

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

YASNEIRA ADRIALY DURANT CASTILLO

PLANO DE INTERVENÇÃO COM VISTAS À REDUÇÃO DA BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS NA POPULAÇÃO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE SANTA CRUZ, ÁREA 23, DO MUNICÍPIO JUIZ DE FORA/MINAS GERAIS.

JUIZ DE FORA / MINAS GERAIS
2016

YASNEIRA ADRIALY DURANT CASTILLO

PLANO DE INTERVENÇÃO COM VISTAS À REDUÇÃO DA BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS NA POPULAÇÃO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE SANTA CRUZ, ÁREA 23, DO MUNICÍPIO JUIZ DE FORA/MINAS GERAIS.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Lígia Mohallem Carneiro

**JUIZ DE FORA / MINAS GERAIS
2016**

YASNEIRA ADRIALY DURANT CASTILLO

PLANO DE INTERVENÇÃO COM VISTAS À REDUÇÃO DA BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS NA POPULAÇÃO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE SANTA CRUZ, ÁREA 23, DO MUNICÍPIO JUIZ DE FORA/MINAS GERAIS.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Lígia Mohallem Carneiro - orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 16 de novembro de 2016

DEDICO

A todos os meus colegas, que por uma ou outra razão estão aqui, dedicando e apontando um grão de areia para melhorar a saúde da população brasileira, a nossas famílias, amigos e professores que estando perto ou em nossos países nos apoiando e nos oferecendo forças para continuar sempre adiante.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por brindar-me estar aqui.

Aos meus pais e minha família, pelo apoio.

Aos Tutores e supervisores pelo esforço para me orientar.

A minha orientadora Maria Lúcia, pela colaboração, paciência e cooperação.

A minha equipe de trabalho.

Muito obrigada!

*“Todos os homens são intelectuais;
Mas não desempenham o papel dos intelectuais, depende de seu
gosto...”*

Antônio Gramsci

RESUMO

Frente às experiências vivenciadas na equipe de saúde da família em que atuo, o presente trabalho desenvolveu-se como uma proposta de intervenção com vistas a reduzir a baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, dos usuários na área 23 da UBS Santa Cruz, Juiz de Fora - Minas Gerais, no ano de 2015. O universo se constituiu pelo total dos usuários cadastrados, mais os diagnosticados durante o diagnóstico situacional realizado na comunidade, e constitui um total de 288 usuários. A amostra selecionada do universo foi constituída por 102 usuários que realizarão consultas e avaliações contínuas, segundo as linhas guia de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. A metodologia empregada para o conhecimento da realidade foi a da análise situacional: identificamos os fatores que influenciam a não adesão ao tratamento dos usuários hipertensos e diabéticos. Para a elaboração do plano de intervenção foram usados os conceitos relativos ao Planejamento Estratégico em Saúde (PES) e pesquisa em Programas do Ministério da Saúde e artigos científicos utilizando as bases de dados com os Descritores em Ciências da Saúde “saúde da família”, “atenção primária à saúde”, “hipertensão”, “diabetes mellitus”, “adesão ao tratamento”. Os nós críticos identificados foram: modificar estilo de vida inadequado; educar a população sobre os riscos da hipertensão arterial e diabetes mellitus; investigação de usuários com fatores de risco para o diagnóstico de caso e controles de doentes; Adequar a cobertura dos serviços de saúde para a população de risco de hipertensão arterial e diabetes mellitus. A baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários hipertensos e diabéticos pode ser evitada com a participação da equipe, modificando estilos de vida, aumentando o conhecimento sobre os fatores de riscos, atendimento precoce das possíveis complicações, melhorando o atendimento de interconsultas com especialistas de acordo ao esquema das linhas guia, além de ampliar o rastreamento dos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Palavras-Chave: Saúde da família. Atenção primária à saúde. Hipertensão. Diabetes Mellitus. Adesão ao tratamento.

ABSTRACT

Faced with the experiences lived with my family health team, this work has developed as an intervention proposal aimed at reducing low adherence to pharmacological treatment of users with Hypertension and Diabetes Mellitus, patients in the area 23 of the UBS Santa Cruz, Juiz de Fora - Minas Gerais in 2015. The universe was constituted by the total of registered patients, most diagnosed during the situational diagnosis made in the community, and is a total of 288 sample selected from the universe consisted of 102 patients to hold consultations and continuous evaluations according to the guidelines of hypertension and diabetes mellitus, the secretary of State of Health of Minas Gerais. The methodology for the knowledge of reality was the situational analysis: identify the factors that influence non-adherence to treatment of hypertensive and diabetic patients. For the preparation of the action plan were used concepts related to the Strategic Health Planning (PES) and research in the Ministry of Health Programs and scientific papers using databases with the Descriptors Health Sciences "family health", "primary health care", "hypertension", "diabetes mellitus", "adherence to treatment". The identified critical we were inappropriate modify lifestyle; educate the public about the risks of hypertension and diabetes mellitus; Research users to risk factors for diagnosing case patients and controls; Adjust the coverage of health services to the population at risk of hypertension and diabetes mellitus. The low adherence to drug treatment of hypertensive and diabetic patients can be avoided with the participation of staff, changing lifestyles, increasing awareness of the risk factors, early treatment of possible complications, improving service interconsultations with experts according to scheme of guidelines, and amplify the tracking of users with hypertension and diabetes mellitus.

Keywords: Family health. Primary health care. Hypertension. Diabetes Mellitus. Adherence to treatment.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica de Saúde.
APS	Atenção Primária de Saúde.
DCV	Doença Cardiovascular.
DM	Diabetes Mellitus.
ESF	Estratégia Saúde da Família.
FR	Fator de Risco.
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia Estatística.
MG	Minas Gerais.
MS	Ministério de Saúde.
OMS	Organização Mundial da Saúde.
PA	Pressão Arterial.
PES	Planejamento Estratégico em Saúde.
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica.
UAPS	Unidade de Atenção Primária de Saúde.
UBS	Unidade Básica de Saúde.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1-Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casula no consultório, para maiores de 18 anos.....	19
Quadro 2-Priorização dos principais problemas da Área 23 da UAPS Santa Cruz em Juiz de Fora/MG.....	23
Quadro 3- Desenho de operações para os nós críticos do problema baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários Hipertensos e Diabéticos da área 23 da UAPS Santa Cruz em Juiz de Fora/MG.....	24
Quadro 4- Identificação dos recursos críticos para reduzir a baixa adesão ao tratamento dos usuários Hipertensos e Diabéticos da Área 23 da UAPS Santa Cruz em Juiz de Fora/MG	26
Quadro 5- Análise da viabilidade do plano para reduzir a baixa adesão ao tratamento dos usuários Hipertenso e Diabéticos da Área 23 da UAPS Santa Cruz em Juiz de Fora/MG.....	27
Quadro 6- Plano operativo para reduzir a baixa adesão ao tratamento dos usuários Hipertensos e Diabéticos da Área 23 da UAPS Santa Cruz em Juiz de Fora/MG.....	29
Quadro 7- Planilha de acompanhamento das operações propostas para reduzir a baixa adesão ao tratamento dos usuários Hipertensos e Diabéticos da Área 23 da UAPS Santa Cruz em Juiz de Fora/MG	31

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 JUSTIFICATIVA.....	15
3 OBJETIVOS.....	16
4 METODOLOGIA.....	17
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	18
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	23
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS.....	34

1 INTRODUÇÃO

O município Juiz de Fora está localizado ao sudeste do Estado de Minas Gerais; pertence à Mesorregião Geográfica da Zona da Mata Mineira e à microrregião do mesmo nome. O município divide-se em sete regiões: norte, nordeste, leste, centro, sudeste, sul e oeste. A cidade encontra-se localizada entre os maiores mercados consumidores do país, e tem um PIB per capita de R\$ 6,2 mil e uma das mais altas expectativas de vida do Brasil. A área urbana corresponde a 446,55km² e a área rural: 983,32km². (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 2006). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015), o município tem uma área total de 1.435,664 km² e uma população de 555.284 habitantes.

Juiz de Fora teve origem desde a mineração aurífera em Minas Gerais, no início do século XVIII, onde muitos pequenos povoados foram surgindo em função de hospedarias e armazéns como o Santo Antônio do Paraibuna, que posteriormente em 1853 foi elevada à categoria de cidade e, em 1865, ganhou o nome de cidade do Juiz de Fora. Devido a um magistrado, do tempo colonial, nomeado pela Corona Portuguesa, para atuar onde não havia Juiz de Direito (IBGE, 2015)

Uma personalidade de grande importância no município foi o engenheiro alemão Heinrich Wilhelm Ferdinand Halfeld (Henrique Guilherme Fernando Halfeld), que emprestou seu nome a uma das principais ruas do comércio local e ao parque situado no centro da cidade (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 2014).

O Bairro Santa Cruz encontra-se localizado na região norte do município de Juiz de Fora e conta com uma população de 16.864 habitantes (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 2010). A área 23 está constituída por 425 famílias que faz um total de 1.274 habitantes em três micro áreas cadastradas (SIAB, 2015). É conformado por uma zona urbana e uma zona de invasão, esta última fica no alto dos morros oferecendo grandes riscos sociais e pela falta de saneamento básico.

A Unidade Básica de Saúde está localizada no centro do Bairro sendo de fácil acesso para toda a população. O prédio apresenta bom espaço físico, sala para recepção, consultas, sala de curativo, sala de vacinas e salão de reunião entre outros. O horário de trabalho é de segunda-feira até sexta-feira de 07:00 a 11:00 e

de 13:00 a 17:00. A equipe de saúde da área 23 está composta por: três Agentes Comunitários, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e uma médica.

O diagnóstico situacional foi realizado com o objetivo de compreender as necessidades da comunidade, e a equipe identificou variados problemas de saúde predominando os diagnósticos de hipertensão arterial e diabetes mellitus.

A baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com hipertensão arterial-HAS e diabetes mellitus – DM foi o problema escolhido como prioritário, para propor um plano de ações, intervenção e caracterizar associação destas duas patologias, e por ser ele o problema com maior capacidade de enfrentamento pela equipe, e não existir um registro dos mesmos.

A hipertensão arterial é uma doença de alta prevalência, que atinge a população adulta acima de 18 anos em cerca de até 30%, podendo afetar na população idosa até 50%. A maioria dos usuários com HAS identificados na comunidade apresentam fatores de risco como obesidade, tabagismo, álcool, estresse, sedentarismo e são usuários idosos.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2015), as doenças cardiovasculares são responsáveis por mais de 250.000 mortes por ano e a hipertensão arterial participa de quase a metade delas. A hipertensão arterial vem sendo o mais comum e importante fator de risco para as doenças cardiovasculares, e tem com elas uma relação contínua e progressiva.

E a obesidade e diabetes mellitus estão afetando a população com taxas cada vez mais altas. Pesquisas nacionais mostram que a prevalência da obesidade está a aumentar em todas as faixas etárias. Entre 7% e 12% das crianças menores de 5 anos e um quinto dos adolescentes são obesos, enquanto os adultos estão perto de 60%. A obesidade é o principal fator de risco para o diabetes. Ambas afetam desproporcionalmente os setores pobres e de baixo nível cultural (WHO, 2015).

É muito importante avaliar os fatores de riscos envolvidos, e realizar uma adequada programação de ações para abordar esses problemas na atenção primária da UBS Santa Cruz-Juiz de Fora.

2 JUSTIFICATIVA

A alta prevalência de usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus com baixa adesão ao tratamento farmacológico tem um impacto na comunidade pelo elevado número de usuários com associação destas duas doenças e porque elas serem fatores de riscos para as doenças cardiovasculares. E sabemos que a diabetes é uma das principais causas de desordens renais e tornou-se a aumentar e mais comum de doença renal de fase terminal, em todo o mundo, como por exemplo, nos Estados Unidos (OMS, 2015).

Segundo os dados da equipe da UBS Santa Cruz, existiam 522 pessoas cadastradas como hipertensas e 307 como diabéticos, das quais 248 pessoas apresentavam associação. Queremos alertar que esses usuários deverão ter mais consciência e cuidado com as doses dos medicamentos farmacológicos para, assim, evitarem complicações.

Assim, surge a necessidade de realizar um trabalho baseado na conscientização e conhecimento sobre os fatores de risco para a hipertensão arterial e diabetes mellitus, a dieta, importância da adesão ao tratamento farmacológico para o controle das doenças e as consequências que apresentam para um usuário com cada uma dessas doenças ou a combinação de ambas. Além disso, brindar conhecimento teórico e prático sobre as diferentes atividades para prevenir a doença além das complicações.

Dessa forma, justifica-se este trabalho na proposição de ações para melhor adesão dos usuários hipertensos e diabéticos ao tratamento farmacológico na UBS Santa Cruz, em Juiz de Fora/ Minas Gerais.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

Propor um plano de intervenção com vistas à redução da baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

3.2 Objetivos Específicos:

Caracterizar o perfil dos usuários com o diagnóstico de DM e HAS na área 23 da UBS Santa Cruz, JF-MG.

Realizar ações de promoção e prevenção para redução e controle de fatores de riscos.

Identificar, cadastrar e vincular os portadores de HAS e DM.

Estabelecer o mínimo de informações sobre a ocorrência e acompanhamento desses agravos.

4 METODOLOGIA

Para a elaboração do plano de intervenção usamos o método do Planejamento Estratégico em Saúde (PES), como foi apresentado no módulo de Planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Realizou-se, para subsidiar o plano, revisão da literatura, identificando dificuldades para adesão ao tratamento farmacológico dos usuários hipertenso e diabéticos. Inicialmente, utilizamos os dados disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde do município, dados do Ministério da Saúde, arquivos da UBS e também foi realizado um levantamento de artigos, monografias e publicações na internet, na Biblioteca Virtual de NESCON e artigos científicos utilizando as bases de dados com os Descritores em Ciências da Saúde (DECS): “saúde da família”, “atenção primária à saúde”, “hipertensão”, “diabetes mellitus”, “adesão ao tratamento”.

Para a seleção das publicações foi escolhido o período de 2006 a 2015 e o idioma espanhol, inglês e português.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1. Atenção Básica à Saúde e Estratégia Saúde da Família

A Atenção Básica à Saúde (ABS), ou Atenção Primária à Saúde (APS), “caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo”, onde o trabalho em equipe predomina e é brindado à população, para desenvolver atividades de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Com o uso de “tecnologia de alta complexidade e baixa densidade” para solucionar as diferentes situações de saúde (BRASIL, 2007, p.12).

Atualmente, existem vários estudos e artigos onde consta que a APS tem gerado melhores resultados, já que é a principal porta de entrada dos indivíduos, famílias e comunidade no sistema de atenção à saúde.

O Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994 pelo Ministério da Saúde (MS), depois denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) visou reorganizar a prática da atenção básica à saúde e vincular os profissionais à comunidade e assim substituir o modelo tradicional de assistência, brindando melhor atendimento à população, criando vínculos de corresponsabilidade e facilitando a identificação dos problemas de saúde (BRASIL, 1993).

5.2. Hipertensão Arterial Sistêmica

[...] A hipertensão arterial sistêmica, é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p.7).

Segundo Silva *et al.* (2012), a HAS, ao mesmo tempo que é uma doença cardiovascular, multiplica o risco para adquirir outras doenças cardiovasculares. É um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo responsável por

pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronária e, em combinação com a diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006a).

Além de ser um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis, a mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75mmHg de forma linear (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). A medida da PA deve ser realizada em toda avaliação por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais da saúde (BRASIL, 2006a).

Entre os fatores de risco que aumentam as chances de sua ocorrência podem-se citar: sexo e etnia, fatores socioeconômicos, excesso no consumo de sal, obesidade, abuso do consumo de álcool e sedentarismo (PAULA e ANDRADE, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), no diagnóstico devem-se considerar, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos alvos e as comorbidades associadas.

No quadro 1, a seguir, tem-se os valores considerados normais para a PA.

Quadro 1- Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório, para maiores de 18 anos.

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe*	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥180	≥110
Hipertensão sistólica isolada	≥140	<90

Quando as pressões sistêmicas e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA.

*Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura.

Fonte: VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão, 2010.

De acordo com Paula e Andrade (2012), o tratamento pode ser medicamentoso e/ou não medicamentoso, associado com estilo de vida saudável.

[...] Mudança no estilo de vida são recomendadas na prevenção primária da HAS, Hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos. As principais recomendações são: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combater ao sedentarismo e ao tabagismo. Medidas Medicamentosas, recomenda-se apenas em condições de risco cardiovascular global alto o muito alto. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p.9).

5.3. Diabetes Mellitus

[...] O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos, específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina entre outros (BRASIL, 2006b, p.9).

Segundo Maia e Araújo, (2002), o diabetes consiste em uma disfunção metabólica crônica, grave de evolução lenta e progressiva, que leva à hiperglicemia e glicosúria.

O Diabetes Mellitus (DM) no mundo tem uma expectativa de crescimento nas taxas e 1 de cada 11 adultos tem diabetes (415 milhões). E 1 em cada 2 adultos com diabetes ainda não foi diagnosticado (ATLAS DP DIABETES, 2015). Em 2010 o DM atingia 6,4% da população adulta mundial (20 a70 anos), e para 2030 a estimativa é de que a cifra atingirá 7,7% (GUALANDRO, 2014). No Brasil existem 14,3 milhões de pessoas, e a metade ainda não foi diagnosticada (ATLAS DO DIABETES, 2015).

Segundo Oliveira (2014) a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Associação Americana de Diabetes (ADA), a classificação atual do DM baseia-se na etiologia, e não no tipo de tratamento:

- DM tipo 1(DM1): devido à destruição da célula Beta (célula produtora de insulina) causando deficiência absoluta de insulina,

- DM tipo 2(DM2): aumento na resistência das células à insulina endógena, com uma secreção defeituosa dessas substância,
- Outros tipos específicos de DM: defeitos genéticos na função das células beta, na ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, infecções e induzidos por medicamentos ou agentes químicos.
- DM gestacional: descrita como hiperglicemia diagnosticada pela primeira vez durante a gestação.

O diagnóstico de diabetes baseia-se na detecção da hiperglicemia. Os exames que podem ser usados no diagnóstico do DM: glicemia casual, glicemia de jejum, teste de tolerância à glicose com sobrecarga de 75g em duas horas (TTG) e, em alguns casos, hemoglobina glicada (HbA1c) (BRASIL, 2013).

5.4. Fatores que influenciam na adesão aos cuidados de promoção prevenção e tratamento

5.4.1 Adesão:

Para a OMS (1979 *apud* GUSMÃO e MION, 2006), a adesão é um fenômeno multidimensional determinado pela interação de cinco fatores, denominados como “dimensões”, no qual os fatores relacionados aos usuários são apenas um determinante.

Entende-se adesão ao tratamento ou adesão terapêutica como o grau em que o usuário é capaz de assimilar e incorporar em sua vida, voluntariamente, as orientações dos profissionais de saúde envolvidos no tratamento de sua doença. A adesão ao tratamento em usuários crônicos representa a extensão no qual o comportamento da pessoa coincide com o aconselhamento dado pelo profissional de saúde, contemplando três estágios (SOARES et al., 1997):

- Concordância, no qual o indivíduo, inicialmente, concorda com o tratamento, seguindo as recomendações dadas pelos profissionais da saúde. Existe, frequentemente, uma boa supervisão, assim como uma elevada eficácia do

tratamento.

- Adesão, fase de transição entre os cuidados prestados pelos profissionais de saúde e o autocuidado, no qual, com uma vigilância limitada, o doente continua com o seu tratamento, o que implica uma grande participação e controle da sua parte.
- Manutenção, quando, já sem vigilância (ou vigilância limitada), o doente incorpora o tratamento no seu estilo de vida, possuindo um determinado nível de autocontrole sobre os novos comportamentos.

Porém, a falta de adesão do usuário, ou seja, a dificuldade do usuário em usar a medicação prescrita, seguir a dieta ou modificar seu estilo de vida, de acordo com as orientações da equipe multidisciplinar, é um problema sempre presente na prática clínica (FARIA, 2008).

Sabemos que melhorar a adesão ao tratamento não é fácil e a tentativa de construção de propostas de intervenção precisa de intervenções baseada nos recursos tecnológicos, educativos e comportamentais da população e do serviço de saúde (CHAVES et al., 2006)

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Segundo Campos, Faria e Santos (2010, p. 26), define-se problema “como a discrepância entre uma situação real e uma situação ideal ou desejada”. Estes diferem de acordo com seu grau de complexidade, sendo que num processo de planejamento devem ser propostas intervenções sobre os problemas quase estruturados ou com grande dificuldade para seu enfrentamento. A Estimativa Rápida tem a vantagem de permitir abordagem rápida, a baixo custo possibilitando a participação da comunidade e facilitando o trabalho interssetorial.

Por meio da análise situacional, foram avaliadas as principais características epidemiológicas da população, e foi possível levantar os principais problemas que a afetam. Em seguida, foi realizada a priorização dos problemas encontrados, e como nesse momento não poderiam ser resolvidos ao mesmo tempo, considerou-se a importância, urgência e capacidade de enfrentamento para se propor esta intervenção.

Quadro 2 - Priorização dos principais problemas da equipe da Área 23 da UAPS Santa Cruz em Juiz de Fora/Minas Gerais.

Priorização dos principais problemas da equipe da Área 23 da UAPS Santa Cruz em Juiz de Fora/ Minas Gerais.				
Principais problemas da saúde	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento pela equipe	Seleção
Alta prevalência de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus.	Alta	9	Parcial	1
Baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão e Diabetes mellitus.	Alta	9	Parcial	2
Alto índice de uso de drogas ilícitas e álcool.	Alta	6	Parcial	4
Alta incidência de doenças psiquiátricas e consumo de psicofármacos.	Alta	7	Parcial	3
Presença de gravidez em adolescentes.	Alta	8	Parcial	3
Baixa condição socioeconômica.	Alta	3	Fora	5

Quadro 3- Desenho de operações para os nós críticos do problema baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários Hipertensos e Diabéticos da Área 23 da UAPS Santa Cruz em Juiz de Fora/ Minas Gerais.

Desenho de operações para os nós críticos do problema baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários Hipertensos e Diabéticos da Área 23 da UAPS Santa Cruz em Juiz de Fora/Minas Gerais.				
Nó crítico	Operação/ projeto	Resultado	Produtos esperados	Recursos necessários
Modificar estilo de vida inadequado.	<p>Boa saúde Realizar com mais frequências as palestras sobre estilo de vida saudável.</p> <p>Incorporar aos usuários ao programa de caminhadas da comunidade.</p>	<p>Aumentar o nível de conhecimentos sobre estilos de vida saudável e boa alimentação.</p> <p>Aumentar a atividade física da pessoa e diminuir o risco de infartos do miocárdio.</p>	Estilo de vida saudável, mediante orientações pela equipe da saúde da família e avaliações na consultas e visitas domiciliais. Participação ativa da “caminhadas pela vida”.	<p><u>Organizacionais:</u> Organizar as agendas das palestras.</p> <p><u>Políticos:</u> Convencer aos usuários assistir à consultas e palestras.</p> <p><u>Financeiros:</u> Repartir folhetos educativos, capacitação do pessoal</p>
População pouco informada sobre os riscos da hipertensão arterial e Diabetes mellitus.	<p>Menor risco/ mais vida Aumentar os conhecimentos sobre os riscos para as pessoas diabéticas, hipertensas e população geral.</p>	Diminuir os agravos e aparições dos riscos cardiovasculares em estádios iniciais.	Prevenção dos riscos cardiovasculares, mediante cheque os gerais solicitados pela medica e enfermeira nas consultas.	<p><u>Financeiros:</u> Realização das palestras, folhetos educativas para as ACS e usuários da UAPS.</p> <p><u>Organizacionais:</u> Convites para confirmar a presença nas consultas.</p>
Investigação de usuários com fatores de risco para o diagnóstico	<p>Identificando... Fazer campanha de rastreamento de Hipertensão e Diabetes em indivíduos com</p>	Diagnóstico inicial de usuários e controle da PA e glicemia dos	Classificação e estratificação de risco cardiovascular dos usuários	<p><u>Financeiros:</u> Uso de glicômetro, fitas reagentes, luvas, antissépticos e esfigmomanômetr</p>

de caso e controle de doentes.	condições de risco e portadores do Hipertensão arterial e Diabetes mellitus.	doentes.	Hipertensos e Diabéticos, pela doutora nas consultas.	o para ferir a PA, e glicemia capilar.
Frágil cobertura dos serviços de saúde para a população de risco de Hipertenso e Diabéticos.	<p>Comunidade ativa</p> <p>Realizar acompanhamento clínico e domiciliar.</p> <p>Realizar encaminhamentos para outros níveis de maior complexidade. Atendimento das intercorrências ou complicações.</p>	<p>Maior controle da HAS e DM, redução de possíveis complicações e maior adesão ao tratamento.</p> <p>Fortalecimento do trabalho em equipe e direcionamento das ações.</p>	<p>Melhor acompanhamento e controle dos usuários com Hipertensão arterial e Diabetes mellitus. Realizado pela ESF.</p> <p>Minimização das complicações.</p> <p>Adesão ao tratamento dos usuários. Menor número de usuários com intercorrências ou complicações.</p>	<p>Cognitivo: Capacitação do pessoal.</p> <p>Financeiros: Aumento de insumos para cadastros, registros de acompanhamento, insumos de medicamentos, material educativo e insumos clínicos.</p> <p>Organizacionais: Atendimento por meio de protocolos e linha guia de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus.</p>

Quadro 4 - Identificação dos recursos críticos para reduzir a baixa adesão ao tratamento dos usuários Hipertenso e Diabéticos da Área 23 da UAPS Santa Cruz em Juiz de Fora/ Minas Gerais.

Recursos críticos para reduzir a baixa adesão ao tratamento dos usuários Hipertenso e Diabéticos da Área 23 da UAPS Santa Cruz em Juiz de Fora/ Minas Gerais.	
Operação/ Projeto	Recursos Críticos
<p>Boa Saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar com mais frequências as palestras sobre estilo de vida saudável. - Incorporar aos usuários ao programa de caminhadas da comunidade. 	<p><u>Organizacionais</u>: Planejamento para organizar as agendas das palestras.</p> <p><u>Políticos</u>: Conseguir que aos usuários assistam à consultas e palestras realizadas.</p> <p><u>Financeiros</u>: Para elaborar os folhetos educativos, aquisição de recursos audiovisuais e capacitar do pessoal.</p>
<p>Menor risco/ mais vida.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumentar os conhecimentos sobre os riscos para as pessoas diabéticas, hipertensas e população geral. 	<p><u>Financeiros</u>: Para a realização das palestras, folhetos educativos para as ACS e usuários da UAPS.</p> <p><u>Organizacionais</u>: Por parte da equipe para confirmar a presença dos usuários nas consultas.</p>
<p>Identificar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fazer campanha de rastreamento de Hipertensão e Diabetes em indivíduos com condições de risco e portadores do Hipertensão arterial e Diabetes mellitus. 	<p><u>Financeiros</u>: Para aquisição de glicômetro, fitas reagentes, luvas, antissépticos e esfigmomanômetro.</p>

Quadro 5- Análise de viabilidade do plano para reduzir a baixa adesão ao tratamento dos usuários Hipertensos e Diabéticos da área 23 da UAPS Santa Cruz em Juiz de Fora/Minas Gerais.

Análise de viabilidade do plano para reduzir a baixa adesão ao tratamento dos usuários Hipertensos e Diabéticos da Área 23 da UAPS Santa Cruz em Juiz de Fora/ Minas Gerais.				
Operações/Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
<p>Boa Saúde. - Realizar com mais frequências as palestras sobre estilo de vida saudável.</p> <p>- Incorporar aos usuários ao programa de caminhadas da comunidade.</p>	<p><u>Organizacionais:</u> Planejamento para organizar as agendas das palestras.</p> <p><u>Políticos:</u> Conseguir que aos usuários assistam à consultas e palestras realizadas.</p> <p><u>Financeiros:</u> Para elaborar os folhetos educativos, aquisição de recursos audiovisuais e capacitar do pessoal.</p>	Equipe de saúde as família.	Favorável.	Apresentar o projeto para a equipe de saúde.
<p>Menor risco/ mais vida. Aumentar os conhecimentos sobre os riscos para as pessoas diabéticas, hipertensas e população geral.</p>	<p>Financeiros: Para a realização das palestras, folhetos educativos para as ACS e usuários da UAPS.</p> <p>Organizacional: Por parte da equipe para confirmar a presença dos usuários nas consultas.</p>	Medico, enfermeira e ACS.	Favorável.	Apresentar o projeto para a equipe de saúde.
<p>Identificar. - Fazer campanha de rastreamento de Hipertensão e Diabetes em indivíduos com condições de risco e</p>	<p>Financeiros: Para aquisição de glicômetro, fitas reagentes, luvas, antissépticos e esfigmomanômetro.</p>	Equipe de saúde da família.	Favorável.	Apresentar o projeto para a equipe de saúde.

portadores do Hipertensão arterial e Diabetes mellitus.				
<p>Comunidade ativa.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar acompanhamento clínico e domiciliar. - Realizar encaminhamentos para outros níveis de maior complexidade. Atendimento das intercorrências ou complicações. 	<p>Financeiros: Para aquisição de insumos para cadastros, registros, insumos de medicamentos, material educativo e insumos clínicos.</p> <p>Organizacional: Agendamento segundo os protocolos e linha guia de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus.</p>	Médico e Equipe de Saúde da Família.	Favorável.	Apresentar o projeto para a equipe de saúde.

Quadro 6 - Plano operativo para reduzir a baixa adesão ao tratamento dos usuários Hipertensos e Diabéticos da Área 23 da UAPS Santa Cruz em Juiz de Fora/ Minas Gerais.

Plano operativo para reduzir a baixa adesão ao tratamento dos usuários Hipertensos e Diabéticos da Área 23 da UAPS Santa Cruz em Juiz de Fora / Minas Gerais.					
Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsáveis	Prazo
Boa Saúde.	Aumento do nível de conhecimentos sobre estilos de vida saudável e boa alimentação. Aumentar a atividade física da pessoa e diminuir o risco de infartos do miocárdio.	Estilo de vida saudável, mediante orientações pela equipe da saúde da família e avaliações na consultas e visitas domiciliais. Participação ativa da “caminhadas pela vida”.	Apresentar o projeto para a equipe de saúde.	Equipe de saúde da família.	Mensal.
Menor risco/ mais vida	Diminuição dos agravos e aparições dos riscos cardiovasculares em estádios iniciais.	Prevenção dos riscos cardiovasculares, mediante cheque os gerais solicitados pela medica e enfermeira nas consultas.	Apresentar o projeto para a equipe de saúde.	Medico, enfermeira e ACS.	Trimestral
Identificar	Diagnóstico inicial de usuários e controle da PA e glicemia dos doentes.	Classificação e estratificação de risco cardiovascular dos usuários Hipertensos e Diabéticos, pela medica nas consultas.	Apresentar o projeto para a equipe de saúde.	Equipe de saúde da família.	Semestral
Comunidade e ativa	Maior controle dos usuários com HAS e DM, redução de possíveis	Melhor acompanhamento e controle dos usuários com	Apresentar o projeto para a equipe de	Equipe de saúde da família.	Permanente.

	<p>Complicações e maior adesão ao tratamento.</p> <p>Fortalecimento do trabalho em equipe e direcionamento das ações.</p>	<p>Hipertensão arterial e Diabetes mellitus.</p> <p>Minimização das complicações.</p> <p>Adesão ao tratamento dos usuários. Menor número de usuários com intercorrências ou complicações.</p>	saúde.		
--	---	---	--------	--	--

Quadro 7 - Planilha de acompanhamento das operações propostas para reduzir a baixa adesão ao tratamento em usuários Hipertensos e Diabéticos da Área 23 da UAPS Santa Cruz em Juiz de Fora/ Minas Gerais.

Planilha de acompanhamento das operações propostas para reduzir a baixa adesão ao tratamento em usuários Hipertenso e Diabéticos da Área 23 da UAPS Santa Cruz em Juiz de Fora/ Minas Gerais.				
Operação “Boa saúde”				
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa
<p>Estilo de vida saudável mediante orientações pela equipe da saúde da família e avaliações na consultas e visitas domiciliais.</p> <p>Participação ativa da “caminhadas pela vida”.</p>	Equipe de saúde da família.	Mensal.	Programa a ser implementado.	<p>Modificar o estilo de vida inadequado.</p> <p>Evitar os agravos dependentes do estilo de vida.</p>
Operação “Menor risco/mais vida”				
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa
Prevenção dos riscos cardiovasculares, mediante cheque os gerais solicitados pela medica e enfermeira nas consultas.	Medico, enfermagem e ACS.	Trimestral.	Programa a ser implementado.	Equipe incompleta (férias de um agente e enfermagem afastamento por gravidez).
Operação “Identificar”				
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa
<p>Realizar a classificação e estratificação de risco cardiovascular dos usuários Hipertensos e Diabéticos, pela doutora nas consultas.</p> <p>Solicitar exames complementários, pela enfermeira e medica.</p>	Medico e enfermagem.	Semestral.	Programa a ser implementado.	Troca de enfermagem.
Operação “Comunidade ativa”				
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa

<p>Melhor acompanhamento e controle dos usuários com Hipertensão arterial e Diabetes mellitus.</p> <p>Minimização das complicações.</p> <p>Adesão ao tratamento dos usuários. Menor número de usuários com intercorrências ou complicações.</p>	<p>Equipe de saúde da família.</p>	<p>Permanente.</p>	<p>Programa a ser implementado.</p>	<p>UAPS em restauração, férias da equipe e afastamento de agentes comunitários de saúde.</p>
---	------------------------------------	--------------------	-------------------------------------	--

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espero que este trabalho possa contribuir para reduzir a morbidade e a mortalidade relacionada aos usuários hipertensos e diabéticos da UAPS de Santa Cruz e melhorar na qualidade de vida dos mesmos.

Para que este projeto seja concretizado, é necessária a participação de toda a equipe de saúde e multidisciplinar da equipe da área 23 da UBS Santa Cruz em Juiz de Fora/Minas Gerais. A adesão ao tratamento dos usuários hipertensos e diabéticos requer aumento das consultas individuais e grupais dos usuários, segundo as linhas guias e orientações do Ministério da Saúde.

O emprego da metodologia do Planejamento Estratégico Situacional permitiu a formulação de propostas baseadas em evidências e com grande chance de serem resolutivas.

A responsabilidade do tratamento da Hipertensão arterial e do Diabetes mellitus deve ser compartilhada entre o usuário, familiares e profissionais de Saúde.

REFERÊNCIAS

ATLAS DO DIABETES - ATUALIZAÇÃO. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. International Diabetes Federation. 7ed. 2015. Disponível:

<<http://www.diabetes.org.br/images/2015/atlas-idf-2015.pdf>>. Acesso em: maio. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. Informe Técnico 1993. Disponível em :[http:// www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em: out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: 2006b. 64p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 1 ed. Brasília: 2006a. 58p. (Cadernos de Atenção Básica; n.15) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n.36). Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. 4 ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2007. 68p. (Série E. Legislação em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006:v.4). Disponível em: <http://www.saude.gov.br.dab>>. Acesso em: mar. 2016.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. Planejamento e avaliação das ações em saúde. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CHAVES, Emília Soares et al. Eficácia de programas de educação para adultos portadores de hipertensão arterial. Revista Brasileira de enfermagem. Brasília, v 59, n.4, p. 543-7, Aug.2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10,1590/S0034-71672006000400013>>. Acesso em: out. 2016.

FARIA, Heloisa Turcatto Gimenes. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. Ribeirão Preto, 2008. Dissertação (Mestrado – Programa de Pós –Graduação em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usd.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-12032008-100144/pt-br.php>>. Acesso em: jul. 2016.

GUALANDRO, DM. et al. I Diretriz de Sobre Aspectos Específicos de Diabetes (tipo 2) Relacionados à Cardiologia. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Rio de Janeiro, v. 102, n. 5, p. 1-30, 2014. Suplemento 1.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE Cidades@ Minas Gerais, 2015. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=313670>>. Acesso em: 16 abr. 2016.

MAIA, FFR; ARAÚJO, LR. Projeto Diabetes Weekend. Proposta de educação em diabetes mellitus tipo 1. Arq Bras Endocrinol Metab. V 46, n. 5, p. 550-556, out. 2002. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/abem/v46n5/13403.pdf>>. Acesso em: ago. 2016.

OLIVEIRA, J.E.P; VENCIO, S. (org.). DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES: 2013-2014/ Sociedade Brasileira de Diabetes. Ed. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.

OMS, OPS. Acerca de Diabetes. 2015. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6717&Itemid=39447>. Acesso em: 09 jun.2015.

PAULA, C. F. de; ANDRADE, T. C. B. Atuação do enfermeiro na prevenção de hipertensão arterial e diabetes mellitus na família. Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, agrárias e da Saúde, Bauru: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho- UNESP, Marília, v 16, n.1, 2012. Disponível em: <<http://www.readalyc.org/articulo.oa?id=26025372010>>. Acesso em: jun. 2016.

PREFEITURA DE JUIZ DE FORA. A cidade, 2006. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/cidade/caracteristicas_gerais.php>. Acesso em: mar. 2015.

PREFEITURA DE JUIZ DE FORA. A cidade, 2014. Disponível em: <<http://www.pjf.mg.gov.br/cidade/historia.php>>. Acesso em: mar. 2015.

PREFEITURA DE JUIZ DE FORA. População, 2010. Disponível em: <<http://populacao.net.br/populacao-santa-cruz-juiz-de-fora mg.html>>. Acesso em: jun. 2015.

SILVA, DIEGO AUGUSTO SANTOS, et al. Pré hipertensão e hipertensão em adultos de Florianópolis: estudo de base populacional. Rev Saúde Pública 2012;46(6)988-98. Disponível em: www.scielosp.org/pdf/rsp/v46n6/08.pdf. <[Http://dx.doi.org/10,1590/S0034-89102012000600008](http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000600008)>. Acesso: abr.2016.

SOARES, M.C; et al. O efeito do fornecimento da informação na ansiedade pós-operatória numa população de pacientes candidatos a cirurgia cardíaca. In: Actas do 2 Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. 1997; Lisboa.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol v.95 (1supl.1), p. 1-51. 2010.

WHO. Doenças não Transmissíveis. 2015. Disponível em:
<[http:// www.who.int /mediacentre/factsheets/fs355/es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/)>. Acesso: 08 jun. 2015.