



Curso de especialização Saúde da Família

**MELHORA NA ADERÊNCIA AO TRATAMENTO
DE DIABÉTICOS E HIPERTENSOS NA UESF
BELAS ARTES: ITANHAÉM - SP**

DAYANNA RODRIGUES LEÃO
Programa Mais Médicos

Orientador: Maria José Caetano F. Damaceno

São Paulo
2015

SUMÁRIO

1. Introdução	3
1.1 Identificar e apresentar o problema	
1.2 Justificar a intervenção	
2. Objetivos	6
2.1 Geral	
2.2 Específicos	
3. Metodologia	7
3.1 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção	
3.2 Cenário da intervenção	
3.3 Estratégias e ações	
3.4. Avaliação e Monitoramento	
4. Resultados Esperados	9
5. Cronograma	10
6. Referências	11

Introdução

1.1 Identificação e apresentação do Problema

A ESF – Estratégia de Saúde da Família atende sete bairros (Cibratel I e II, Belas Artes, Jardim Corumbá, Praia dos Sonhos, Jardim Ieda, Chácara das Tâmaras, Chácara Cibratel e Jardim Sabaúna), abrangendo cerca de 16 mil pessoas aproximadamente, segundo dados de 2008. A unidade localizada no bairro Belas Artes possui quatro equipes composta por 01 médico, 01 enfermeiro, 01 auxiliar de enfermagem e agentes de saúde que trabalham no local. Uma das equipes encontra-se sem o profissional médico e a outra não possui o profissional enfermeiro.

A população em estudo é atendida pela equipe responsável pelos bairros Jardim Corumbá e Jardim Ieda, no qual a população envolvida é cerca de 6.000 pessoas.

Este serviço de saúde está instalado em uma casa alugada de forma provisória e, portanto, não apresenta uma estrutura adequada para o atendimento, por exemplo, local para realização de grupos e acessibilidade inadequada.

Durante o período utilizado para a realização da elaboração deste projeto de intervenção, verificou-se que a base de dados do HIPERDIA (Sistema vinculado ao DATASUS e substituído recentemente pelo e-SUS AB) está desatualizada. Isso implica em uma subestimação do número total de hipertensos/diabéticos acompanhados pela unidade em questão, impactando negativamente na gestão do cuidado. Segundo dados do HIPERDIA, na população estudada constam 364 pacientes hipertensos e 151 pacientes diabéticos. De igual modo, constatou-se durante as consultas que muitos pacientes hipertensos/diabéticos não realizam os controles pressóricos e glicêmicos, respectivamente, sob a alegação de que a equipe de saúde não dispensa um bom tratamento nestes casos.

Com a proposta de melhora na atenção destes pacientes, encontra-se o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, o qual estabelece diretrizes e metas para a atenção aos portadores desses agravos no Sistema Único de Saúde, enfatizando a prevenção primária, na ampliação do diagnóstico precoce e na vinculação de portadores à rede básica de saúde.⁽¹⁾

Neste sentido, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade associada à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus, o Ministério da Saúde assumiu parcerias com os estados, municípios e sociedade, dando suporte para a estruturação e melhorias na atenção aos portadores destas patologias.⁽²⁾

A Política Nacional de Humanização⁽³⁾ considera o acolhimento como importante dispositivo para a consolidação de práticas de cuidado, sobretudo na Atenção Primária, que valorizem o usuário e resgate sua cidadania. A partir do acolhimento, pode-se reduzir o tempo de espera e as filas, além de promover a hierarquização de riscos, ampliando, assim, o acesso e garantindo o acompanhamento dos usuários em seu percurso terapêutico.⁽⁴⁾

Dentre os inúmeros instrumentos de que se pode utilizar a equipe de saúde para humanizar a atenção está o vínculo, que nada mais é que a circulação de afetos entre pessoas, constituindo-se em ferramenta eficaz na horizontalização e democratização das práticas de cuidado, pois favorece a negociação entre os sujeitos envolvidos nesse processo. A construção do vínculo, portanto, centra-se na formação de laços afetivos entre trabalhadores e usuários, ou seja, no receber bem cada usuário que comparece ao serviço, na confiança e na facilidade de comunicação entre esses atores.⁽⁵⁾

O controle destas duas patologias não resulta em uma tarefa fácil, já que envolve diversas dimensões do cuidado que atuam de forma associada, como o acesso aos medicamentos, a facilidade de diálogo entre os pacientes e a equipe de saúde, que detêm os conhecimentos teóricos e práticos e deve oferecer-los de forma acessível à população; além da aderência ao tratamento proposto pelo médico de assistência. Este último ponto merece destaque. A melhora da adesão diminui a mortalidade, consultas de emergência e internações, além de reduzir custos médicos e promover o bem-estar dos pacientes.⁽⁶⁾

1.2 Justificativa da intervenção

Com o intuito de melhorar a aderência ao tratamento farmacológico e não farmacológico dos pacientes do serviço de saúde em questão, sua relação com a equipe de saúde e a corresponsabilidade nas decisões terapêuticas, observou-se a necessidade de elaborar um plano de ação que objetivasse tais aspectos. Para isso, elaborou-se um cronograma de ações que melhore o acolhimento aos pacientes já conhecidos, assim como a detecção de novos casos, passando por atividades educativas em saúde e de estímulo a estilos de vida saudáveis.

Quando os sujeitos com hipertensão arterial (e também com diabetes mellitus) desenvolvem autonomia, é possível que conheçam cultura, saberes, práticas de cuidado, possibilitando escolhas de modo mais consciente, pela melhor forma de se cuidar.⁽⁷⁾

Em íntima relação com o acolhimento está o vínculo, apontado como uma das ferramentas agenciadoras das mudanças das práticas em todos os níveis e que são imprescindíveis ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). O vínculo precisa ser construído no cotidiano do serviço, no trabalho vivo em ato a cada momento, de forma singular, personalizada, continuada, necessitando da presença de sujeitos que protagonizam o encontro intercessor.⁽⁸⁾

O vínculo requer a confiança do usuário em relação aos trabalhadores, no sentido dos últimos serem capazes de equacionar os problemas de saúde e, não só isso, capazes de escutar, orientar e auxiliar em outros aspectos do cotidiano da vida, inclusive no apoio ao manejo de obstáculos. Muitos são pessoas simples e acostumadas com uma vida dura e qualquer atitude por parte dos trabalhadores de interesse, por menor que seja, lhes significam grande importância.⁽⁹⁾

Considera-se, portanto, que a transformação das práticas de saúde só poderá ocorrer mediante a valoração e centralização do/no sujeito. Desta forma, o acolhimento e o vínculo constituem importantes instrumentos na mudança desse olhar que, por tanto tempo, se centrou somente no processo

da doença, esquecendo o sujeito e outros fatores, como os psicossociais, tão importantes na determinação do plano terapêutico.⁽¹⁰⁾

Cabe salientar que o presente plano de ação foi elaborado para o acompanhamento de hipertensos/diabéticos, mas pode ser extrapolado a outras populações específicas, já que abrange aspectos de promoção, prevenção e educação em saúde também aplicáveis a estes grupos, guardadas as peculiaridades destas populações.

O objetivo principal deste projeto de intervenção é proporcionar uma melhora na atenção de hipertensos/diabéticos, lançando mão de tecnologias já existentes, porém pouco utilizadas, na UESF Belas Artes.

2. Objetivos

2.1 Geral: elaborar um conjunto de ações que melhorem a aderência ao tratamento farmacológico e não farmacológico de hipertensos e diabéticos.

2.2 Específicos:

- Capacitar a equipe de saúde em utilizar o acolhimento e o vínculo como estratégias de atenção.
- Melhorar a coleta de dados e a vinculação dos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus à UESF Belas Artes.

3. Metodologia

3.1 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção

O plano de ação proposto realizar-se-á na UESF Belas Artes e contempla todos os profissionais da unidade e os pacientes.

O público alvo destas ações será o universo de hipertensos/diabéticos atendidos pela equipe envolvida no estudo, composta por 364 pacientes hipertensos e 151 pacientes diabéticos, pelo fato de ser uma população que necessita atendimento continuado e que acaba comparecendo à unidade de saúde com maior frequência, seja para atendimento de rotina ou atendimento de urgência/emergência.

Além disso, a pesquisa pretende contar com o envolvimento das Secretarias de Saúde e Esporte do Município. Terá como premissa que o acolhimento e o vínculo devem ser atividades incorporadas ao cotidiano da assistência em saúde, essas ações serão voltadas a capacitar e aprimorar as habilidades na comunicação, promovendo mais inclusão e corresponsabilização. De igual modo, a melhora nas habilidades comunicativas proporcionará um enfoque mais humanizado do atendimento, centrando-o no indivíduo com suas queixas e questionamentos, e não no tratamento somente.

3.2 Cenário da intervenção

O cenário da intervenção é a UESF – Unidade de Estratégia Saúde da Família – Belas Artes, situada no bairro de mesmo nome, em Itanhaém – SP.

3.3 Estratégias e ações

Neste aspecto, surge a reflexão das práticas de cuidado, uma vez que é necessário ajudar os usuários na construção de sua autonomia, colocá-lo no centro das atenções, estimulando o seu protagonismo, criando espaços para a manifestação da sua voz, do seu pensamento, das suas ações, além de lhe proporcionar condições para viver melhor e conviver com as dificuldades relacionadas ao adoecimento e não somente centrar a atenção em prescrições multifatoriais.⁽¹¹⁾

As ações deverão ocorrer na unidade de saúde, com visitas periódicas dos agentes de saúde aos domicílios, visando o cadastramento de todos os pacientes hipertensos e diabéticos atendidos pela equipe. De igual modo, todos os casos em que o diagnóstico for feito em consulta médica ou de enfermagem serão discutidos em reunião de equipe, objetivando consolidar as informações e produzir um retrato mais fiel da realidade da área de abrangência.

Serão realizadas consultas de enfermagem e médica, no período compreendido entre os meses de janeiro e março para a aplicação de um questionário. O questionário que será aplicado contemplará assuntos

cotidianos como alimentação, exercícios, hábitos tóxicos, estresse e convívio familiar.

Durante a realização dos grupos serão abordados temas relacionados a bem-estar físico e mental, nutrição, exercícios físicos e atividades coletivas com uma frequência semanal intercalando as atividades para não entrarem em rotina de forma a não desmotivar os pacientes, com duração de pelo menos 40 minutos cada uma; com recesso apenas para férias de fim de ano. Ditas atividades serão realizadas durante o ano de 2015, sob a responsabilidade do profissional médico e enfermeiro da equipe. As ações realizadas em grupo por psicólogo, nutricionista, professor de educação física e fisioterapeuta, possibilitarão conseguir-se uma abordagem multi e interdisciplinar.

Em relação aos grupos deverá ser mudado o seu nome para “Qualidade de Vida e Saúde”, para que assim os pacientes não associem as atividades realizadas com a doença.

A intervenção envolverá uma avaliação onde poderão comparar-se as mudanças em cada paciente. O método escolhido implica avaliar as mudanças no estilo de vida, tratamento, níveis pressóricos, glicêmicos e avaliar as esferas biológica, psicológica, social e espiritual.

Concomitantemente às ações descritas, realizar-se-á a capacitação dos profissionais oriundos desta unidade de saúde em atendimento ao público e humanização, ministrados por profissional pedagogo e/ou psicólogo, para que assim possam melhorar a coleta de dados e aumentar o vínculo dos pacientes à unidade Belas Artes, através de um conjunto de ações que melhore a aderência ao tratamento farmacológico e não farmacológico dos hipertensos e diabéticos.

Cabe destacar que após o término do projeto proposto se continuará avaliando a prática dos profissionais de saúde, já seja durante as reuniões de equipe, através de dinâmicas e situações-problema, ou durante as reuniões gerais, avaliando situações que favorecem ou desfavorecem o vínculo dos pacientes à unidade de saúde. Dada a importância do vínculo na execução das ações em saúde, dita avaliação terá caráter permanente.

3.4. Avaliação e Monitoramento

A avaliação do projeto deverá ser realizada através de dados de saúde identificados nas consultas; com um questionário inicial e outro ao final da intervenção, coletados de preferência por uma equipe selecionada para a função junto a uma avaliação clínica multidisciplinar para realizar-se a comparação e avaliar a efetividade do plano de ação. Realizar-se-á discussões acerca dos resultados da intervenção periodicamente durante as reuniões de equipe, objetivando ajustes nas condutas e monitoramento das mesmas, com vista a melhores resultados.

4. Resultados esperados

Espera-se obter após a implantação do plano de ação, uma melhora no estilo de vida dos pacientes, assim como controle dos níveis pressóricos e glicêmicos evitando dessa forma complicações secundárias a essas doenças.

É esperado que com esse plano o paciente sinta-se com bem estar físico, psicológico e social, melhorando seu relacionamento com os profissionais de saúde, assim como com outros pacientes.

5. Cronograma

ATIVIDADES	PERÍODO	MÊS	PARTICIPANTE	RESPONSÁVEL
Atualizar base de dados do HIPERDIA: Através dessa atualização poder-se-á saber o universo de hipertensos e diabéticos para dar seguimento	Ano letivo	De Janeiro até o término do projeto	Agentes de Saúde	Coordenador da Unidade de Saúde
Realizar consulta com todos os pacientes em estudo: Para a avaliação inicial e ao final a comparativa	3 meses	Janeiro a Março e final em Maio 2016	Pacientes	Médico e Enfermeiro
Check-up dos pacientes	Trimestralmente	De Fevereiro a Janeiro	Paciente	Médico
Realizar grupos HAS/DIA	Semanalmente	Ano em estudo	Paciente, ACS	Médico/enfermeiro
Grupo com psicóloga	Bimestral	Fevereiro e Julho	Paciente	Psicóloga
Capacitação para atendimento ao público	1 semana	Março	Trabalhadores	Pedagoga, psicóloga
Curso de Humanização	1 semana	Fevereiro	Trabalhadores	Psicóloga
Atualização de Doenças Crônicas	3 dias	Maio e Setembro	Agentes de Saúde	Profissional da saúde
Avaliação Nutrição/ Endocrinologia/Cardiologia		Trimestral	Pacientes	Especialistas
Atividades físicas	Diária	3 vezes por semana	Pacientes	Secretaria de esporte
Controle glicêmico e nível pressórico	Quinzenalmente	Ano em estudo	Pacientes	Equipe Técnica Unidade
Monitoramento	Ano letivo	Mensal	Pacientes	Equipe Técnica, ACS

Avaliação	Março 2015	1 vez	Pacientes	Médico
-----------	------------	-------	-----------	--------

6. Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Brazilian national strategy for the Reorganization of Care for Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus: the experience of diabetes mass screening. *Rev. Saúde Pública* 2001; 35(5):490-493.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Physical activity and life quality contribution in order to obtain a better healthy lifestyle. *Rev. Saude Publica* 2002; 36(2):254-256.
3. Ministério da Saúde [homepage na internet]. Política nacional de humanização: Humaniza SUS. [acesso em 26 dez. 2014]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf
4. Lima LL, Moreira TMM, Jorge MSB. Produção do cuidado a pessoas com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e corresponsabilização. *Rev. bras. enferm.* [serial on the Internet]. 2013 Aug [acesso em 28 set 2014] ; 66(4): 514-522.
5. Campos GWS. Reflexões sobre a clínica ampliada em Equipes de Saúde da Família. In: Campos GWS. *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2005.
6. Simpson SH, et al. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *British Medical Journal*, London 2006, 333 (7557): 15-19,.

7. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saúde Pública 2008; 24(1):17-27.
8. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
9. Bastos LS, Assis MMA, Nascimento MAA, Oliveira LCF. Construção da integralidade no cuidar de pessoas com diabetes mellitus em um centro de saúde em Feira de Santana (BA). Ciênc Saúde Coletiva 2011;16(supl.1):1417-1426.
10. Pinheiro PM, Oliveira LC. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. Interface Comum Saúde Educ 2011;15(36):187-98.
11. Pires CGS, Mussi FC. Refletindo sobre os pressupostos para cuidar/cuidado na educação em saúde das pessoas hipertensa. Rev Esc Enferm USP 2009; 43(1): 229-36.