

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO NA SAÚDE DA FAMÍLIA

NALINE SILVA JAQUES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO QUE VISA AUMENTAR A ADESÃO AO
TRATAMENTO DE PACIENTES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE BELO
HORIZONTE, MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE/ MINAS GERAIS

2018

NALINE SILVA JAQUES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO QUE VISA AUMENTAR A ADESÃO
AO TRATAMENTO DE PACIENTES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE BELO
HORIZONTE, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Prof^a Dra. Eliana Aparecida Villa

BELO HORIZONTE/ MINAS GERAIS

2018

NALINE SILVA JAQUES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO QUE VISA AUMENTAR A ADESÃO AO
TRATAMENTO DE PACIENTES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE BELO
HORIZONTE, MINAS GERAIS.**

Banca examinadora

Profª Dra. Eliana Aparecida Villa - orientadora

Profª Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 24 de abril de 2018.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos pacientes e à minha equipe de trabalho da Unidade Básica de Saúde Cabana.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora Eliana, pela ajuda e dedicação neste trabalho.

A minha família e Henrique pelo apoio e carinho.

A toda minha equipe de trabalho pelo empenho na coleta de dados e aos pacientes, que são a motivação do meu esforço para elaboração deste projeto.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus tipo 2 são doenças crônicas que contribuem direta ou indiretamente para a morte por doenças cardiovasculares. Considerando o elevado número de pacientes com descontrole glicêmico e pressórico observados durante consultas médicas, bem como a gravidade dos desfechos das doenças cardiovasculares quando o tratamento medicamentoso é inadequado, considerou-se necessária uma intervenção. Tal projeto de intervenção objetivou melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes hipertensos e diabéticos atendidos pela Equipe 01 da Unidade Básica de Saúde Cabana, em Belo Horizonte, Minas Gerais. O plano de ação foi baseado no método do Planejamento Estratégico Situacional. Foi também realizada uma revisão bibliográfica, com base em materiais disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde, em documentos e base de dados do Ministério da Saúde e diretrizes de sociedades brasileiras de especialidades médicas, buscando dar sustentação teórica ao projeto de intervenção. A proposta baseou-se na confecção de material autoexplicativo para adequado armazenamento de medicamentos de uso diário dos usuários e capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus tipo 2. Busca-se, desse modo, que os Agentes Comunitários de Saúde possam ser multiplicadores das informações em visitas domiciliares procurando manter a população melhor informada sobre sua doença e tratamento e, conseqüentemente, melhorar a adesão medicamentosa e seus efeitos. Assim, espera-se ampliar a atenção dedicada aos pacientes portadores das referidas afecções e reduzir a morbimortalidade na população da área de abrangência da Equipe 01 da Unidade Básica de Saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde. Estratégia Saúde da Família. Hipertensão. Diabetes *Mellitus*.

ABSTRACT

The Systemic Arterial Hypertension and Type 2 Diabetes Mellitus are chronic diseases that contribute directly or indirectly to deaths caused by cardiovascular diseases. Considering the high number of patients with uncontrolled glycemic and blood pressure observed during medical visits, as well as the severity of the cardiovascular disease consequences occurred when the drug treatment is inappropriate, a project of intervention was considered necessary. The project aims to improve the adherence to the drug treatment of hypertensives and diabetics patients cared for by Team 01 of the Basic Health Unit Cabana, in Belo Horizonte, Minas Gerais. The action plan was based on the Strategic Situational Planning method. In order to give theoretical support to the project, a bibliographic review was carried out based on materials available at the Virtual Health Library, in documents and database of the Ministry of Health and guidelines of Brazilian societies of medical specialties. The proposition was based on the preparation of self-explanatory material for appropriate storing of medications for daily use and training of Community Health Agents about Systemic Arterial Hypertension and Type 2 Diabetes Mellitus. Therefore, it is expected that the Community Health Agents become multipliers of information during the monthly home visits, in order to keep the population well informed about their illness under treatment and, consequently, to improve drug adherence and its effects. Thus, it is hoped to increase the attention dedicated to patients with these conditions and to reduce morbidity and mortality in the population of the area covered by Team 01 of the Basic Health Unit.

Key words: Key words: Hypertension. Diabetes Mellitus. Community Health Workers. Indicators of Morbidity and Mortality. Chronic Disease.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CV	Cardiovascular
DCV	Doença Cardiovascular
DM	Diabetes Mellitus
DM2	Diabetes Mellitus Tipo 2
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde 01, Unidade Básica de Saúde Cabana, município de Belo Horizonte, Minas Gerais.	14
Quadro 2 - Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade.	21
Quadro 3 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Baixa adesão medicamentosa e baixo sucesso terapêutico, de doenças crônicas (HAS e DM2)”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 01, CS Cabana, do município Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.	32
Quadro 4 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Baixa adesão medicamentosa e baixo sucesso terapêutico, principalmente de doenças crônicas (HAS e DM2)”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 01, CS Cabana, do município Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.	34

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA	16
3 OBJETIVOS	18
4 METODOLOGIA	19
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	21
5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	21
5.2 Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2)	24
5.3 Relação HAS e DM	27
5.4 Trabalho educativo com pacientes portadores de doenças crônicas...	28
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	30
6.1 Descrição do problema selecionado.....	30
6.2 Explicação do problema selecionado	30
6.3 Seleção dos nós críticos	30
6.4 Desenho das operações.....	31
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	37

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município de Belo Horizonte

Belo Horizonte é um município com 2.523.794 habitantes (IBGE, 2017) e é a capital do Estado de Minas Gerais. Em 2010 viviam 2.375.151 pessoas no município. O PIB per capita é de R\$ 35.187,85 (IBGE, 2014) e o índice de desenvolvimento humano municipal é de 0,810 (IBGE, 2010).

Belo Horizonte é uma das maiores cidades do país e, como tal, conta com um amplo sistema educacional. A Rede Municipal de Educação (RME) atende, prioritariamente, alunos da Educação Infantil (0 a 5 anos) e do Fundamental (6 a 14), mas também fazem parte do público das escolas municipais estudantes da Educação de Jovens e Adultos (EJA). Atualmente, os números demonstram isso, a são mais de 190 mil alunos em mais de 500 estabelecimentos ligados à Rede Municipal (BELO HORIZONTE, 2017).

Quanto à área de lazer e qualidade de vida, a Secretaria Municipal de Esportes e Lazer (SMEL) tem os seguintes programas: *Caminhar*, com avaliações físicas em cidadãos de diferentes faixas etárias em nove pistas de caminhadas, e o *Vida Ativa*, que realiza atividades para a comunidade acima dos 50 anos em 41 núcleos regionalizados e 10 Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) (BELO HORIZONTE, 2017).

1.2 O Sistema Municipal de Saúde

A rede de saúde de Belo Horizonte é subdividida em nove áreas administrativas regionais (Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova) que correspondem aos distritos sanitários, caracterizando o sistema em nível local, distribuindo os serviços de saúde regionalmente. Belo Horizonte desempenha a função de município pólo macrorregional e recebe pacientes de outros municípios do Estado para obtenção de serviços de saúde de maior nível de complexidade.

Belo Horizonte possui 152 centros de saúde, 588 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), e dois Hospitais municipais: Hospital Metropolitano Odilon Behrens e o Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro.

Conforme informações da Prefeitura (BELO HORIZONTE, 2017) o município conta com oito Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM), três Centros de Referência em Saúde Mental Álcool e outras drogas (CERSAM-AD) e dois Centros de Referência em Saúde mental infantil (CERSAMi). Possui ainda nove Centros de Convivência.

Os pacientes da atenção primária quando são encaminhados à atenção especializada podem ser acompanhados em cinco Unidades de Referência Secundária (URS), nove Centros de Especialidades Médicas (CEM), quatro Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), quatro Centros de Reabilitação (CREAB), dois Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), dois Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), um Centro Municipal de Oftalmologia (CMO), um Centro Municipal de Diagnóstico por Imagem (CMDI).

A rede de Urgência e Emergência é constituída por nove Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), um Serviço de Urgência Psiquiátrica Noturno (SUP) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

A rede de apoio ao diagnóstico possui cinco laboratórios distritais, um laboratório central, um laboratório de Doenças Sexualmente Transmissíveis e nove laboratórios de UPA.

A Vigilância em Saúde é composta por um Laboratório de Bromatologia, um Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIE), um Laboratório de Zoonoses, um Centro de Controle de Zoonoses, quatro centros de esterilização de cães e gatos, uma Unidade Móvel de Castração e o Serviço de Atenção ao Viajante.

Na área de promoção à saúde o município possui 76 Academias da Cidade em funcionamento, com mais de 20 mil alunos e 127 locais que promovem a prática Lian Gong.

O Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte foi criado em 3 de junho de 1991, apresenta funcionamento em caráter permanente, deliberativo e colegiado e os conselheiros se reúnem uma vez a cada mês (BELO HORIZONTE, 2017).

1.3 A Equipe de Saúde da Família Cabana, seu território e sua população

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Cabana faz parte da regional Oeste e possui seis equipes de Saúde da Família atuantes. Está localizada em uma rua movimentada do bairro Jardinópolis a poucos metros da Avenida Amazonas, uma grande via que dá acesso ao centro comercial de Belo Horizonte. A estrutura da Unidade não é própria, corresponde a um galpão, adaptado para ser uma Unidade de Saúde.

O Centro de Saúde funciona das 07:00h às 18:00h, com escala reduzida de profissionais nas duas últimas horas do expediente (através de escalas), pois a maioria dos funcionários encerra suas atividades às 16h diariamente. A UBS fica aberta de segunda a sexta-feira.

A população assistida pela equipe 01 é composta por 2260 indivíduos, segundo relatório de indicadores da Prefeitura de Belo Horizonte de 2017, atualizado em 13/08/17 (BELO HORIZONTE, 2017). Segundo registros dos ACSs da equipe, dos 2260 pacientes da área adscrita, 209 são hipertensos e 73 possuem diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2).

Todas as famílias assistidas possuem coleta de lixo, abastecimento de água e esgoto públicos. A baixa escolaridade é elevada, principalmente entre os idosos. A comunidade possui em seu entorno escolas estaduais e municipais, creches comunitárias, casa de acolhimento a adolescentes grávidas e crianças, porém carece de opções de lazer para os moradores.

A equipe 01 é formada por uma médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, três Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma dentista e uma auxiliar de consultório dentário. A agenda dos profissionais da equipe está dividida diariamente para atendimentos da demanda espontânea (triagem segundo Manchester) e os atendimentos agendados que englobam a atenção à saúde da mulher, pré-natal, visitas domiciliares, atendimento a hipertensos e diabéticos, puericultura e saúde mental. Semanalmente é realizada a reunião de equipe onde são repassados os casos de pacientes, dificuldades observadas no processo de trabalho, planos, pendências, etc.

Mensalmente a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (farmacêutica, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudióloga)

comparece à reunião para referência e contra referência dos pacientes. Os pacientes que demandam cuidados pelos profissionais do NASF são referenciados à equipe com o quadro clínico apresentado. As condutas e tratamentos realizados pelos profissionais do NASF são expostos em reunião para conhecimento do restante da equipe.

1.4 Problemas de saúde do território e da comunidade

A partir do diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe 1, foram identificados os principais problemas enfrentados, tais como: baixa adesão medicamentosa e descontrolado de doenças crônicas como hipertensão e diabetes; número elevado de casos de sífilis notificados na equipe; alta morbimortalidade por doenças cardiovasculares; moradias com condições precárias de higiene, segurança, conforto e ventilação e pacientes pouco envolvidos com promoção da saúde e autocuidado.

A partir da observação ativa da área, análise de registros escritos, consultas médicas e coleta de dados realizados pelos membros da equipe, foram identificados os principais problemas e priorizados considerando a importância, necessidade e viabilidade de enfrentamento.

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde 01, Unidade Básica de Saúde Cabana, município de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Problemas	Importância	Urgência**	Capacidade de enfrentamento	Seleção/ Priorização
Baixa adesão medicamentosa e baixo sucesso terapêutico, principalmente de doenças crônicas (HAS e DM2).	Alta	7	Dentro	1
Alta morbimortalidade por doenças cardiovasculares.	Alta	7	Parcial	2
Número elevado de casos de sífilis notificados na equipe.	Alta	5	Parcial	3
Pacientes pouco envolvidos com	Alta	5	Dentro	4

promoção da saúde e autocuidado.				
Moradias com condições precárias de higiene, segurança, conforto e ventilação.	Alta	4	Fora	5

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30.

1.5 Priorizações dos problemas

Levando em consideração a observação do alto número de pacientes com descontrole glicêmico e pressórico durante consultas médicas, e a gravidade dos desfechos das doenças cardiovasculares (DM2 e HAS) quando o tratamento medicamentoso é inadequado, a equipe optou por elaborar um plano de ação voltado para a capacitação de agentes comunitários de saúde (ACSs). Essa capacitação visa a abordagem de hipertensos e diabéticos nas visitas domiciliares, com o objetivo de melhorar o controle de doenças crônicas através de esclarecimentos sobre as enfermidades, uso correto de medicações, importância do tratamento e potenciais riscos/desfechos desfavoráveis do descontrole de doenças crônicas.

2 JUSTIFICATIVA

A baixa adesão ao tratamento medicamentoso, principalmente entre os pacientes hipertensos e diabéticos, é um problema que chama atenção da equipe 01 da UBS Cabana. O descontrole de doenças crônicas, como a hipertensão arterial sistêmica e diabetes melittus, pode acarretar em desfechos ruins e elevar consideravelmente a morbimortalidade por doenças cardiovasculares.

Segundo a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial de 2016, no Brasil, a hipertensão arterial atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, principalmente os idosos (aproximadamente 60%), contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular. As complicações da hipertensão arterial sistêmica (cardíacas, renais e Acidente Vascular Encefálico) junto com diabetes melittus impactam diretamente na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, além de serem ainda responsáveis por alta frequência de internações, com custos socioeconômicos elevados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Verifica-se que a maioria dos pacientes hipertensos e diabéticos da área de abrangência da equipe não tem conhecimento básico sobre a doença, sua origem, consequências do descontrole, os fatores de risco envolvidos e as possibilidades de benefício do tratamento. A causa da baixa adesão medicamentosa está diretamente relacionada à baixa escolaridade/nível de informação dos pacientes a respeito da própria doença e à reduzida condição socioeconômica. Os pacientes, por não entenderem os horários corretos das medicações e a importância do uso, os riscos e possíveis complicações do descontrole das doenças, apresentam dificuldade para seguir as recomendações realizadas durante consultas médicas, gerando descontrole glicêmico e pressórico e conseqüentemente elevando a morbimortalidade por doenças cardiovasculares.

Diante do exposto, percebendo-se a gravidade dos desfechos das doenças cardiovasculares (DM2 e HAS) quando o tratamento medicamentoso é inadequado, a equipe considerou fundamental propor uma intervenção que vise minimizar o problema identificado. Com isso, é extremamente relevante o empenho dos profissionais da equipe 01 para desenvolver esse projeto que objetiva aumentar o nível de informação da população sobre os riscos cardiovasculares e sobre a

importância do uso correto e contínuo de medicações para reduzir os desfechos desfavoráveis das doenças.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral:

Elaborar um projeto de intervenção que visa melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes hipertensos e diabéticos atendidos pela Equipe 01 da Unidade Básica de Saúde Cabana, em Belo Horizonte, Minas Gerais.

3.2 Específicos:

Promover capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da equipe sobre conhecimento básico das doenças (hipertensão e diabetes), fatores de risco associados, possíveis consequências do tratamento inadequado e benefícios do tratamento, objetivando o repasse das informações aos pacientes durante visitas domiciliares mensais.

Propor confecção de material para guardar medicamentos com desenhos autoexplicativos dos horários corretos do uso das drogas.

Propor mecanismos de monitoramento da organização de medicações no material confeccionado.

4 METODOLOGIA

O diagnóstico situacional foi feito baseando-se no Método Simplificado do Planejamento Estratégico Situacional (PES) que preconiza o desenvolvimento de um plano de ação como um processo participativo que leva em consideração os pontos de vista de diferentes setores sociais (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Existem quatro passos ou etapas, com uma sequência lógica de atividades, que compõem o método de planejamento. São eles: momento explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. O momento explicativo objetiva conhecer a situação atual através de uma leitura dinâmica da realidade realizada por diversos atores. O normativo visa a formulação de soluções para os problemas enfrentados; O momento estratégico busca viabilizar as propostas de solução e o tático-operacional corresponde ao momento de execução do plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O diagnóstico situacional da área adscrita da equipe 01 da Unidade Básica de Saúde Cabana foi realizado através do método da estimativa rápida que segundo Campos, Faria e Santos (2010) consiste na identificação, de forma rápida e com baixos custos, dos problemas de determinada comunidade visando a elaboração de um plano de ação.

Os dados necessários para a identificação dos problemas foram coletados a partir de análise de registros existentes, entrevistas com informantes-chave (enfermeira, agentes comunitários de saúde) e observação ativa sobre as condições de vida da comunidade durante visitas domiciliares.

Além disso, foram coletados dados a partir de fontes como Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), livros e nos próprios registros da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e da Unidade Básica de Saúde (BELO HORIZONTE, 2017).

A partir da observação ativa da área, análise de registros escritos, consultas médicas e coleta de dados foi possível identificar os principais problemas e priorizá-los considerando a importância, necessidade e viabilidade de enfrentamento.

Visando dar sustentação teórica ao projeto de intervenção, foi realizada uma revisão bibliográfica. A revisão foi feita com base em materiais disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde, em documentos e base de dados do Ministério da

Saúde, diretrizes de Sociedades Brasileiras de especialidades médicas e artigos científicos publicados.

Por fim, foram elaborados os quadros da intervenção e suas ações para futura implementação.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A HAS é uma doença crônico-degenerativa que se caracteriza por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (maior ou igual a 140/90 mmHg). Consiste numa condição clínica multifatorial que se associa frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos alvos e alterações metabólicas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

O diagnóstico de HAS consiste na presença de níveis pressóricos maiores ou iguais a 140/90 mmHg em pelo menos 3 dias alternados, com intervalo mínimo de 01 semana (GUSSO; LOPES, 2012).

A classificação da hipertensão segue os valores de Pressão Arterial Sistólica e da Pressão Arterial Diastólica como descrito no quadro 2 retirado da 7ª Diretriz de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Quadro 2 - Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade.

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121-139	81-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥180	≥110

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016).

Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA. Considera-se hipertensão sistólica isolada se PAS ≥ 140 mmHg e PAD ≤ 90 mmHg, devendo a mesma ser a mesma classificada em estágios 1, 2 e 3 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A HAS atinge 36 milhões de brasileiros adultos (32,5%), mais de 60% dos idosos e está relacionada, direta ou indiretamente, com 50% dos óbitos por doenças cardiovasculares (DCV) que é a principal causa de morte no país (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

As DCV são responsáveis por alto número de internações, com custos socioeconômicos elevados. Os principais fatores de risco para a HAS incluem a idade, sexo e etnia, ingestão de sal, excesso de peso e obesidade, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e genética (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Todos os indivíduos hipertensos devem ter o risco cardiovascular (CV) global avaliado para auxiliar na decisão terapêutica e possibilitar uma avaliação prognóstica. Aqueles que apresentarem maior predisposição às complicações CV devem ter uma abordagem terapêutica mais rigorosa. No Brasil deve-se utilizar mais de um escore de risco para avaliação dos pacientes portadores de HAS, uma vez que não há dados brasileiros para uma avaliação mais precisa do risco CV na nossa população (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) o paciente com HAS deve ser abordado por uma equipe multiprofissional e o tratamento tem por objetivos manter os níveis pressóricos controlados de acordo com as características do paciente e reduzir o risco de Doenças Cardiovasculares (DCV), a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos. O controle da HAS depende de medidas não medicamentosas e medicamentosas.

As medidas não medicamentosas para o tratamento da HAS consistem em redução do peso corporal, reeducação alimentar, prática de atividades físicas, cessação do tabagismo, redução do estresse, entre outros (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

O tratamento medicamentoso é guiado pela classificação do estágio da hipertensão e pelo risco CV. Pacientes que se apresentam no estágio 1 e com risco CV baixo e moderado iniciarão o tratamento com uma classe de medicação anti-hipertensiva. Aqueles classificados no estágio 1 e com risco CV alto ou muito alto ou com DCV associada e os pacientes classificados no estágio 2 ou 3 com ou sem outros fatores de risco para doenças cardiovasculares iniciarão a terapia medicamentosa com combinação de fármacos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A escolha do medicamento deve ser individualizada e deve-se basear na capacidade do fármaco em reduzir a morbimortalidade CV, características individuais do paciente, doenças associadas, possíveis efeitos adversos,

contraindicações e condições socioeconômicas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). Os fármacos de primeira linha para o controle da PA são: diuréticos tiazídicos, inibidores da enzima conversora de angiotensina (iECA), bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II (BRA) e bloqueadores dos canais de cálcio (BCC). Outros medicamentos podem ser utilizados, como betabloqueadores, alfabloqueadores, vasodilatadores diretos, inibidores adrenérgicos, agonistas alfa-2 centrais e inibidores diretos da renina (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Estratégias para prevenção do desenvolvimento de HAS devem ser elaboradas e são de extrema importância, pois estimulam o diagnóstico precoce, tratamento adequado, controle da pressão arterial (PA) e de fatores de risco associados, através de modificações do estilo de vida e/ou uso contínuo de medicamentos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A abordagem do indivíduo por uma equipe multiprofissional tem como objetivo principal o controle da HAS, que não é satisfatório em nosso meio. Uma variação de 10% a 57,6% nesse controle foi evidenciada em estudos de base epidemiológica quando há abordagem de uma equipe multidisciplinar (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

5.2 Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2)

Diabetes mellitus (DM) é o termo utilizado para descrever um grupo de distúrbios metabólicos associados à intolerância à glicose e ao metabolismo inadequado de carboidratos. É caracterizado pela deficiência de secreção da insulina e/ou sua incapacidade de exercer adequadamente seus efeitos. Alterações nos metabolismos lipídico e proteico são também frequentemente observadas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016, p.192).

Segundo Alfradique (2009, apud BRASIL, 2013, p.19), o DM a cada dia aumenta sua importância devido a crescente prevalência e frequente associação com a dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares”.

O Sistema Público de Saúde possui custos elevados devido a alta morbimortalidade decorrente das complicações agudas e crônicas do DM (BRASIL, 2016). Além dos custos financeiros, há aqueles intangíveis (dor, ansiedade, redução da qualidade de vida e outros) que geram importante impacto e redução na qualidade de vida dos indivíduos com diabetes e seus familiares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

O DM pode permanecer assintomático durante anos e por esse motivo sua detecção clínica é feita frequentemente pelos seus fatores de risco (hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo, obesidade). Sendo assim, torna-se imperativo que as equipes de Atenção Básica estejam atentas aos sintomas clínicos e aos fatores de risco para o desenvolvimento de DM, além de rastreamento os pacientes que possuem alto risco de desenvolver a doença (prevenção primária) a fim de iniciar cuidados preventivos e aqueles que possuem a doença, porém desconhecem o fato (prevenção secundária) e oferecer tratamento precoce (BRASIL, 2013).

O DM tipo 2 abrange cerca de 90% dos casos de diabetes na população e possui início insidioso e sintomas mais brandos. Está diretamente relacionado a história familiar positiva para DM2 e adultos com histórico de sobrepeso (BRASIL, 2013). É caracterizado por defeitos na ação (resistência periférica) e secreção da

insulina e na regulação da produção hepática de glicose (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2016), existem três critérios aceitos para o diagnóstico de DM. São eles: sintomas de poliúria, polidipsia e perda ponderal associados a glicemia casual ≥ 200 mg/dL; glicemia de jejum ≥ 126 mg/dL e glicemia de 2 horas pós-sobrecarga de 75 gramas de glicose ≥ 200 mg/dL. Em 2010, a American Diabetes Association (ADA) modificou o critério inicial e passou a aceitar a hemoglobina glicada (HbA1c) como critério diagnóstico (HbA1c $\geq 6,5$ % a ser confirmada em outro exame) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

O tratamento do DM2 baseia-se na adoção de modificações no estilo de vida, como alimentação balanceada e saudável, prática regular de atividade física, moderação na ingestão de bebidas alcoólicas, abandono do tabagismo, associados ou não ao tratamento medicamentoso (BRASIL, 2013).

Os pacientes com diagnóstico de DM2 devem ser orientados sobre a importância da adoção de medidas para modificações do estilo de vida para um tratamento efetivo. Todos devem ser incentivados a manter uma alimentação adequada, atividade física regular, cessar o tabagismo e uso de álcool, além do controle ponderal (BRASIL, 2013).

O tratamento medicamentoso do DM2 engloba drogas administradas por via oral, chamados de antidiabéticos orais e divididos em classes de acordo com o mecanismo de ação (biguanidas, sulfonilureias, metiglinidas, inibidores da alfa-glicosidase, glitazonas, gliptinas, miméticos e análogos do GLP-1 e inibidores da SGLT₂). Essas medicações são consideradas a primeira escolha para o tratamento do DM2 quando há falhas do tratamento não medicamentoso, pois elas são capazes de reduzir a incidência de complicações, são bem aceitas pelos pacientes e possuem simplicidade de prescrição (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016; BRASIL, 2013).

Outra classe de medicações utilizadas no tratamento do DM2 são as insulinas. Essa classe de drogas deve ser utilizada quando o controle metabólico se mantém inadequado apesar da associação de metformina com uma sulfonilureia por 3 a 6 meses. Também deve ser utilizada ao diagnóstico ou na primeira avaliação quando os níveis glicêmicos estiverem maiores que 300 mg/dL,

principalmente se associados a perda ponderal, cetonúria e cetonemia (BRASIL, 2013). Os tipos de insulinas disponíveis para comercialização variam no perfil de ação. Existem as insulinas de longa ação (glargina, detemir e degludeca), ação intermediária (NPH), ação rápida (regular) e ação ultrarrápida (aspart, lispro e glulisina) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

O controle glicêmico dos indivíduos portadores de DM2 é de extrema importância, pois mantém o indivíduo assintomático e previne-se as complicações agudas e crônicas da doença, melhorando a qualidade de vida e reduzindo a mortalidade. O monitoramento do controle glicêmico (metas) pode ser realizado através da análise da glicemia de jejum, pré e pós-prandiais e da hemoglobina glicada. A partir da dosagem das glicemias, as medicações podem ser otimizadas visando o controle glicêmico respeitando as metas individuais (BRASIL, 2013).

O DM2 quando não controlado pode provocar, em longo prazo, complicações severas, especialmente em rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. Existe uma relação direta entre os níveis de glicose no sangue e a doença cardiovascular (BRASIL, 2013).

Diante disso, faz-se necessário que o controle do DM2 na atenção primária seja rigoroso a fim de evitar as complicações da doença que levam a alta morbimortalidade.

5.3 Relação HAS e DM

Segundo a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016), o risco CV dobra e há aumento da prevalência da hipertensão quando há associação entre HAS e DM. Este fato está ligado à elevação nas taxas de sobrepeso e obesidade e ao aumento da população idosa.

Aproximadamente 40% dos pacientes diabéticos tipo 2 possuem HAS. Dos portadores do tipo 1, a incidência de HAS aos 40 anos de idade chega aos 70% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no SUS é de responsabilidade da HAS e do DM. Além disso, “representam mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise” (BRASIL, 2013 p.20).

5.4 Trabalho educativo com pacientes portadores de doenças crônicas

Pacientes portadores de doenças crônicas convivem com seus problemas de saúde diariamente por longo tempo ou por toda a vida. É de extrema importância que estejam informados e capazes de lidar com suas condições. Apresentam menos sintomas, complicações e incapacidades, quando sabem compreender sua enfermidade, reconhecer os sinais de alerta de possíveis complicações e a conduta correta frente a esse acontecimento. A participação dos indivíduos, família e comunidades nas decisões sobre o seu próprio cuidado é importante para o controle de doenças crônicas (BRASIL, 2014).

As equipes de saúde da APS têm como uma de suas funções estimular o autocuidado apoiado em uma relação de diálogo e colaboração entre a equipe e os pacientes. Deve ser centrado na pessoa e no diálogo, propondo construção conjunta de um plano de cuidados entre o profissional de saúde e o indivíduo (BRASIL, 2014). Pode ser desenvolvido através de visitas domiciliares, como sugerido por este projeto.

O autocuidado possui três pilares que devem ser desenvolvidos com o portador de doença crônica, que correspondem a problemas e/ou prioridades ou mudanças necessárias identificadas pela pessoa (BRASIL, 2014).

O primeiro pilar ou grupo de problemas ou mudanças necessárias abrange o manejo clínico. Nesse pilar encontram-se os problemas/prioridades considerados comportamentais, como uso de medicações, autoferição de pressão arterial ou glicemia capilar, conhecimentos sobre a doença, sinais e sintomas de descompensação de doenças crônicas, entre outros. Neste grupo, são trabalhados os conteúdos conceituais que seriam o aprender a conhecer e aprender a fazer (BRASIL, 2014).

O segundo grupo de problemas corresponde às mudanças no estilo de vida, trabalhando o modo como o paciente irá realizar e manter as modificações frente a novos comportamentos e papéis que a doença crônica impõe. Aqui são trabalhados os conteúdos atitudinais, ou seja, aqueles que focam no aprender a ser e aprender a conviver (BRASIL, 2014).

O terceiro pilar ou grupo de problemas envolve os aspectos emocionais do paciente e a forma como ele lida, enfrenta a sua doença e possíveis

complicações. Neste grupo, deve-se trabalhar com o paciente e seus familiares os sentimentos de raiva, medo, frustração, preocupação com o futuro, estresse e tristeza, utilizando abordagens psicoterápicas e metodologias compreensivas (BRASIL, 2014).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Baixa adesão medicamentosa e baixo sucesso terapêutico, principalmente de doenças crônicas como a HAS e DM2”, na equipe 01 do Centro de Saúde Cabana, Belo Horizonte/MG, para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1 Descrição do problema selecionado

Através da observação ativa em consultas de pacientes diabéticos e hipertensos, notou-se que o descontrole pressórico e glicêmico era frequente nesses grupos de pacientes. Verificou-se através dos registros próprios da UBS que os pacientes apresentam como principal motivo de internação as doenças do aparelho circulatório e que elas ocupam o primeiro lugar nas causas de óbitos.

De acordo com o quadro 1 e através de reuniões de equipe, a baixa adesão ao tratamento medicamentoso de doenças crônicas chamou a atenção devido à possibilidade de desfechos ruins e elevação considerável da morbimortalidade por doenças cardiovasculares quando há descontrole de tratamento.

6.2 Explicação do problema selecionado

A presença de descontrole glicêmico e pressórico nos pacientes diabéticos e hipertensos pode ser explicada pela baixa escolaridade/nível de informação dos pacientes sobre a própria doença e à reduzida condição socioeconômica, acarretando em elevada morbimortalidade por doenças cardiovasculares.

6.3 Seleção dos nós críticos

Segundo Campos, Faria e Santos (2010) nó crítico corresponde à causa do problema que, ao ser abordada, é capaz de impactar o problema principal e conseqüentemente transformá-lo.

A equipe 1 selecionou os nós críticos que estavam dentro do seu poder de governabilidade a fim de ter importante impacto sobre o problema prorizado. São eles:

- Desconhecimento dos pacientes a respeito da própria doença em tratamento, suas causas, fatores de risco e complicações e sobre os benefícios do tratamento adequado;
- Baixa escolaridade: alguns pacientes não sabem ou apresentam dificuldade para ler receituários prescritos.

6.4 Desenho das operações

Utilizando como referência os nós críticos encontrados, foi elaborada uma proposta de intervenção que tem como objetivo melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso da HAS e DM2 da área de abrangência da equipe 1 da UBS Cabana.

Foram planejadas duas propostas ou operações com o objetivo de eliminar ou minimizar os nós críticos encontrados. São eles: “Capacitando ACSs” e “Confeccionando bolsas de medicamentos”. Tais projetos/operações estão delimitados nos Quadro 2 e 3, a seguir.

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Baixa adesão medicamentosa e baixo sucesso terapêutico, de doenças crônicas (HAS e DM2)”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 01, CS Cabana, do município Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Desconhecimento dos pacientes a respeito da própria doença em tratamento, suas causas, fatores de risco e complicações e sobre os benefícios do tratamento adequado.
Operação (operações)	Capacitar os agentes comunitários de saúde (ACSs) sobre hipertensão, diabetes e importância do uso adequado de medicações para serem multiplicadores das informações.
Projeto	Capacitando ACSs
Resultados esperados	População mais informada sobre sua doença em tratamento. ACS capacitados e orientando corretamente a população
Produtos esperados	Capacitação de pessoal. Usuários com HAS e DM tomando corretamente a medicação prescrita.
Recursos necessários	Cognitivo: informação sobre o tema, capacitação dos profissionais. Organizacional: definição de tarefas e responsabilização dos envolvidos Político: liberação de carga horária para a capacitação.
Recursos críticos	Político: liberação de carga horária para a capacitação.
Controle dos recursos críticos	Gerência da Unidade.
Ações estratégicas	Apresentar o projeto.
Prazo	Iniciar capacitação em 4 meses.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Médica
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Médica

Fonte: Autora, 2017.

A operação “Capacitando ACSs” propõe exposição teórica, de forma dinâmica e acessível, sobre hipertensão arterial sistêmica, diabetes melittus tipo 2 e a conscientização da importância do uso contínuo de medicações para controle dessas enfermidades para os agentes comunitários de saúde da equipe. Com a capacitação, espera-se que o ACS seja multiplicador das informações através de conversas informais durante as visitas domiciliares mensais buscando manter a população melhor informada sobre sua doença em tratamento e conseqüentemente aperfeiçoar a adesão medicamentosa.

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Baixa adesão medicamentosa e baixo sucesso terapêutico, de doenças crônicas (HAS e DM2)”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 01, CS Cabana, do município Belo Horizonte, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Baixa escolaridade: alguns pacientes não sabem ou apresentam dificuldade para ler os receituários prescritos.
Operação (operações)	Desenvolver método dinâmico e simples para separação de medicações e uso adequado das drogas.
Projeto	<i>Confecionando bolsas de medicamentos.</i>
Resultados esperados	Tratamento medicamentoso adequado.
Produtos esperados	Confecção de bolsas autoexplicativas para colocação de medicamentos. Monitoramento mensal da organização das medicações no material confeccionado.
Recursos necessários	Financeiro: confecção de bolsas de medicamentos. Organizacional: organização da agenda para visitas domiciliares mensais e controle de bolsas de medicações.
Recursos críticos	Financeiro: aquisição de recursos para confecção de bolsas de medicamentos.
Controle dos recursos críticos	Secretaria Municipal de Saúde.
Ações estratégicas	Apresentar o projeto.
Prazo	5 a 9 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Médica e ACS.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Médica.

O projeto “Confeccionando bolsas de medicamentos” visa elaborar um instrumento autoexplicativo para colocação de medicações e facilitar a utilização das drogas por parte dos pacientes. Inicialmente a equipe selecionará os pacientes que ganharão o material elaborado avaliando, através da observação ativa realizada em consultas médicas e nas visitas domiciliares, o grau de dificuldade na interpretação do receituário prescrito. Aqueles com maior dificuldade receberão o material e serão acompanhados pelo ACS que auxiliará mensalmente na organização das drogas nas bolsas de medicações.

Espera-se que com as bolsas de medicamentos autoexplicativas, que os pacientes apresentem facilidade de entendimento dos horários corretos da ingestão das medicações e a quantidade diária das drogas, tendo como consequências um melhor controle das doenças e a redução de complicações agudas e crônicas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este trabalho foi possível conhecer melhor a realidade dos pacientes pertencentes à equipe 01 do Centro de Saúde Cabana e identificar problemas frequentes na população adscrita através do diagnóstico situacional elaborado.

A baixa adesão ao tratamento medicamentoso de doenças crônicas constitui um importante problema de saúde dos indivíduos da equipe 01 e por esse motivo, trata-se de um assunto que merece destaque entre os profissionais de saúde da Equipe de Saúde da Família.

É evidente que o descontrole pressórico e glicêmico dos pacientes da equipe está diretamente relacionado à baixa escolaridade e ao desconhecimento dos usuários sobre sua própria doença. Também foi possível perceber as dificuldades enfrentadas pelos profissionais da equipe para abordar o problema e a importância de ter uma equipe preparada para dar apoio e transmitir informações a esses pacientes. Com isso, é importante o empenho dos profissionais de saúde para ampliar a atenção aos pacientes portadores de HAS e DM2.

Percebe-se que o autocuidado ainda não é trabalhado de forma efetiva com os portadores de doenças crônicas da equipe. Uma parcela significativa dos pacientes quando perguntados em consulta médica sobre sua doença, desconhecem o conceito, possíveis complicações, a importância do controle e até mesmo sobre a cronicidade das doenças. Dessa forma, é de suma importância que o cuidado seja compartilhado, envolvendo o paciente, familiares e profissionais de saúde qualificados que utilizarão o processo educacional para informar os pacientes sobre suas enfermidades, uma vez que a educação é fator que influencia diretamente no controle de doenças crônicas.

Espera-se com este projeto que os pacientes possam ter acesso a mais informações sobre suas enfermidades em tratamento, apresentem melhora do controle das doenças crônicas e, conseqüentemente, ocorra redução da morbimortalidade por doenças cardiovasculares na área de abrangência da equipe 01.

REFERÊNCIAS

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Sistema Gestão Saúde em Rede/Intranet. Belo Horizonte, 2017. Acesso em: 16 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 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. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon/UFMG. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

GUSSO, G.; LOPES, J. M.C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **IBGE@ cidades**, 2010 Disponível em:<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/belo-horizonte/panorama>>. Acesso em: 13 ago. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Brasil, v. 107, n. 3, p. 1-83, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)**. São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.