

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

João Vandrey Moreira de Figueiredo

**A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE
HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO NA PREVENÇÃO DE AGRAVO.**

BELÉM / PARÁ

2018

João Vandrey Moreira de Figueiredo

**A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE
HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO NA PREVENÇÃO DE AGRAVO.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de
Especialização em Saúde da Família, Universidade Federal
do Pará, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Carla Andréa Avelar Pires

BELÉM /PARÁ

2018

João Vandrey Moreira de Figueiredo

**A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE
HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO NA PREVENÇÃO DE AGRAVO.**

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Carla Andréa Avelar Pires (Orientadora)

Prof. Dr. José Guilherme Wady Santos (Membro)

Aprovado em: Belém (PA) 05 de janeiro de 2019.

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a meus filhos e minha família, por serem o pilar de sustentação da minha vida, por me incentivarem e ajudarem na minha caminhada profissional e pessoal.

RESUMO

A temática proposta foi elaborada mediante o número significativo de pacientes com diabéticos Mellitus (DM) e/ou hipertensão arterial Sistêmica (HAS) na comunidade renascer na cidade de Benevides-PA. Feito o diagnóstico situacional, através do método de estimativa rápida, diversos problemas foram identificados, tais como: a falta de emprego, pré-natal incompleto e vários outros. No entanto o mais relevante foi a falta de acompanhamento de pacientes com DM e/ou HAS chegando a aproximadamente 40% do total de cadastrados (80 usuários, no total). A partir de então, foi feito um levantamento bibliográfico baseado nos bancos de dados LILACS, PUBMED e SCIELO. Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). As etapas seguintes tendem a ter um caráter exploratório educativo, envolvendo os atores sociais da comunidade, através da busca ativa e visitas domiciliares tentar trazer de volta os pacientes ao convívio da ESF, momento em que a intervenção contará com palestras educativas e esclarecimentos a fim de conscientizar os pacientes e familiares sobre o benefício do seguimento adequado do tratamento, prevenindo agravos e resguardando a vida, proporcionando bem estar para esses indivíduos. Espera-se uma adesão de mais de 90% com benefício que contempla todos os envolvidos no trabalho.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Hipertensão. Educação em Saúde. Benevides.

ABSTRACT

The proposed theme was elaborated by the significant number of patients with diabetic Mellitus (DM) and / or systemic arterial hypertension (SAH) in the rebirth community in the city of Benevides-PA. Once the situational diagnosis was made, several problems were identified through the rapid estimation method, such as lack of employment, incomplete prenatal care and several others. However, the most relevant was the lack of follow-up of patients with DM and / or SA reaching approximately 40% of the total number of patients (80 users, total). From then on, a bibliographic survey was made based on the LILACS, PUBMED and SCIELO databases. The rules of the Brazilian Association of Technical Standards (ABNT) were applied for writing the text. The following stages tend to have an exploratory educational character, involving the social actors of the community, through the active search and home visits to try to bring the patients back to the FHS, where the intervention will have educational lectures and clarifications in order to to make patients and their families aware of the benefits of proper follow-up of treatment, preventing injuries and protecting life, providing well-being for these individuals. It is expected that more than 90% will be adhered to with a benefit that includes all those involved in the work.

Keywords: Diabetes Mellitus. Hypertension. Health Education. Benevides.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	3
2 JUSTIFICATIVA	7
3 OBJETIVOS	8
3.1 Objetivo geral	8
3.2 Objetivos específicos	8
4 METODOLOGIA	9
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	10
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	14
6.1 Descrição do problema selecionado	14
6.2 Explicação do problema	14
6.3 Seleção dos nós críticos	14
6.4 Desenho das operações	15
8 RESULTADOS E DISCURSÃO	21
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIAS	

2 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Benevides é um município de aproximadamente 60.990 habitantes, o qual localiza-se na região metropolitana de Belém no estado do Pará. A cidade é economicamente influenciada pela capital, tendo como maior fluxo econômico a atividade comercial e funciona como fornecedora de mão de obra para Belém (IBGE, 2018).

Mesmo desfrutando dos benefícios da proximidade do centro do governo do estado, o município enfrenta problemas de saneamento básico e infraestruturas complementares, os bairros periféricos enfrentam dificuldades com o sistema de esgoto, muitos dejetos são descartados nas ruas, o que influencia no processo saúde e doença. Um outro ponto que chama atenção é a criminalidade, a cidade está inserida em um contexto de tráfico de drogas e outras atividades ilícitas, como roubos e assaltos, o que torna a segurança pública ineficiente e deixa a população sempre em estado de alerta (BENEVIDES, 2018).

O município conta com uma mobilidade de transporte público bem dinâmico com ônibus e vans, além dos transportes alternativos. Culturalmente é conhecida como a "O berço da Liberdade", pois foi a cidade pioneira do Estado do Pará a libertar escravos e a segunda do Brasil. No dia 30 de março de 1884, quatro anos antes da Princesa Isabel assinar a Lei Áurea em 13 de maio de 1888 (BENEVIDES, 2018).

1.2 Aspectos da comunidade

A comunidade alvo da pesquisa é a que se encontra coberta pela equipe de Estratégia de Saúde da Família Renascer (ESF). Trata-se de um bairro com cerca de 7.000 habitantes, localizado na cidade de Benevides, a qual teve uma formação vinculada com o crescimento da região metropolitana de Belém, tendo um surgimento espontâneo. Sua população é bastante heterogênea, porém grande parte acaba sendo vinculada a serviços voltados para a capital ou trabalhando nas empresas locais ou mesmo nas atividades informais. Sua localização é ao entorno do centro da cidade.

Como reflexo de sua localização os mesmos problemas enfrentados pela cidade são enfrentados pelo bairro, tais quais: violência, elevado índice de criminalidade, altos

índices de abandono escolar, prostituição, analfabetismos, entre outros problemas sociais.

1.3 O sistema municipal de saúde

A cidade conta com hospital municipal e 16 Unidades Básicas de Saúde (UBS), contando com outros centros de referências na capital e nas cidades ao seu entorno. Conta com escolas municipais e estaduais, assim com escolas e faculdades particulares, os centros de ensino superior públicos de referência são localizados da capital (IBGE, 2018).

1.4 A unidade Básica de Saúde

A unidade de saúde Renascer, tem o mesmo nome do bairro e atende um contingente de aproximadamente 3700 pessoas.

Para todas essas atividades realizadas nesta unidade conta-se com um espaço físico próprio que possui: dois consultórios médicos, dois consultórios de enfermagem, uma sala de vacina, uma farmácia, uma sala de curativos, uma copa, uma recepção, dois banheiros para o público em geral e um para os funcionários, um salão de eventos e uma sala de insumos.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Renascer

A ESF Renascer é composta por dois médicos, quatro enfermeiros, dois técnicos em enfermagem, três auxiliares administrativos e oito agentes comunitários em saúde (ACS).

A equipe de saúde é muito solícita, atende o público da melhor forma possível, promovendo ações de saúde voltados para prevenção e manutenção da saúde, orienta os pacientes tanto de forma individual quanto através de palestras em grupo, realizando

orientações sobre saúde sexual, prevenção de doenças de veiculação hídrica; Utiliza-se muito os grupos de reunião para incentivar o autocuidado e a promoção de saúde.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Família Renascer

A unidade de saúde possui uma dinâmica de funcionamento que varia conforme o dia da semana, com agendamentos organizados de acordo com os grupos atendidos nos dias específicos, e em um da semana são realizadas as visitas domiciliares. Uma vez no mês acontece reunião com o grupo do Hiperdia.

A população atendida é bem diversificada, composta por um grande número de idosos, além de grupos especiais com doentes mentais e acamados, o que torna o trabalho bem dinâmico e rico em situações diversificadas de saúde.

1.7 O dia a dia da equipe de Saúde de Família Renascer

A unidade de saúde funciona de segunda a sexta das 7:30 as 17:30, com atividades distribuídas em dias específicos; o agendamento de consultas se dá nas terças e quintas, os atendimentos tem dias específicos, nas segundas são atendidas as gestantes e puérperas, nas terças público em geral, nas quartas são feitos atendimentos exclusivo para mulheres, nas quintas são feitas as visitas domiciliares, e nas sextas são realizados também atendimentos em geral. Uma vez ao mês é realizada reunião com o grande grupo do Hiperdia, tendo a ajuda de auxiliares administrativos e ACS na organização, além de enfermeiros que desempenham a administração de um modo geral.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

O diagnóstico situacional do território foi elaborado através do método de estimativa rápida. Segundo Kleba et al. (2016), a estimativa rápida é uma técnica que possibilita conhecer a situação de saúde vivenciada pela população em um determinado território, identificando e selecionando problemas passíveis de mudanças para a manutenção e/ou fortalecimento da situação de saúde da população. Houve o apoio da equipe de saúde para a aquisição de dados, além de comunitários que são mais ativos como: presidente de bairro, padre, pastor, professores. Utilizou-se também os dados do Sistema de Informações da Atenção Básica(SIAB). A somatória das informações

colhidas originou subsídio para traçar o perfil das problemáticas enfrentadas pela comunidade, corroborando para além de diagnosticar essas vulnerabilidades, poder traçar e direcionar a atenção para os pontos mais delicados existentes.

1.9 Priorização de problemas

Abaixo a lista de problemas:

Desemprego

Falta de material e de medicamentos

Falta de uma rede integrada de serviços

Pré-natal incompleto

Saneamento Básico Precário

Falta de apoio do gestor ao programa

Altas taxas de HAS/DM sem acompanhamento

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adstrita à equipe de Saúde Renascer, Unidade Básica de Saúde Renascer, município de Benevides, estado do Pará.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Desemprego	média	4	fora	6
Falta de material e de medicamentos	alta	4	parcial	3
Falta de uma rede integrada de serviços	alta	4	fora	4
Pré-natal incompleto	alta	5	dentro	2
Saneamento Básico Precário	alta	3	fora	5
Falta de apoio do gestor ao programa	alta	3	parcial	7

Altas taxas de HAS/DM sem acompanhamento	alta	7	parcial	1
---	------	---	---------	---

Fonte: Dados da ESF e do SIAB.

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

Como exposto no quadro 1 notou-se que há muitos problemas enfrentados pela comunidade. Diante disso foi analisado que o número de pacientes com HAS/DM com diagnóstico confirmado é bem expressivo, sendo 80 usuários cadastrados no Programa Hiperdia. No entanto, a problemática em questão é relacionada ao não seguimento do tratamento de forma adequada, o que gera preocupações na equipe de saúde visto que o não seguimento dos protocolos pode levar a risco de morte, lesão a órgão alvos e acometimentos macro e microvasculares comuns as duas doenças.

O número de indivíduos que não seguem o tratamento adequadamente chega a 40%, direcionando a um leque de possibilidades de discussões a respeito dos motivos pelos quais isso está ocorrendo. Muitos casos são relacionados a falta de orientação, o que faz com que esses pacientes não deem a importância merecida a esse acompanhamento. Notou-se também que as políticas públicas que deveriam contemplar esse público são, muitas vezes, deixadas em segundo plano.

A consequência do seguimento adequado ao tratamento previne agravos e auxilia na manutenção de um bom estado de saúde. A manutenção de níveis glicêmicos e pressóricos elevados são catastróficas a longo prazo, refletindo em onerosos gastos ao estado, seja por manutenção de internações como pela própria perda produtiva que impacta na economia do país, para minimizar essas problemáticas a equipe de saúde Renascer costuma fazer o rastreio nas populações com fatores de risco, afim de diagnosticar precocemente essas patologias.

Nos casos em que o diagnóstico já é confirmado, porém não há um seguimento terapêutico, costuma-se fazer busca ativa na tentativa de identificar o motivo da não adesão terapêutica buscando sensibilizar os pacientes sobre a gravidade de sua condição. Além do exposto, percebe-se também problemas relacionados a própria dificuldade de acesso a consultas e demais serviços oferecidos pela unidade.

Todos esses pontos corroboraram para uma intervenção incisiva voltada para a problemática de que muitos pacientes com diagnóstico de HAS/DM estão sem acompanhamento, no intuito de reverter a situação, evitando com isso o desenvolvimento de doenças secundárias a essas morbidades.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Organizar o fluxo de atendimento e lançar estratégias para adesão terapêutica de homens e mulheres com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

3.2 Objetivos específicos

- Reorganizar a atenção da unidade para tratar como prioridade o agendamento das consultas dos pacientes acometidos com HAS/DM que não estão realizando o devido acompanhamento.
- Propor uma rotina de atenção domiciliar aos pacientes com HAS/DM que tem dificuldade de acesso.
- Promover ações educativas que busquem orientar a população em geral das problemáticas do não tratamento ou tratamento inadequado da HAS/DM.

4 METODOLOGIA

Realizou-se busca de dados através do método de estimativa rápida para a elaboração do diagnóstico situacional, no qual os dados obtidos nos forneceram uma amostra dos problemas sociais enfrentados pela comunidade. A estimativa rápida oportuniza, em um período curto de tempo, definir principais problemas e potencialidades da comunidade, envolvendo diferentes sujeitos e incluindo no diagnóstico dados relevantes sobre condições de vida e saúde da comunidade (KLEBA et al., 2016).

O trabalho tenderá a um caráter educativo exploratório, baseado inicialmente no levantamento bibliográfico nos bancos de dados LILACS, PUBMED, SCIELO, e outras fontes que estejam de acordo com nossas pretensões. Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Mediante o projeto de intervenção será feita busca ativa e trabalhada a educação em saúde voltados para a comunidade e para a equipe de saúde.

O trabalho será direcionado com vistas a proporcionar um atendimento para os indivíduos nos grupos de risco, a partir de então fomentar o autocuidado e medidas preventivas de complicações do DM e HAS, assim como medidas de controle dos níveis pressóricos e glicêmicos com a terapêutica medicamentosa e a mudança do estilo de vida, estimular a prática regular de exercícios, assim como uma alimentar balanceada.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam umas das principais causas de morte no mundo. No contexto brasileiro, os serviços de saúde voltados para a redução da morbimortalidade por essas causas baseiam-se na identificação e no acompanhamento das pessoas acometidas por Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) ou Diabetes Mellitus (DM). As desigualdades sociais, as diferenças de informação, além dos fatores de risco modificáveis, como tabagismo, alcoolismo, inatividade física e alimentação inadequada são fatores de risco para o desenvolvimento das DCNT, reconhecidos tais fatores é possível promover uma orientação educativa e preventiva. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; RADIGONDA et al, 2016).

A HAS é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados de pressão arterial (acima de 140 x 90 mmHg) e associa-se frequentemente a alterações funcionais e estruturais do coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos e alterações metabólicas (WHITE, 2015). Segundo o Ministério da Saúde (2013), a prevalência de HA no Brasil varia entre 22% e 44% em adultos, mais de 50% da população entre 60 e 69 anos e 75% em pessoas com mais de 70 anos.

De acordo com Pessoa et al (2015), a escassez de ações de saúde voltadas para o controle da HAS e a falta de adesão ao tratamento conduzem ao surgimento de complicações em órgãos amplamente vascularizados, denominadas lesões de órgão-alvo, tais como: cardiopatia hipertensiva, doença coronária, doença cerebrovascular, nefropatia hipertensiva, retinopatia hipertensiva, aortopatia e doença arterial periférica.

O DM é subdividido em: diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, outros tipos específicos de diabetes e o diabetes gestacional. O diabetes tipo 2 constitui cerca de 90% dos casos de diabetes na população, sendo seguido em frequência pelo diabetes tipo 1 (8%). O DM é considerado um dos problemas de saúde mais importante na atualidade, sendo a primeira causa de mortalidade, hospitalizações e de amputações de membros inferiores, causando danos não somente as pessoas afetadas como também aos custos envolvidos no tratamento e controle das complicações (LERÁRIO, 2016).

De acordo com a Federação Internacional de Diabetes (IDF) existem cerca de 415 milhões de pessoas no mundo com diabetes, sendo que o Brasil ocupa a quarta posição no ranking com aproximadamente 11,6 milhões de diabéticos perdendo para China, Estados Unidos e Índia. No norte do Brasil a prevalência de DM em 2012 é de 8,4%, já a taxa de mortalidade no ano de 2011 foi de 22,7% (LEMOS, 2016).

Com o surgimento da DM há um comprometimento da produtividade diária e da qualidade de vida dos portadores dessa patologia pois podem evoluir com complicações como doença cardiovascular, retinopatia, nefropatia, neuropatia diabética e o pé diabético que é a principal condição que leva o indivíduo a amputação de membros (ABREU, 2014; BELLO, 2013).

O acompanhamento de pessoas com diagnóstico de HAS e DM deve ser realizado pela Atenção Primária à Saúde (APS), pois é considerada a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), por constituir nível próprio de atendimento, com a estruturação do serviço na lógica baseado na integralidade e longitudinalidade (RADIGONDA et al, 2016).

O acompanhamento da pessoa com DM e HAS é imprescindível na avaliação rotineira da Estratégia Saúde da Família (ESF), devendo realizar história clínica, exame físico e solicitação de exames complementares. Para isso, deve-se ter uma equipe multiprofissional capacitada investido em treinamentos adequados, reciclagem, troca de experiências e esclarecimentos sobre o funcionamento e o manejo dessas doenças crônicas (MAGALHÃES, 2015; PESSOA et al, 2015).

Com o intuito de minimizar os danos decorrentes de tais afecções, o Ministério da Saúde implantou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus e criou o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) que destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de HAS e/ou DM atendidos na rede do SUS, permitindo gerar indicadores para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma sistemática regular aos pacientes cadastrados. (CAVALCANTE; MAGALHÃES, 2015).

O Hiperdia tem como fundamentos a realização de promoção de saúde, acompanhamento longitudinal, tratamento oportuno, educação em saúde, diagnóstico precoce, prevenção e rastreamento das complicações e comorbidades e fomentação da adesão ao tratamento, constituindo-se uma estratégia completa para o tratamento da HAS e DM (BELLO, 2013)

O PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) foi instituído pela portaria de nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, com o objetivo de ampliar o acesso e melhoria da qualidade da Atenção Básica em todo o território nacional. No âmbito do Hiperdia, o PMAQ avalia quatro indicadores de desempenho e dois de monitoramento, tais como: proporção de

diabéticos cadastrados, proporção de hipertensos cadastrados, média de atendimentos por diabético, média de atendimentos por hipertenso, proporção de diabéticos acompanhados no domicílio e proporção de hipertensos acompanhados no domicílio (RADIGONDA et al, 2016; Pessoa et al, 2015)

O tratamento para ambas as DCNT consiste em abordagens medicamentosas e não medicamentosas. A terapia não medicamentosa inclui controle do peso, alimentação saudável, redução do consumo de sal, cessação do tabagismo e alcoolismo, prática de atividade física e trabalho da equipe interdisciplinar multiprofissional. Pacientes com PA maior ou igual a 160/110 mmHg ou com alto risco cardiovascular beneficiam-se do tratamento medicamentoso. Tal tratamento deve ser instituído baseando-se em vários fatores: a preferência do paciente, o seu grau de motivação para a mudança dos hábitos de vida, os níveis pressóricos e o risco cardiovascular (PESSOA et al, 2015).

No processo de cuidado ao indivíduo hipertenso e/ou diabético é importante também considerar os fatores psicológicos que irão influenciar o processo de tratamento. Segundo Brasil (2013), as pessoas com DM são acometidas de depressão com prevalência pelo menos três vezes maior que a verificada na população adulta não diabética. As prováveis causas decorrem da limitação imposta pelas doenças tais como as restrições alimentares, a necessidade do uso contínuo de medicamentos, a frustração pela dificuldade de alcançar as metas de controle, a possibilidade de discriminação no meio social e no mercado de trabalho e as incapacidades decorrentes das complicações tardias.

O atendimento inicial e acompanhamento do paciente diagnosticado com HAS e/ou DM requer um apoio diagnóstico mínimo. Sugere-se uma periodicidade anual desses exames, assim o profissional deverá estar atento ao acompanhamento individual de cada paciente, observando sempre o risco cardiovascular, as complicações existentes e as metas de cuidado. Portanto, mesmo que a prescrição da rotina complementar seja feita pelo médico, qualquer profissional de saúde, durante o atendimento a um usuário hipertenso, poderá encaminhá-lo para a consulta médica (BRASIL, 2013)

É de suma importância a educação em saúde para a prevenção não só das patologias, mas também para as complicações advindas das doenças crônicas principalmente HAS e DM no âmbito da atenção primária, bem como a necessidade do conhecimento de tais questões na família e na sociedade. Os profissionais da saúde estimulam o desenvolvimento da autonomia do indivíduo em discussões e orientações

sobre a melhora da qualidade de vida através da abordagem educativa em saúde (OLIVEIRA,2013).

De acordo com Pessoa et al (2015), deve ser ofertado o atendimento integral a esses usuários com a atuação integrada de todos os profissionais envolvidos, desde o Agente Comunitário de Saúde, que geralmente possui contato mais próximo com os pacientes, até o gestor municipal, que é responsável pela articulação e planejamento adequado consegue-se obter resultados positivos nesse tipo de estratégia para a promoção da saúde (SILVA,2009).

6 PLANODE INTERVENÇÃO

A problemática das doenças crônicas é devida principalmente a falta de esclarecimento sobre as consequências do não seguimento terapêutico, haja vista que no caso da HAS sua fisiopatologia é silenciosa, assim como o DM, também não exibe muitos sintomas na sua fase inicial, características que acabam por corroborar para a não adesão dos pacientes aos planos terapêuticos, refletindo em problemas relacionados a lesões irreversíveis a órgãos alvos.

O plano de intervenção visa organizar o serviço afim de melhorar o acesso a consultas e a informações com o intuito de melhorar sua qualidade de vida. Será realizada busca ativa e esclarecimentos sobre os problemas de um não acompanhamento, assim como adequação de planos terapêuticos e inserção desses indivíduos nos grupos de Hiperdia.

6.1 Descrição do problema selecionado

Na comunidade renascer diversos grupos são atendidos, dentre os quais os de hipertensos e diabéticos, a maioria desses pacientes são idosos, porém há uma grande quantidade de adultos jovens com tais patologias. Foi feito um perfil da situação da comunidade, nos quais uma lista de problemas foi feita, a qual está sintetizada no quadro 1, a partir de então percebeu-se que do total de indivíduos cadastrados com DM/HAS, aproximadamente 40% seguem sem acompanhamento, um número que gerou preocupação devido à natureza deletéria dessas doenças.

Através de dados do SIAB e da própria unidade de saúde, contabilizou-se um total de 80 hipertensos e diabéticos cadastrados, dos quais apenas 32 fazem acompanhamento contínuo, sendo que 65 indivíduos chegaram a iniciar o tratamento. Números que demonstram alta taxa de abandono dos planos terapêuticos e que enfatizam a importância da intervenção a fim de reverter tal problema.

6.2 Explicação do problema selecionado

O problema selecionado é explicado pela natureza silenciosa das patologias em seu estado inicial, o que inicialmente não gera grande preocupação por parte de pacientes e familiares, desmotivando o tratamento, o que repercute no número de

pacientes cadastrados que não seguem as condutas terapêuticas orientadas, perfazendo um total de aproximadamente 40% do total de cadastrados. Outro ponto que gera preocupação é que grande parte desses indivíduos são idosos, os quais na maioria das vezes somam comorbidades, o que leva a um aumento de internações e diminuição da qualidade de vida desses pacientes.

6.3 Seleção dos nós críticos

Os nós críticos selecionados foram baseados nos focos do problema, sendo eles, dentre outros com menor importância: 1-falta de informação sobre a ação deletéria do DM e da HAS sem devido acompanhamento e cuidado, 2-abandonos por não conseguirem seguir a terapêutica sugerida e 3-a falta de apoio familiar no tratamento. Os pontos críticos foram escolhidos por serem de extrema importância no tratamento adequado dessas patologias.

6.4 Desenho das operações

Serão feitas ações educativas, com palestras, rodas de conversas, folders educativos, tabela com horário de medicamentos, buscando conscientizar, principalmente os indivíduos dos grupos estudados, para uma adesão completa do tratamento. Isso será feito com reuniões destinadas aos grupos e seus familiares, assim como será feita a busca ativa dos casos de abandono total do acompanhamento. Será utilizado o apoio da equipe multiprofissional para incentivar a mudança de estilo de vida, assim como a prática diária de exercícios físicos, dieta saudável e do uso correto das medicações.

Quadro 2 –Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema“falta de informação sobre o curso trágico do DM e da HAS”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Renascer, do município de Benevides, estado de Pará.

Nó crítico 1	Falta de informação sobre a ação deletéria do DM e da HAS sem devido acompanhamento e cuidado
Operação (operações)	Conscientizar os pacientes sobre o risco das doenças e sua forma de evolução.
Projeto	“Conhecendo as doenças que tenho”.
Resultados esperados	Adequar o tratamento medicamentoso e não medicamentoso e fazer com que os pacientes sigam os planos terapêuticos de forma correta, obtendo uma adesão de mais de 90% dos pacientes tanto no tratamento quanto no comparecimento das consultas e trabalhos em grupo.
Produtos esperados	Palestras e rodas de conversa para os grupos em questão e acompanhamento desses indivíduos.
Recursos necessários	Estrutural: membros da ESF. Cognitivo: entendimento e conhecimento da temática trabalhada. Financeiro: dinheiro para compra de materiais pertinentes. Político: apoio dos gestores e membros da comunidade.
Recursos críticos	Estrutural: membros da ESF. Cognitivo: entendimento e conhecimento da temática trabalhada. Financeiro: dinheiro para compra de materiais pertinentes. Político: apoio dos gestores e membros da comunidade.
Controle dos recursos críticos	Controlados pela ESF.
Ações estratégicas	Esclarecimentos e palestras educativas com linguagem simples e direta direcionadas aos cuidadores e familiares dos pacientes.
Prazo	Revisão bibliográfica de fevereiro a março de 2018, dos pacientes em questão em março e abril de 2018, intervenção educativa e clínica de maio a junho de 2018.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Autor do projeto
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Será feito pelo autor do trabalho e em caso de modificação de datas haverá uma adequação as novas necessidades.

Quadro 3 –Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “abandonos por não conseguirem seguir a terapêutica sugerida”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Renascer, do município de Benevides, estado de Pará.

Nó crítico 2	Abandonos por não conseguirem seguir a terapêutica sugerida
Operação (operações)	Fazer busca ativa a fim de trazer esses indivíduos de volta ao acompanhamento correto.
Projeto	Tratar para não complicar
Resultados esperados	Adequar o tratamento, esclarecer dúvidas psicológicas e fazer com que os pacientes sigam os planos terapêuticos de forma correta, obtendo uma adesão de mais de 90% dos pacientes.
Produtos esperados	Visitas domiciliares e a reintegração dos pacientes aos planos terapêuticos sugeridos.
Recursos necessários	Estrutural: membros da ESF. Cognitivo: entendimento e conhecimento da temática trabalhada. Financeiro: dinheiro para compra de materiais pertinentes. Político: apoio dos gestores e membros da comunidade.
Recursos críticos	Estrutural: membros da ESF. Cognitivo: entendimento e conhecimento da temática trabalhada. Financeiro: dinheiro para compra de materiais pertinentes. Político: apoio dos gestores e membros da comunidade.
Controle dos recursos críticos	Controlados pela ESF.
Ações estratégicas	Esclarecimentos e palestras direcionadas aos cuidadores e familiares dos pacientes.
Prazo	Revisão bibliográfica de fevereiro a março de 2018, dos pacientes em questão em março e abril de 2018, intervenção educativa e clínica de maio a junho de 2018.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Autor do projeto
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Será feito pelo autor do trabalho e em caso de modificação de datas haverá uma adequação as novas necessidades.

Quadro 4 –Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “falta de apoio familiar no tratamento”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Renascer, do município de Benevides, estado de Pará.

Nó crítico 3	Falta de apoio familiar no tratamento
Operação (operações)	Conscientizar os familiares sobre o risco do não tratamento das doenças.
Projeto	“Apoio familiar faz parte do tratamento”
Resultados esperados	Adequar o tratamento e fazer com que os pacientes sigam os planos terapêuticos de forma correta com apoio familiar, obtendo uma adesão de mais de 90% dos pacientes.
Produtos esperados	Palestras, rodas de conversas e folders educativos para os grupos em questão
Recursos necessários	Estrutural:membros da ESF. Cognitivo: entendimento e conhecimento da temática trabalhada. Financeiro: dinheiro para compra de materiais pertinentes. Político:apoio dos gestores e membros da comunidade.
Recursos críticos	Estrutural: membros da ESF. Cognitivo: entendimento e conhecimento da temática trabalhada. Financeiro: dinheiro para compra de materiais pertinentes. Político: apoio dos gestores e membros da comunidade.
Controle dos recursos críticos	Controlados pela ESF.
Ações estratégicas	Esclarecimentos e palestras direcionadas aos cuidadores e familiares dos pacientes.
Prazo	Revisão bibliográfica de fevereiro a março de 2018, dos pacientes em questão em março e abril de 2018,intervenção educativa e clínica de maio a junho de 2018.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Autor do projeto
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Será feito pelo autor do trabalho e em caso de modificação de datas haverá uma adequação as novas necessidades.

7 RESULTADOS E DISCURSÃO

Tomamos como base os objetivos propostos para a elaboração do trabalho, o que acabou por ajudar na consolidação das ações pois ao organizar o fluxo de atendimento conseguimos agrupar os pacientes e orientar estratégias para adesão terapêutica de acordo com as necessidades individuais.

A abordagem da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus se deram em forma de palestras em grupos, com auxílio dos enfermeiros, técnicos em enfermagem e os ACS, foram explicados em tópicos a respeito da alimentação e prática de exercícios físicos e sobre a importância da administração dos medicamentos corretamente e no horário prescrito, além disso de forma individual foram feitas orientações sobre as mesmas temáticas no consultório.

Conseguimos reorganizar a atenção da unidade para tratar como prioridade o agendamento das consultas dos pacientes acometidos com HAS/DM que não estão realizando o devido acompanhamento. Diminuindo a taxa de abandono do tratamento, nos casos em que os pacientes não conseguem ir a UBS intensificamos as visitas afim de que todos sejam igualmente assistidos.

A promoção das ações educativas buscaram orientar a população em geral das problemáticas do não tratamento ou tratamento inadequado da HAS/DM e observamos que os pacientes aceitaram muito bem o cuidado prestado havendo um saldo positivo nas ações, melhorando com isso a relação médico paciente, assim como a qualidade de vida dos pacientes e diminuindo o risco de sofrerem doenças secundárias a suas condições. O intuito da equipe é estabelecer a continuidade deste projeto de intervenção na rotina da equipe.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A temática do abandono de tratamento por pacientes com doenças crônicas é muito comum, quando relacionamos isso aos pacientes com DM e HAS foi verificado que há um número muito expressivo de pacientes que não dão a devida importância para o tratamento. Muitos fazem isso por acreditarem que, como não estão sentindo sintomas da doença, não precisam ser tratados. Outros não têm incentivo dos familiares. São várias justificativas, porém a problemática é a mesma: o agravamento da doença com lesões irreversíveis a órgãos-alvos a longo prazo.

O presente trabalho teve como objetivo de modificar esse desfecho, através da conscientização de familiares e do próprio paciente sobre os benefícios de um tratamento adequado, da mudança dos hábitos de vida e do uso das medicações de forma adequada. Como participantes ativos dos processos de saúde, os profissionais têm o dever de levar informações à comunidade e aos grupos específicos, no caso dos pacientes com DM e HAS, salienta-se a problemática de serem doenças silenciosas quando no início dos quadros, que dificulta a adesão, porém processos educativos fizeram toda a diferença, e esses devem ser levados a todos os integrantes da comunidade de forma contínua.

Uma vez que se leva cuidados além do ambiente físico da UBS, no caso da busca ativa e das visitas domiciliares há o fortalecimento da comunicação com os pacientes e seus familiares, demonstrando a preocupação por parte da equipe de saúde com seu estado de saúde, incentivando-os a seguirem as orientações fornecidas, o que reflete na melhor qualidade de vida dos pacientes e dos serviços prestados pelos profissionais da Atenção Básica em Saúde.

REFERÊNCIAS

ABREU, de Cavalcante Dantas Neuma Rita; Moreira, Maria Thereza; **Estilo de vida de pessoas com hipertensão após o desenvolvimento de complicações ligadas à doença**; Revista de Enfermagem Atenção à saúde, 2014.

BENEVIDES. In: WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Flórida: Wikimedia Foundation, 2018. Disponível em: <<https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Benevides&oldid=53494160>>. Acesso em: 2 nov. 2018.

BELLO, Frangôso Elisabeth; Souza, Moura Elizabeth; Comassetto, Isabel; Oliveira, Melo Janine; **Experience of the institutionalized elderly with amputated lower limbs due to complications of diabetes mellitus**; ISSN: 1981 -8963 J Nurs UFPE on line., Recife, 8(1):44-51, Jan., 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab37>.

CAVALCANTE, Jênifa dos Santos; MAGALHÃES, Thereza Maria Moreira. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 5, 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/benevides/panorama>. Acesso em: Novembro, 2018.

KLEBA, Maria Elisabeth et al. Estimativa Rápida Participativa como ferramenta de diagnóstico na Estratégia Saúde da Família. **Revista Grifos**, v. 24, n. 38/39, p. 159-178, 2016.

LEMONS, Paula Regina Ferreira et al. **Idosos diabéticos: proposta de intervenção para adesão ao programa Hiperdia**. 2016.

LERÁRIO, A. C. et al. **Manual de Orientação Clínica**.v. 4–maio/2016 Diabetes Mellitus. Diabetes, v. 1, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situações de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das**

doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

OLIVEIRA, Lopes Thatiane; Miranda, Paula de Leonardo; Fernandes, Sousa de Patricia; Caldeira, Prates Antonio; **Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial**; Acta Paul Enferm; 26(2):179-84; 2013.

PESSOA, Fabrício Silva et al. Redes de atenção à saúde: rede de atenção às condições crônicas. 2015.

PORTAL DA SAÚDE. HIPERDIA. 2015. Disponível em: < <http://goo.gl/BYIFr7>>. Acesso em: 31/03/2018

RADIGONDA, Bárbara et al. Avaliação do acompanhamento de pacientes adultos com hipertensão arterial e ou diabetes melito pela Estratégia Saúde da Família e identificação de fatores associados, Cambé-PR, 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 1, p. 115-126, 2016.

SILVA, da Rouca vila Roberta Ana; Macedo, de Freire Suanne; Vieira, Cunha Francenely Neiva; Pinheiro, Costa da NeyvaPatricia; Damasceno, Coelho Maria Marta; **Educação em saúde a portadores de diabetes mellitus tipo 2: revisão bibliográfica**; Rev. Rene. Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 146-151, jul./set.2009.

WHITE, Harriet Jane et al. **Estado nutricional e de saúde de idosos em Campinas: orientação nutricional e outros fatores associados à hipertensão e diabetes.** 2015.com