



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

JOSE DIOGO DE ARAUJO JUNIOR

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E/OU DIABETES MELLITUS: AÇÕES PARA
MELHORIA NA ADESÃO AO TRATAMENTO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
PARQUE DOS TRABALHADORES E IPÊS

SÃO PAULO
2020

JOSE DIOGO DE ARAUJO JUNIOR

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E/OU DIABETES MELLITUS: AÇÕES PARA
MELHORIA NA ADESÃO AO TRATAMENTO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
PARQUE DOS TRABALHADORES E IPÊS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: CRISTIANE COSTA E SILVA MENEGUCCI

SÃO PAULO
2020

Resumo

Em minha atuação em minha área de abrangência na cidade de Artur Nogueira- SP, Unidade Básica de Saúde Parque dos Trabalhadores e Ypês existe uma demanda muito grande de pacientes diagnosticados com hipertensão arterial e diabéticos e percebi que a falta de adesão ao uso de medicamentos tanto para hipertensão arterial e diabetes sendo assim justificada a elaboração do PST desenvolvendo atividades com ações para despertar os usuários que todos precisam não somente do medicamento que fazem uso, mas também do auto cuidado e seguirem as orientações para terem uma qualidade de vida melhor.

Palavra-chave

Hipertensão. Doença Crônica. Diabetes. Adesão ao Tratamento.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

Desde o início da especialização a maioria dos meus relatos é sobre a importância de cuidar da própria saúde, qualidade de vida, seguindo sempre as orientações médicas junto a equipe multidisciplinar, principalmente aos atendimentos de pessoas que sofrem de doenças crônicas como a hipertensão arterial e a diabetes. Gostaria de dar um enfoque sobre o sedentarismo e o uso correto de medicamentos a esses pacientes, pois na unidade onde atuo ocorre muita falta de adesão e ao cuidado próprio de si mesmo dos pacientes. Identificando essa situação procuro me empenhar, fortalecer as informações, orientações sobre o que se pode fazer para melhorar a qualidade de vida de todos os familiares.

Através da realização de reuniões com minha equipe de trabalho discutimos sobre o que mais nos chama a atenção durante os atendimentos na Unidade e nas visitas domiciliares. Ficou em evidência que os usuários que sofrem de doenças crônicas tais como a hipertensão arterial e diabetes precisavam de mais orientações sobre o sedentarismo e ao uso correto de medicamentos e adesão ao cuidado próprio. Após identificarmos essa situação partiu o interesse em buscarmos formas de fortalecermos as informações e orientações sobre o que se pode fazer para melhorar a qualidade de vida dos usuários.

ESTUDO DA LITERATURA

O município de Artur Nogueira localiza-se na Região Metropolitana de Campinas e faz divisa com os Municípios de Limeira, Engenheiro Coelho, Mogi-Mirim, Holambra e Cosmópolis e conta com 44.177 pessoas de acordo com o último censo realizado e foi fundado, entre outros, pelo madeirense Daniel Cesário de Andrade, chegado ao Brasil cerca de 1910. (IBGE 2010)

A população atendida em minha Unidade de atuação é de 2972 pessoas, sendo 1467 do sexo masculino e 1604 do sexo feminino e os portadores de diabetes são 125 pessoas e hipertensos 347 pessoas.

O salário médio mensal é de 2.6 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 22.9%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 153 de 645 e 263 de 645, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 421 de 5570 e 1008 de 5570, respectivamente. (IBGE 2010)

As doenças crônicas não transmissíveis são uma das maiores preocupações do sistema público de saúde, bem como é um desafio dos profissionais, pois para tratá-las vai além de medicamentos depende muito do autocuidado, alimentação saudável, atividade física e hábitos de vida saudáveis para evitar como também para manter o seu controle. (CARVALHO FILHA; NOGUEIRA; MEDINA, 2014)

Por isso estas doenças são alvo de políticas públicas, com destaque o Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) sendo a prevalência em minha Unidade de atuação de 103 casos de diabetes e 50 de hipertensão e a intenção é cada vez buscar diagnóstico precoce, como também trabalhar a prevenção e educação em saúde, pois são doenças impactam diretamente no modo de viver das pessoas e o trabalho.

Ressalta-se a relevância da HAS e do DM por serem importantes fatores de risco para a morbimortalidade cardiovascular e representarem um desafio para o sistema público de saúde, que é garantir o acompanhamento sistemático dos indivíduos identificados como portadores desses agravos, assim como o desenvolvimento de ações referentes à promoção da saúde e à prevenção dessas doenças. (CARVALHO FILHA; NOGUEIRA; MEDINA, 2014, p.266)

Isso se dá devido ao modo de vida que as pessoas vivem, pois a grande maioria das pessoas conhecem a hipertensão e o diabetes depois que são diagnosticadas, ou seja, sempre procuram o atendimento médico para ações imediatistas, isso faz com que estes número cresça cada vez mais, pois não é cultural, sobretudo no Brasil, hábitos alimentares e atividades físicas saudáveis.

As Unidades Básicas de Saúde, que representam o serviço de atenção primária em saúde do Sistema Único de Saúde, tem como objetivo trabalhar a prevenção e promoção e educação em saúde e são a porta de entrada preferencial para o Sistema Único de Saúde, pois está mais próxima da realidade dos usuários.

Nas Unidades Básicas de Saúde além do acolhimento, orientação e atendimento médico e de enfermagem as pessoas com hipertensão e diabetes são realizados grupos tais

como o Hiperdia e Salas de Espera que buscam abordagem principalmente temas sobre a alimentação saudável e hábitos de vida saudáveis. Estas ações buscam contribuir para melhoria da qualidade vida das pessoas que já possuem o diagnóstico de Hipertensão e Diabetes bem como trabalhar a prevenção e educação em saúde.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus apresentam elevado custo médico-social, principalmente por sua participação em complicações como: · Doença cérebro vascular; · Doença arterial coronária; · Insuficiência renal crônica; · Doença vascular de extremidades. Seus principais desafios são: Reduzir complicações e mortes relacionadas à hipertensão e ao diabetes; · Reduzir a prevalência da doença hipertensiva e do diabetes; · Aumentar o grau de conhecimento da população sobre a importância da hipertensão arterial e do diabetes; · Garantir acesso aos portadores desses agravos aos serviços básicos de saúde, com resolutividade; · Incentivar políticas e programas comunitários; · Detecção precoce; · Políticas Públicas nos âmbitos municipal, estadual e federal. (BRASIL, 2017, p.19)

Ferreira e Iamamoto, 2017, mostram que o apoio familiar no controle de Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT, como o diabetes e hipertensão, são fundamentais para a condução e manutenção do tratamento, destacando que o tratamento é uma parceria entre médicos e outros profissionais de saúde, paciente e família, ou seja, todos envolvidos no plano de saúde, cuidado.

É importante considerar o paciente e/ou a pessoa com diabetes e hipertensão no seu todo, em todos os aspectos como escolaridade, trabalho, acesso serviços de transportes e outros serviços públicos, moradia, renda, conhecimento sobre a doença e disponibilidade para o tratamento. (IAMAMOTO, FERREIRA 2017).

Os aspectos socioeconômicos, demográficos e conhecimento das características individuais do paciente são fundamentais para entender sua adesão ao tratamento ou não, definir um plano de cuidado de acordo com sua realidade, trabalhando dessa forma o princípio de integralidade do SUS.

Neste cenário, inclui ainda o acolhimento, que é fundamental para que a pessoa com diabetes e hipertensão crie vínculo com a Unidade de Saúde e assim passe a participar das atividades de promoção e educação em saúde, nesta área. É importante valorizar relação entre profissionais e pacientes, pois a realidade mostra que dentre as principais dificuldades da Unidade Básicas de Saúde, são a ausência de recursos financeiros e humanos, como também uma estrutura física não adequada para oferta dos seus serviços essenciais.

A assistência de qualidade ao hipertenso no contexto da APS tem falhas e

características que dificultam o seu sucesso. Estudo com 63 enfermeiros de ESFs identificou problemas na assistência relacionado a estrutura física e organizacional e na capacitação de recursos humanos. Outro estudo de abordagem qualitativa notificou resultado semelhante. Portanto, os programas de gestão de doenças devem se adaptar e caminhar com os avanços tecnológicos e mudanças nas demandas dos indivíduos, a fim de reduzir as desigualdades de acesso aos serviços de saúde. (FERREIRA, IWAMOTO, 2017, p.6)

Este desafio exige dos profissionais principalmente fortalecimento do trabalho em equipe, formação permanente, e desenvolvimento de vínculos com usuários dos serviços. As ações da Unidade Básicas de Saúde são os principais meios para que trabalhe a prevenção, promoção e educação em saúde com pessoas com diabetes e hipertensão e sua família.

As principais ações são: desenvolvimento de grupos, visitas domiciliares, salas de esperas, ações intersetoriais envolvendo saúde, educação e assistência social, valorização dos demais profissionais que contribuem para o fortalecimento destas ações é importante também envolver nestas ações a família, comunidade e todos profissionais que lidam diretamente com estas pessoas, para que se criem estratégias para lidar com dificuldades que surgem no decorrer do tratamento destas doenças.

AÇÕES

Realização de busca ativa pelas ACS durante as Visitas Domiciliares para verificação de quais usuários não aderiram ao tratamento da HSA e DM, de quais abandonaram o tratamento e agendamento de consultas para esses usuários para que voltem a UBS para iniciarem ou retomem o tratamento. As Visitas Domiciliares serão realizadas 02 vezes por semana durante 03 meses.

Sensibilização junto aos usuários da UBS sobre a necessidade da modificação de hábitos de vida através da formação de grupos para caminhadas durante 02 dias na semana, por 03 meses e grupos de educação alimentar através de palestras com encontros a cada 15 dias em grupos de 30 pacientes, sendo que essa ação conta com a participação das ACS, Técnicos em Enfermagem e Enfermeiras e convidando uma nutricionista e um educador físico para participar.

Realização de palestras educativas ministradas pelo médico e Enfermeiro para orientações e informações aos usuários na UBS sobre as consequências da HAS e DM e sobre a importância da adesão ao tratamento através de sala de espera na recepção da UBS 03 vezes por semana durante 03 meses. Os recursos utilizados serão físico utilizando a sala da Unidade e humano visto que os responsáveis são integrantes da ESF.

Educação permanente da ESF 01 vez por semana durante 03 meses.com realização de cursos de capacitação com recursos audiovisuais, apostilas e materiais para capacitação.

RESULTADOS ESPERADOS

Ao serem adotadas ações de busca ativa pelas ACS durante as Visitas Domiciliares para verificação de quais usuários não aderiram ao tratamento da HSA e DM, de quais abandonaram o tratamento e agendamento de consultas para esses usuários para que voltem a UBS para iniciarem ou retornem ao tratamento a sensibilização junto aos usuários da UBS sobre a necessidade da modificação de hábitos de vida através da formação de grupos para caminhadas e realização de palestras educativas pela ESF para orientações e informações aos usuários na UBS sobre as consequências da HAS e DM e sobre a importância da adesão ao tratamento teremos:

- ♦ Melhoria do conhecimento dos usuários quanto aos benefícios de hábitos de vida saudáveis e também controle da HSA e DM com o uso correto de medicamentos.
- ♦ Melhora clínica do quadro de pacientes com hipertensão e diabetes.
- ♦ Diminuição das complicações por hipertensão e diabetes.
- ♦ Capacitação da ESF para o cuidado com o Hipertenso e Diabético.

REFERÊNCIAS

CARVALHO FILHA, F. S. S.; NOGUEIRA, L. T.; MEDINA, M. G. **Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica**: perspectiva de profissionais e usuários. Saúde Debate | Rio de Janeiro, v. 38, n. Especial, p. 265-278, out 2014

BRASIL. **Linha de cuidado - hipertensão e diabetes**. Gerência de Regulação e Assistência à Saúde, Vitória- ES. Disponível em:
<https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Consulta%20P%C3%BAblica/Rede%20Cuidar/Linha_de_Cuidado_Hipertens%C3%A3o_e_Diabetes.pdf> Acesso em: 24/12/2019

FERREIRA MA, IWAMOTO HH. **Determinantes da adesão ao tratamento de usuários com hipertensão cadastrados no Programa Hiperdia da Atenção Primária a Saúde**. REME - Rev Min Enferm. 2017