da qualidade de vida dos hipertensos.

Portanto, fica evidente que o desenvolvimento desta intervenção trará melhorias na qualidade da assistência oferecida aos pacientes diabéticos e hipertensos, pois ações de educação em saúde e acompanhamento organizado e planejado dessa assistência fazem partes das recomendações do Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014.

2-Andrade SSA, Stopa SR, Brito AS, Chueri OS, Szwarcwald CL, Malta DC. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2015. Epidemiol Serv Saúde; 2015. 24(2): 297-304.

3- World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases. 2016. Geneva, WHO. 2016. Disponível em:<<http://www.who.int/nmh/publications/ncdreportfullen.pdf>>

4-Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica. Brasília: Ministério da saúde, 2013.

5-Alves LCA, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCL, Lebrão RL, Laurenti R. influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2017; 23 (8): 1924-930.

6- Weber MA, Schiffrin EL, White WB, Mann S, Lindholm LH, Kenerson JG, Flack JM, Carter BL, Materson BJ, Ram CV, Cohen DL, Cadet JC, Jean-Charles RR, Taler S, Kountz D, Townsend RR, Chalmers J, Ramirez AJ, Bakris GL, Wang J, Schutte AE, Bisognano JD, Touyz RM, Sica D, Harrap SB. Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community A Statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. The Journal of Clinical Hypertension. 2014; 16(1)14-26.

7-Malachias MVB. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2016; 107(Suplemento 3): 1-83.

8-Freitas EV, Caçado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 2016.

9- Santos CM, Barbieri AR, Goncalves CCM, Tsuha DH. Avaliação da rede de atenção ao portador de hipertensão arterial: estudo de uma região de saúde. Rev. Saúde Pública. 2017; 33(5): 12-8.

10-Egan BM, Stevens-Fabry S. Prehypertension—prevalence, health risks, and management strategies. Nature Reviews Cardiology. 2015;12(3): 289-300.

11-Malta DC, Berna RTI, Andrade SSCA, Silva MM^aA, Melendez GV. Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. Revista de Saúde Pública. 2017; 51(3): 34-40.

12-Oliveras A, Schmieder RE. Clinical situations associated with difficult-to-control Hypertension. Journal of Hypertension. 2014; 31(Suplemento 1): 3-8.

13-Pierin AMG, Marroni SN, Taveira LAF, Bensenor IJM. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. Ciênc Saúde Coletiva. 2016; 16(1): 1389-400.

14-Mengue SS, Bertoldi AD, Boing AC, Tavares NUL, Pizzo TSD, Oliveira M^aA, Arrais PSD, Ramos LR, Farias MR, Luiza VL, Berna RTI, Barros AJD. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): métodos do inquérito domiciliar. Revista de Saude Publica. 2016; 50(suplemento 2).

15-Girotto E, Andrade SM; Cabrera MAS, Matsuo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;18(6): 1763-1772.

16-Tavares NUL, Costa, SK, Mengue S, Vieira MLFP, Malta DC, Silva Júnior JB. Uso de medicamentos para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2015; 24(2): 315-23.

17- Islam SMS, Purnat TD, Phuong NT, Mwingira U, Schacht K, Fröschl G. Non-Communicable Diseases (NCDs) in developing countries: a symposium report. *Globalization and Health*, v.10, n.81, p. 1-7, 2014.

18- Pierin A. M^a. G, Marroni SN, Taveira LAF, Bensenor IJM. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016; 16(1): 1389-400.

19- Silva SSBE, Oliveira SFSB, Pierin AM. O controle da hipertensão arterial em mulheres e homens: uma análise comparativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2016; 50(1): 50-8.

20- Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018; 13(10): 1199-207.

21- Santos AB, Gupta DK, Bello NA, Gori M, Claggett B, Fuchs FD, Shah AM, Coresh J, Sharrett AR, Cheng S, Solomon SD. Prehypertension is associated with abnormalities of cardiac structure and function in the atherosclerosis risk in communities study. *American Journal of Hypertension*, 2016; 29(5): 568-74.

22- Muggah E, Graves E, Bennett C, Manuel DG. Ascertainment of chronic diseases using population health data: a comparison of health administrative data and patient self-report. *BMC Public Health*. 2014; 13(16): 13-23.