UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2015

Yoanna Carcases Cintra

Adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes na Unidade Básica de Saúde IX Centro e Vila Alta do município de Santo Antônio do Sudoeste-PR

Florianópolis, Março de 2016

Yoanna Carcases Cintra

Adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes na Unidade Básica de Saúde IX Centro e Vila Alta do município de Santo Antônio do Sudoeste-PR

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

Orientador: Anne Caroline Luz Grudtner da Silva
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016

Yoanna Carcases Cintra

Adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes na Unidade Básica de Saúde IX Centro e Vila Alta do município de Santo Antônio do Sudoeste-PR

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.

Prof. Dr. Antonio Fernando Boing
Coordenador do Curso

Anne Caroline Luz Grudtner da Silva
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016

Resumo

No Brasil, as doenças cardiovasculares representam importantes problemas de saúde pública, pois são a primeira causa de morte no país. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) constituem-se os mais importantes fatores de risco as doenças cardiovasculares. Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família configura-se como elemento-chave no desenvolvimento das ações da atenção básica em saúde para o controle da HAS e DM, através de uma equipe multidisciplinar, atuando na promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças, na manutenção da saúde e no estabelecimento de vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a comunidade. Este trabalho trata-se de um projeto de intervenção com o objetivo de avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso dos usuários hipertensos ou diabéticos da UBS IX Centro e Vila Alta, localizada no município de Santo Antônio do Sudoeste – Paraná além, de identificar os fatores que dificultam e/ou facilitam a adesão ao tratamento. Participarão desse projeto de intervenção 98 hipertensos ou diabéticos que responderão a um formulário contendo questões relativas às características sócio demográficas, clínicas, cumprimento do tratamento não farmacológico e farmacológico e elementos intervenientes na sua adesão terapêutica. As ações realizadas incluirão o cadastramento dos usuários hipertensos ou diabéticos no programa HIPERDIA, o acompanhamento dos indicadores, a formação de grupo de educação em saúde, a realização de atividades educativas para a adesão ao tratamento medicamentoso e capacitações da equipe multidisciplinar da UBS. Esperamos que este método de intervenção seja de grande importância pra a melhoria da saúde de nossa população e contribua para a educação em saúde de mais de 90% dos pacientes com doenças crônicas, além de diminuir a morbidade e mortalidade de pacientes com HAS e Diabetes Mellitus.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Saúde da Família, Diabetes Mellitus, 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 21
4.1 Cenário do estudo 21
4.2 Sujeitos da intervenção 21
4.3 Estratégias e ações 22
4.4 Avaliação e monitoramento 22

5 RESULTADOS ESPERADOS 25

REFERÊNCIAS 27

1 Introdução

Santo Antônio do Sudoeste é um município brasileiro do estado do Paraná. Faz divisa com os municípios de Ampere, Bom Jesus do Sul, Pinhal de São Bento, Pranchita, Salgado Filho e com o município Argentino de Santo Antônio, localizado na província de Missiones, com o qual faz fronteira; encontra-se separado deste pelo rio Santo Antônio e interligado por um ponte e as respectivas aduanas. Está localizado a 650 km de distância de Curitiba, capital do Estado. A população de Santo Antônioc do Sudoeste é de 18.893 habitantes, com estimativa de 19.855 habitantes para o ano 2014, e expectativa de vida de 66,1 anos (IBGE, 2013).

Os primeiros moradores a se instalarem na região foram Dom Lucas Ferreira e João Romero, oriundos da vizinha República do Paraguai, que chegaram em 1902. Eles encontraram na região grande quantidade de erva-mate nativa e, como a venda desse produto fosse vantajosa, iniciaram a sua extração e exportação para a Argentina. O surgimento efetivo do povoado, que recebeu a denominação de Santo Antônio, deu-se somente em 1912, com a chegada de um grupo de colonos tendo à frente Afonso Arrachea.

Colonizado por imigrantes vindos dos estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina, no período entre os anos de 1940 e 1950, teve crescimento acentuado devido aos ciclos da madeira e da suinocultura. Hoje a economia que movimenta o município é a agricultura, que vem perdendo espaço para a indústria de confecções, quem tem gerado emprego e renda para várias famílias do município.

Em 14 de Novembro do ano 1951, foi criado o município de Santo Antônio; que pela lei estadual n° 5322 de 10 de Maio de 1966, passou a ser denominado Santo Antônio do Sudoeste. Em 1979 começou a divisão territorial com 6 distritos, mas em 1995 foi dividido em 3 distritos: São Pedro Florida, Marianópolis e Santo Antônio do Sudoeste.

A Equipe de Saúde Familiar (ESF) Centro e Vila Alta oferece atendimento aos bairros Centro e Vila Alta. Na área encontra-se atualmente uma escola, um centro de idosos, uma igreja, restaurantes, além disso, conta com o serviço municipal de CAPS, CREAS, NASF, entre outros. A área de abrangência da UBS Centro e Vila Alta (UBS IX) apresenta 598 famílias, compostas por um total de 2050 pessoas; sendo 1115 (54,3%) mulheres e 935 (45,7%) homens, sendo possível observar um predomínio do sexo feminino.

Como risco social existem áreas onde a população tem moradia precária e há falta de saneamento básico; ocorrem acidentes de trânsito devido à ingestão de álcool, do consumo de drogas e pelo excesso de velocidade; existem pessoas idosas que moram sozinhas; e a população possui baixa escolaridade. Como risco ambiental citamos a falta de esgoto sanitário para parte da população; saneamento básico incompleto; depósito de resíduos sólidos inadequados e contato com agrotóxicos.

Entre os agravos mais frequentes na área de abrangência estão afecções cardiovas-

culares como a HAS, além de as afecções endócrinas como o diabetes mellitus e o hipotireoidismo, afeções respiratórias; e consumo exagerado de psicofármacos. Temos 148 pacientes com Hipertensão Arterial (HAS) e 53 com Diabetes Mellitus (DM), dados que se suspeita estejam abaixo dos valores reais, porque muitos pacientes negam a doença e as vezes abandonam o tratamento sem o consentimento médico. Neste último ano não aconteceram mortes maternas nem infantis, e dentro da comunidade só aconteceram duas mortes.

Para o município, o alto índice de complicações das doenças crônicas é uma das razões de altos custos para a saúde sendo as principais doenças, a HAS e a DM tipo II, das quais houve um aumento na incidência nos últimos dois anos. Como consequência, existem muitos casos de pacientes com estas patologias que já sofreram Infarto Agudo do Miocárdio (12) e Acidente Vascular Encefálico (5), pacientes portadores de retinopatia hipertensiva (5) ou diabética (3), insuficiência venosa periférica (7) e úlceras venosas (3), Glomérulo nefrite Segmentar Focal em grau inicial (1) e em insuficiência renal crônica (2). Nota-se um aumento nas complicações cardiovasculares com o passar do tempo, além disso o número de pacientes que estão em acompanhamento após serem acometidos por um acidente vascular encefálico ou um infarto agudo do miocárdio vem crescendo e o número de óbitos devido a essas causas também é preponderante.

Para que haja a redução da morbidade e mortalidade associada aos riscos cardiovasculares das pessoas com HAS e DM, torna-se indispensável a adesão ao tratamento. Assim, as medidas não farmacológicas e os medicamentos utilizados no tratamento da doença devem permitir a redução das cifras pressóricas e na glicose, assim como das complicações associadas à doença.

Tratando-se da má aderência ao tratamento, observa-se que esse talvez seja o pior complicador da saúde no município Santo Antônio do Sudoeste, especificamente em nossa área, onde nota-se alto índice de abandono de tratamento com a justificativa de que não há qualquer sintoma, verbalizado pelos pacientes e principalmente por um índice elevado do uso incorreto das medicações, sendo o analfabetismo o principal indutor desse agravo.

A falta de conhecimento da população sobre os riscos e consequências de suas condições clínicas faz com que não percebam a importância do tratamento correto, o que ocorre por falha da gestão pública e das equipes de saúde por não promoverem eventos e campanhas esclarecedoras, visando conscientização populacional e mudança em hábitos prejudiciais, e também por falha po parte dos pacientes que não participam dos poucos eventos que já estão disponíveis.

Também se depara com pacientes que são trabalhadores comprometidos que não se ausentam do trabalho, para realizar consultas periódicas, exames de rotina, participar das reuniões promovidas ou para revisar o tratamento. Além disso, grande parte da população reside em lugares mais distantes da unidade de saúde, o que dificulta a busca dos medicamentos e as consultas periódicas. Outra situação que prejudica muito a aderência ao

tratamento são as faltas frequentes das medicações na rede de distribuição pública, o que submete o paciente a gastos não planejados para compra da medicação, e como muitos pacientes são extremamente pobres, permanecem aquele período todo sem medicação.

Diante do exposto, o problema a ser trabalhado neste projeto de intervenção é a adesão inadequada, de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e de Diabetes Mellitus, ao tratamento. A escolha deste problema é importante para a população, para os profissionais de saúde e para os gestores, melhorando a qualidade de vida dos usuários, aumentando a resolutividade das ações e reduzindo gastos para a saúde pública. Este projeto é passível de realização, pois os profissionais da equipe de saúde tem interesse em contribuir para a transformação positiva deste problema, qualificando as ações de saúde voltadas para hipertensos e diabéticos.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso dos usuários hipertensos e/ou diabéticos da UBS IX Centro e Vila Alta, localizada no município Santo Antônio do Sudoeste - Paraná.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever as características sócio-demográficas e clínicas das pessoas com Hipertensão Arterial (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) e complicações associadas;

- Identificar os fatores que dificultam e/ou facilitam a adesão ao tratamento para a HAS e a DM;

- Verificar a interferência das complicações associadas à HAS e DM na adesão ao tratamento não medicamentoso pelos participantes do estudo;

- Realizar atividades de educação e promoção de saúde, individuais e coletivas para melhorar a adesão dos paciente ao tratamento.

3 Revisão da Literatura

A hipertensão arterial é uma doença altamente prevalente, com custos sociais elevados, que atualmente apresenta dois grandes desafios, a adesão ao tratamento e a colocação dos pacientes, que aderem aos tratamentos, dentro das metas preconizadas pelas diversas diretrizes publicadas pelas sociedades científicas nacionais e internacionais. Pois, apenas assim procedendo, será possível proporcionar todos os benefícios obtidos pelo tratamento adequado.

As V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial revelam que, em estudo brasileiro, em que foram avaliados indivíduos adultos, 50,8% sabiam ser hipertensos, 40,5% estavam em tratamento e apenas 10% tinham a pressão arterial controlada ($<$ 140 x 90 mmHg). A idade avançada, a obesidade e o baixo nível educacional associaram-se a menores taxas de controle. Conforme se observa, a adesão ao tratamento é um dos mais importantes desafios de quem trata o grande número de pacientes com hipertensão arterial, levando em consideração que na maioria das vezes são assintomáticos e descobrem ser hipertensos em uma consulta de rotina (SBC, 2006).

O problema é tão sério que em 2003 foi motivo de publicação especial do World Health Organization. A adesão ao tratamento é fenômeno multidimensional. Os fatores socioeconômicos são demonstrados por várias publicações, ou seja, quanto mais baixos os níveis, menores são as taxas de adesão ao tratamento anti-hipertensivo, pois é menor o conhecimento da doença e mais difícil o acesso aos serviços de saúde. Os fatores relacionados com a terapia também são ponto importante, pois não é tarefa muito fácil tratar a doença, na maioria das situações inicialmente assintomática, com fármacos que, muitas vezes, têm custo e também podem apresentar efeitos adversos (SBC, 2006), (SUS, 1993) .

A maioria dos eventos cardiovasculares ocorre em indivíduos com alterações leves dos fatores de risco que, se deixados sem tratamento por muitos anos, podem produzir uma doença manifesta. No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas. Além disso, essas doenças foram a primeira causa de hospitalização no setor público, entre 1996 e 1999, e responderam por 17% das internações de pessoas com idade entre 40 e 59 anos e 29% daquelas com 60 ou mais anos. Vários estudos epidemiológicos e ensaios clínicos já demonstraram a drástica redução da morbimortalidade cardiovascular com o tratamento da hipertensão arterial. Existe boa evidência médica de que medidas de pressão arterial podem identificar adultos com maior risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, em razão da hipertensão. Diretrizes de serviços preventivos dos Estados Unidos da América (EUA) e do Canadá recomendam o rastreamento sistemático da hipertensão em adultos, dados os benefícios do tratamento precoce (SBC, 2006), (SUS, 1993).

Nos países em desenvolvimento, o crescimento da população idosa e o aumento da

longevidade, associados a mudanças nos padrões alimentares e no estilo de vida, têm forte repercussão sobre o padrão de morbimortalidade. No Brasil, projeções da Organização das Nações Unidas (ONU, 2002) indicam que a mediana da idade populacional passará, de 25,4 anos em 2000 a 38,2 anos em 2050. Uma das consequências desse envelhecimento populacional é o aumento das prevalências de doenças crônicas, entre elas a hipertensão.

Estudos de prevalência da hipertensão no Brasil, entre 1970 e início dos anos 90, revelam valores de prevalência entre 7,2 e 40,3% na Região Nordeste, 5,04 a 37,9% na Região Sudeste, 1,28 a 27,1% na Região Sul e 6,3 a 16,75% na Região Centro-Oeste. Esses estudos de prevalência são importantes fontes de conhecimento da frequência de agravos na população; servem, também, para a verificação de mudanças ocorridas após as intervenções. Nos últimos anos, observa-se o aumento do número de estudos transversais para estimar a prevalência da hipertensão arterial. Observa-se, entretanto, grande variabilidade na informação obtida, em função de vários fatores, entre os quais:

a) desenhos de amostra diversos;

b) distintos grupos populacionais (sexo, idade, renda, escolaridade, etc);

c) abrangência geográfica do estudo (nacional, regional, urbano, rural);

d) critérios de diagnóstico e rigor na mensuração da pressão arterial (PA);

e) fonte e tipo de dados coletados;

f) análise dos dados.

Essa variabilidade da informação, geralmente, inviabiliza a comparação dos estudos e sua utilização como ferramenta de decisão para a Saúde Pública (SUS, 1993).

Estudos epidemiológicos de base populacional são fundamentais para se conhecer a distribuição da exposição e do adoecimento por hipertensão no País e os fatores e condições que influenciam a dinâmica desses padrões de risco na comunidade. A identificação dos maiores fatores de risco para doenças cardiovasculares, de estratégias de controle efetivas e combinadas com educação comunitária e monitoramento-alvo dos indivíduos de alto risco contribuíram para uma queda substancial na mortalidade, em quase todos os países desenvolvidos (SUS, 1993).

No Brasil, desde 2000, com o início da implantação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitu, foi criado o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão e Diabetes, garantindo para o hipertenso e diabético "cesta básica" com várias classes de anti-hipertensivos, facilitando o tratamento dos pacientes com hipertensão arterial, usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), que devem ser, aproximadamente, 75% da população brasileira. O ponto crucial para o aumento da adesão ao tratamento da hipertensão, é a facilidade de acesso aos serviços de saúde. Melhorou muito o acesso aos serviços de saúde com a implantação do SUS, que garante universalidade e equidade de atendimento para a população desde 1988, bem como a regulamentação dos serviços de saúde suplementar em 1998, contudo ainda se tem longo caminho a percorrer (MACHADO, 2008).

Há necessidade de melhora dos serviços de saúde, da educação permanente dos profissionais de saúde, que atuam principalmente na rede básica, da porta de entrada do sistema, representado pela Unidade Básica de Saúde (UBS), ou seja, o "posto de saúde" mais próximo da residência do hipertenso, que, na verdade, é unidade de tratamento de doenças, não desenvolvendo ações de prevenção de doença e promoção de saúde como deveria se esperar. A rede básica no Brasil é a maior do mundo, com aproximadamente 63 mil UBS. Um aspecto importante é a ênfase na abordagem multiprofissional, visto que alguns estudos demonstraram que todas as vezes que o profissional não médico é colocado nesse circuito, aumenta-se a adesão, pois o paciente recebe as mesmas informações de diferentes formas, facilitando o entendimento da importância do tratamento da hipertensão arterial. É importante salientar que as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, desde a terceira, são as únicas diretrizes no mundo que têm um capítulo sobre abordagem multiprofissional (MACHADO, 2008).

O Brasil detém uma forte estrutura para integrar a prevenção e controle do diabetes e hipertensão, com protocolos estabelecidos e um sistema nacional de cadastro de pessoas com diabetes. O Ministério da Saúde prioriza entre suas ações do Mais Saúde a estruturação de redes de atenção, assim como ações de prevenção e atenção do diabetes e da hipertensão, uma vez que representam para estados e municípios um alto custo, devido ao aumento da prevalência das DCNT e suas complicações na população, assim como da morbidade e mortalidade associadas a estas enfermidades (OPAS, 2010).

Os problemas de saúde como a HA e DM, que demandam atendimento na AB são em geral pouco estruturados, estão relacionados com o modo de viver das comunidades e não respondem favoravelmente somente à oferta de consultas médicas, exames de apoio diagnóstico e medicamentos. Para enfrentar e resolver estes problemas as equipes de saúde devem trabalhar de maneira interdisciplinar, utilizando conhecimentos dos vários núcleos profissionais para, por meio de uma clínica ampliada e a regulação com a atenção especializada e os serviços de urgência e emergência, criar um campo compartilhado de "saber fazer" que contribua para melhorar o quadro de morbimortalidade e a qualidade de vida da população (OPAS, 2010) .

A adesão ao tratamento é definida e caracterizada quando o conselho médico ou de saúde coincide com o comportamento do indivíduo, em relação ao hábito de usar medicamentos, isso é, seguir as mudanças no estilo de vida preconizadas e comparecer às consultas médicas. Essa definição na língua inglesa, expressa o sentido de compliance, o que implica concordância do paciente com as recomendações, pressupondo-se que o paciente conheça as alternativas terapêuticas e participe das decisões sobre seu tratamento (DOSSE et al., 2009).

Várias são as formas de se estimar a adesão ao tratamento. Dentre elas destacam-se a frequência às consultas e o comportamento frente ao uso dos fármacos prescritos. Nesse sentido, o teste de escala de autorrelato de Morisky-Green, composto por quatro pergun-

tas, para identificar atitudes e comportamentos em relação ao seguimento das recomendações, tem se mostrado útil para identificar pacientes aderentes ou não ao tratamento medicamentoso. Os motivos relatados pelos pacientes, quanto ao controle da pressão arterial, constituem-se em outros fatores para melhor compreensão da adesão ao tratamento. Esses dados podem ajudar a aperfeiçoar o resultado da atuação da equipe de saúde, permitindo a identificação dos fatores envolvidos à não adesão ao tratamento. Dessa forma, o controle da HAS está diretamente relacionado ao grau de adesão do paciente ao regime terapêutico. Portanto, este estudo tem como objetivos determinar o percentual de comparecimento às consultas e de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, além de identificar os principais motivos referidos pelos pacientes para a sua não adesão ao tratamento da HA (DOSSE et al., 2009) **.**

Existem quatro grupos de estratégias utilizadas para aumentar a adesão ao tratamento da HAS, a saber: estratégias educacionais sobre o paciente (ensino didático clássico), sobre o profissional de saúde (tutoriais), estratégias comportamentais sobre o paciente (motivação, suporte, pacotes de fármacos, simplificação de doses) e as combinadas no paciente que consideram aspectos educacionais e comportamentais associados (SANTOS et al., 2013) **.** Os grupos educativos são um avanço, mesmo com as dificuldades. Tanto prevenir como tratar envolve ensinamentos sobre o conhecimento da doença, suas interrelações, complicações, implicando a necessidade de mudanças de hábitos de vida (SOUZA et al., 2013).

Nos últimos anos, a Estratégia Saúde da Família, enquanto política pública nacional, tem se destacado como estratégia de reorganização da atenção básica, na lógica da vigilância à saúde, representando uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida, por meio dos seus principais objetivos que são: a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde. Em muitos estados, o trabalho das Equipes de Saúde da Família (ESFs) permite o conhecimento da realidade social que acoberta as condições: socioeconômica, alimentar, sanitária, bem como a estrutura familiar dos indivíduos com hipertensão e diabetes, facilitando a atuação da equipe, nos determinantes do processo saúde-doença. Além disto, o Programa detecta as dificuldades que impedem maior adesão à Qualidade de vida de indivíduos com Diabetes mellitus e hipertensão e busca a formação de parcerias para disseminar a importância do cuidado aos pacientes e seus familiares. Estas atividades proporcionam o vínculo entre os pacientes e a ESF. O Programa HIPERDIA soma-se às ações dos trabalhadores de saúde, e tem como proposta a prevenção de complicações decorrentes da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo prescrito pelo médico. Quando este fato está relacionado à falta de recursos financeiros para aquisição de medicamentos, o Programa possibilita aos usuários cadastrados, o acesso a medicamentos de forma gratuita e o acompanhamento médico (BRASIL, 2001).

Vista sob uma perspectiva crítica, a presente revisão permite concluir que: a deficiência da adesão, entre os idosos portadores de hipertensão arterial, tem relação direta

com diversos fatores associados à falta de informação sobre o tratamento. A educação ao paciente pode proporcionar a conscientização quanto ao seu estado de saúde e à necessidade do uso correto dos medicamentos, tornando o tratamento mais efetivo e seguro e a maior interação entre os profissionais de saúde, em especial o médico, o farmacêutico e o enfermeiro (JÚNIOR et al., 2006).

4 Metodologia

4.1 Cenário do estudo

O estudo será realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) IX dos Bairro Centro e Vila Alta do Município Santo Antônio do Sudoeste, no Paraná. A instituição dispõe de uma equipe de profissionais: enfermeira, técnica de enfermagem, médico e agente comunitária de saúde que atuam na atenção à saúde da família. Nela são desenvolvidas ações próprias da atenção primária em saúde, as quais incluem o cuidado a pacientes portadores de doenças crônicas especialmente a HAS e a DM, que são as mais frequentes na população atendida.

4.2 Sujeitos da intervenção

A população do estudo será constituída de 98 pessoas, de ambos os sexos, portadoras de HA ou DM (algumas com complicações associadas), de acordo com o diagnóstico médico, e atendidas na instituição entre os meses de abril/2016 e outubro/2016, período da realização deste projeto intervenção.

Os critérios de inclusão na intervenção serão:

- Idade maior de 18 anos;
- Capacidade intelectual e mental favorável ao estudo;
- Disposição para participar espontaneamente da intervenção;
- Pessoas acompanhadas pela unidade de saúde no período da intervenção;
- Pessoas submetidas a tratamento anti-hipertensivo e/ou hipoglicemiante pelo menos em dois meses para que se tivesse condição de avaliar sua adesão terapêutica.

Os critérios de exclusão serão:

- Pessoas menores de 18 anos;
- Incapacidade para responder aos formulários;
- Pessoas portadoras das duas doenças, pois será difícil avaliar resultados separados para cada uma em um mesmo paciente.

4.3 Estratégias e ações

Etapa 1

O primeiro trabalho a ser realizado será a seleção dos possíveis participantes do estudo, com uma avaliação dos prontuários dos pacientes já identificados como hipertensos e diabéticos na UBS. Ressalta-se que o prontuário de cada paciente é uma importante ferramenta na obtenção de dados clínicos e pessoais.

Etapa 2

Após a identificação das pessoas, será realizada a aplicação de um instrumento do tipo formulário, junto ao participante do estudo, antes ou após a consulta com o profissional de saúde.

O formulário constará de características sócio-demográficas (idade, sexo, cor, ocupação, escolaridade, renda familiar, religião, estado civil, número de filhos e de pessoas no domicílio) e clínicas da pessoa (tempo e forma de descoberta da doença, número e motivos das internações, história familiar); dados referentes ao cumprimento do tratamento não farmacológico por essas pessoas, tratamento farmacológico e lista dos elementos que dificultam a adesão ao tratamento. Serão também obtidos os valores das medidas objetivas da PA, peso, altura e circunferência abdominal durante a consulta.

Ao mesmo tempo realizar-se-á a divulgação inicial do projeto de intervenção através da Agente Comunitária de Saúde (ACS) durante as visitas domiciliares. A ACS será previamente capacitada para o desenvolvimento deste trabalho.

Etapa 3

Serão realizadas reuniões com todos os usuários hipertensos e diabéticos selecionados para participar e seus familiares e/ou cuidadores, no salão de festas para idosos (espaço social da comunidade), para o esclarecimento do projeto, onde serão levantados todos os benefícios da sua realização para a melhoria da qualidade de vida dos mesmos. Na oportunidade se aproveitará para divulgar o cronograma das atividades programadas, a serem realizadas na UBS IX Centro e Vila Alta durante a intervenção. Após o preenchimento do formulário, deverão ser anexados na pasta reservada para os mesmos.

Concomitantemente serão organizados os encontros semanais com os pacientes participantes do projeto que responderam ao questionário para o desenvolvimento de ações e estratégias de facilitação da adesão ao tratamento não farmacológico e medicamentoso.

Finalmente, os resultados obtidos ao final do período de intervenção, serão comparados aos resultados iniciais e discutidos com a equipe de saúde e usuários.

4.4 Avaliação e monitoramento

O trabalho será avaliado em dois momentos: um no início do projeto de intervenção e o outro no final, para verificação da evolução dos indicadores selecionados.

Assim, as ações previstas incluem:

- Mobilização dos usuários hipertensos e diabéticos selecionados e seus familiares para a participação na pesquisa e formação dos grupos educativos.

- Instituição de grupos para educação em saúde formados por usuários hipertensos e diabéticos. Haverão encontros do grupo semanalmente em espaços sociais dos bairros Centro e Vila Alta do Município Santo Antônio do Sudoeste. Nestas atividades os pacientes serão estimulados a testemunhar seus pontos de vista, experiências vividas com o grupo, aspectos positivos e negativos vivenciados com a intervenção, para avaliação constante da efetividade do projeto pela equipe.

Para a qualificação da prática clínica foram planejadas as seguintes ações:

- Realização de capacitação da equipe multidisciplinar da UBS para conhecimento do formulário e especificamente da ACS para aplicação do questionário e registro das ações propostas nesta pesquisa;

- Realização de capacitações para os membros da equipe multidisciplinar para as atividades educativas, com os seguintes temas: a) abordagem domiciliar dos usuários hipertensos e diabéticos; b) educação em saúde; c) noções de farmacologia.

Durante as reuniões semanais, que são realizadas com a toda a equipe de saúde da unidade, será discutido o desenvolvimento do projeto para possíveis intervenções se necessárias.

A aplicação de questionário possibilitará avaliar os pontos positivos, negativos do ponto de vista dos pacientes, os tópicos esperados e alcançados por eles, com a intervenção.

5 Resultados Esperados

Após os meses da intervenção, esperamos que os objetivos inicialmente propostos, de avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso dos usuários hipertensos e/ou diabéticos da UBS IX Centro e Vila Alta do Município Santo Antônio do Sudoeste - PR, sejam cumpridos, mesmo que de forma parcial, e que as ações desenvolvidas levem a melhoria na adesão ao tratamento não farmacológico e medicamento dos pacientes que participarão na intervenção.

Esperamos que este método de intervenção seja de grande importância pra a melhoria da saúde de nossa população e contribua para a educação em saúde de mais de 90% dos pacientes com doenças crônicas, além de diminuir a morbidade e mortalidade de pacientes com HAS e Diabetes Mellitus.

Depois dos resultados positivos desta intervenção, as atividades realizadas ficarão como padrão no manejo dos pacientes com patologias crônicas na área de abrangência desta UBS. Os profissionais da saúde estarão mais capacitados para tratar este tipo de pacientes, com novas experiências e indiretamente haverá qualificação da atenção prestada pela UBS IX Centro e Vila Alta aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, pois o tema passará a receber destaque no dia a dia dos profissionais e da população. Espera-se que a comunidade se aproprie da proposta e contribua com sua continuidade e aperfeiçoamento.

Referências

BRASIL, M. da Saúde do. *Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus*: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Citado na página 18.

DOSSE, C. et al. Fatores associados a não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, p. 201–206, 2009. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 18.

IBGE, I. B. de Geografia e E. *Atlas do censo demográfico 2010*. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Citado na página 9.

JÚNIOR, D. P. de L. et al. A farmacoterapia no idoso: RevisÃo sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensÃo arterial sistÊmica. *Rev Latino-am Enfermagem*, p. 435–441, 2006. Citado na página 19.

MACHADO, C. A. Adesão ao tratamento: Tema cada vez mais atual. *Rev Bras Hipertens*, p. 220–221, 2008. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.

OPAS, O. P.-A. da S. *Linhas de cuidado*: hipertensão arterial e diabetes. Brasília: OPAS, 2010. Citado na página 17.

SANTOS, M. V. R. dos et al. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. *Rev Bras Clin Med.*, p. 55–61, 2013. Citado na página 18.

SBC, S. B. de C. V diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. *Rev Bras Hipert*, p. 256–312, 2006. Citado na página 15.

SOUZA, C. B. et al. Grupos de hipertensos e diabéticos: uma estratégia de adesão ao tratamento. *Anais do 12o Congresso Brasileiro de Medicina da Família e comunidade*, p. 1–1, 2013. Citado na página 18.

SUS, S. Único de S. *Estudos brasileiros sobre a epidemiologia da hipertensão arterial: análise crítica dos estudos de prevalência.* Brasília: Informe Epidemiológico do SUS, 1993. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.