



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ**  
**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**  
**Curso de Especialização em Saúde da Família**



**BRUNNO FELLYPE MAGALHÃES SILVA**

**BAIXA ADESÃO MEDICAMENTOSA PARA O TRATAMENTO DE  
DIABETES E HIPERTENSÃO: PLANO DE INTERVENÇÃO**

**BELÉM – PA**  
**2019**

BRUNNO FELLYPE MAGALHÃES SILVA

**BAIXA ADESÃO MEDICAMENTOSA PARA O TRATAMENTO DE  
DIABETES E HIPERTENSÃO: PLANO DE INTERVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família, Modalidade à distância, Universidade Federal do Pará, Universidade Aberta do SUS, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Andrea dos Santos Mendes Gomes

BELÉM – PA

2019

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD  
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará  
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(s) autor(s)**

---

M188b Magalhães Silva, Bruno Felype  
BAIXA ADESÃO MEDICAMENTOSA PARA O  
TRATAMENTO DE DIABETES E HIPERTENSÃO: PLANO DE  
INTERVENÇÃO / Bruno Felype Magalhães Silva. — 2020.  
24 f.

Orientador(a): Prof. MSc. Andrea dos Santos Mendes Gomes  
Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) -  
Especialização em Saúde da Família, Instituto de Ciências da  
Saúde, Universidade Federal do Pará, Belém, 2020.

1. Hipertensão Arterial Sistêmica. 2. Diabetes Mellitus. 3.  
Educação para a Saúde. I. Título.

CDD 341.64098

---

BRUNNO FELYPE MAGALHÃES SILVA

**BAIXA ADESÃO MEDICAMENTOSA PARA O TRATAMENTO DE  
DIABETES E HIPERTENSÃO: PLANO DE INTERVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial à obtenção do título de Especialista, Curso de Especialização em Saúde da Família, Universidade Aberta do SUS, Universidade Federal do Pará, pela seguinte banca examinadora:

Conceito: \_\_\_\_\_  
Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof.<sup>a</sup> Andrea dos Santos Mendes Gomes  
Orientadora

---

Prof. Ana Paula Reis

Dedico este trabalho a minha esposa e  
companheira Larissa Luiza e a minha filha  
Sophia Luiza que são minha motivação  
diária e motivo de nunca desistir.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por ser o autor da minha vida, e me proporcionar à oportunidade de alcançar mais essa vitória em minha vida.

Agradeço minha orientadora Andrea por todo tempo e atenção dedicados a meu trabalho.

Agradeço a minha equipe que não mediu esforços para me apoiar no planejamento e execução deste projeto.

Por fim agradeço essa instituição pela oportunidade de aprender e aperfeiçoar meus conhecimentos.

## RESUMO

Tucumã é uma cidade brasileira do interior do estado do Pará. A população do município é muito carente e não tem acesso a informações, na área de cobertura da equipe é possível identificar muitos problemas, porém um problema que tem sido decorrente na área de cobertura da equipe V é a baixa adesão medicamentosa para o tratamento do diabetes e da hipertensão, o que tem aumentado os casos de internações por complicações cardiológicas na área de cobertura da equipe. Por ser um problema decorrente e modificável, foi criado um projeto de intervenção que tem por objetivo realizar uma ação educativa para informar os portadores de diabetes e hipertensão sobre a importância do tratamento na prevenção de complicações cardiovasculares. Para atingir esse objetivo será realizada parceria com outros órgãos de saúde do município, com o intuito de implantar atividades físicas e de lazer para os diabéticos e hipertensos. Será realizada a educação continuada para a capacitação da equipe para preparar os profissionais para realizarem orientações aos usuários sobre diabetes e hipertensão. A realização da ação educativa com palestras explicativas tem o intuito de informar os usuários como é importante a realização do tratamento para diabetes e hipertensão na prevenção de complicações cardiovasculares, e pretende-se também através dessa ação identificar usuários que são diabéticos e hipertensos, mas não sabem da existência das patologias. Realizando a ação de educação em saúde espera-se colaborar com o aumento da adesão medicamentosa no tratamento para diabetes e hipertensão e diminuir as complicações cardiovasculares causadas por eles.

**Palavras-chave:** Hipertensão Arterial Sistêmica. Diabetes Mellitus. Educação para a Saúde

## ABSTRACT

Tucumã is a Brazilian city in the interior of the state of Pará. The population of the municipality is very needy and does not have access to information. In the area covered by the team, it is possible to identify many problems, but a problem that has been arising in the area covered by the team. team V is low drug adherence for the treatment of diabetes and hypertension, which has increased the number of hospitalizations due to cardiac complications in the area covered by the team. As an ongoing and modifiable problem, an intervention project was created with the objective of carrying out an educational action to inform people with diabetes and hypertension about the importance of treatment in preventing cardiovascular complications. To achieve this goal, a partnership will be held with other health agencies in the municipality, with the aim of implementing physical and leisure activities for diabetics and hypertensive patients. Continuing education will be held to train the team to prepare professionals to provide guidance to users on diabetes and hypertension. The educational action with explanatory lectures is intended to inform users how important it is to carry out treatment for diabetes and hypertension in the prevention of cardiovascular complications, and through this action it is also intended to identify users who are diabetic and hypertensive, but not they know about pathologies. By carrying out the health education action, it is expected to collaborate with the increase of medication adherence in the treatment for diabetes and hypertension and decrease the cardiovascular complications caused by them.

**Keywords:** Systemic Arterial Hypertension. Diabetes Mellitus. Health Education



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Principais problemas enfrentados pela comunidade atendida pela ESF V11	
Quadro 2: Possíveis causas do não tratamento de DIA E HAS.....	12

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1.1 Justificativa .....</b>	<b>14</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
<b>2.1 Objetivos Gerais.....</b>	<b>16</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos .....</b>	<b>16</b>
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>17</b>
<b>3.1 Implicações Éticas .....</b>	<b>17</b>
<b>3.2 Delineamento do Estudo .....</b>	<b>17</b>
<b>3.3 População de Estudo.....</b>	<b>18</b>
<b>3.4 Variáveis do Estudo .....</b>	<b>18</b>
<b>3.5 Análise Estatística dos Dados .....</b>	<b>19</b>
<b>3.6 Cronograma de Atividades.....</b>	<b>19</b>
<b>3.7 Orçamento .....</b>	<b>19</b>
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>20</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>22</b>
<b>6 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>23</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Tucumã conhecido “terra do cacau”, é uma cidade brasileira do interior do estado do Pará, localizado mais precisamente no sul do estado, e a distância até a capital Belém é de 980 km. A população estimada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) é de 39.602 habitantes, porém o censo de 2010 identificou 33.690 habitantes. A área territorial de Tucumã é de 2.512,594, e faz limite com os municípios de São Félix do Xingu, Paraopebas, Ourilândia do Norte e Água azul do Norte (IBGE, 2019). A comunidade atendida pela equipe tem em média 7.500 pessoas, que enfrentam inúmeros problemas relacionados à saúde, no quadro abaixo é possível observar os principais problemas definidos pela equipe.

**Quadro 1-** Principais problemas enfrentados pela comunidade atendida pela ESF V.

1. Baixa adesão medicamentosa para diabetes e hipertensão
2. Grande incidência de parasitoses
3. Pobreza e falta de acesso a informações de prevenção e promoção a saúde
4. Falta tratamento de esgoto
5. Falta coleta seletiva de lixo
6. Falta medicação de distribuição do governo
7. Dificuldade e filas extensas na realização de exames de média e alta complexidade
8. Dificuldade de transporte da zona rural para os serviços de saúde localizados na área urbana
9. Não existe estação de tratamento de água
10. Grande incidência de gravidez na adolescência

Fonte: autoria própria, 2019

A estrutura da saúde é formada pelas UBS (unidades básicas de saúde), pelas ESF (estratégia saúde da família), pelo NASF (Núcleo de apoio a saúde da família), a estrutura de urgência e emergência é formada pelo Centro ambulatorial especializado e o SAMU (Serviço de atendimento móvel de urgência), existe ainda dois hospitais da rede particular, mas que mantém convênio com o SUS para atender a população e atende encaminhamentos das UBS, ESF e do Centro ambulatorial especializado.

A equipe ESF V, é composta por um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, nove agentes de saúde, um dentista e uma auxiliar de odontologia. O horário de funcionamento da unidade é das 07h00min às 17h00min. Dentre as atividades desenvolvidas na unidade estão à realização de consultas médicas para todas as faixas etárias na unidade e quando necessário nas residências, realização

consulta de pré-natal, puérperio e puericultura, acompanhamento de usuários hipertensos, diabéticos, de saúde mental e outras patologias, realização de curativos, aferição de pressão arterial e glicemia capilar, administração de medicamentos, administração de vacinas, acompanhamento residencial de todas as famílias da área pelo agente de saúde, além da realização de ações educativas de educação em saúde para a comunidade.

Dos problemas selecionados pela equipe um tem chamado muito atenção, a baixa adesão medicamentosa para DM (diabetes mellitus) e HAS (hipertensão), problema esse que tem sido responsável por 50% dos AVC (acidente vascular cerebral), dos infartos e das doenças renais, a equipe identificou que 40% dos usuários portadores dessas patologias não têm realizado o tratamento de forma assídua, e que 30% dos portadores desconhecem a existência da doença. Foram identificadas muitas causas para o não tratamento de DIA e HAS, e as mesmas estão expostas no quadro abaixo.

**Quadro 2-** Possíveis causas do não tratamento de DIA e HAS

1. Falta de orientações claras sobre a importância do tratamento.
2. Falta de conhecimento sobre a gravidade das doenças.
3. Falta de tempo para realizar o cuidado com a saúde.
4. Falta de capacitação da equipe para realizar a educação em saúde.
5. Falta acesso as informações sobre DM e HAS.
6. Falta profissional para implantação de atividade física na comunidade.
7. Falta incentivo das autoridades para realização de ações de saúde.
8. Falta material didático e recursos áudio visuais para aumentar a eficiência das ações em saúde.
9. Grande parte dos portadores de DIA e HAS são sedentários.

Fonte: autoria própria, 2019

O diabetes é considerado um grave problema de saúde pública em grande parte do mundo, chegando a atingir 246 milhões de pessoas, com tendência de aumentar ainda mais devido a o crescimento populacional, ao envelhecimento populacional e ao aumento da obesidade e do sedentarismo (BRASIL, 2013).

De acordo com a Sociedade Brasileira de diabetes 2015, o Brasil está em 4º na posição dos países com maior índice de diabetes e estima-se que mais de 14,2 milhões de pessoas no país são portadoras da doença. Os maus hábitos alimentares e o estilo de vida da população são os principais fatores de risco para a doença (OMS, 2013).

No ano de 2014 foi realizado um estudo em seis capitais brasileiras, com a participação em média de 15 mil funcionários públicos, com faixa etária de 35 a 74 anos, nesse estudo foi identificada prevalência de DM em 20% dos funcionários, e o que foi mais preocupante é que nenhuma dessas pessoas tinha tido diagnóstico prévio da doença (SCHMIDTI *et al.*, 2014).

A Sociedade Brasileira de Diabetes 2015 classifica o DM de acordo com a sua etiologia, sendo os três tipos: DM tipo 1 é o resultado da destruição de células beta pancreáticas com tendência a cetoacidose, e é responsável por cerca de 5 a 10% dos casos de DM; DM tipo 2 se desenvolve pela resistência a insulina e também a deficiência relativa de sua secreção, o mesmo é considerado parte da síndrome plurimetabólica, e é responsável por 90% dos casos de DM; DM gestacional se desenvolve no período da gravidez, e é caracterizada pela diminuição da tolerância a glicose, sua magnitude pode ser variável e o mesmo ser diagnosticado pela primeira vez na gestação, e pode ou não persistir após o parto, o DM gestacional oferece riscos para gestação e para o bebê; existem ainda outros tipos de diabetes, porém considerados menos freqüentes, na maior parte das vezes são decorrentes de defeitos genéticos associados a outras doenças ou até mesmo pelo uso de medicamentos. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

Esse é um problema de saúde pública e pode ser enfrentado através da educação em saúde na atenção primária, ou seja, evidências mostram que o trabalho de prevenção e promoção a saúde evita hospitalizações e até mesmo óbitos por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009).

A HAS é considerada uma síndrome que tem origem multifatorial, representando um grave fator de risco tanto para o AVC (Acidente Vascular Cerebral), quanto para o IAM (Infarto Agudo do Miocárdio), além da doença renal crônica terminal. A HAS é uma doença do alto índice de prevalência e de baixas taxas de controle, sendo considerado assim um importante fator de risco modificável e um importante problema de saúde pública em todo mundo (SBC, 2010; OLIVEIRA, 2008; SADEGHI *et al.*, 2013).

Muitos fatores colaboram com o aumento dos níveis pressóricos dentre eles estão: a idade avançada, pele negra, obesidade, consumo de álcool de forma excessiva, sedentarismo, DM, dislipidemia e alto consumo de sal (SBC, 2010).

A HAS tem sido considerada a principal causa de óbitos no Brasil, e é responsável por grande parte das internações, o que acaba ocasionando custos médicos e econômicos elevados. Dessa maneira a HAS configura um dos principais problemas de saúde pública no país (MALTA et al., 2009).

Estimativas revelam que para o ano de 2050, as estimativas são de que a doença coronariana, o AVC e a HAS dobrem de número, chegando a atingir 34 mil casos por 100 mil habitantes (RTVELADZE et al., 2013).

A HAS é uma doença de difícil controle e a baixa adesão medicamentosa dificulta ainda mais o controle da doença, os fatores que interferem na baixa adesão ao tratamento podem estar ligados a características biossociais, tais como “idade, sexo, raça, escolaridade, nível socioeconômico, ocupação, estado civil, religião, crenças de saúde, hábitos de vida e aspectos culturais” (PIERIN et al., 2004).

A criação de política pública e ou programas de prevenção de doenças cardiovasculares por vezes não são garantia de resolutividade desse problema. Desta forma faz-se necessário a adesão do paciente ao esquema terapêutico proposto, a adesão depende diretamente de alguns fatores: consciência do paciente sobre sua patologia e comprometimento com o tratamento, esclarecimento sobre o tratamento por parte dos profissionais de saúde e apoio e incentivo dos familiares (CARVALHO et al., 2012). Incluir os familiares no tratamento dos hipertensos é de extrema importância, uma vez que a HAS ocasiona mudança não só na vida do hipertenso, como também no estilo de vida de toda a família. Assim o apoio familiar é apontado como um importante evento que antecede a adesão ao tratamento (LOPES & MARCON, 2009).

### **1.1 Justificativa**

Assim que entrei na equipe ESF V, na realização de visitas domiciliares notei que existem muitos usuários vítimas de doenças cardiovasculares com seqüelas, e de doenças renais, nos quais grande parte são portadores de diabetes e ou hipertensão. Em reunião de equipe, no qual se analisou os indicadores, foi possível notar que quase a metade dos usuários portadores de diabetes e hipertensão não realiza o tratamento da forma correta, e outra parte dos usuários são portadores dessas doenças, porém nem suspeitam e não sabem nada sobre. Muitas são as causas do não tratamento do diabetes e da hipertensão, dessas causas extraímos

os nós críticos, causas que se forem atacadas podem mudar a realidade da comunidade.

O primeiro nó crítico é o sedentarismo, e a formação de parceria com outros setores de saúde do município, tais como CRAS (Centro de Referência da Assistência Social) e ao Centro de Fisioterapia, para criação de um grupo de atividade física, através de reunião com os gestores, é o modo no qual a equipe pretende enfrentá-lo; o nó crítico número dois é o baixo nível de informação sobre hipertensão e diabetes, e a realização de uma ação educativa na comunidade fazendo o uso de vídeos e slides explicativos sobre hipertensão e diabetes, é o modo no qual a equipe pretende enfrentá-lo; o último nó crítico é a falta de capacitação da equipe para orientar os usuários, e a realização da educação continuada semanalmente na unidade, para capacitar a equipe para realização de estratégias de orientação aos usuários sobre a medicação e importância do tratamento, é o modo no qual a equipe pretende enfrentá-lo.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), são conhecidas por ter etiologia múltipla, com períodos longos de latência, não infecciosas, com curso prolongado, além de estarem ligadas a deficiência e incapacidades funcionais. Entre as principais DCNT estão o DM e a HAS. (BRASIL, 2008).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), tem papel decisivo no que diz respeito a realização de ações que colaborem com o controle do DIA e da HAS, é necessário desenvolver um trabalho multidisciplinar atuando na prevenção, promoção e recuperação da saúde, além de estabelecer vínculos de confiança e amizade com os usuários. O estabelecimento de vínculos facilita o sucesso do tratamento, pois quando o usuário confia na equipe ele segue as recomendações passadas por ela, quanto maior interesse o usuário tiver em se cuidar, melhor será a adesão ao tratamento indicado (BRASIL, 2006).

Após analisar o problema e os recursos que se têm disponíveis, chegamos à conclusão que o projeto de intervenção é viável e pode colaborar com a diminuição das complicações causadas pela falta de tratamento do diabetes e da hipertensão, aumentando a qualidade e expectativa de vida dos usuários atendidos pela ESF V.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivos Gerais**

- Realizar uma ação de educação em saúde para informar os portadores de diabetes e hipertensão sobre a importância do tratamento na prevenção de complicações.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Formar parceria com o CRAS (Centro de Referência da Assistência Social) e o Centro de Fisioterapia para criação do grupo de atividades físicas
- Capacitar à equipe ESF V para realização de ações educativas.
- Informar os portadores de diabetes e hipertensão sobre a importância do tratamento medicamentoso.



### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Implicações Éticas**

O presente projeto está pautado nos protocolos do Ministério da Saúde e respeita as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde 466/2012.

#### **3.2 Delineamento do Estudo**

O plano de intervenção será constituído de três operações, que tem por objetivo para informar os portadores de diabetes e hipertensão sobre a importância do tratamento na prevenção de complicações.

Operação 1: Realizar educação continuada semanalmente na unidade, para capacitar a equipe para realização de estratégias de orientação aos usuários sobre a medicação e importância do tratamento, a educação continuada acontecerá todas as terças-feiras no horário de 15:00 a 16:00 horas, os funcionários terão a oportunidade de sanar todas as suas dúvidas relacionadas aos sintomas e tratamento do DIA e da HAS, para uma melhor fixação do material serão usados vídeos e slides explicativos, essa operação será de responsabilidade do médico Brunno que realizara revisão de literatura para o agrupamento de material, para assim estar preparado para capacitar a equipe. Os recursos necessários para essa operação serão cognitivos que consistem na preparação da equipe para realização de ações por meio de educação continuada; organizativos que consistem na disponibilidade de tempo dos profissionais para a capacitação. Os resultados dessa ação serão definidos através da aplicação de prova oral a equipe, a fim de saber se a mesma esta preparada para passar as informações de forma clara e eficiente para a comunidade.

Operação 2: Consiste na realização de reunião com a gestão, o CRAS e com o Centro de Fisioterapia afim de na formação de parceria para a criação de um grupo de atividades físicas na unidade, esse grupo será direcionado para todos os usuários pertencentes a área de cobertura da equipe e aconteceram duas vezes na semana, uma vez sob a responsabilidade do educador físico do CRAS e a outra vez sob a responsabilidade do fisioterapeuta, no grupo haverão atividades físicas leves e atividade lúdicas e dinâmicas. Essa operação é de responsabilidade o médico Brunno e da enfermeira Érica. Os recursos necessários para essa operação serão organizativos que consistem na parceria entre setores (fisioterapeuta), na

disponibilidade dos profissionais para realização das ações e no local para realização das atividades; econômico que consiste na compra de camisetas e materiais esportivos (colchonete e bola) para o grupo de atividade física (valor aproximado: R\$500,00), e políticos que consiste na aprovação da gestão para realização das ações. Os resultados dessa ação serão definidos pela quantidade de usuários que manterá a frequência de participação no grupo de atividade física.

Operação 3: Realizar uma ação educativa através de palestras explicativas na comunidade fazendo o uso de vídeos e slides, para explicar a população os sintomas de DIA e HAS, a importância do tratamento e os riscos de complicações serão realizadas duas reuniões uma direcionada apenas aos portadores de DIA e HAS e outra direcionada a toda população. Essa ação será de responsabilidade do médico Bruno, da enfermeira Érica, e das técnicas de enfermagem Poliana e Tayrine. Os recursos necessários para essa operação serão políticos que consiste na aprovação da gestão para realização das ações, econômicos que consiste na aquisição de material didático educativo (panfletos) para realização das ações de saúde, e cognitivos que consiste na motivação da equipe para a capacitação da mesma, e essa esteja preparada para esclarecer as dúvidas dos usuários.

Os resultados dessa ação serão definidos através do cadastro de novos diabéticos e hipertensos e através do mapa de acompanhamento mensal do agente de saúde e irá expor os usuários que estão realizando o tratamento.

### **3.3 População de Estudo**

A população onde o plano de intervenção será executado é composta em média por 7.500 pessoas, e 30% dessa população é portadora de DIA e ou HAS, essas pessoas residem em bairros urbanos e a maior parte tem nível socioeconômico baixo.

### **3.4 Variáveis do Estudo**

Os dados foram definidos através dos cadastros da equipe, a intervenção foi destinada a toda população e em especial para os portadores de DIA e HAS.

### 3.5 Análise Estatística dos Dados

Para a análise estatística de dados serão examinados os cadastros de diabéticos e hipertensos que foram cadastrados após a execução do plano e comparados com os que já estavam cadastrados antes da execução do plano. Compararemos também os usuários que realizavam o tratamento conforme a indicação médica e os que realizaram após a execução do plano de intervenção.

### 3.6 Cronograma de Atividades

OPERAÇÃO/AÇÃO	ANO:				
	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
Revisão de literatura	X				
Capacitação da equipe	X				
Formação de parcerias		x			
Execução do plano			x	x	
Resultados					x

### 3.7 Orçamento

OPERAÇÃO/AÇÃO	ITEM	QUANTIDADE	R\$ unid	R\$ ação
1. Capacitação da equipe	-	-	-	-
2. Grupo de Atividade física	Camisetas	30	20,00	600,00
	Colchonetes	20	14,50	290,00
	Bola	5	15,00	75,00
3. Ação educativa	Panfletos	1000	0,25	250,00
Total geral				1.215,00

## 4 RESULTADOS

O plano de intervenção será realizado na comunidade atendida pela ESF V, estão cadastrados em média na área de cobertura da unidade 7.500 usuários, sendo 30% deles portadores de DIA e ou HAS. Para analisar os resultados serão examinados os cadastros de diabéticos e hipertensos que foram cadastrados após a execução do plano e comparados com os que já estavam cadastrados antes da execução do plano. Compararemos também os usuários que realizavam o tratamento conforme a indicação médica e os que realizaram após a execução do plano de intervenção.

A educação continuada para a capacitação da equipe ocorreu no mês de outubro e através dela foi possível notar a como os profissionais aprenderam sobre DIA e a HAS, ao final dos encontros para a educação continuada o médico da equipe fez uma pergunta sobre DIA e HAS a cada integrante da equipe e todos eles responderam de forma clara e eficiente a pergunta mostrando assim que estavam totalmente preparados para a execução do plano sanando as dúvidas dos usuários e orientando-os sobre a importância do tratamento de DIA e HAS.

A formação de parceria com o CRAS e o Centro de fisioterapia do município aconteceu por meio de uma reunião com a participação de todos os profissionais envolvidos e da gestão municipal, e através dessa reunião foi possível estabelecer a parceria para a implantação das atividades físicas e de lazer na comunidade. As atividades físicas tiveram início na primeira semana de janeiro de 2019 e são de responsabilidades do fisioterapeuta e do preparador físico do CRAS que se revejam durante nas segundas e quintas-feiras as 07h00min da manhã para realização das atividades que acontecem no pátio da unidade, lembrando que os profissionais não realizam somente atividades físicas, mas também dinâmicas divertidas e jogos lúdicos, através desse grupo de atividades físicas já notamos certa motivação entre os participantes, apesar de ainda terem acontecido poucos encontros os mesmo estão se mostrando interessados a cuidar melhor da saúde, sem contar que estão se divertindo também.

Foi planejada a realização de duas ações educativas (palestras explicativas) uma somente para os portadores de DIA e HAS, que alias aconteceu no dia nove de janeiro de 2020 e contou com a participação de 152 portadores de DIA e ou HAS, nessa palestra foi feito uso vídeos e slides coletados na internet para explicar a

importância do tratamento correto de DIA e de HAS e os risco de complicações cardiovasculares causadas pela não realização do tratamento conforme a indicação médica, além disso, foram dadas dicas alimentares e indicada a prática de atividade física, foi realizado novamente convite a todos os portadores de DIA e HAS para participarem do grupo de atividades físicas que esta acontecendo duas vezes na semana na unidade. A segunda ação educativa será realizada no final do mês de janeiro e será direcionada para a toda a comunidade, nessa palestras será feito o uso de vídeos e slides coletados da internet para explicar os sinais e sintomas de DIA e HAS, e ao final será aferido a pressão arterial de todos os participantes e também a glicemia capilar para desta forma podermos identificar novos portadores de DIA e HAS e marcar consulta para realização de exames.

Através da primeira ação educativa foi possível informar os portadores de DIA e HAS de forma simples como é importante realizar o tratamento e como a MEV (mudança no estilo de vida) pode colaborar com a melhoria na qualidade de vida, o encontro foi muito proveitoso, pois um elevado número de pessoas deu o nome para participar do grupo de atividade física, vamos aguardar para ver se esses novos participantes serão assíduos com a participação nos encontros do grupo de atividade física.

Os resultados esperados com a realização da segunda ação educativa é a disseminação de informações sobre DIA e HAS que possibilitará a identificação de novos portadores dessas patologias, essa disseminação de informação possibilitará ainda que os participantes identifiquem os sintomas de DIA e HAS em seus familiares e indique as eles procurar a unidade.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A principal finalidade desse projeto é aumentar a adesão medicamentosa em usuários portadores de diabetes e hipertensão, diminuindo assim as complicações cardiovasculares que podem ser causadas por essas patologias. Apesar de ser um projeto que logo de início mostrará resultados, os reais resultados serão vistos em longo prazo, pois a implantação da atividade física melhorará juntamente do tratamento medicamentoso melhorará a qualidade de vida dos usuários, porém para isso acontecer necessita-se que a comunidade esteja interessada a participar do projeto.

Muitos usuários serão beneficiados com a implantação desse plano e intervenção, pois possibilitará que os diabéticos e hipertensos se reúnam periodicamente e tenha um momento de descontração realizando atividades físicas e de lazer.

É esperado que através das ações educativas os usuários entendam como é importante para sua saúde tratar o DIA e a HAS, pois é certo que a maior parte das complicações cardiovasculares são causadas pelo não tratamento dessas patologias, através dessas ações a equipe deseja implantar melhores hábitos de vida na população e prevenir internações por complicações cardiovasculares e até mesmo óbitos.

Toda a equipe, os profissionais do CRAS, Centro de fisioterapia e da Secretaria de saúde, se mostraram interessados a colaborarem com a execução do plano de intervenção.

## 6 REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, M. E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p.1337-1349, 2009.

ARAÚJO, T. L. Reflexo da hipertensão arterial no sistema familiar. **Rev. Soc. Card.** Estado de São Paulo, v. 8, n. 2, p.1-6, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica, n 14. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais.** 56 p. Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Série B: Textos Básicos de Atenção à Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência.** Brasília, DF, 2008.

BRASIL, Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Diabetes Mellitus. Brasília, DF, 2013. **(Caderno da Atenção Básica n. 36).**

CARVALHO, A. L. M. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, jul, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA –IBGE cidades@. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/tucuma>; Acesso em: 29 de setembro de 2019.

LOPES M.C.L., MARCON S.S. **A hipertensão arterial e a família: a necessidade do cuidado familiar.** Rev Esc Enferm USP. 2009 Abr-Jun; 43(2):343-50

MALTA, Deborah Carvalho; MOURA, Lenildo de; SOUZA, Fátima Marinho de; ROCHA, Francisco Marcelo; FERNANDES, Roberto Men. Doenças crônicas não transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006 in Saúde Brasil 2008. Ministério da Saúde, Brasília. 2009. Pág 337-362.

OLIVEIRA, C.M. et al. Heritability of cardiovascular risk factors in a Brazilian population: Baependi Heart Study. **BMC. Med. Genet.**, v.9, n.32, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Prevention of Cardiovascular Disease. Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. Geneva: WHO; 2013.

PIERIN, A.M.G. **Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar**. São Paulo: Manole; 2004

SADEGHI, et al. Developing an appropriate model for self-care of hypertensive patients: first experience from EMRO. **Atheroscler**, v.9, issue 4, 2013.

SBC - Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Rev. Bras. Hipertens.**, v.13, n.4, p.256-312, 2010.

SCHMIDT M.I., HOFFMANN J.F., DINIZ M.F.S., LOTUFO P.A., GRIEP R.H., BENSENOR I.M., et al. High prevalence of diabetes and intermediate hyperglycemia - **The Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil)**. *Diabetol Metab Syndr*. 2014 Nov;6(123):1-9.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de diabetes**. 2015-2016 Rio de Janeiro: 2015. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/sbdonline/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>; Acesso em 27 de setembro de 2019.

RTVELADZE K, T Marsh, WEBBER L, F KILPI, LEVY D, CONDE W, **Saúde e carga econômica da obesidade no Brasil**. *PLoS Um*. 2013; 8 (7): e68785.