

# **INTERVENÇÃO NA BAIXA ADESÃO AO HIPERDIA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA CANTO DA PALMEIRA EM ESPERANTINA – PI**

*Lais Gama Ibiapina<sup>1</sup>, Andrea Vieira Magalhães Costa<sup>2</sup>*

1. Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Rua Projetada 133, nº 311, Sítio Ibiapina, Bairro Santa Luzia, Esperantina – PI. E-mail.: [ibiapina.gama.lais@gmail.com](mailto:ibiapina.gama.lais@gmail.com)

2. Enfermeira. Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF/FIOCRUZ/UFPI).

## **RESUMO**

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus são doenças crônicas não degenerativas que representam um problema de saúde pública. Na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF) do Canto da Palmeira no município de Esperantina – PI. há uma desorganização do HIPERDIA. Sabe-se que o cumprimento correto do tratamento é uma das atividades essenciais para o adequado controle da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes. A baixa assiduidade dos pacientes hipertensos e diabéticos na UBS, com o comprometimento do estado de saúde desses pacientes que não fazem o tratamento medicamentoso e não medicamentoso adequados. Alguns pacientes não aderem e abandonam o tratamento. Um fator que contribui bastante para isso é a falta de medicamentos da farmácia básica na UBS e por tratar-se de uma área da zona rural, a distância do centro da cidade ontem tem farmácias populares também representa um obstáculo para uma alternativa a esse problema recorrente de responsabilidade dos gestores. Diante disso, a aplicação deste plano se justifica pelos indicadores epidemiológicos e operacionais de hipertensos e diabéticos e pelo risco de adoecimento por essas doenças na população em geral. Assim, o presente trabalho tem como objetivo: elaborar uma proposta de intervenção na baixa adesão ao programa HIPERDIA na ESF Canto da Palmeira em Esperantina – PI. Portanto, o modelo de intervenção proposto neste trabalho, contribuirá na prática profissional ao aprimorar suas práticas e na qualidade dos serviços prestados.

**DESCRITORES:** Hipertensão. Diabetes Mellitus. Atenção Primária em Saúde. Prevenção. Estratégia Saúde da Família.

## **OPERATION ON LOW ADHESION TO THE HIPERDIA OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY CANTO OF PALMEIRA IN ESPERANTINA – PI**

## **ABSTRACT**

Hypertension and Diabetes Mellitus are not degenerative chronic diseases that represent a public health problem. In the area of the of the family health strategy Canto of Palmeira in the town of Esperantina-PI for a disorganization of the HIPERDIA. It is known that the correct treatment compliance is one of the essential activities for the

proper control of hypertension and diabetes. The low attendance of hypertensive patients and diabetics in UBS, with the commitment of the State of health of these patients that don't make drug treatment and drug not suitable. Some patients do not adhere and abandon the treatment. A factor that contributes enough for that is the lack of medicines from the pharmacy UBS basic and this is an area of countryside, away from the city centre yesterday has popular pharmacies also represents an obstacle to an alternative to this problem applicant responsibility of managers. Given this, the implementation of this plan if justified by operational and epidemiological indicators of hypertensive and diabetic patients and the risk of illness by those diseases in the general population. Thus, the present work aims to: develop a proposal for intervention in low adherence to the HIPERDIA program in ESF Canto of Palmeira in Esperantina-PI. Therefore, the model of intervention proposed in this work, will help in professional practice to improve their practices and the quality of the services provided.

Keywords: Hypertension. Diabetes Mellitus. Primary health care. Prevention. The family health strategy.

## **INTRODUÇÃO**

Esperantina é uma cidade com cerca de 40 mil habitantes, localizada na região norte do estado do Piauí. Ao longo do tempo a cidade cresceu em todos os aspectos, a ponto de liderar a região que é composta por 15 municípios. É um grande progresso se levado em consideração às limitações dos aspectos econômicos que afetam o Piauí. Esse progresso se deve em parte à sua localização geográfica privilegiada, ocupa o centro da Microrregião do Baixo Parnaíba Piauiense.

Desse modo está se transformando em um importante entroncamento rodoviário com importantes rodovias de acessos a importantes centros urbanos. É a única cidade localizada às margens do rio Longá, o qual tem um percurso de mais de 300km e banha muitos municípios do estado. A “Terra da Boa Esperança” foi privilegiada pela natureza por ter em seu território as quedas d’água do Parque Ecológico da Cachoeira do Urubu, localizado no rio Longá. A cachoeira se transformou num dos principais pontos turísticos do Piauí.

O município se destaca ainda como o maior centro comercial da região, vendendo produtos e serviços para todas as cidades ao seu redor. Esperantina também centraliza um quartel da Polícia Militar do Piauí, uma delegacia especializada, além de uma penitenciária. Em relação a atividade política, na eleição passada houve a primeira reeleição de um prefeito na cidade, sendo também a primeira mulher à frente da administração do município.

Na área da saúde, a cidade pertence à macrorregião de Planície Litorânea, com sede em Parnaíba, mas possui um hospital estadual de médio porte instalado no centro da cidade referência para a região de Cocais (que abrange os municípios

circunvizinhos) com a realização de exames de média complexidade, atendimentos de urgência e emergência, partos normais e cesárias, cirurgias oftalmológicas, ortopédicas, entre outras.

Há aproximadamente 5 anos o município aderiu ao Programa Mais Médicos, o que deixou a população melhor assistida com médicos presentes na unidade, cumprindo realmente a carga horária e com atendimentos mais humanizados e utilizando práticas integrativas complementares, como a fitoterapia. Para a reorganização da atenção básica, hoje há 17 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo 11 na zona urbana e 6 na zona rural, com cobertura de quase 100% da população, o teto é de 19 equipes, 2 estão em processo de abertura com o remapeamento das áreas das equipes já existentes, o que proporcionará uma cobertura total da população e melhor distribuição dos usuários por unidade básica de saúde (UBS).

Dentre as doenças crônicas mais prevalentes no município, destacam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) como um grave problema de saúde pública. Anualmente são diagnosticados, vários casos novos da doença, conforme dados da secretaria municipal de saúde.

Dessa forma, a aplicação deste plano se justifica pelos indicadores epidemiológicos e operacionais do HIPERDIA no município, pelo risco de adoecimento por HAS e DM na população em geral.

A hipertensão arterial é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA  $\geq$ 140 x 90mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. A prevalência da HAS no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (1).

O Diabetes Mellitus atinge 246 milhões de pessoas, com tendência a elevação, devido ao aumento populacional, envelhecimento da população já existente, a maior taxa de sedentarismo e a crescente da obesidade. (2). O Brasil ocupa a 4ª posição entre os países com maior prevalência de diabetes e são mais de 14,3 milhões pessoas com a doença no país (2).

Diabetes é uma enfermidade com impacto mundial. Caracteriza-se pelo aumento de glicose no sangue, causada por defeitos na ação ou na secreção da

insulina, que é um hormônio produzido no pâncreas, e tem a função de promover a entrada da glicose nas células e assim ser aproveitada para realização de diversas atividades celulares. A ausência ou defeito na ação desse hormônio causa acúmulo da glicose na corrente sanguínea, o que caracteriza o diabetes (3). Há 2 tipos principais de diabetes, o tipo 1 e o tipo 2.

O Tipo 1 acontece devido a destruição das células beta do pâncreas por algum processo imunológico, resultando na deficiência de insulina. Esse tipo de diabetes costuma acometer mais crianças e adultos jovens, mas, pode ser desenvolvido em qualquer idade. No Diabetes Tipo 2, a insulina é produzida perfeitamente pelas células beta, porém, sua ação está dificultada, levando a um quadro de resistência insulínica. Esse tipo de diabetes está mais relacionado aos maus hábitos de vida, como a obesidade e atinge mais adultos (4).

Existem formas de prevenir ou retardar a doenças como a diminuição na ingestão de carboidratos, alimentos gordurosos, prática de atividades físicas e melhores hábitos de vida em geral (3).

É missão primordial do SUS e da Atenção Primária à Saúde (APS) por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) efetuar o processo do cuidado integral à saúde (1).

O principal objetivo do ESF é organizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, assim, melhorar a qualidade de vida da população. Ela prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família. Desse modo, esses profissionais e a comunidade assistida criam vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da (5).

Desta forma a ESF tem papel importante no controle e estímulo ao adequado tratamento de pessoas que possuem diabetes mellitus, pois o tratamento contínuo das condições crônicas inclui prevenção, tratamento de manutenção de longo prazo, gerenciamento de exacerbação de sintoma agudo, reabilitação e tratamento paliativo.

Assim, o objeto desse estudo é a baixa adesão dos pacientes hipertensos e diabéticos ao Programa HIPERDIA da Estratégia Saúde da Família Canto da Palmeira em Esperantina – PI e tem como objetivo elaborar uma proposta de intervenção na

baixa adesão ao programa HIPERDIA na ESF Canto da Palmeira em Esperantina – PI.

## **REVISÃO DE LITERATURA**

Com o processo de mudança da saúde pública no Brasil, surge a necessidade da criação de um sistema único de atenção à saúde da população. Criado em 1994, o Programa Saúde da Família gradualmente tornou-se a principal estratégia para a mudança do modelo assistencial e a ampliação do acesso de primeiro contato aos serviços de saúde no SUS, sistema baseado em princípios da universalidade, integralidade e equidade. Pouco mais de dez anos depois, já então como eixo norteador da base do SUS, foi transformado em ESF, enunciada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006, que posteriormente foi revisada em 2011 e 2017 (6).

A atenção básica (AB) é definida como sendo o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (7).

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica (2017), a AB será a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede, sendo ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

Como se pode perceber a ESF é uma estratégia para organizar e fortalecer a AB. Conhecimento das diretrizes e dos instrumentos e estratégias para implementar esse programa, conforme seus pressupostos, são necessários à gestão eficaz e eficiente. Os profissionais têm papel importante nesse processo, em especial, o enfermeiro que é responsável por gerenciar a equipe da ESF.

Um grande desafio para as equipes da ESF é a Atenção em Saúde para as doenças crônicas. Estas condições são muito prevalentes, multifatoriais com coexistência de determinantes biológicos e socioculturais, e sua abordagem, deve

envolver as diversas categorias profissionais das equipes de Saúde e exige o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade (8).

O enfoque na prevenção e controle das doenças crônicas levou o Ministério da Saúde (MS) do Brasil a investir no atendimento oferecido pela Atenção Básica, por meio da ESF. Assim, ações, como o incentivo à atividade física e a alimentação saudável, orientações sobre a importância de parar de fumar e a expansão da assistência em doenças crônicas, integram o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis. Essa iniciativa visa prevenir e reduzir as mortes prematuras por hipertensão, diabetes, câncer, e outras doenças do aparelho circulatório e respiratório (9).

O MS, por meio de levantamento inédito, evidenciou que cerca de 40% da população adulta brasileira, tem pelo menos uma Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Constatou-se, ainda, que essas enfermidades atingem principalmente o sexo feminino (44,5%) (10).

No Brasil, essas condições crônicas são responsáveis por mais de 72% das causas de mortes. Dentre os diversos agravos crônicos que acometem a população brasileira e mundial, tem se evidenciado de forma bastante significativa, a HAS que representa um dos principais desafios de saúde pública e associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (10).

Portanto, é notável a amplitude das ações que podem ser oferecidas pela ESF buscando abranger todos os ciclos de vida, vários tipos de situações endêmicas, epidêmicas, e manejo das crônicas que têm logrado sucesso, levando em conta os determinantes sociais ligados ao processo saúde-doença. Constitui-se, portanto, uma plataforma abrangente e sempre atual para qualquer situação que envolva a atenção à saúde da população (11).

Assim, percebe-se que a temática em questão se constitui desafio para a ESF, cujo processo de trabalho implica o enfermeiro como um dos profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado integral ao paciente com HAS e/ou DM. Nesta perspectiva, a assistência de enfermagem ao adulto hipertenso e/ou diabético está centrada na minimização de barreiras da adesão, uma vez que o enfermeiro permanece grande parte do tempo próximo aos pacientes, tendo oportunidade de avaliar, acompanhar e reconhecer os que são aderentes e não aderentes ao tratamento medicamentoso.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial agravada por fatores de risco como a dislipidemia, a obesidade, o diabetes mellitus, o sedentarismo, o tabagismo e o excesso de bebida alcoólica. Dentre as consequências podemos mencionar o acidente vascular encefálico (AVE), o infarto agudo do miocárdio (IAM), a insuficiência cardíaca (IC) e até mesmo a morte súbita. A HAS atinge 32,5% (36 milhões) de adultos e mais de 60% de idosos, e é responsável por 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV). As DCV, por sua vez, correspondem a cerca de 30% dos óbitos no Brasil (12).

De acordo com a OMS (2013), anualmente, a HAS mata 9,4 milhões de pessoas no mundo por doenças cardiovasculares, tais como acidente vascular cerebral (AVC) e o infarto agudo do miocárdio (IAM), que são os mais recorrentes. Estimativas apontam que uma em cada três pessoas no mundo será afetada pela hipertensão.

A prevalência da HAS vem crescendo significativamente e um dos motivos é a transição demográfica que se traduz no aumento progressivo dos idosos. Neste sentido, ressalta-se que, no Brasil, a proporção de hipertensos no país aumenta com o passar da idade. Entre os jovens, de 18 a 29 anos, o índice é de apenas 2,8%; entre as pessoas de 30 a 59 anos é de 20,6%, passando para 44,4% entre 60 e 64 anos, 52,7% entre 65 e 74 anos e 55% entre as pessoas com 75 anos ou mais. Sabe-se ainda que no Brasil menos de 20% dos pacientes mantêm pressão controlada - <140x90 mmHg e a maioria abandona os remédios ainda no primeiro ano de tratamento (10,12).

O número de pessoas com HAS é crescente e estima-se que, no Brasil, cerca de 31,3 milhões de indivíduos são hipertensos (10). Nesse contexto, a HAS torna-se um problema de saúde pública relevante devido a sua elevada prevalência e baixo controle. Salienta-se que além do componente genético, fatores ambientais e comportamentais têm importante participação no desenvolvimento da HAS. O estilo de vida e hábitos alimentares inadequados podem ser responsabilizados pela presença desta morbidade em grande número dos casos (13).

No ano de 2013 foi realizado um inquérito brasileiro que identificou 31,3 milhões de pessoas maiores de 18 anos com diagnóstico de hipertensão arterial (21,4%), sendo a Região Sudeste a que apresentou maior proporção (23,3%), seguida pelas regiões Nordeste (19,4%) e Norte (14,5%). No que se refere a dados estaduais, o Ministério da Saúde, por meio da pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL 2013) realizada em distintas

capitais brasileiras, evidenciou que a prevalência do diagnóstico de HAS entre a população teresinense adulta foi de 21,1% (8).

Tem-se percebido que estudiosos defendem a ideia de que o sucesso do tratamento anti-hipertensivo depende, significativamente, da adesão dos pacientes aos fármacos prescritos. Entretanto, a literatura tem demonstrado baixos níveis de adesão à terapia medicamentosa, como por exemplo, uma pesquisa desenvolvida em um centro de saúde examinou a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, em 90 pacientes. Dentre os sujeitos, apenas 28% apresentaram adesão ao tratamento medicamentoso (14).

Estudo transversal, realizado com 383 adultos cadastrados no Programa Hiperdia, em Novo Hamburgo (RS), demonstrou que a adesão ao tratamento anti-hipertensivo foi de 54,3%, e 33,7% estavam com pressão arterial controlada. Mesmo com a adesão, o controle da PA nos hipertensos não é satisfatoriamente alcançado e mantido, sendo as pessoas hipertensas com outras doenças as que apresentam o controle mais inadequado (15).

Em estudo realizado com adultos de uma comunidade de baixa renda do Sul do Brasil, entre os principais fatores predisponentes para a não utilização de consultas estão baixo nível socioeconômico, sexo masculino, idade mais jovem, pior auto percepção de saúde, esquecimento e características relacionadas a assistência à saúde, como o tipo de serviço utilizado (SUS/não SUS) (16).

Por sua vez, a não utilização das consultas de cuidado continuado pode se associar ao surgimento e a manutenção da baixa adesão ao tratamento medicamentoso e do descontrole pressórico, que podem acarretar crises hipertensivas e complicações cerebrovasculares, como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio. Tais intercorrências são situações que requerem atenção de urgência e de maior complexidade, desencadeiam hospitalizações, elevados custos aos cofres públicos e intenso sofrimento ao indivíduo e sua família, além de constituírem as principais causas de mortalidade no mundo.

Já estudos anteriores demonstraram que o comparecimento regular às consultas de nos serviços de AB apresenta correlação positiva com a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, favorecendo o melhor controle da doença. Além disso, o controle pressórico é mais elevado entre os usuários regularmente acompanhados na AB e pelas equipes da ESF, em comparação com outros modelos de atenção a saúde (17).



Desse modo, vê-se que a assistência prestada ao indivíduo, por meio de consultas médicas e de enfermagem rotineiras, permite aos profissionais de saúde conhecer aspectos concretos da vida do paciente que influenciam diretamente sobre o tratamento medicamentoso e não medicamentoso, como, por exemplo, os efeitos adversos da medicação, os hábitos de vida, o grau de apoio familiar e também o controle da PA. Ao se valorizar esses aspectos, os profissionais podem identificar as lacunas existentes entre a educação ofertada e o autocuidado realizado, reforçando a cada encontro os objetivos e metas a serem alcançados para promover hábitos de vida saudáveis, essenciais para controle da doença.

Entre as DCNT, a Diabetes Mellitus (DM) é considerada uma epidemia mundial e um grande desafio para os sistemas de saúde. Estima-se que a prevalência global da DM passe de 8,8% em 2015 para 10,4% em 2040, o que representará 642 milhões de pessoas vivendo com diabetes no mundo com idade entre 20 e 79 anos. Em 2015, três quartos (75%) do total das pessoas com diabetes estavam vivendo nos países de baixa e média renda e 46,5% deles não estavam diagnosticados (18).

O DM acomete também os indivíduos hipertensos e necessita de ainda mais atenção dos profissionais da ESF. No Diabetes Mellitus tipo 1 e 2, a idade maior ou igual a idade maior ou igual a 45 anos, história familiar, obesidade, hipertensão e dislipidemia são alguns dos fatores de risco que podem estar associados a sinais/sintomas como poliúria, nictúria, polidipsia, boca seca, polifagia, fraqueza, devendo assim o profissional suspeitar de diabetes (2).

Pesquisa Nacional de Saúde apontou que em 2013, no Brasil 6,2% da população de 18 anos ou mais de idade referiram diagnóstico médico de diabetes, o equivalente a um contingente de 9,1 milhões de pessoas. A Região Norte (4,3%) e Nordeste (5,4%) foram as que apresentaram as menores proporções deste indicador. Considerando a situação do domicílio na área urbana, as pessoas com 18 anos ou mais de idade referiram ter diagnóstico médico de diabetes (6,5%), enquanto na área rural a proporção foi menor (4,6%) (8).

As complicações do DM podem ser agudas ou crônicas. Entre as complicações agudas estão a hiperglicemia e a hipoglicemia. As complicações crônicas podem ser micro (retinopatia e nefropatia) ou macrovasculares (doenças cardíacas, vascular periférica e cerebrovascular) (19). As manifestações em longo prazo, complicações tardias que podem atingir órgãos vitais, são a retinopatia diabética, problemas cardiovasculares, alterações circulatórias e problemas neurológicos. Em relação à Retinopatia diabética, esta pode ir desde uma turvação da visão até a presença de

catarata, deslocamento da retina, hemorragia vítrea e a cegueira; os problemas cardiovasculares estão associados à obesidade, tabagismo, que pode precipitar o infarto agudo do miocárdio, a insuficiência cardíaca congestiva e as arritmias; as alterações circulatórias podem ocasionar uma lesão no membro inferior, acarretando um problema denominado “pé diabético”; e, em relação aos problemas neurológicos, responsáveis pelas neurites agudas ou crônicas, podem atingir as posições articulares.

O tratamento do DM tipo 2 está associada a adoção de hábitos de vida saudáveis, como uma alimentação equilibrada, prática regular de atividade física, moderação no uso de álcool e abandono do tabagismo, acrescido ou não do tratamento farmacológico. As modificações do estilo de vida são a base do tratamento do diabetes, e possuem uma importância fundamental no controle da glicemia, atuando também no controle dos fatores de risco para doenças cardiovasculares (2).

Porém, um fator importante constatado é um grande desconhecimento por parte das pessoas sobre a doença e, muitas vezes, seu caráter assintomático é um complicador para a adesão ao tratamento. Essa realidade é especialmente preocupante, uma vez que a doença exige da pessoa um conjunto de comportamentos especiais e sua coparticipação em cerca de 90% do cuidado diário (20).

Em um estudo de caso realizado com 63 enfermeiros em Maringá, Paraná, houve a identificação da disponibilidade de medicamentos e insumos, a oferta de atividades de promoção da saúde, bem como a busca ativa a usuários que não aderem ao tratamento e que faltam às reuniões do HIPERDIA, como fortalezas no cuidado prestado pela equipe. Ademais, a participação dos usuários nos grupos de HIPERDIA, a presença de vínculo entre eles e os profissionais atuantes nas equipes da ESF e a participação efetiva destes profissionais nas reuniões dos grupos, também foram observadas como fortalezas nos depoimentos dos profissionais entrevistados (21).

Além disso, entre os diversos fatores envolvidos na baixa adesão ao tratamento destaca-se a relação estabelecida entre a pessoa com diabetes e os profissionais de saúde. O tipo de formação e as concepções dos profissionais a respeito da doença, do doente e do tratamento têm grande influência nas taxas de adesão e os estudos apontam diversos problemas relacionados às dificuldades dos profissionais para estabelecer uma boa relação terapêutica, tais como: comunicação inadequada e insuficiente; falta de confiança; falta de vínculo; abordagem de forma imprópria

(desatenção e indelicadeza); hierarquização das relações; comportamentos de pressão e ameaça; comportamentos paternalistas, entre outros (22).

Desse modo, vê-se que são necessários investimentos na capacitação dos profissionais, visando superar os diversos problemas apontados por meio da mudança de perfil dos profissionais, buscando uma postura mais ativa, aumentando a responsabilização/implicação com relação aos casos atendidos e desenvolvendo ações em consonância com os princípios do SUS para que aconteçam avanços em relação aos problemas relacionados ao cuidado das pessoas com diabetes.

## PLANO OPERATIVO

Situação problema 1	OBJETIVOS	METAS/ PRAZOS (12 meses)	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS
Desorganização do HIPERDIA, com limitações, destacam-se a deficiência de gestão e planejamento, e a insuficiência de profissionais capacitados e medicamentos fornecidos pela farmácia básica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar busca ativa e outras atividades de prevenção e promoção de saúde de hipertensos e diabéticos em todas as microáreas da área de abrangência da ESF Canto da Palmeira em Esperantina – PI;</li> <li>- Monitorar o cadastramento, vinculação e acompanhamento dos hipertensos e diabéticos da ESF Canto da Palmeira em Esperantina – PI.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cadastrar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência detectados pelo rastreamento no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na UBS;</li> <li>- Identificar e acompanhar 100% dos hipertensos e diabéticos e descompensados;</li> <li>- Realizar estratificação de risco cardiovascular anual em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Identificar todos os pacientes da área através da busca ativa de hipertensos e diabéticos;</li> <li>-Realizar atualização cadastral de todos os hipertensos e diabéticos da área adscrita;</li> <li>-Fazer o agendamento desses pacientes para as consultas de cuidado continuado no HIPERDIA;</li> <li>-Realizar monitoramento dos cadastros dos hipertensos e diabéticos;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipe UBS (Enfermeira, técnico em enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde e médica);</li> <li>- Gestão</li> </ul>

		acompanhados na UBS.  - Capacitar 100% dos profissionais no acolhimento e atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético conforme protocolos adotados na UBS	-Realizar capacitações com os profissionais para melhor acolher e atender os hipertensos e diabéticos.	
--	--	---	--	--

<b>Situação problema 2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>METAS/ PRAZOS (12 meses)</b>	<b>AÇÕES/ ESTRATÉGIAS</b>	<b>RESPONSÁVEIS</b>
Baixa adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da ESF Canto da Palmeira em Esperantina – PI.	- Estimular os pacientes do programa HIPERDIA a realizarem as consultas de cuidado continuado frequentemente e aderirem ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.	-Manter atualizado o registro dos medicamentos na ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos;  - Garantir tratamento medicamentoso para 100% dos pacientes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia;	-Fornecer os medicamentos necessários a realização do tratamento da hipertensão e /ou diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.  - Conscientizar esses pacientes sobre a importância do tratamento medicamentoso e não medicamentoso;  - Realizar oficinas com os hipertensos e diabéticos para melhor orientar como fazer o tratamento adequadamente, não esquecer de tomar a	- Equipe ESF (Enfermeira, técnico em enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde e médica);  - Equipe Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) [Educador físico, nutricionista, fisioterapeuta)  - Gestão

			medicação -Realizar atividades educativas com esse grupo;	
--	--	--	--	--

## PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO E GESTÃO DO PLANO

O acompanhamento será realizado de forma contínua com base nos dados do eSUS (cadastros individuais, relatórios de atendimento, monitoramento, retorno de hipertensos e diabéticos), livros de acompanhamento, avaliação de desempenho das atividades, e, das metas, que deverão ser empregados, na avaliação de cada objetivo específico, tendo 18 indicadores para avaliar o resultado alcançado.

Assim, a tabela abaixo apresenta a relação dos indicadores a serem monitorados, segundo os objetivos propostos neste plano de intervenção.

<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>INDICADORES</b>
Realizar busca ativa e outras atividades de prevenção e promoção de saúde de hipertensos e diabéticos em todas as microáreas da área de abrangência da ESF Canto da Palmeira em Esperantina - PI	1 - Proporção de profissionais da equipe capacitados para atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético conforme protocolos adotados na UBS.
Estimular os pacientes do programa HIPERDIA a realizarem as consultas de cuidado continuado frequentemente e aderirem ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.	1 - Proporção de diabéticos com exame do pé diabético em dia. 2 - Proporção de hipertensos com o exame clínico de acordo com o protocolo em dia. 3 - Proporção de diabéticos e hipertensos com solicitação dos exames complementares do protocolo em dia. 4 - Proporção de diabéticos com tratamento medicamentoso da lista do HIPERDIA ou Farmácia Popular.

<p>Monitorar o cadastramento, vinculação e acompanhamento dos hipertensos e diabéticos da UBS Santa Luzia</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1 - Proporção de hipertensos e/ou diabéticos detectados pelo rastreamento cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.</li><li>2 - Proporção de adultos hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência sem acompanhamento há mais de um ano captado pelo programa da UBS.</li><li>3 - Proporção de Hipertensos e/ou diabéticos faltosos as consultas conforme periodicidade recomendada que receberam busca ativa.</li><li>4 - Proporção de diabéticos e hipertensos faltosos à realização de exames complementares conforme periodicidade recomendada que receberam busca ativa.</li><li>5 - Proporção de diabéticos com a glicemia descompensada.</li><li>6 - Proporção de hipertensos com a pressão arterial descompensada.</li><li>7 - Proporção de diabéticos e hipertensos encaminhados para consulta na rede especializada.</li><li>8 - Proporção de diabéticos e hipertensos que estão com a ficha de acompanhamento atualizada.</li><li>9 - Proporção de diabéticos e hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.</li><li>10 - Proporção de diabéticos e hipertensos de alto risco acompanhados pela equipe da UBS.</li><li>11 - Proporção de diabéticos e hipertensos de alto risco com avaliação de comprometimento de órgãos alvo.</li><li>12 - Proporção de diabéticos e hipertensos acompanhados que receberam orientação sobre</li></ol>
---	---

	atividade física regular e orientação nutricional. 13 - Proporção de diabéticos e hipertensos que fumam e receberam orientação sobre riscos do tabagismo.
--	--

Desse modo, os resultados dos indicadores propostos podem ser verificados mensalmente pelos atores desse processo que são os profissionais da AB (enfermeira, técnico em enfermagem, médico, agentes comunitários de saúde, gestores) possibilitando que novas intervenções sejam adotadas para melhoria da adesão dos usuários ao HIPERDIA.

## **CONCLUSÃO**

As ações de prevenção primária são fundamentais, porém necessitam de constante avaliação para mensurar os impactos gerados na população. A realização do HIPERDIA na ESF Canto da Palmeira como ferramenta de avaliação da qualidade da atenção prestada aos usuários com HAS e DM necessita de aperfeiçoamentos e constantes avaliações para se chegar aos objetivos propostos.

Em populações específicas de hipertensos e ou de diabéticos, medidas de prevenção, identificação e controle dos fatores de risco devem ser implementados. Programas informatizados podem auxiliar no seguimento dos pacientes, possibilitando a integralidade e a longitudinalidade necessárias impactando diretamente na redução de risco cardiovascular e no aumento da qualidade de vida.

Dessa forma, sugere-se que a equipe da ESF Canto da Palmeira em Esperantina-Piauí intervenha junto aos hipertensos e diabéticos de forma integral e humanizada com determinação e autocrítica contínua a fim de que os objetivos desta proposta sejam atendidos.

## **REFERENCIAS**

1. Brasil, Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília, 2013. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).
2. Brasil, Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus. Brasília, 2013.160 p. (Caderno da Atenção Básica n. 36).

3. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de diabetes. 2015- 2016 Rio de Janeiro: 2015.
4. Munhoz, M. P.; et al. Nutrição e Diabetes. Revista Odontológica de Araçatuba, v.35, n.2, p. 67-70, 2014.
5. Costa, F.S.; et al. Valorizando a consulta de enfermagem enquanto prática o profissional no contexto do programa saúde da família (PSF). R. pesq.: cuidado é fundamental online, v.4, n. 4, p. 2881-2889, 2012;
- 6 Pinto, L. F.; Giovanella, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 6, p. 1903-1913, 2018.
7. Brasil. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2017; 22 set. 2017.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2014.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde (BR). Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Brasília, 2016.
10. Ibge Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2014.
11. Malta, D. C. et al. Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. Epidemiol. Serv. Saúde. v. 25, n.2, p.373-39, 2016.
12. Sociedade de Cardiologia do Estado Rio de Janeiro. Manual de Hipertensão Arterial. Rio de Janeiro: SOCERJ, 2018.
13. Gus, I.; Ribeiro, R. A.; Kato, S.; Bastos, J.; Medina, C., Zazlavsky, C. et al. Variações na Prevalência dos Fatores de Risco para Doença Arterial Coronariana no Rio Grande do Sul: Uma Análise Comparativa entre 2002-2014. Arq Bras Cardiol. v.105, n.6, p:573-9, 2015.
14. Eid, L. P.; nogueira, M. S.; Veiga, E. V.; Cesarino, E. J.; Alves, L. M. M. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: análise pelo Teste de Morisky-Green. Rev. Eletr. Enf. v.15, n.2, p.362-67, 2013.
15. Souza, C. S.; Stein, A. T.; Bastos, G. A. N.; Pellanda, L. C. Blood Pressure Control in Hypertensive Patients in the "Hiperdia Program": A Territory-Based Study. Arq. Bras. Cardiol. v.102, n.6, p.571-578, 2014.



16. Bastos, G. A. N.; Harzheim, E.; Sousa, A. I. Prevalência e fatores associados à consulta médica entre adultos de uma comunidade de baixa renda do Sul do Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 23, n. 3, p. 409-420, 2014.
17. Barreto, M. S. et al. Não utilização de consultas de rotina na Atenção Básica por pessoas com hipertensão arterial. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 3, p.795-804, 2018.
18. Ogurtsova, K. et al., 2017. Atlas de Diabetes da IDF: estimativas globais para a prevalência de diabetes para 2015 e 2040. *Diabetes Res Clin Pract.* P. 128: 40-50, 2017.
19. Silva, J. V. M. et al. Avaliação do Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na visão dos usuários. *Rev Bras Enferm*, v. 68, n. 4, p. 626-632, 2014.
20. Who. World Health Organization Global report on diabetes. Geneva: World Health Organization, 2016.
21. Santos, A. L.; Silva, E. M.; Marcon, S. S. Assistência às Pessoas no Hiperdia: potencialidades e limites na perspectiva de enfermeiros. *Texto Contexto Enferm*, v. 27, n.1, 2018.
22. Gama, C. A. P.; Guimarães, D. A.; Rocha, G. N. G. Diabetes Mellitus e atenção primária: percepção dos profissionais sobre os problemas relacionados ao cuidado oferecido às pessoas com diabetes. *Pesquisas e Práticas psicossociais.* v.12, n.3, 2017.