



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2017

Angela de Menezes Gonçalves

Adesão aos protocolos de tratamento medicamentoso e
mudança no estilo de vida de pacientes diabéticos e
hipertensos na Unidade Básica de Saúde de Morungava,
Gravataí, Rio Grande do Sul

Florianópolis, Janeiro de 2023

Angela de Menezes Gonçalves

Adesão aos protocolos de tratamento medicamentoso e mudança no estilo de vida de pacientes diabéticos e hipertensos na Unidade Básica de Saúde de Morungava, Gravataí, Rio Grande do Sul

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Carlos Magno Neves
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Marta Inez Machado Verdi

Florianópolis, Janeiro de 2023

Angela de Menezes Gonçalves

Adesão aos protocolos de tratamento medicamentoso e mudança no estilo de vida de pacientes diabéticos e hipertensos na Unidade Básica de Saúde de Morungava, Gravataí, Rio Grande do Sul

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

**Profa. Dra. Marta Inez Machado
Verdi**
Coordenadora do Curso

Carlos Magno Neves
Orientador do trabalho

Florianópolis, Janeiro de 2023

Resumo

Gravataí é um município de forte potencial econômico, está localizada a 22 quilômetros de Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul. A comunidade da UBS Morungava, onde trabalho, comporta mais idosos aposentados de classe média baixa, não é bem organizada politicamente. A população adstrita de minha área é de 3505 pessoas divididas em 7 áreas com uma média de 500 habitantes por área. As principais queixas nesses atendimentos estão relacionadas basicamente quadros de complicação de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC. Este quadro é persistente nesta comunidade devido a presença de empresa de extração de pedras para construção civil (pedreiras), e também devido ao alto índice de fumantes nessa população, por fim e não menos importante, é o grupo dos hipertensos e diabéticos não controlados.

A proposta de intervenção que estarei colocando em prática está relacionada com um público diagnosticado hipertensos e diabéticos mal controlados por não adesão ao tratamento adequado de ambos sexos, bem comum na comunidade onde trabalho. A UBS Morungava será o local onde iremos nos reunir para estudar estratégias a colocar em prática no estudo, é composta por duas equipes onde cada equipe de Estratégia de Saúde da Família é responsável por no máximo, 4 mil habitantes em uma área adstrita.

O nosso objetivo é aumentar a adesão dos pacientes diabéticos e hipertensos aos protocolos de tratamento medicamentoso e em ações que estimulem mudanças no estilo de vida, através de palestras com informações ao público alvo e familiares, com consultas rotineiras e visitas domiciliares para melhorarmos o vínculo médico-paciente e médico-familiares de pacientes e incentivar a prática de atividade física.

Esperamos assim através dessas ações tornar o usuário co-responsável pela manutenção de sua saúde, melhorar a adesão ao tratamento, reduzir atendimentos por descompensação, diminuir o sedentarismo e promover melhoria em sua saúde e qualidade de vida.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, Grupos de Risco, Hipertensão, Medicamentos de Uso Contínuo

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivos Específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	17
5	RESULTADOS ESPERADOS	19
	REFERÊNCIAS	21

1 Introdução

Gravataí é um município de forte potencial econômico, e de posição geográfica privilegiada, servido por três rodovias estaduais e uma federal, está localizada a 22 quilômetros de Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul. Atraídas pela qualificada mão-de-obra, grandes empresas têm optado por instalar aqui seus modernos parques industriais. Além de forte vocação industrial com destaque ao polo automotivo, os setores do comércio e serviços têm crescido e alimentado a economia local, oferecendo cada vez mais opções em serviços e produtos aos moradores.

Segundo o IBGE Gravataí possui área territorial de 463.499 Km², com uma densidade demográfica de 551,59 hab/km², resultante de uma população estimada para 2018 em 279.398, onde 51,15% são mulheres e 48,85% são homens, sendo que 32,32% da população possuem entre 20 e 39 anos . A Unidade Básica de Saúde - UBS em que atuo fica no bairro chamado Morungava onde a comunidade é rural, a agropecuária é para consumo próprio mas existe também a extração de pedreiras.

A comunidade da UBS Morungava comporta mais idosos aposentados de classe média baixa, não é bem organizada politicamente, apenas existe um clube de mães que é mais antigo e uma associação de moradores que não comporta muitos participantes e não tem muita força dentro da região. A população adstrita de minha área é de 3505 pessoas divididas em 7 áreas com uma média de 500 habitantes por área.

O bairro foi formado a partir do loteamento de chácaras para fins de semana, que foram gradativamente ocupados por moradores permanentes que adquiriam lotes provenientes da divisão e venda de terrenos dessas chácaras. Atualmente o bairro apresenta escolas, mercados, padarias, farmácias e outros. A UBS Morungava conta com duas equipes que atuam em ações e programações de promoção, prevenção e assistência à saúde. Os profissionais realizam atendimentos individuais aos usuários (consultas médicas, de enfermagem e odontológicas), visitas domiciliares, atividades educativas em sala de espera, atividades em escolas e creches, acolhimento aos usuários, e atendimento à demanda espontânea além dos atendimentos agendados.

Cada equipe de Estratégia de Saúde da Família é responsável por, no máximo, 4 mil habitantes em uma área adstrita. Existem grupos de prioridades de atendimento para agendamentos como idosos, gestantes em acompanhamento de pré-natal, puerpério, puericultura e paciente portadores de diabetes e hipertensão.

As principais queixas nesses atendimentos estão relacionadas basicamente quadros de complicação de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC. Este quadro é persistente nesta comunidade devido a presença de empresa de extração de pedras para construção civil (pedreiras), e também devido ao alto índice de fumantes nessa população, por fim e não menos importante, é o grupo dos hipertensos e diabéticos não controlados.

Este último grupo citado, representa a problemática maior no que refere a demanda por consultas e atendimentos, devido a complicações provenientes da não adesão as medicações, e o baixo percentual de comprometimento com orientações para controle de peso, atividade física e alimentação saudável, sendo comum buscarem a UBS quando sentem algum mal-estar devido suas enfermidades de base não controladas.

Diante disso, este projeto de intervenção visa a elaboração de grupos de atividade em educação em saúde com palestras e rodas de conversa sobre assuntos pertinentes ao tema da enfermidade em questão, e grupo para atividade física na comunidade, no intuito de aumentar o vínculo não só com os pacientes como também com os familiares que nos auxiliaram na melhora da adesão ao tratamento e na aquisição de hábitos saudáveis. De forma a melhorar a qualidade de vida dos usuários, através da adesão e cumprimento das orientações medicas e do uso dos medicamentos, com melhor controle da enfermidade e eliminação de complicações, contribuindo também para a diminuição dos atendimentos e das filas de espera no posto devido queixas para atendimento de emergência por descompensação da hipertensão ou diabetes.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Aumentar a adesão dos pacientes diabéticos e hipertensos aos protocolos de tratamento medicamentoso e em ações que estimulem mudanças no estilo de vida.

2.2 Objetivos Específicos

- Ampliar o vínculo médico-paciente e médico-familiares dos pacientes,
- Propor estratégias para melhor adesão ao tratamento medicamentoso,
- Elaborar grupos para palestras de conteúdos específicos que estimulem mudanças nos hábitos de vida,
- Criar grupos para a prática de atividades físicas na comunidade.

3 Revisão da Literatura

Trabalho como médica em uma USF em uma comunidade na área rural da cidade de Gravataí, região metropolitana de Porto Alegre, onde a maioria da população são idosos. As principais queixas nesses atendimentos estão relacionadas basicamente com quadros de complicação de doenças crônicas como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC além da hipertensão e diabetes não controlados. Este último grupo, representa a problemática maior no que refere a demanda por consultas e atendimentos, devido a complicações provenientes da não adesão as medicações, e o baixo percentual de comprometimento com orientações para controle de peso, atividade física e alimentação saudável, sendo comum buscarem a UBS quando sentem algum mal-estar devido suas enfermidades de base não controladas. Ao fazer a revisão de literatura vejo que isso acontece não somente nesta unidade, não sendo um caso isolado.

A hipertensão arterial é definida como uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. O DM é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos, que caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas (BRASIL, 2001).

O conceito de co-responsabilidade quanto ao quadro da patologia é incipiente na população atendida o que resulta em sem tratamento ou com tratamento inadequado, casos de crise hipertensiva e níveis glicêmicos irregulares; que resultam em diversas complicações decorrentes destas patologias (NICÁCIO, 2015). As principais morbidades apresentadas nesta população são: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), insuficiência renal e outras nefropatias, alcoolismo e dependência de drogas. As doenças crônicas de maior proporção de pacientes com diagnóstico confirmado e que demandam uma maior assistência da equipe de saúde é sem dúvida, a HAS e o DM ((SILVA, 2013).

As transições, demográfica, nutricional e epidemiológica identificadas no século passado, determinaram um perfil de risco em que as doenças crônicas não transmissíveis, por serem altamente prevalentes, de alto custo social e grande impacto na morbimortalidade da população brasileira e do mundo, assumiram papel importante e impuseram ônus crescente e preocupante para os governantes (FERREIRA et al., 2009, p. 1).

A maioria dos cuidados diários necessários ao tratamento dessas doenças crônicas são realizados pelo paciente ou familiar, a educação assume importância fundamental na terapêutica e na integração destes pacientes na sociedade (OPAS, 2011).

No Brasil, a HAS representa um grave problema de saúde pública, ante a sua elevada prevalência, acometendo entre 15% e 20% da população adulta, em plena fase produtiva e, mais de 50% dos idosos. Quando associada ao tabagismo, ao DM e a dislipidemia

constitui decisivo fator de risco para as doenças cardiovasculares, as quais são responsáveis aproximadamente por 30% das mortes (FILHA et al., 2011).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira, não havendo uma causa específica, mas vários fatores de risco que contribuem para a sua ocorrência. A HAS e o DM constituem os principais fatores de risco populacional para as doenças cardiovasculares, motivo pelo qual, constituem agravos de saúde pública onde cerca de 60 a 80% dos casos podem ser tratados na rede básica. A possibilidade de associação das duas doenças é da ordem de 50%, o que requer, na grande maioria dos casos, o manejo das duas patologias num mesmo paciente (BRASIL, 2001, p. 11-13).

Pode parecer fácil o controle dessas patologias por ser através de mudanças no estilo de vida e a toma das medicações, mas tem sido um grande desafio pra nós profissionais da saúde fazer com que a HAS e DM se tornem no mínimo controladas, porém a cada dia noto surgir casos novos.

É essencial o uso contínuo de medicamentos para o controle dessas doenças crônicas, além das mudanças de estilo de vida, com prática regular de atividade física e mudanças na alimentação, evitando assim as complicações, como: Acidente Vascular Encefálico (AVE), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Doença renal crônica, cegueira, amputações e outras. Para isso, a adesão a terapia medicamentosa e as mudanças no estilo de vida são primordiais para a qualidade de vida e redução dos agravos (BRASIL, 2013).

Vale pontuar que o DM configura-se hoje como uma epidemia mundial, e assim como a HAS, representa um grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo (FERREIRA et al., 2009). A HAS, além de ser uma patologia altamente prevalente, com custos sociais elevados, ainda possui como um de seus desafios, a adesão ao tratamento por parte de seus portadores (MACHADO, 2008, p. 220).

O cuidado dos usuários com doenças crônicas é um dos desafios das equipes de Atenção Primária a Saúde (APS), visto que são condições multifatoriais, com determinantes biológicos e sócio culturais e com aumento proporcional do envelhecimento. O tratamento medicamentoso geralmente é iniciado com um ou dois anti-hipertensivos, e gradativamente podem ser associados outros medicamentos, o que pode contribuir para diminuir a adesão ao tratamento, como verificado em estudo realizado com hipertensos cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em Porto Alegre, Rio Grande do Sul (GEWEHR, 2018)(GEWEHR, 2018).

Como consequência dessa não adesão aos medicamento e a não mudança no estilo de vida encontramos as consequências que estão relacionadas a um aumento no número de pacientes sem controle adequado de suas patologias; complicações clínicas, sequelas e/ou invalidez; aumento na demanda em pronto atendimento e internações hospitalares; aumento nos gastos em saúde e de procedimentos de alta complexidade.

Com o intuito de dar assistência aos portadores dessas patologias e consequentemente

melhorar a sua qualidade de vida, foi criado o Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes (HIPERDIA), através da Portaria n.º 371/GM, em quatro de março de 2002, por um plano de reorganização da atenção a HAS e a DM, estabelecendo metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas doenças, mediante a reorganização do trabalho de atenção a saúde (GOMES; SILVA; SANTOS, 2010, p. 134).

Gomes, Silva e Santos (2010), revelam que a falta de adesão ao tratamento de HAS e DM é um grave problema de saúde pública, pois resulta na morte de 400 mil brasileiros hipertensos e 36 mil diabéticos por ano e acrescentam que dentre as dificuldades encontradas pelos pacientes em aderir ao tratamento, encontra-se no fato dos mesmos não entenderem por que precisam fazer o uso diariamente de diversos medicamentos, e sofre com efeitos colaterais para controlar um problema que ainda não manifestou seus sintomas (SILVA, 2013).

O controle das doenças crônicas, como hipertensão e o diabetes, implica em mudanças nos hábitos e estilo de vida inadequados e adesão da pessoa ao tratamento medicamentoso. Embora essas medidas sejam essenciais na prevenção das complicações agudas e crônicas, na prática elas não acontecem com tanta facilidade (FARIA, 2013).

Alguns dos problemas encontrados na rotina dos atendimentos é quanto a oferta insuficiente de medicamentos do programa na rede pública, a não aceitação do diagnóstico, o grau de dependência para aquisição e administração da medicação (acamados, deficientes físicos, idosos), dificuldade de acesso ao serviço de saúde. Diante disso, este projeto de intervenção visa a elaboração de grupos de atividade em educação em saúde com palestras e rodas de conversa sobre assuntos pertinentes ao tema da enfermidade em questão, e grupo para atividade física na comunidade, no intuito de aumentar o vínculo não só com os pacientes como também com os familiares que nos auxiliaram na melhora da adesão ao tratamento e na aquisição de hábitos saudáveis. De forma a melhorar a qualidade de vida dos usuários, através da adesão e cumprimento das orientações médicas e do uso dos medicamentos, com melhor controle da enfermidade e eliminação de complicações, contribuindo também para a diminuição dos atendimentos e das filas de espera no posto devido queixas para atendimento de emergência por descompensação da hipertensão ou diabetes.

4 Metodologia

As ações a serem executadas serão parte da rotina de trabalho da equipe e visam aumentar a adesão dos pacientes diabéticos e hipertensos aos protocolos de tratamento medicamentoso e em ações que estimulem mudanças no estilo de vida. As ações visam esclarecer os pacientes e tirar dúvidas sobre seus quadros, mostrar a importância do uso da medicação de forma contínua, mudanças no estilo de vida incluindo hábitos alimentares de acordo com as condições de cada paciente.

Trabalharemos com palestras educativas e rodas de conversa desenvolvidas com conteúdo explicativos sobre:

- Hipertensão e diabetes, fatores de risco, sintomas e complicações com o intuito de incentivo a mudanças nos hábitos de vida,
- O combate ao sedentarismo e de apoio a formação de grupos de caminhadas, danças, passeios, exercícios de acordo com a capacidade de cada paciente.
- Alimentação saudável.

Para as ações propostas irão participar toda a equipe da unidade de saúde, além de nutricionista e instrutor de educação física. Os temas das palestras serão adaptados as necessidades da população ou de acordo com o direcionamento de membros da equipe de saúde.

5 Resultados Esperados

Através desse projeto de intervenção esperamos melhor proximidade e vínculo com a população, através das consultas voltadas pra melhor entendimento da situação de cada paciente. Ao investir na aproximação com nosso público, esperamos aumentar nossa credibilidade para trazermos os mesmos aos encontros onde iremos levar conhecimentos e assuntos direcionados a DM e HAS. Mostrando os fatores de riscos, complicações, sequelas, poderemos reduzir e evitar internações e melhorar a adesão a prática de atividade física supervisionada e resulte em mudanças nos hábitos deletérios referentes a alimentação, cuidados com a saúde e sedentarismo.

Propomos trabalhar com palestras em temas que estimulem o conhecimento dos usuários sobre a DM e HAS, para empoderar o usuário com informações sobre o seu problema. Além disso iremos atualizar os cadastros dos pacientes que são portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica, buscando um número mais realista da população que precisamos acompanhar, iremos também estimular a formação de grupo de atividades físicas.

Esperamos assim através dessas ações tornar o usuário co-responsável pela manutenção de sua saúde, melhorar a adesão ao tratamento, reduzir atendimentos por descompensação, diminuir o sedentarismo e promover melhoria em sua saúde e qualidade de vida.

Referências

- BRASIL, M. da S. *Hipertensão arterial sistêmica – HAS e Diabetes mellitus – DM: PROTOCOLO*. Brasília: Ministério da saúde, 2001. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.
- BRASIL, M. da S. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica*. Brasília: Ministério da saúde, 2013. Citado na página 14.
- FARIA, H. T. G. Fatores associados a adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 26, n. 3, p. 1–1, 2013. Citado na página 15.
- FERREIRA, C. L. R. A. et al. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde - análise a partir do sistema hiperdia. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabologia*, v. 53, n. 1, p. 1–1, 2009. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.
- FILHA, F. S. S. C. et al. Hiperdia: Adesão e percepção de usuários acompanhados pela estratégia saúde da família. *Revista de Enfermagem do Nordeste - Rev. Rene*, v. 12, p. 930–936, 2011. Citado na página 14.
- GEWEHR, D. M. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na atenção primária a saúde. *Saúde debate*, v. 42, n. 116, p. 1–1, 2018. Citado na página 14.
- GOMES, T. J. de O.; SILVA, M. V. R. e; SANTOS, A. A. dos. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa hiperdia em uma unidade de saúde da família. *Rev Bras Hipertens*, v. 17, n. 3, p. 132–139, 2010. Citado na página 15.
- MACHADO, C. A. Adesão ao tratamento - tema cada vez mais atual. *Rev Bras Hipertens*, v. 15, n. 4, p. 220–221, 2008. Citado na página 14.
- NICÁCIO, D. P. F. Plano de intervenção para melhoria na adesão ao programa hiperdia na unidade básica de saúde areia vermelha do município de limoeiro de anadia - alagoas. Maceió, n. 26, 2015. Curso de Curso especialização estratégia saúde da família, Universidade Federal de Minas Gerais. Cap. 1. Citado na página 13.
- OPAS, O. P. da S. *doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde*. Brasília-DF: Ministério da saúde, 2011. Citado na página 13.
- SILVA, K. N. Adesão ao tratamento farmacológico dos pacientes do programa hiperdia - proposta de intervenção. Governador Valadares, n. 42, 2013. Curso de Curso especialização em atenção básica e saúde da família, Universidade Federal de Minas Gerais. Cap. 1. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 15.