

PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSESSORAMENTO DOS PACIENTES, COM DIAGNOSTICO DE DIABETES MELITTUS TIPO II E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA, DA UBS JARDIM TROPICAL I

Mônica dos Santos Jacinto ¹

1. Médica do Programa Mais Médicos; Especializanda do Curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade, Universidade Federal do Piauí.

ORIENTAÇÃO: Maria do Amparo Salmito Cavalcanti

RESUMO

O município de São José de Ribamar está localizado no Estado do Maranhão e compõem a microrregião de aglomerado urbano de São Luís, sua regional de saúde é a ilha de São Luís. Por meio de observações diretas, discussão entre a equipe e entrevistas informais com os usuários da Unidade de Saúde, foram identificados os principais problemas dos pacientes da UBS Jardim Tropical I, entre eles o que mais demandou atenção foi a baixa adesão ao tratamento farmacológico e o tratamento não farmacológico dos pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. É óbvio que a falta de adesão ao tratamento aumenta os agravos causados pela HAS e DM tipo II como a proporção de anos de vida perdido por exemplo e a morte prematura. Com o propósito de incentivar maior adesão ao tratamento, foi elaborado um programa de acompanhamento e assessoramento dos pacientes com diagnóstico de DM tipo II e HAS da UBS Jardim Tropical I, tendo como principal meta a melhoria da qualidade de vida destes pacientes e o estreitamento do contato entre o paciente e a Unidade de Saúde. Ao promover o estreitamento do contato entre as pessoas portadoras de HAS e DM tipo II e a UBS, fomenta-se o cuidado efetivo, logra-se a diminuição da mortalidade, número de hospitalizações e conseqüentemente melhoria dos índices de desempenho da Atenção Básica.

Descritores: Hipertensão Arterial, Diabétes Mellittus, Índice de Desempenho do SUS, Adesão ao Regime Terapêutico.

FOLLOW-UP AND COUNSELING PROGRAM OF PATIENTS, DIAGNOSED WITH DIABETES TYPE II AND SISTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION, FROM UBS JARDIM TROPICAL I

ABSTRACT

The municipality of São José de Ribamar is located in the State of Maranhão and belongs to the urban microregion of São Luis, and its health region is the island of São Luis. Through direct observations, discussions with the health team and informal interviews

with patients, the main problems related to patient care were defined of the UBS Jardim Tropical I, among the main problems identified the most important is the low acceptance of pharmacological treatment and non-pharmacological treatment of patients with systemic arterial hypertension and diabetes mellitus. It is notorious that non-acceptance of treatment increases the diseases caused by hypertension and diabetes, such as the decrease in life time due to premature death. With the objective of encouraging the acceptance of treatment by patients, a project was developed to monitor and advise patients with diabetes and hypertension at UBS Jardim Tropical I. Having as a higher goal to recover the quality of life of patients and to approximate the patient's contact with the Health Unit. When patients approach the health unit, the patient increases their self-care, decreases mortality in the number of hospitalizations and increases performance index of the UBS.

Keywords: Hypertension, Diabetes Mellitus, SUS Performance Index, Therapeutic Regimen Adhering.

INTRODUÇÃO

O município de São José de Ribamar está localizado no Estado do Maranhão e compõem a microrregião de aglomerado urbano de São Luís, sua regional de saúde é a ilha de São Luís e faz parte da Amazônia Legal. Se estende por 388,4 km² e contava com 176.008 habitantes no último censo de 2016. A densidade demográfica é de 419,5 habitantes por km². A escolarização de 6 a 14 anos é de 97,1% e IDHM de 0,708, sendo a dimensão que mais contribui para o IDHM do Município a longevidade, com índice de 0,790, seguida da educação com índice de 0,700 e de renda com índice de 0,642. Sua pirâmide etária é mais larga no centro e mais estreita na base e ápice¹. Ao avaliar o Coeficiente de Mortalidade para algumas causas selecionadas (por 100.000 habitantes) do Município de São José de Ribamar, observou-se que o Município apresentou um percentual crescente no número de mortes por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Doenças Cérebro Vasculares e Diabetes Mellitus (DM) no decorrer dos anos de 2002 a 2008, alcançando cifras totais de 103 óbitos por 100.000 habitantes em 2008 quando somadas as 3 enfermidades². O município apresenta 38 Unidade Básicas de Saúde da Família. A unidade Básica de Saúde Jardim tropical I, está localizada, na Av. Paraíso nº. 70, no bairro Jardim Tropical foi implantada em 2002 possui 02 equipes de saúde de Estratégia de Saúde da Família, Equipe 01 e Equipe 02, cada uma composta de 01 Médico, 01 Enfermeiro e 11 Agentes Comunitários de Saúde. O atendimento é realizado por consultas agendadas, deixando duas vagas para livre demanda.

Por meio de observações diretas, discussão entre a equipe e entrevistas informais com os usuários da Unidade de Saúde, foram identificados alguns problemas relacionados ao atendimento na UBS, entre eles o que mais demandou atenção foi a baixa adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico dos pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM). Portanto foram as patologias escolhidas para este estudo, por serem enfermidades causadoras prevalentes de óbitos no Município e por serem, sabidamente as doenças mais prevalentes na população brasileira, ao mesmo tempo em que seu tratamento pleiteia especial importância, pois são enfermidades com altos índices de morbimortalidade.

Após pesquisa exploratória, realizada durante as consultas, observou-se que a não adesão ao tratamento, na UBS Jardim Tropical I, está influenciada pela falta de informação da população alvo sobre sua patologia, a necessidade de uso prolongado dos medicamentos para o controle das enfermidades, os efeitos colaterais, o desaparecimento dos sintomas e principalmente a insatisfação do paciente com o médico que o acompanha. Alguns estudos demonstraram que a satisfação do paciente com seu médico impacta significativamente na quiescência ao tratamento e é um dos poucos fatores em que o médico pode influenciar diretamente. Os pacientes têm tendência de seguir as instruções e recomendações quando suas expectativas médico-paciente são atendidas³. Assim, infere-se que a UBS representada pelos seus profissionais de saúde, principalmente o profissional médico, tem um papel fundamental no incentivo a adesão ao tratamento de pacientes portadores de DM e HAS. As enfermidades crônicas, comumente, requerem mudanças no estilo de vida e um tratamento medicamentoso prolongado, onde a falta de adesão pode levar a uma evolução do quadro clínico desfavorável, tendendo a agravar o prognóstico. Portanto a adesão ao tratamento é um tema de grande importância para que os pacientes portadores de HAS e DM mantenham o controle dessas enfermidades, a falta de aderência ao tratamento farmacológico e a mudança do estilo de vida, ou mesmo um tratamento insuficiente pode induzir o agravamento dessas doenças ou até culminar com a morte do paciente.

O governo federal tem buscado meios para incentivar o paciente portador de DM e HAS a manter seu tratamento. No ano de 2002, por meio da portaria GM nº 371/02, surgiu o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para DM e HAS, denominado Hiperdia. Esse programa tem por objetivo cadastrar os pacientes portadores dessas patologias tendo em vista um acompanhamento dos mesmos e gerar dados aos gerentes municipais para que sejam melhoradas as condições de vida desta população em nível local⁴. O programa é parte complementar do Plano Nacional de Reorganização

da Atenção Primária e define como responsabilidade do gestor federal a aquisição e fornecimento aos municípios dos medicamentos selecionados para o tratamento da HAS e para DM de forma a contemplar todos os usuários cadastrados⁵. Outra forma de conservar o paciente atrelado a seu tratamento e manter o vínculo com a UBS é a utilização do índice de Desempenho do SUS (IDSUS), que avalia através de indicadores o desempenho do SUS, atribuindo uma nota (grau) para cada Município, Estado e para o Brasil. A nota varia de zero a dez, onde os menores escores representariam as piores posições na classificação relativa ao desempenho do SUS. Para o ano de 2020 o conjunto de indicadores de desempenho a serem observados na atuação das Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Atenção Primária (EAP), inclui o percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre e o percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada solicitada nos exames de laboratórios a cada semestre, entre outros 5. Estes indicadores apoiam a aderência do paciente ao seu tratamento indiretamente, pois obriga o município a comprometer-se com o acompanhamento dos pacientes portadores de tais patologias, fazendo com que estes pacientes mantenham um número de consultas em quantidade e qualidade suficiente, que possam auxiliar na identificação de problemas que se desenvolvem por falta de adesão ao tratamento, como a proporção de anos de vida perdido por morte prematura e por anos de vida vividos com incapacidade. Promovendo o diagnóstico precoce e os tratamentos apropriados, diminuindo a incidência de comorbidades para outras condições mais graves, tais como as DCV, insuficiência Renal Aguda e cegueira. As Doenças Crônicas Não Transmissíveis, quando não são controladas, são as que mais demandam ações, procedimentos e serviços de saúde.

Neste contexto, considera-se de fundamental importância a adesão do paciente ao seu tratamento, medicamentoso e/ou não medicamentoso, para tanto far-se-á necessário o emprego de ações estratégicas nas quais serão incluídas a promoção e incentivo do auto cuidado. O auto cuidado exige mudanças de comportamento em função das quais, somadas às orientações e ao uso de medicamentos, se espera a estabilidade da doença, além de ser ação que envolve o profissional de saúde e o portador da doença. A aferição da PA e a solicitação de HbA1c, no mínimo uma vez a cada semestre promovendo o estreitamento do contato entre as pessoas hipertensas e/ou diabéticas e o serviço de saúde, com objetivo de promoção de cuidado efetivo dos pacientes diabéticos e hipertensos, muito embora, para promover o cuidado efetivo da pessoa hipertensa, mesmo que compensada, é necessário que a quantidade de aferição da PA seja no geral, maior que a preconizada na diretriz. Porém duas solicitações de HbA1c ao ano, que é o exame padronizado mais adequado para o acompanhamento

de longo prazo das pessoas portadoras de diabetes Mellitus é considerado suficiente, corroborando com o acompanhamento regular, pela equipe de saúde, utilizando de maneira complementar à glicose sérica ou glicemia capilar. Também é de fundamental importância informar de maneira didática aos pacientes e familiares todos os tópicos referentes a sua enfermidade, com o propósito final de aumentar a adesão ao tratamento, e assim diminuir a mortalidade, os custos de hospitalização no sistema de saúde e melhorar os indicadores de desempenho da Atenção Básica à Saúde.

OBJETIVOS

- Objetivo Geral:

Elaborar um projeto de intervenção para estabelecer um programa de acompanhamento e assessoramento dos pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensão Arterial Sistêmica na UBS Jardim Tropical I.

- Objetivos Específicos:

1. Estruturar os processos de atendimento e acolhimento aos pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus tipo II;
2. Promover a adesão dos pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo II ao tratamento farmacológico e não farmacológico.
3. Elaborar mecanismos de monitoramento e seguimento da evolução da doença dos pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus tipo II.

REVISÃO DA LITERATURA

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis constituem um problema de saúde de grande magnitude e correspondem a 72% das causas de mortes, elas atingem fortemente as camadas mais pobres da população e grupos vulneráveis ⁶ Apesar de apresentar taxas elevadas, observou-se uma redução de 20% nessas taxas na última década, principalmente em relação às doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas. Entretanto, as taxas de mortalidade por diabetes aumentaram. A redução das DCNT pode ser, em parte, atribuída à expansão da atenção primária, melhoria da assistência e redução do tabagismo. No ano de 2002, o Ministério da Saúde financiou a elaboração do primeiro estudo de carga de doença, com o propósito de desenhar um retrato mais preciso do peso decorrente das doenças mais prevalentes no País.

Concluindo que as doenças não transmissíveis são responsáveis pelas maiores proporções de anos de vida perdidos por morte prematura (59,0%), por anos de vida vividos com incapacidade (74,7%) e por anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (66,3%)⁷. Estas doenças também são as que mais demandam ações, procedimentos e serviços de saúde. Os gastos decorrentes dessa demanda são denominados Custos Diretos, contabilizados mediante a realização de estimativas das internações e atendimentos ambulatoriais⁸. A epidemia de DCNT resulta em consequências devastadoras para os indivíduos, famílias e comunidades, além de sobrecarregar os sistemas de saúde. Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção das DCNT. Alimentação inadequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, peso em excesso, não praticar atividade física, o tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial.

A hipertensão arterial sistêmica apresenta alta prevalência no Brasil e no mundo, e o seu custo social é extremamente elevado. A hipertensão é importante fator de risco, sendo a causa mais frequente das demais doenças do aparelho circulatório. Além disso, a hipertensão está, ainda, associada às demais doenças e condições crônicas, tais como doença renal crônica, diabetes, entre outras. Essas evidências lhe conferem magnitude, em razão do agravamento das condições de saúde do indivíduo, concorrendo para a perda da qualidade de vida, para a letalidade precoce, para os altos custos sociais e do sistema de saúde. O envelhecimento da população, a crescente prevalência da obesidade e do sedentarismo, e os processos de urbanização são considerados os principais fatores responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do DM em todo o mundo⁹. Este cenário tem gerado altos custos social e financeiro ao paciente e ao sistema de saúde. Portanto é imperativo a adesão do paciente ao tratamento que lhe é imputado.

A adesão refere-se ao comportamento do paciente avaliado pelo comparecimento às consultas marcadas, às tomadas das prescrições ou pelas mudanças de estilo de vida. A adesão ao tratamento se dá quando o comportamento do paciente coincide com as orientações para controlar ou curar a sua doença. Mas nem sempre isso acontece. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), menos de 60% dos pacientes com diabetes e menos de 40% dos pacientes hipertensos seguem as prescrições. A questão é complexa, pois não se trata somente de seguir o que foi indicado pelo médico. A adesão ao tratamento engloba fatores socioeconômicos, questões relacionadas com o tratamento, com o paciente, sua compreensão sobre os benefícios, aceitação de uma

eventual mudança no seu estilo de vida, a própria doença e até, eventualmente, aspectos referentes ao sistema de saúde, provavelmente, a baixa adesão ao tratamento medicamentoso seja o fator mais importante responsável pela taxa de controles em hipertensão arterial e diabetes ainda estarem muito aquém dos valores desejáveis. Há diversos métodos, diretos e indiretos, de avaliação ao tratamento, todos com vantagens e desvantagens. Entretanto, o adequado questionamento sobre a tomada da medicação, sem se fazer um julgamento sobre a resposta, além da contagem dos comprimidos no retorno a cada visita médica, são ainda os melhores índices de avaliação de adesão ao tratamento medicamentoso¹⁰.

Ao avaliar o comportamento dos pacientes com diagnóstico de diabetes e de hipertensão arterial observa-se que estes devem executar um complexo plano de ações comportamentais de cuidados numa base diária, ao longo de toda a sua vida¹¹. Essas ações envolvem o estilo de vida, medicação (insulina ou anti-diabéticos orais e hipotensores), monitorização dos níveis de glicemia e de pressão, os diabéticos devem ter maior atenção as respostas a sintomas de hipoglicemia ou hiperglicemia, cuidados com os pés e procura de cuidados de saúde adequados para a diabetes ou para outros problemas de saúde. Estas atitudes, ainda complicam-se mais pela responsabilidade que o doente tem de integrar e sequenciar todas estas tarefas comportamentais na rotina do seu dia a dia, isto é, pela exigência que lhe é feita para que tome constantemente decisões complexas relativamente ao tratamento. Os doentes devem modificar os seus comportamentos de auto- cuidado de situação para situação, não havendo, frequentemente, uma prescrição comportamental estandardizada que lhe possa ser dada e que se mantenha válida através de todas as situações. A revisão da literatura permite verificar que parece ocorrer uma falta de adesão generalizada, principalmente pela necessidade desta mudança de comportamento.

Existem vários estudos que procuram analisar os determinantes da adesão e há inúmeros fatores que têm demonstrado estar relacionados com ela. A adesão ao tratamento tem uma natureza multifatorial, uma vez que é influenciada por variáveis que atuam a partir de fontes diversas. As especificidades do regime terapêutico, designadamente a sua complexidade, duração e efeitos secundários, parecem assumir um papel mais decisivo para a adesão do que as características particulares do indivíduo. A literatura tem comprovado que os tratamentos médicos de longo prazo, como o da diabetes, estão associados a baixos níveis de adesão¹². As características das consultas médicas têm, também, sido relacionadas com a adesão ao tratamento. A investigação sugere que as consultas médicas irregulares estão associadas a problemas no controle metabólico e a um risco aumentado de complicações¹³ e que

uma maior supervisão e monitorização estão associadas a uma melhor adesão do indivíduo com diabetes ao tratamento⁷. Além disso, é de suma importância as competências de comunicação e as atitudes dos médicos quanto aos pacientes, uma das principais razões pelas quais os pacientes deixam de implementar os procedimentos é a falha do profissional em fornecer informação. Também indicam que os problemas relacionados com a comunicação podem começar logo ao momento em que o profissional pede aos pacientes o relato dos seus sintomas e falha em ouvir as suas preocupações. Além destes problemas na comunicação, as diferenças na linguagem, nível educacional e classe social podem contribuir para o agravamento da não adesão ao tratamento¹⁴.

Apesar dos profissionais de saúde desempenharem um papel vital na gestão das doenças crónicas, a responsabilidade pelo tratamento reside, em última instância, no doente e/ou na sua família. No entanto, parece consensual a ideia de que o cumprimento de prescrições não depende exclusivamente da vontade dos pacientes, ressalta-se que o sucesso da adesão só se torna possível a partir do estabelecimento de bom relacionamento interpessoal, conhecimento, compreensão e técnicas que auxiliem a manutenção dos tratamentos. Neste contexto o profissional de saúde é, co-responsável pela adesão do paciente a seu tratamento, e a Atenção Primária à Saúde representada pela Unidade Básica de Saúde e os profissionais que a compõem, constitui o ponto de apoio para que estes pacientes busquem auxílio e conseqüentemente possa cumprir todas as etapas que envolvem o seu tratamento.

METODOLOGIA

Este estudo originou-se após levantamento de dados estatísticos efetivado no decorrer da realização das atividades referentes ao curso de Especialização da Saúde da Família e por observações diretas, discussão entre a equipe e entrevistas informais com os usuários da Unidade de Saúde. Em seguida foram identificados os principais problemas relatados pelos usuários e foram feitas tabulações para correlacionar os dados com o coeficiente de Mortalidade para algumas causas selecionadas (por 1000 habitantes) no Município de São José de Ribamar, utilizando como fonte de pesquisa o MS/SE/Datasus, gerado em 20/06/2020. Com base nestes conhecimentos definiu-se como principal problema a baixa adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico dos pacientes diagnosticados com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo II, selecionando estes pacientes como público alvo para o estudo. Logo após desenvolveu-se um projeto de intervenção, definindo-se um plano operativo com metas e ações pré-estabelecidas. Ao final formulou-se um projeto de intervenção

para promover a adesão dos pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo II ao tratamento farmacológico e não farmacológico, através de um programa de acompanhamento e assessoramento destes pacientes. Para o desenvolvimento do Programa foi utilizado o Plano Operativo com a elaboração de uma planilha de intervenção composta por situações problemas, objetivos, metas e prazos a serem atingidos, definição das ações estratégicas e determinações dos responsáveis de cada etapa a ser desenvolvida.

PLANO OPERATIVO

O Plano Operativo compreende 4 situações problemas vinculadas aos seus objetivos, metas e prazos definidos, as ações estratégicas e a delimitação dos responsáveis de cada etapa.

Situação Problema	Objetivos	Metas e Prazos	Ações Estratégicas	Responsáveis
Precário envolvimento dos profissionais na atenção ao paciente	Estruturar os processos de atendimento e acolhimento	Implantação dos protocolos da Atenção Básica Implantação em 3 meses	Reuniões regulares com os profissionais da UBS para apresentação dos protocolos	Médico e Diretor da UBS
Subutilização dos Indicadores de Saúde relacionados a DM e HAS	Incrementar a utilização dos Indicadores de relacionados a DM e HAS	Aferir a PA e solicitar HbA1c no mínimo 2 vezes ao ano Implantação em 1 mês	Reuniões regulares com os profissionais da UBS para apresentação dos protocolos	Médico e Diretor da UBS e Enfermeiros
Ausência de acompanhamento longitudinal	Elaborar mecanismos de monitoramento e seguimento da evolução da doença	Confecção de planilhas para acompanhamento das consultas Confecção de capas para os prontuários Realização em 2 meses	Vinculação das planilhas e capas de prontuários a consulta médica e de enfermagem	Médico, Diretor da UBS e Enfermeiros
Uso incorreto da medicação e Insuficiente adesão ao tratamento proposto	Promover a adesão dos pacientes II ao tratamento farmacológico e não farmacológico	Conscientizar os pacientes sobre a importância da utilização racional da medicação Implantação em 2 meses	Palestras sobre temas relacionados as doenças em estudo realizadas na própria UBS	Médicos e Enfermeiros

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Unidade Básica de Saúde do Jardim Tropical I, Município de São José de Ribamar, apresenta um grande fluxo de pacientes hipertensos e Diabéticos que geralmente vão a unidade para refazer suas receitas de medicação de uso contínuo. Observou-se como uma das problemáticas elencadas no decorrer deste projeto de intervenção, que estes pacientes não apresentavam um vínculo de cuidado longitudinal com a UBS, fato comprovado pela ausência de informações nos prontuários e abundância de pacientes hipertensos e diabéticos que apresentavam suas enfermidades não compensadas, e evidenciado, igualmente, nos resultados dos indicadores de saúde do município.

O desenvolvimento de um programa direcionado ao acompanhamento e assistência destes pacientes, relacionado ao controle de suas enfermidades crônicas, mostrou-se um importante recurso no processo de adesão destes pacientes ao tratamento proposto, tanto farmacológico como não farmacológico, facilitando a compreensão da importância da utilização da posologia otimizada dos medicamentos prescritos, bem como da mudança no estilo de vida. Ao intervir no emprego mais ativo da educação continuada para os profissionais da UBS imprimiu-se uma melhora no atendimento aos pacientes, desta forma construiu-se uma relação de confiança entre o paciente e os profissionais de saúde da UBS, que repercute na maneira como o paciente aceita o tratamento como um todo, fomentando a adesão ao tratamento, transformando-a em uma relação colaborativa e, acima de tudo, de co-responsabilidade voltada para a humanização do atendimento e conectada a realidade de cada paciente e familiares, conseqüentemente observa-se uma melhora no acolhimento, atendimento na saúde do usuário e nos Indicadores de Saúde do Município.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Acesso em 02 dez 2020] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
2. DATASUS – SIM – Sistema de Informação Sobre Mortalidade. **Situação da base de dados nacional**. MS/SE/Datasus. Gerado em 20/06/2020 – 15:13
3. Goodman Gilman. As Bases Farmacológicas da Terapêutica. 10. ed. Porto Alegre, RS: McGraw-Hill; 2005.
4. Bezerra DS, Silva AS, Carvalho ALM. Avaliação das características dos usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus em uma Unidade de Saúde Pública, no município de Jaboatão dos Guararapes – PE, BRASIL. Ver Ciênc Farm Básica Aplicada. 2009; 30(1): 69-73

5. Carvalho ALM, Leopoldino RWD, Silva JEG, Cunha CP. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(7):1885-92.
6. Abegunde D.O, Mathers C.D; Adam T; Ortegón M; Strong K. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet*. v. 370, n. 9603, p.1929-38, 2007.
7. Schramm JMA, et al. Transição epidemiológica e o estudo da carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2004;9(4):897-908.
8. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis – DCNT – no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005
9. Moura EC, Pacheco-Santos LM, Peters LR, Serruya SJ, Guimarães R. Research on chronic noncommunicable diseases in Brazil: meeting the challenges of epidemiologic transition. *Rev Panam Salud Publica* 2012; 31(3): 240-5.
10. Wille Oigman. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo, *Rev Bras Hipertens* vol.13(1): p.30, jun 2015
11. Mcnaab W. L. (1997) – Adherence in diabetes: can we define it and can we measure it? *Diabetes Care*. Vol. 20, n.º 2, p. 215-218.
12. Dias A. M, et. al. Adesão ao regime Terapêutico Na Doença Crônica: Revisão da Literatura. *Millennium*, v. 40, p. 201-219, 2011.
13. Jacobson A. M. (1996) – The psychological care of patients with insulin-dependent diabetes mellitus. *The New England Journal of Medicine*. Vol. 334, n.º 19, p. 1249-1253
14. Klein, J. M. & Gonçalves, A. G. A. (2005) A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. *Psico-USF*, 10(2):113-120, jul./dez. Recuperado em 12 maio, 2012, em <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v10n2/v10n2a02.pdf>.

BANNER

PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSESSORAMENTO DOS PACIENTES, COM DIAGNOSTICO DE DIABETES MELITTUS TIPO II E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA, DA UBS JARDIM TROPICAL I

Mônica dos Santos Jacinto*
Maria do Amparo Salmito Cavalcanti**

INTRODUÇÃO

Por meio de observações diretas, discussão entre a equipe e entrevista informais com os usuários da UBS Jardim Tropical I, foram identificados os principais problemas dos pacientes, entre eles o que mais demandou atenção foi a baixa adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico dos pacientes portadores de HAS e DM tipo II. Estas enfermidades comumente, requerem mudança no estilo de vida e um tratamento prolongado, onde a falta de adesão pode levar a uma evolução do quadro desfavoravelmente e agravamento do prognóstico. Com o propósito de incentivar maior adesão ao tratamento foi elaborado um programa de acompanhamento e assessoramento destes pacientes, tendo como principal meta a melhoria da qualidade de vida e o estreitamento do contato entre pacientes e a Unidade de Saúde.

OBJETIVO GERAL:

Elaborar um projeto de intervenção para estabelecer um programa de acompanhamento e assessoramento dos pacientes com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensão Arterial Sistêmica na UBS do Jardim Tropical I.

REVISÃO DA LITERATURA

A adesão ao tratamento tem uma natureza multifatorial, uma vez que é influenciada por variáveis que atuam a partir de fontes diversas. As especificidades do regime terapêutico, designadamente a sua complexidade, duração e efeitos secundários, parecem assumir um papel mais decisivo para a adesão do que as características particulares do indivíduo. A literatura tem comprovado que os tratamentos médicos de longo prazo, como o da diabetes, estão associados a baixos níveis de adesão⁷. As características das consultas médicas têm, também, sido relacionadas com a adesão ao tratamento. A investigação sugere que as consultas médicas irregulares estão associadas a problemas no controle metabólico e a um risco aumentado de complicações⁸ e que uma maior supervisão e monitorização estão associadas a uma melhor adesão do indivíduo ao tratamento².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento de um programa direcionado ao acompanhamento e assistência dos pacientes, relacionado ao controle de suas enfermidades crônicas, mostrou-se um importante recurso no processo de adesão destes pacientes ao tratamento proposto, tanto farmacológico como não farmacológico, facilitando a compreensão da importância da utilização da posologia otimizada dos medicamentos prescritos, bem como da mudança no estilo de vida. Ao intervir no emprego mais ativo da educação continuada para os profissionais da UBS cumpresse uma melhora no atendimento aos pacientes instituindo-se uma relação de confiança entre o paciente e os profissionais de saúde da UBS, que repercute na maneira como o paciente aceita o tratamento como um todo, fomentando a adesão ao tratamento, transformando-a em uma relação colaborativa e, acima de tudo, de co-responsabilidade voltada para a humanização do atendimento.

PLANO OPERATIVO

Situação Problema	Objetivos	Metas e Prazos	Ações Estratégicas	Responsáveis
Precário envolvimento dos profissionais na atenção ao paciente	Estruturar os processos de atendimento e acolhimento	Implantação dos protocolos da Atenção Básica Implantação em 3 meses	Reuniões regulares com os profissionais da UBS para apresentação dos protocolos	Médico e Diretor da UBS
Subutilização dos Indicadores de Saúde	Incrementar os Indicadores de Saúde do Município	Aferir a PA e solicitar HbA1c no mínimo 2 vezes ao ano Implantação em 1 mês	Reuniões regulares com os profissionais da UBS para apresentação dos protocolos	Médico e Diretor da UBS e Enfermeiros
Ausência de acompanhamento longitudinal	Elaborar mecanismos de monitoramento e seguimento da evolução da doença	Confecção de planilhas para acompanhamento das consultas Confecção de capas para os prontuários Realização em 2 meses	Vinculação das planilhas e capas de prontuários a consulta médica e de enfermagem	Médico, Diretor da UBS e Enfermeiros
Uso incorreto da medicação e Insuficiente adesão ao tratamento proposto	Promover a adesão dos pacientes ao tratamento proposto	Conscientizar os pacientes sobre a importância da utilização racional da medicação Implantação em 2 meses	Palestras sobre temas relacionados as doenças em estudo realizadas na própria UBS	Médicos e Enfermeiros

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis – DCNT – no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005
2. Wille Oigman. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo, Rev Bras Hipertens vol.13(1): p.30, jun 2012.5
3. Dias A. M, et. al. Adesão ao regime Terapêutico Na Doença Crônica: Revisão da Literatura. Millennium, v. 40, p. 201-219, 2011.