

Fatores sociais que afetam a adesão medicamentosa de idosos com diabetes e hipertensão acompanhados na unidade básica de saúde Nazi Barros em União/PI.

Social factors affecting drug adherence among elderly people with diabetes and hypertension accompanied at the basic health unit Nazi Barros in União / PI.

Autores: Deyarley Basilio da Silva: Medicina pela Universidade Estadual do Piauí. Endereço: Avenida Rio Poty, 2965. Bairro Horto Florestal. Teresina, Piauí. CEP: 64049-410

Maria do Amparo Salmito: Medicina pela Universidade Federal de Pernambuco, Mestra em Medicina Tropical pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e Doutora em Medicina Tropical pela Fundação Oswaldo Cruz, Tutora do Programa Mais Médicos do Brasil.

RESUMO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) têm se tornado um problema de saúde cada vez mais importante no Brasil devido aos grandes gastos em tratamentos relacionados à reabilitação das seqüelas e comorbidades associadas. Entre elas a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Melitus (DM) são muito estudadas devido a possibilidades relevantes de prevenção e de evitar seqüelas. Os idosos são os mais afetados por essas doenças e muitos fatores sociais contribuem para que isso aconteça dentre eles: a pobreza, o analfabetismo, o abandono social e familiar. O presente trabalho visa estudar quais fatores influenciam na maior morbidade de idosos em tratamento de HAS e DM na UBS Nazi Barros em União/PI.

Descritores: Doença crônica. Hipertensão Arterial. Diabetes Melittus. Cardiovasculares. Assistência Ambulatorial. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Chronic Noncommunicable Diseases (DCNT) have become an increasingly important health problem in Brazil due to the large expenditures on treatments related to the rehabilitation of associated sequelae and comorbidities. Among them, Systemic Arterial Hypertension (SAH) and Diabetes Melitus (DM) are well studied due to the relevant possibilities of prevention and to avoid sequelae. The elderly are the most affected by these diseases and many social factors contribute to this, among them: poverty, illiteracy, social and family abandonment. The present study aims to study which factors influence the greater morbidity of the elderly in the treatment of SAH and DM in the UBS Nazi Barros in União / PI.

Keywords: Chronic disease. Arterial hypertension. Diabetes Melittus. Cardiovascular. Ambulatory Care. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

Análise da situação problema territorial

Segundo Malta (2013) as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam uma ameaça para a saúde e desenvolvimento a todas as nações. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima em cerca de 36 milhões as mortes anuais por esse grupo de doenças, cujas taxas de mortalidade já são muito mais elevadas nos países de baixa e média renda. O aumento crescente das DCNT afeta principalmente as pessoas com menor renda e escolaridade, por serem exatamente as mais expostas aos fatores de risco e com menor acesso às informações e aos serviços de saúde, acentuando ainda mais as desigualdades sociais.

Weber (2014) relata que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma das doenças mais prevalentes na população mundial, sendo que, no Brasil, afeta de 22,3 a 43,9% da população adulta. A HAS é uma doença de origem multifatorial e está associada à presença de diversos fatores de risco, como hereditariedade, sedentarismo, tabagismo, etilismo, ingestão elevada de sal e obesidade.

Outra doença que grande importância tanto pelo morbimortalidade quanto pelo prognóstico em longo prazo é o Diabetes. Segundo Ferreira (2011) o termo diabetes melito (DM) descreve uma desordem metabólica de múltipla etiologia, caracterizado por hiperglicemia crônica decorrente de defeitos na secreção e/ou ação da insulina, resultando em resistência insulínica. Altas concentrações plasmáticas de glicose levam ao desenvolvimento de degenerações crônicas associadas à falência de diversos órgãos, principalmente olhos, rins, coração, nervos e vasos sanguíneos

Ainda sobre as DCNT, Winkelmann (2014) conta que estão diretamente relacionadas à menor capacidade funcional, com implicações importantes para além do paciente, na família e na comunidade, e para o sistema de saúde ao ocasionar maior dependência e vulnerabilidade associada ao processo de envelhecimento, momento da vida no qual as DCNT são frequentemente diagnosticadas. A capacidade funcional é um componente importante no modelo-padrão de saúde referente aos idosos.

Diante do exposto a identificação e controle de doenças crônicas como a Hipertensão Arterial e a Diabetes melito implicam diretamente nos índices de complicações e taxas de mortalidade, principalmente na população idosa, já que existe o efeito cumulativo com outros tipos de doença, com o uso de diversas medicações e a dificuldade de manuseio destas ou por falta de conhecimento ou por falta de um familiar que o auxilie. Por tanto, este trabalho objetiva fazer um trabalho de intervenção baseada no problema já identificado na Unidade de Saúde Nazi Barros, União/PI sobre o controle das doenças crônicas (hipertensão/diabetes) em pacientes idosos sem acompanhamento familiar e analfabetos.

Objetivos

OBJETIVO GERAL

- Intervir junto aos pacientes idosos com doenças crônicas não transmissíveis acompanhados na UBS Nazi Barros em União/PI e seus familiares sobre o aumento da morbimortalidade relacionada dificuldade de tratamento devido a fatores sociais e familiares, tais como o analfabetismo e o abandono familiar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Trabalhar com os idosos uma forma simples para que se mantenha as tomadas corretas da medicação.
2. Orientar os familiares sobre a necessidade de acompanhamento dos seus idosos em casa e nas consultas.
3. Esclarecer aos familiares e aos idosos como a irregularidade do tratamento e acompanhamento pioram a qualidade de vida e a morbimortalidade.

REVISÃO DE LITERATURA

“Com o envelhecimento da população brasileira, as doenças crônicas passaram a representar uma expressiva e crescente demanda aos serviços de saúde, evidenciando a necessidade de monitorar sua prevalência.” (Barros *et al*, 2011 p 3756). Em seu estudo Malta (2013) afirma que o aumento crescente das DCNT (doenças crônicas não transmissíveis) – ou como tem sido denominada a “epidemia de DCNT” – afeta principalmente as pessoas com menor renda e escolaridade, por serem exatamente as mais expostas aos fatores de risco e com menor acesso às informações e aos serviços de saúde, acentuando ainda mais as desigualdades sociais. Essas doenças podem levar a incapacidades, ocasionando sofrimentos e custos materiais diretos aos pacientes e suas famílias, além de um importante impacto financeiro sobre o sistema de saúde. As DCNT também produzem custos indiretos significativos para a sociedade e o governo, em função da redução da produtividade, perda de dias trabalhados e prejuízos para o setor produtivo, sem esquecer os custos intangíveis, como os efeitos adversos na qualidade de vida das pessoas afetadas.

As DCNT são um problema de saúde global e uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano. A carga dessas doenças recai especialmente sobre países de baixa e média renda. Em 2007, cerca de 72% das mortes no Brasil foram atribuídas às DCNT (doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes, câncer e outras, inclusive doenças renais), 10% às doenças infecciosas e parasitárias e 5% aos distúrbios de saúde materno-infantis. (Schmidt *et al*, 2011, p 61)

Schmidt (2011) afirma que essa distribuição contrasta com a de 1930, quando as doenças infecciosas respondiam por 46% das mortes nas capitais brasileiras. Essa mudança radical ocorreu em um contexto de desenvolvimento econômico e social marcado por avanços sociais importantes e pela resolução dos principais problemas de saúde pública vigentes naquela época. Paralelamente a essa mudança na carga de doença, houve uma rápida transição demográfica no Brasil, que produziu

uma pirâmide etária com maior peso relativo para adultos e idosos. Crescimento da renda, industrialização e mecanização da produção, urbanização, maior acesso a alimentos em geral, incluindo os processados, e globalização de hábitos não saudáveis produziram rápida transição nutricional, expondo a população cada vez mais ao risco de doenças crônicas.

A Diabetes mellitus não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, resultante de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas, como afirma Milech (2016). Corroborado por Winkelmann (2014) como sendo um importante problema de Saúde Pública que apresenta alta morbimortalidade, com perda significativa na qualidade de vida, produtividade e sobrevida dos indivíduos. São altos os custos, tanto econômicos quanto sociais, no tratamento da DM e suas complicações, tomando proporções crescentes na medida em que aumenta o número de novos casos.

No seu texto, Silva (2006) afirma que diabéticos representam cerca de 30% dos pacientes que se internam em unidades coronarianas intensivas. Essa doença é a principal causa de amputação de membros inferiores e de cegueira; cerca de 26% dos pacientes que ingressam em programas de diálise são diabéticos. Em diabéticos, a hipertensão arterial é duas vezes mais freqüente que na população em geral. Pessoas com diabetes têm maior incidência de doença coronariana, de doença arterial periférica e de doença vascular cerebral. A doença pode também determinar neuropatia, artropatia e disfunção autonômica, inclusive sexual. Diversos estudos têm mostrado que o controle rigoroso da glicemia e da pressão arterial são capazes de reduzir as complicações tanto da diabetes e quanto da hipertensão arterial.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição multifatorial que se caracteriza pela elevação dos níveis pressóricos maior ou igual 140 e/ou 90 mmHg. Pode associar-se a alterações de órgãos alvo, distúrbios metabólicos, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância a glicose e diabetes melito. Associa-se independentemente com eventos como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica, doença renal crônica e morte súbita. (Malachias *et al.*, 2016, p 1)

De acordo com Grezzana (2012) a hipertensão arterial sistêmica representa o mais importante fator de risco isolado para mortalidade e o principal fator de risco modificável para doença cardiovascular (DCV), com prevalência de um bilhão de hipertensos no mundo e responsável por aproximadamente 7,6 milhões de mortes ao ano. As baixas taxas de adesão ao tratamento medicamentoso proposto são uma das principais causas de inadequado controle da hipertensão arterial. Enfaticamente, hipertensos que abandonaram o tratamento apresentaram risco de síndrome coronária aguda três vezes superior aos pacientes que mantiveram o tratamento anti-hipertensivo.

O aumento da carga de DCNT, verificado com maior intensidade nas últimas décadas como foi observado por Malta (2013) reflete alguns efeitos negativos do processo de globalização, da

urbanização rápida, da vida sedentária e da alimentação com alto teor calórico, além do consumo do tabaco e do álcool. Esses fatores de risco comportamentais impactam nos principais fatores de risco metabólicos, como excesso de peso/obesidade, pressão arterial elevada, aumento da glicose sanguínea, lipídios e colesterol, possíveis de resultar em diabetes, doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC) e câncer, entre outras enfermidades.

Devido a importância da morbidade dessas doenças Ducan (2012) relata que a OMS elegeu também como alvo seus quatro principais fatores de risco – fumo, inatividade física, alimentação inadequada e uso prejudicial de álcool. O fumo é responsável por 71% dos casos de câncer de pulmão, 42% dos casos de doença respiratória crônica e quase 10% dos casos de doenças cardiovasculares. Inatividade física aumenta em 20% a 30% o risco de mortalidade. Os padrões de alimentação adotados nas últimas décadas podem ser prejudiciais de várias maneiras. Por exemplo, o consumo excessivo de sal aumenta o risco de hipertensão e eventos cardiovasculares, e o alto consumo de carne vermelha, de carne altamente processada e de ácidos graxos trans está relacionado às doenças cardiovasculares e ao diabetes. Por outro lado, o consumo regular de frutas e legumes diminui o risco de doenças cardiovasculares e de câncer gástrico e colorretal. Estima-se que, entre os óbitos causados por álcool, mais de 50% sejam devido às DCNT, incluindo diversos tipos de câncer e cirrose hepática.

A presença de morbidade referida é, entretanto, fortemente dependente do padrão de acesso aos serviços de saúde e aos procedimentos diagnósticos. Ter sido informado por um profissional de saúde de que é portador de dada condição clínica ou estar submetido a um tratamento medicamentoso para o controle de uma doença, implicam em ter tido acesso aos serviços, o que é diferenciado regional e socialmente. Estudos sobre a prevalência de doenças crônicas revelam gradientes que tendem a apresentar os valores mais elevados nos segmentos economicamente desfavorecidos. A magnitude das desigualdades varia com o tipo de problema de saúde e com os subgrupos demográficos analisados. (Barros *et al*, 2011, p 3756)

Outro fator importante é dependendo do cuidado familiar ou da sua ausência. Karsch (2003) em seus estudos sobre cuidados aos idosos relata que diferentes países do mundo têm desenvolvido variadas formas de apoio e cuidados aos seus idosos dependentes, e, em alguns países, o suporte oferecido é quase exclusivamente de responsabilidade estatal, em outros, são predominantemente as famílias que desempenham todos os encargos. Em alguns países, ainda, as responsabilidades são divididas, em graduações variadas, entre o setor público e o privado, incluindo benefícios, políticas e serviços previdenciários, de organizações sindicais, de empresas para seus funcionários responsáveis por algum idoso dependente, de agências e unidades sanitárias estatais, assim como de organizações particulares de seguro saúde. No Brasil, a transição demográfica e a transição epidemiológica apresentam, cada vez mais, um quadro de sobrevivência de idosos na dependência de uma ou mais pessoas que suprem as suas incapacidades para a realização das atividades de vida diária. Estas pessoas são familiares dos idosos, especialmente, mulheres, que, geralmente, residem no mesmo

domicílio e se tornam as cuidadoras de seus maridos, pais e até mesmo filhos. Aliás, não é só no Brasil que as mulheres são as “grandes cuidadoras” dos idosos incapacitados: todos os autores e os dados coletados pelo mundo indicam que, salvo por razões culturais muito específicas, a mulher é a cuidadora tradicional.

No que se refere à educação, os avanços no Brasil tem sido expressivos nas últimas décadas. Geib, (2012) expõe dados que evidenciam que o percentual de analfabetismo caiu de 40% em 1960 para 13,6% em 2000. Em 2006, alcançou 12,3% entre as pessoas com cinco anos ou mais de idade. Contudo, as diferenças entre os grupos da população ainda persistem: as mulheres mantêm taxas inferiores a dos homens; os moradores das zonas rurais apresentam taxas mais baixas do que aqueles da zona urbana; os pobres estão menos alfabetizados do que os ricos e na Região Sul os percentuais são menores do que no Nordeste. Numa perspectiva de médio prazo, os jovens e adultos com carências educacionais e financeiras serão os idosos que acorrerão aos serviços de saúde. Para eles podemos buscar algumas compreensões num modelo explicativo da determinação social da saúde que utiliza o enfoque “no curso da vida”. A abordagem “no curso da vida” enfatiza a interação entre a pessoa e seu ambiente na trajetória de vida e permite perceber como a vantagem ou desvantagem de determinado fator, como a educação, contribui para a geração de iniquidades sociais e de saúde no contexto social. Nesse enfoque, parte-se do pressuposto que as circunstâncias sociais de infância pobre predizem circunstâncias pobres na idade adulta e velhice.

Assim, Geib (2012) afirma que circunstâncias sociais e econômicas determinam condições de vida e trabalho desiguais - com acesso diferenciado aos alimentos, à habitação, à educação, entre outros aspectos – influenciando na construção do capital social e dos comportamentos e estilos de vida, que expõem os indivíduos a diferentes exposições e vulnerabilidades. Nessa linha da produção social da saúde, os idosos apresentam desigualdades em saúde, que geram maiores demandas de assistência para o tratamento de doenças crônicas e deficiências. Para eles, a equidade requer ação sobre os determinantes sociais da saúde na perspectiva do “curso da vida”, com ações multissetoriais e em todas as etapas do ciclo vital, já que o estado de saúde individual é um marcador de suas posições sociais no passado.

PLANO OPERATIVO

FATORES SOCIAIS QUE AFETAM A ADESÃO MEDICAMENTOSA DE IDOSOS COM DIABETES E HIPERTENSÃO ACOMPANHADOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NAZI BARROS EM UNIÃO/PI

NOME: Deyarley Basílio da Silva

TUTOR ORIENTADOR: Maria do Amparo Salmito

• OBJETO DA INTERVENÇÃO:

IDOSOS ACOMPANHADOS COM DIABETES E HIPERTENSÃO ARTERIAL ACOMPANHADOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NAZI BARROS EM UNIÃO/PI

- OBJETIVOS:

ESTUDAR QUAIS FATORES DIFICULTAM A ADESÃO MEDICAMENTOSA DOS IDOSOS ACOMPANHADOS NA UBS NAZI BARROS EM UNIÃO/PI

- Elaboração da Planilha de Intervenção

Situação problema	OBJETIVOS	METAS/ PRAZOS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS
Identificar os idosos com baixa adesão ao tratamento	Orientar melhores maneiras de manter tomadas regulares da medicação	2 meses	Palestras para todos os idosos Visitas domiciliares para aqueles com pior adesão	Médico e ACS
Identificar familiares responsáveis por auxiliar o idoso com a medicação	Tornar claro a família a importância do apoio e acompanhamento dos seus idosos	2 meses	Pedir presença de familiar nas consultas de rotina Palestras de orientação de cuidados com os idosos para a família	Médico e ACS
Avaliar a situação socioeconômica dos idosos com baixa adesão	Associar os fatores de má adesão do tratamento aos fatores sociais vividos pelos idosos acompanhados	1 mês	Estudar a bibliografia referente a associação social com a má adesão nesse grupo de pessoas	Médico

PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO E GESTÃO DO PLANO

Neste estudo procurou-se identificar através de rastreamento nas consultas os pacientes com maior dificuldade nos controles pressóricos e glicêmicos de forma que se pudesse então identificar quais os multifatores que influenciavam nos valores alterados de controle da pressão e ou diabetes. Além, disso contou-se com o auxílio dos agentes de saúde para identificação dos pacientes com controles ruins, mas que não seguiam as rotinas de consulta na Unidade Básica de Saúde.

Ao identificarmos os pacientes mais problemáticos conseguiremos então ter formas de acompanhamento mais personalizadas trabalhando nas peculiaridades destes de forma que se possa a seguir avaliar se existirá melhor controle dos índices glicêmicos e pressóricos também das redução das comorbidades associadas a melhora do controle da doença.

CONCLUSÃO

Desta forma, o presente estudo tem sua importância na possibilidade de reduzir os riscos trazidos aos idosos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes pelas alterações crônicas causados por valores alterados de pressão arterial e glicemia podendo então conseguir uma menor morbimortalidade com a identificação dos fatores agravantes das doenças em questão e melhorando a qualidade e expectativa de vida nesse grupo de pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARROS, M.B.A. *et al.* **Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008.** Ciência & Saúde Coletiva, 16(9):3755-3768. São Paulo, 2011.
2. DUCAN, B.B *et al.* **Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação.** Revista Saúde Pública 46(Supl):126-34. Rio Grande do Sul, 2012.
3. FERREIRA, L.T *et al.* **Diabetes melito: hiperglicemia crônica e suas complicações.** Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde, v.36, n. 3, p. 182-8, São Paulo, 2011.
4. GEIB, L.T.C. **Determinantes sociais da saúde do idoso.** Ciência & Saúde Coletiva, 17(1):123-133. Rio Grande do Sul, 2012.
5. GREZZANA, G.B. *et al.* **Adesão ao Tratamento e Controle da Pressão Arterial por Meio da Monitoração Ambulatorial de 24 Horas.** Rio Grande do Sul, 2012.
6. KARSCH, U. M. **Idosos dependentes: famílias e cuidadores.** Caderno de Saúde Pública,19(3):861-866. Rio de Janeiro, 2003.

7. MALACHIAS, M.V.B. et al. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia* - Sociedade Brasileira de Cardiologia. 107: 1-103. 2016.
8. MALTA, D.C et al. **O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão**. *Epidemiologia Serviços de Saúde*, 22(1):151-164, Brasília, 2013.
9. MILECH, A. et al. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)** - A.C. Farmacêutica. São Paulo, 2016.
10. SCHMIDT, M.I. *et al.* **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais** – Saúde no Brasil. Rio Grande do Sul, 2011.
11. SILVA, T.R. *et al.* **Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial com Grupos de Intervenção Educacional e Terapêutica em Seguimento Ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde**. *Saúde e Sociedade* v.15, n.3, p.180-189. São Paulo, 2006.
12. WINKELMANN, E.R. et al. **Condições de saúde de pacientes com diabetes mellitus tipo 2 cadastrados na Estratégia Saúde da Família, em Ijuí, Rio Grande do Sul, 2010-2013**. *Epidemiologia Serviços de Saúde* v.23 n.4 Brasília dez. 2014.