



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

Isaque Carvalho da Conceição

Projeto de Intervenção para Aumentar a adesão ao
Tratamento de Hipertensão e Diabetes no Vale das
Pedrinhas município de Guapimirim-RJ

Florianópolis, Janeiro de 2023

Isaque Carvalho da Conceição

Projeto de Intervenção para Aumentar a adesão ao Tratamento de
Hipertensão e Diabetes no Vale das Pedrinhas município de
Guapimirim-RJ

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: Fabíola Polo de Lima
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Marta Inez Machado Verdi

Florianópolis, Janeiro de 2023

Isaque Carvalho da Conceição

Projeto de Intervenção para Aumentar a adesão ao Tratamento de
Hipertensão e Diabetes no Vale das Pedrinhas município de
Guapimirim-RJ

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

Fabíola Polo de Lima

Orientador do trabalho

Florianópolis, Janeiro de 2023

Resumo

Introdução: de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil não atingiu a meta de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), não atingindo a meta de controle de dois fatores de risco: hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM). Sabemos que as doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte no Brasil e no mundo. A maior parte dessas mortes seriam preveníveis com controle através de uma boa adesão ao tratamento. Nos casos dos portadores dessas doenças, uma boa adesão, ajudaria a diminuir enormemente as cifras de morbimortalidade. No município de Guapimirim-RJ, as DCNT são as principais causas de óbito, o que demonstra controle inadequado dos fatores de risco cardiovasculares. **Objetivo:** projeto de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento da Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica em usuários da estratégia de saúde da família Vale das Pedrinhas no município de Guapimirim – RJ. **Metodologia :** após diagnóstico epidemiológico, foi realizado um plano de ação para o problema da baixa adesão ao tratamento dos pacientes diabéticos e hipertensos do território. Por meio dos agentes comunitários de saúde (ACS), durante a visita domiciliar, através de um questionário, será avaliado o nível de adesão e principais desafios e divisão em subgrupos de intervenção segundo suas características. Haverá intervenções multiprofissionais com educador físico, nutricionista, especialistas e equipe da ESF. **Resultados Esperados :** espera-se que haja melhora na morbimortalidade devido a causas relacionadas à HAS e DM. Almeja-se aumento do vínculo do usuário com a equipe e que dessa forma o nível de adesão ao tratamento adequado atinja a maioria da população alvo, com poucas desistências.

Palavras-chave: Aceitação pelo Paciente de Cuidados de Saúde, Adesão ao tratamento medicamentoso, Diabetes Mellitus, Estilo de Vida, Hipertensão

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	23
	REFERÊNCIAS	25

1 Introdução

O município de Guapimirim no estado do Rio de Janeiro possui população estimada de 59.613 habitantes (IBGE 2018), sendo considerada como da região metropolitana por estar aproximadamente 80 km da capital, é também um município da região serrana, pois é integrante dos municípios que compõem a Serra Verde Imperial, sendo boa parte da Serra dos Órgãos na área desse município. O município faz divisa com os municípios Teresópolis e Petrópolis (norte), Itaboraí (sul), Cachoeiras de Macacu (leste) e Magé e fundos da Baía de Guanabara (oeste). Setenta por cento de seu território está em área de proteção ambiental. Com um IDH de 0.698 (IBGE2010) o município conta com 10 Unidades de Saúde, entre as quais destaca-se a ESF - Vale das Pedrinhas que está no segundo distrito de nome homônimo, distante 30 km da sede municipal. A cidade conta ainda com SAMU, hospital municipal, centro de especialidades, centro pediátrico, clínica de diagnóstico por imagens, centro para tratamento de IST, Centro de Atenção Psicossocial, dentre outros.

O Vale das Pedrinhas é o segundo distrito do município de Guapimirim, cortado pela BR-493, e faz limite com o Município de Itaboraí e Magé. Tem sua origem em um acampamento de índios que viviam em torno de uma nascente na região. Quando foi oficialmente fundada, em 1674, a localidade ganhou o nome de "Nossa Senhora d'Ajuda de Aguapeí Mirim". Com o tempo, o topônimo foi abreviado para "Guapimirim".

A população do vale é heterogênea, numerosa, com muitas pessoas ainda não adscrita a unidade de saúde, e com população estimada de quase 8 mil habitantes. É uma comunidade, em sua maioria, carente, casas pequenas com famílias numerosas, jovens sem empregos, falta de saneamento básico, aposentados como mantenedores de famílias. É uma região sob influência do tráfico de drogas, como todas as regiões da baixada fluminense. A região apresenta comércio limitado e também possui uma comunidade dedicada aos produtos do setor primário, como produção de leite e hortifrutigranjeiro (aipim, inhame, banana, maracujá, milho e goiaba).

A unidade contava com duas equipes de ESF, porém no momento, apenas uma tem atendido aos usuários, tanto os adscritos da área, quanto aos outros usuários que chegam por demanda espontânea que não são adscritos ao território. As principais vulnerabilidades dos usuários do sistema são: distância e transporte para o distrito sede, ausência de dispensação de medicação no distrito e pacientes que precisam de consultas especialistas ou exames específicos devem ir para a sede. mais de 30 km distante; apenas um médico para a população, causando filas e desistência de atendimento, população exposta a violência, população exposta à falta de saneamento e com muitas valas de esgoto a céu aberto, desemprego entre os jovens e finalmente, pouca educação para saúde. É uma população numerosa e extremamente carente, vulnerável a situação de violência, negligenciada e em região periférica, com dificuldade de acesso aos serviços disponíveis.

A ESF Vale das Pedrinhas conta com um território dividido em 10 micro áreas e atende toda extensão territorial do distrito, além de receber usuários (não adscritos) do município de Magé, por estar em região limítrofe. A população estimada do distrito é de 8 mil pessoas, mas não há dados oficiais disponíveis e a população adscrita é superior a 4300 usuários. A gestão municipal está organizada através de centro de coordenação da atenção básica e conta com os programas de saúde bucal, programa de saúde da mulher, criança, adolescente e idoso. A unidade atende por consultas agendadas e por demanda espontânea, programa de seguimento de doenças crônicas, pré-natal de baixo risco e planejamento familiar, saúde mental, rastreamento de neoplasias (mama, colo uterino e intestinal), curativos, puericultura, vacinação, saúde bucal e saúde mental. O município não conta com apoio do NASF.

Os principais motivos de consultas estão relacionados aos atendimentos acima citados, dentre os quais se destacam as doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), pré-natal de baixo risco, falha no planejamento familiar, doenças relacionadas a saúde mental (depressão, transtorno de ansiedade e dependência de benzodiazepínicos), vacinas, puericultura, renovação de receitas de uso crônico e curativos.

A partir de observação foram identificados oito problemas principais:

- 1- Pouca adesão ao tratamento de DM e HAS;
- 2- Gravidez na adolescência e multiparidade;
- 3- Falta de insumos para PCCU e procedimentos odontológicos;
- 4- Falta de mais uma equipe para população de 8 mil habitantes;
- 5- Pouca acessibilidade a múltiplos serviços;
- 6- Falta de saneamento básico;
- 7- Falta de ensino médio nas escolas;
- 8- Mortalidade por causas violentas;

Dentre estes problemas principais, definiu-se por intervir sobre a pouca adesão ao tratamento de hipertensão artéria e diabetes mellitus e gravidez na adolescência e multiparidade. Filtrando e seguindo o critério da governabilidade o problema escolhido para iniciar a intervenção foi a pouca adesão ao tratamento de hipertensão artéria e diabetes mellitus.

Apesar de ser um assunto recorrente, HAS e DM no âmbito de atenção primária, a cronicidade e as taxas de tratamento insuficientes faz-se justificável a escolha dessa temática, pois melhorar os indicadores relacionados a essas doenças, representa a melhora na morbi-mortalidade da população, favorecendo mais anos de vida aos usuários e mais vida aos anos vividos. Este tema representa muito o trabalho do médico da ESF, devido a elevada prevalência e por esse problema permear toda a prática da medicina preventiva em seus distintos níveis de complexidade. Além disso, notamos que as abordagens principais são muito factíveis de intervenções, e não representam maior uso de recursos financeiros

Problema	Magni- tude (Tama- nho)	Trans- cendência (Inte- resse)	Vulnera- bilidade (Rever- são)	Governa- bilidade (Capacida- des)	Custo (Re- cur- sos)	To- tal
Falta de insumos	2	4	4	1	1	12
Pouca acessibilidade a serviços	4	2	3	1	1	11
Gravidez na adolescência e multiparidade	3	2	3	2	2	12
Mortes externas por violência	3	4	1	0	0	8
Falta de saneamento básico	4	4	2	0	0	10
pouca adesão TTO de DM e HAS	2	2	4	3	2	13
Falta 1 equipe	3	3	3	0	3	12
Falta ensino médio	4	3	2	0	0	9

e sim melhor funcionamento do serviço já instalado. Este projeto vem sendo realizado de forma empírica, portanto, é totalmente executável a nível acadêmico/observacional. Há uma demanda natural da população para que este problema seja alvo de intervenção, pois é a maior demanda da unidade, de forma direta e indireta.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Elaborar projeto de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento da Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica em usuários da estratégia de saúde da família Vale das Pedrinhas no município de Guapimirim – RJ.

2.2 Objetivos Específicos

- Aumentar o número de consultas de seguimento de pacientes com HAS e DM;
- Avaliar o nível de adesão ao tratamento de usuários;
- Reduzir a morbi-mortalidade em pacientes com HAS e DM;
- Promover ações preventivas farmacológicas e não farmacológicas que reduzam eventos secundários à HAS e DM.

3 Revisão da Literatura

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil em seu informe anual sobre mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), não conseguiu atingir a meta de controle de dois fatores de risco: hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) (ORGANIZATION, 2003). Sabemos que as Doenças Cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte no Brasil e no mundo (Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.) e respondem por aproximadamente um terço das mortes no país (TRAEBERT et al., 2017). A maior parte dessas mortes seriam preveníveis apenas com mudanças no estilo de vida, prevenindo o aparecimento de doenças. Além de prevenir o aparecimento de hipertensão e diabetes, essas mudanças associadas à uma boa adesão ao tratamento, nos casos dos portadores dessas doenças, ajudaria a diminuir enormemente as cifras de mortalidade e morbidade. Segundo o Ministério da Saúde, na população adulta as DCV são responsáveis por 65 % dos óbitos e por 15% das internações (BRASIL, 2013).

No município de Guapimirim-RJ, segundo o DATASUS, a taxa de mortalidade geral do município era de 6,7/1.000 habitantes em 2015. A taxa de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) foi 646/1.000 óbitos em 2015, mostrando que as DCNT são as principais causas de óbito (BRASIL; DATASUS, 2018b). Nesse grupo o maior destaque são as DCV. O que mostra que no município não há controle adequado dos fatores de risco cardiovasculares.

A HAS e o DM são os principais fatores de risco populacional para as DCV, motivo pelo qual constituem agravos de saúde pública onde cerca de 60 a 80% dos casos podem ser tratados na rede básica (BRASIL, 2013). A Pesquisa Nacional de Saúde 2013 encontrou que a prevalência de hipertensão arterial varia entre 20,5-24,8% na região metropolitana do Rio de Janeiro, elevando-se de acordo com o aumento da idade, no sexo feminino, em pessoas com menor escolaridade e nos indivíduos de raça/cor da pele preta. Já em relação à DM na mesma pesquisa e em relação à mesma região, a prevalência varia entre 5,2-7,3% elevando-se de acordo com a idade, menor escolaridade, viver em região urbana e desenvolvida e sem diferenças associadas à raça/cor de pele (BRASIL; DATASUS, 2018a).

Para que haja essa melhora na mortalidade devido às DCNT, em especial as doenças cardiovasculares (DCV) é necessário que exista uma boa adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico. Temos identificado na literatura mundial que o relacionamento entre o paciente e o promotor de saúde (seja médico, enfermeiro ou outro profissional envolvido no cuidado em saúde) deve ser uma parceria que se baseia nas habilidades de cada um. A qualidade de relacionamento interpessoal é um importante determinante na adesão

ao tratamento. Um relacionamento que auxilia em um tratamento efetivo apresenta uma atmosfera na qual as alternativas terapêuticas são exploradas, o plano de tratamento é negociado, a adesão é discutida, seguimento é planejado (ORGANIZATION, 2003).

No Brasil as DCV além do alto impacto na mortalidade, há um importante impacto na morbidade, refletindo assim na capacidade laboral do indivíduo, gerando assim pouca produtividade, gerando impactos socioeconômicos importantes para o indivíduo, família, comunidade e país. Além disso cabe destacar que as interações ocasionadas pela HAS e DM, são as interações que demandam mais recursos financeiros (SIQUEIRA; SIQUEIRA-FILHO; LAND, 2017). O diabetes mellitus é uma doença metabólica caracterizada pelo excesso de glicose no sangue e eventualmente na urina. Os dois tipos mais comuns são tipo 1 e tipo 2 e ambos apresentam comprometimento na regulação da glicemia por ação da insulina. A doença cardiovascular é uma importante causa de morte em populações, especialmente na diabética (VIANA; RODRIGUEZ, 2011).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica que se deve a múltiplos fatores caracterizada de acordo com a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou ≥ 90 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito (DM). Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal (SBC, 2016).

A perspectiva de que um indivíduo desenvolva HAS ou DM é chamado de fator de risco, o conhecimento deste ou de outros fatores são chaves na prevenção, manejo e controle da HAS e DM. Por sua vez, HAS e DM são fatores de risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (HUERTA, 2001). Existem fatores de risco modificáveis e não modificáveis. De acordo com a 7ª DBHA os principais fatores de risco para HAS são: idade (associação diretamente proporcional), sexo e etnia (raça/cor negra e não-brancos), ingestão excessiva de sal/sódio (excedendo a recomendação de 2g/pessoa/dia), consumo elevado de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos (baixa escolaridade, trabalho estressante entre outros) e fatores genéticos e familiares (SBC, 2016).

Já no DM tipo 2, segundo a American Diabetes Association 2017, os principais fatores de risco são: idade maior a 45 anos; obesidade/sobrepeso; pré diabetes; História familiar de DM (parente de primeiro grau); Raça/etnia de alto risco para DM (negros, hispânicos ou índios Pima); Mulheres com diagnóstico prévio de DMG; História de doença cardiovascular; Hipertensão arterial; HDL-c < 35 mg/dL e/ou triglicérides > 250 mg/dL; Síndrome de ovários policísticos; Sedentarismo; Acantose nigricans (ASSOCIATION, 2017). O Brasil, nos últimos anos, vem preconizando através do Sistema Único de Saúde (SUS), que o enfrentamento da HAS e DM, deve ser feito num ambiente da atenção primária em con-

junto com os Núcleos Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB) seguindo os princípios gerais do SUS (BRASIL, 2016); (MINISTÉRIO DA SAÚDE BRASIL, 2017)

Adesão ao Tratamento e Fatores Determinantes

Um erro cometido por muitos investigadores é associar o termo adesão ao tratamento apenas ou uso de medicamentos alopáticos, adesão ao tratamento vai muito além do uso de medicamentos. A adesão à um determinado tratamento, farmacológico e não farmacológico é um divisor de águas entre a diminuição e/ou atenuação das DCV, em especial as ocasionadas pela DM e HAS. Alguns autores respaldados pela OMS, conceituam adesão como o grau de comprometimento no qual uma pessoa ativamente ingere/aplica a medicação correspondente, o seguimento de orientações nutricionais, as mudanças no estilo de vida, corresponde e concorda com as recomendações de um profissional de saúde (GUSMÃO; JR, 2006).

Já em relação à HAS e DM, consideramos que adesão ao tratamento significa o grau de comprometimento terapêutico baseado no cumprimento de metas terapêuticas, medicamentosas e não medicamentosas objetivando manter níveis glicêmicos e pressóricos normais, e prevenindo outros riscos associados; respeitando-se também a autonomia e vontade do paciente. Múltiplos fatores podem influenciar na adesão ao tratamento. O senso comum de que a adesão depende apenas do paciente não encontra suporte na assistência eficaz. Para a OMS existem 5 dimensões que influenciam a (não) adesão: sistema de saúde; fatores socioeconômicos; fatores relacionados à terapia; fatores relacionados ao paciente; e fatores relacionados à doença (ORGANIZATION, 2003).

Os fatores socioeconômicos são muito importantes e numerosos, especialmente em países em desenvolvimento e em comunidades carentes, como é o caso do Brasil e aqui em especial, o Vale das pedrinhas, já que devido a limitações de ordem financeira alguns pacientes podem ter que ficar divididos entre usar seus recursos para outras prioridades além do tratamento. Nesta dimensão também encontramos como fatores: pobreza, baixo nível educacional/analfabetismo, exposição à violência, desemprego, moradias precárias, mudanças climáticas, famílias numerosas, alto custo de transporte, distâncias e acidentes geográficos, custo de medicamentos, famílias disfuncionais, crenças populares/ culturais, etnia, situação de rua, orientação sexual dentre muitos outros fatores. Na dimensão sistema de saúde. Encontramos os seguintes determinantes: sistemas de saúde precários, planos de saúde inadequados e dispendiosos, profissionais da saúde com pouco preparo ou pouco treinamento para cuidar de DCNT, sobrecarga laboral dos profissionais existentes, distribuição deficitária ou ausente de medicamentos, poucos incentivos e retroalimentação em recursos humanos, desperdício de recursos, má gestão, corrupção, pouco tempo para consultas, pouca capacidade do sistema de realizar atividades educativas e promover seguimento, falta de aproximação com a comunidade, falta de conhecimento sobre o papel da adesão ao tratamento e como melhorá-lo, muitos desses pontos apresentam governabilidade extremamente complexa (ORGANIZATION, 2003).

Na dimensão relacionada à doença a adesão é fortemente influenciada pela presença, intensidade e duração dos sintomas, esse fato explica muito o grau de morbidade e mortalidade relacionada ao DM e à HAS, já que a maioria dos pacientes são assintomáticos ou oligossintomáticos; a velocidade de progressão da doença também influencia na adesão, já que HAS e DM são de evolução lenta, a maioria dos pacientes acabam realizando subtratamento e até mesmo abandonando o tratamento em determinados momentos; o grau de disfunção física e/ou mental gerado pela doença também influencia na adesão, tanto positivamente quanto negativamente; a disponibilidade e efetividade dos tratamentos também apresentam influência importante (ORGANIZATION, 2003).

Os fatores relacionados ao tratamento e que afetam a adesão são muitos. Nota-se que regimes de tratamentos complexos apresentam pior adesão, regimes duradouros e falhas terapêuticas prévias, mudanças frequentes no plano terapêutico, velocidade de instauração de melhoras também influenciam, na questão da HAS e DM, um fator muito preponderante são os efeitos colaterais e os custos do tratamento são os que os pacientes hipertensos mais citaram em estudos que avaliaram a adesão. As intervenções e modificações devem ser evitadas e pensadas de forma individualizada (ORGANIZATION, 2003); (GUSMÃO; JR, 2006). Na dimensão relacionada ao paciente. Encontramos os seguintes determinantes: motivação, crenças individuais, expectativas, percepção, nível de alarme, auto estima, saúde mental, resiliência dentre outros. Todos estes aspectos devem ser avaliados e em cima das debilidades e qualidades de cada indivíduo, intervir de forma eficaz a fim de aumentar a adesão ao tratamento da HAS e DM (ORGANIZATION, 2003). Um esforço contínuo deve ser feito tanto pela equipe de promotores de saúde quanto pelos demais elementos envolvidos em um cuidado eficaz no qual há uma boa adesão terapêutica e controle do impacto da HAS e DM.

4 Metodologia

A partir de uma análise detalhada da Estratégia de Saúde da Família (ESF) local, sua cobertura, estrutura e gestão e partindo do conhecimento profundo da abrangência da cobertura do sistema municipal, suas limitações e fortalezas, foi possível traçar, minimamente, um perfil demográfico, avaliar os principais indicadores de saúde e doença a nível municipal, pois havia falta de dados mais detalhados referentes ao Vale das Pedrinhas. Dessa forma, e também após reuniões em equipes, foi possível um reconhecimento da realidade da área de abrangência da equipe e um posterior diagnóstico social e epidemiológico das principais vulnerabilidades da população. Em complemento a isso, foi feita uma listagem dos principais problemas, e a partir dessa lista, foi realizado uma análise estruturada com estudo detalhado do tipo de problema, natureza do problema, posição na organização, complexidade, custo e por último a governabilidade. O critério governabilidade foi utilizado para desempate ao escolher o principal problema a passar por uma intervenção.

O presente projeto de intervenção foi proposto a partir da observação de pacientes, usuários da ESF-Vale das Pedrinhas, hipertensos e diabéticos com falha na adesão ao tratamento. O pouco controle dos pacientes diabéticos e hipertensos se tornou tema desse atual projeto de intervenção. Portanto, todos os usuários da ESF, que possuam Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) ou Diabetes Mellitus (DM) serão os indivíduos da intervenção, com o objetivo de melhorar a adesão ao tratamento e reduzir o número e a gravidade de complicações cardiovasculares relacionados a estas doenças.

Tendo sempre em mente os objetivos do projeto de intervenção, foi desenvolvido um modelo de ações básicas e estratégicas a fim de conseguir uma intervenção bem-sucedida. Por meio dos agentes comunitários de saúde (ACS), durante a visita domiciliar, orientada aos pacientes hipertensos e diabéticos, se disponibilizará ao usuário um questionário perguntando, principalmente, sobre frequência e/ou número de consultas anuais, frequência de exames complementares, uso regular de medicação, nível de compreensão sobre principais complicações agudas e crônicas, forma de usar medicamentos, principais efeitos colaterais dos medicamentos, utilização de recursos próprios para obtenção de medicamentos, realização de atividades físicas e sua regularidade, adequação alimentar e avaliação de consumo de determinados componentes nocivos à saúde, existência de algum evento cardiovascular e/ou complicações relacionadas à HAS e DM e principais dificuldades em realizar o tratamento de forma integral e contínua, avaliando assim, o nível de adesão ao tratamento.

Após análise dos questionários e tendo em vista os principais fatores que limitem à adesão, e reconhecendo quais possuem maior governabilidade da equipe multiprofissional, será feito um plano de execução. Baseado num esquema tríplex: 1- melhorando número

de consultas anuais, de acordo com nível de controle pressórico e/ou glicêmico; 2- prescrever exercícios físicos regulares e apropriados a cada indivíduo; 3- melhora no padrão nutricional dos usuários. Através desse esquema se consegue reduzir morbi-mortalidade em pacientes com HAS e DM.

No intuito de promover melhor vínculo dos usuários com a ESF e também em otimizar alcance, bem como promover melhor educação para a saúde, os pacientes serão divididos em subgrupos segundo tipo de limitação a adesão que apresentem e outras características. Essas reuniões serão mensais com um ou vários membros da equipe além de convidados e parceiros que possam trazer alguma vantagem à estratégia prevista. Esses subgrupos terão o papel de trabalhar em cima dos fatores que os impedem de ter uma adesão completa. Tendo como meta que todos os grupos possam trabalhar em cima do esquema tríplice, previamente descrito. Essas reuniões de grupos podem ser ortodoxas em forma de palestras e também heterodoxas em forma de grupos de caminhadas, oficinas de gincanas, com provas de conhecimento sobre forma de usar medicação e também como identificar possíveis complicações da HAS e DM, bem como complicações do tratamento. Os subgrupos também contarão com um check-list, no qual figurará entre outros o número de consultas, realização de exames complementares, níveis tensionais e/ou glicêmicos e pontuação do nível de adesão alcançado, fazendo assim uma competição sadia entre os subgrupos, e facilitando a avaliação dos resultados.

Essas ações acontecerão na ESF- Vale das Pedrinhas, Guapimirim/RJ, quadra poliesportiva e demais locais disponíveis no território já descrito. Estas ações terão início no mês de março do ano de 2019 e durante este mês os ACS estarão visitando aos hipertensos e diabéticos já cadastrados e que já possuam diagnóstico. Essa busca intensa que os ACS farão, terá duração de 12 meses e, após esse período, subentende-se que os pacientes adscritos já terão respondido ao questionário. Após esse período os novos usuários ou os que venham a desenvolver HAS e DM, sairão da primeira consulta/acolhimento com o questionário em mãos e com uma visita de ACS agendada para explicações específicas. A capacitação da equipe multiprofissional será a cada 2 meses a partir do mês de março de 2019. Os encontros dos subgrupos serão mensais durante o período de 6 meses e, após esse período, haverá um aumento do intervalo para cada 2 meses, durante um total de 16 meses. Mensalmente também haverá um controle pressórico e/ou glicêmico durante o período de intervenção que será de 18 meses. O número de consultas será individualizado segundo controle clínico-laboratorial, durante 18 meses. Após 18 meses haverá repetição do questionário inicial e análise dos dados coletados nas folhas de controle dos subgrupos e avaliação posterior dos resultados.

Os principais agentes na execução serão o médico da família e comunidade, a enfermeira da ESF, e um educador físico convidado. Para as oficinas e gincanas todos os membros da equipe podem ser incluídos pontualmente. Outros profissionais como nutricionista, psicólogo e médicos de outras especialidades (endocrinologia e cardiologia)

comporão eventualmente a equipe interventora. O médico da ESF ficará responsável pelo seguimento ambulatorial, solicitação de exames complementares, orientações gerais e coordenação geral do projeto. A enfermeira ficará responsável pela coordenação dos ACS, organização dos grupos e gincanas, orientações sobre controle pressórico, aplicação de insulina, controle glicêmico e participação nos grupos. O nutricionista ficará responsável por planejar oficinas de nutrição orientado aos diferentes grupos. O educador físico ficará responsável por orientações durante as gincanas e planejamento de grupos de caminhadas, ginásticas, dança e outras atividades direcionadas aos grupos. O dentista ficará responsável sobre orientações específicas de como prevenir periodontite, orientações gerais sobre higiene bucal e complicações orais devido a DM. Os ACS ficarão responsáveis pela aplicação do questionário domiciliar, montagem dos grupos, auxílio na organização das gincanas, agendamento de consultas com médicos e demais membros da equipe multiprofissional especialistas de acordo com a demanda. O psicólogo ficará responsável por algumas atividades em grupo e, a depender da demanda, atividades individuais

5 Resultados Esperados

Durante o enfrentamento da falha na adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica e ao diabetes mellitus, sabemos que necessita uma abordagem holística e multiprofissional, pois existem diversos fatores que podem influenciar na falha na adesão, inclusive essas doenças podem afetar aos indivíduos de múltiplas formas. No geral as principais lesões são assintomáticas e isso facilita a falta de adesão completa e longitudinal. Espera-se que haja:

- 1- Boa aceitação à abordagem dos ACS, com participação da maioria dos usuários com HAS e DM;
- 2- Aplicação do questionário a próximo a 100% da população com HAS e DM;
- 3- Formação adequada de subgrupos com interesse e participação;
- 4- Equipe multiprofissional engajada em fazer a diferença;
- 5- Manter em número adequado o número de consultas anuais e realização de exames complementares;
- 6- Aumentar proporção de usuários que fazem tratamento no esquema tríplice;
- 7- Ter menos de 10% de desistências;
- 8- Garantir atividades mensais nos subgrupos;
- 9- Reduzir morbi-mortalidade devido a causas relacionadas à HAS e DM;
- 10- Lograr bom controle de níveis glicêmicos e/ou pressóricos;

Conseguindo esses resultados teremos alcançado os objetivos do projeto e como consequência final, redução na morbimortalidade de pacientes com HAS e DM, diminuindo uma das maiores causas de morte em quase todas as populações que são as causas cardiovasculares.

Referências

- ASSOCIATION, A. D. Standards of medical care in diabetes: Diabetes care - 2017. *The Journal of Clinical and Applied Research and Education*, v. 40, n. 1, p. 1–135, 2017. Citado na página 16.
- BRASIL, M. da S. *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado na página 15.
- BRASIL, M. da S. *Plano Nacional de Saúde 2016-2019*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Citado na página 16.
- BRASIL, M. da S.; DATASUS. *Informações de Saúde (TABNET): Inqueritos e pesquisas*. 2018. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0208&id=28247790>>. Acesso em: 02 Dez. 2018. Citado na página 15.
- BRASIL, M. da S.; DATASUS. *Início Informações de Saúde (TABNET)*. 2018. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>>. Acesso em: 02 Dez. 2018. Citado na página 15.
- GUSMÃO, J. L. de; JR, D. M. Adesão ao tratamento: conceitos. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 13, n. 1, p. 23–25, 2006. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 18.
- HUERTA, B. Factores de riesgo para la hipertensión arterial. *Archivos de Cardiología de México*, v. 71, n. 1, p. 208–210, 2001. Citado na página 16.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE BRASIL. Portaria n° 2.436, de 21 de setembro de 2017. Ministério da Saúde/GABINETE DO MINISTRO, Brasília, n. 1, 2017. Citado na página 16.
- ORGANIZATION, W. H. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization, 2003. Citado 4 vezes nas páginas 15, 16, 17 e 18.
- SBC, S. B. D. C. 7ª diretriz brasileira de hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol*, v. 107, n. 3, p. 1–83, 2016. Citado na página 16.
- SIQUEIRA, A. de S. E.; SIQUEIRA-FILHO, A. G. de; LAND, M. G. P. Análise do impacto econômico das doenças cardiovasculares nos Últimos cinco anos no brasil. *Arq Bras Cardiol*, v. 109, n. 1, p. 39–46, 2017. Citado na página 16.
- TRAEBERT, J. et al. A carga das doenças cardiovasculares no estado de santa catarina no ano de 2009. *Epidemiol. Serv. Saude*, v. 26, n. 2, p. 331–338, 2017. Citado na página 15.
- VIANA, M. R.; RODRIGUEZ, T. T. Complicações cardiovasculares e renais no diabetes mellitus. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, v. 10, n. 3, p. 290–296, 2011. Citado na página 16.