

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

CAROLINA AGOSTINO REZENDE

**PLANO DE ENFRENTAMENTO PARA MANEJO E ADESÃO AOS
TRATAMENTOS MEDICAMENTOSO E NÃO MEDICAMENTOSO
ENTRE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS**

Governador Valadares - MG
2015

CAROLINA AGOSTINO REZENDE

**PLANO DE ENFRENTAMENTO PARA MANEJO E ADESÃO AOS
TRATAMENTOS MEDICAMENTOSO E NÃO MEDICAMENTOSO
ENTRE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Ms. Maycon Sousa Pegorari

Governador Valadares - MG
2015

CAROLINA AGOSTINO REZENDE

**PLANO DE ENFRENTAMENTO PARA MANEJO E ADESÃO AOS
TRATAMENTOS MEDICAMENTOSO E NÃO MEDICAMENTOSO
ENTRE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS**

Banca Examinadora

Examinador 1: Prof. Ms. Maycon Sousa Pegorari – UFTM - Orientador

Examinador 2: Prof.^a Judete Silva Nunes - UFTM

Aprovado em Uberaba: 19/ 01/15

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu Deus por ter me dado a oportunidade de desenvolver a medicina social durante este ano que estive trabalhando como médica do PROVAB.

À minha família pelo apoio durante este período de realização do PROVAB no município de Governador Valadares.

À Equipe de Saúde da Família Jardim do Trevo, por terem contribuído com o desenvolvimento deste projeto de educação e mudança de hábitos e, principalmente aos pacientes, que acreditaram nos profissionais que se empenharam na realização dos grupos de hipertensos e diabéticos.

RESUMO

Hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus são comorbidades que apresentam elevado número de portadores, sendo esse cenário presente na comunidade atendida pela ESF Jardim do Trevo. Tais patologias acarretam consequências dramáticas para a saúde, o que contribui para piora da qualidade de vida e aumento do número de óbitos. Este trabalho se justifica pela alta prevalência de hipertensos e diabéticos da ESF Jardim do Trevo. Elaborar um projeto de intervenção para potencializar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso de hipertensos e diabéticos da ESF Jardim do Trevo. Será realizado um estudo do tipo projeto de intervenção. Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção será utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional - PES, além de uma revisão bibliográfica da literatura sobre o tema abordado. Uma lista foi elaborada de acordo com as prioridades dos problemas identificados no processo de diagnóstico situacional realizado pela ESF Jardim do Trevo. Por meio desse diagnóstico, percebeu-se que uns dos principais enfrentamentos da equipe relaciona-se à má adesão dos pacientes hipertensos e diabéticos aos tratamentos medicamentoso e não medicamentoso. Hipertensão arterial e diabetes são doenças crônicas muito prevalentes no Brasil e no mundo, sendo perceptível a necessidade de realizar abordagem dos usuários da Rede de Atenção à Saúde, portadores de tais comorbidades.

Descritores: Diabetes Mellitus. Diabetes Mellitus tipo 2. Complicações do Diabetes. Hipertensão. Escolaridade.

ABSTRACT

Hypertension and diabetes mellitus are comorbidities that have a high number of patients, making this scenario in the community served by the ESF Jardim do Trevo. Such conditions cause dramatic consequences for health, which contributes to decreased quality of life and increased the number of deaths. This work is justified by the high prevalence of hypertension and diabetes ESF Jardim do Trevo. Develop an intervention project to enhance adherence to medication and non-medication for hypertension and diabetes ESF Jardim do trevo. There will be a study for intervention project. To develop the Intervention Plan will use the Strategic Planning Method Situational - PES, and a literature review of the literature on the relevant topic. A list was drawn up in accordance with the priorities of the problems identified in the situation analysis process carried out by ESF Jardim do Trevo. Through this diagnosis, it was noticed that one of the major confrontations of the team is related to poor adherence of hypertensive and diabetic patients to medical treatments and no medication. Hypertension and diabetes are highly prevalent chronic diseases in Brazil and worldwide, and perceived the need for addressing the members of the Health Care Network, patients with such comorbidities.

Keywords: Diabetes mellitus. Type 2 diabetes. Complications of diabetes. Hypertension. Schooling.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	07
2 PROBLEMA.....	14
3 JUSTIFICATIVA.....	15
4 OBJETIVOS.....	16
5 METODOLOGIA.....	17
6 REVISÃO DE LITERATURA	18
7 PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	23
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
REFERÊNCIAS.....	31

1 INTRODUÇÃO

1.1 Identificação do município

O município de Governador Valadares situa-se ao leste do estado de Minas Gerais, na microrregião homônima e mesorregião do Vale do Rio Doce, onde se distancia 324 km da capital mineira. Possui uma população de 263.689 habitantes, de acordo com dados do censo demográfico em 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013).

Em relação à gestão municipal e de saúde, destacam-se algumas figuras, tais quais: Elisa Maria Costa (prefeita), Kátia Barbalho Diniz (secretária municipal de saúde), Poliana Littig Silva (coordenadora da atenção básica) e Débora Abreu Badaró (coordenadora da atenção à saúde bucal).

1.2 Histórico do município

Inicialmente habitada por indígenas nativos da região, a região da atual cidade de Governador Valadares teve seu início a partir do distrito de Figueira, fundando em meados do século XIX. Por se tratar de um local beneficiado pela posição estratégica às margens do Rio Doce, passou a ser realizado o escoamento da produção proveniente do Vale do Suaçuí e do Santo Antônio. Após algum tempo, a região tornou-se um pequeno entreposto comercial entre os distritos e vilas da região. Esse contexto serviu como um atrativo para a inauguração da estrada de ferro Vitória-Diamantina (atual estrada de ferro Vitória-Minas) no início do século XX, que por sua vez foi determinante para a chegada de pequenos comerciantes, madeireiros e produtores de café, bem como passou a ser um ponto de parada para tropeiros que traziam consigo iguarias alimentícias. Logo, esse aglomerado de pessoas em favor do comércio contribuiu fortemente para a consolidação do vilarejo em Figueira, estabelecendo assim as raízes comerciais da atual cidade de Governador Valadares (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOVERNADOR VALADARES, 2014).

Já na década de 1930 o distrito de Figueira apresentava uma população de 2.103 habitantes. Nessa faixa temporal ocorreram fatos marcantes no então vilarejo: a construção das estradas de rodagem de Figueira a Peçanha e a Itambacuri, a qual

tinha comunicação com a cidade de Teófilo Otoni. Além disso, nessa década teve início o início do processo emancipatório do distrito de Figueira, que em 1937 foi emancipado do município de Peçanha pelo então governador Benedito Valadares – figura política que no ano seguinte fora homenageado com seu nome batizando o então recém-formado município (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOVERNADOR VALADARES, 2014).

As três décadas seguintes foram marcadas pelo aumento expressivo das atividades agropecuárias e extrativistas de madeira e mica na região, assim como um considerável aumento populacional, em que saltou de 5.734 habitantes em 1940 para 70.495 no ano de 1960. Um ocorrido notável na década de 1940 foi o surgimento de problemas no abastecimento de água, fornecimento de energia elétrica e saneamento básico. Além disso, irromperam-se casos de malária, com vários focos do mosquito transmissor. Por esse motivo, foi criado o Serviço de Saúde Pública (SESP), em 1942, que solucionou tais adversidades (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOVERNADOR VALADARES, 2014).

A cidade que tinha sua dinâmica de capital baseada na utilização de recursos naturais viu a economia declinar após o esgotamento dessas matérias primas. Houve, na década de 1960, um processo de involução demográfica e econômica, seguida com uma expressiva estagnação da dinâmica monetária nos anos de 1970, marcado pelo não desenvolvimento de uma cultura empreendedora e manutenção das atividades extrativistas. Além disso, a pecuária estava em declínio. No entanto, a população manteve um crescimento demográfico, mesmo que mais lento do que o esperado (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOVERNADOR VALADARES, 2014).

Por fim, as décadas seguintes – mais precisamente os anos compreendidos entre o início de 1980 e o final do século XX - foram marcadas pelo forte processo emigratório de cidadãos valadarenses, em que cerca de 27.000 pessoas na faixa produtiva de 16 aos 35 anos mudaram-se majoritariamente para os Estados Unidos da América (EUA). Pode-se afirmar que o principal reflexo desse acontecido foi a expressiva injeção de dinheiro na cidade, pois o envio de valores advindos de uma moeda significativamente mais valorizada – o dólar americano - propiciou um intenso desenvolvimento da indústria da construção civil e do comércio, o que manteve a dinâmica da economia nesse período e tem seus reflexos até os dias atuais, pois é de grande notoriedade que a cidade mostra-se com uma economia essencialmente baseada no comércio e no setor terciário, ao contrário de outras cidades de regiões

adjacentes, cuja base do desenvolvimento são as atividades industriais (PREFEITURA MUNICIPAL DE GOVERNADOR VALADARES, 2014).

1.3 Descrição do município

1.3.1 Aspectos geográficos e socioeconômicos de Governador Valadares

O município de Governador Valadares possui uma área total de 2.342 Km². Apresenta 47,83% da população composta por homens e 52,17% por mulheres, sendo que 95,54% dos habitantes vivem na zona urbana e 4,46% na zona rural. Ademais, dados mostram que no ano de 2000, o município possuía 65.827 domicílios, entre apartamentos, casas e cômodos. Desse total, 44.540 eram imóveis próprios, sendo que 41.886 eram próprios já quitados (63,63%); 2.654 próprios em aquisição (4,19%) e 14.015 eram alugados (21,29%); 6.889 imóveis foram cedidos (10,48%) (IBGE, 2010).

O Índice de Desenvolvimento Humano da cidade é de 0,727, valor considerado alto pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o que lhe garante a colocação de 98º maior IDH de todo o estado de Minas Gerais (PNUD, 2013).

O setor terciário (prestação de serviços) é, atualmente, a principal fonte geradora de recursos. O comércio é bastante importante no município. De acordo com o IBGE (2010), a cidade, no ano de 2007, empregavam nesse setor 103.439 trabalhadores, sendo 46.856 assalariados. O salário médio mensal de Valadares é de 2,3 salários mínimos.

Outros dados pertinentes da cidade, de acordo com dados do IBGE (2010):

- Produto Interno Bruto (PIB): R\$ 3.342.541 mil;
- Densidade demográfica de 112,58 hab./Km²;
- Renda familiar média per capita: R\$ 625,00;
- 94,45% dos domicílios com água tratada;
- 82,23% das casas possuem escoadouro sanitário;
- 82,15% das morarias dispõem de coleta de lixo.

1.3.2 Aspectos demográficos

A tabela 1 apresenta a população de Governador Valadares distribuída por faixa etária e sexo no ano de 2009. De acordo com os dados, a maior parte da população do município concentra-se na faixa etária de 20 a 29 anos, seguida pelas pessoas de 30 a 39 anos e de 40 a 49 anos. Esses números demonstram que Governador Valadares possui uma população jovem, com um maior número de pessoas em idade economicamente ativa. Além disso, há um predomínio de mulheres em relação aos homens. Nota-se também que Governador Valadares acompanha o processo de transição demográfica vigente no país (Figura 1).

Tabela 1: Discriminação da População por Sexo e Faixa Etária em 2009.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1	2.000	1.914	3.914
1 a 4	8.493	8.133	16.626
5 a 9	11.410	11.162	22.572
10 a 14	11.038	11.190	22.228
15 a 19	11.059	11.054	22.113
20 a 29	23.420	24.178	47.598
30 a 39	18.806	20.831	39.637
40 a 49	16.267	18.643	34.910
50 a 59	11.328	13.544	24.872
60 a 69	6.828	8.697	15.525
70 a 79	3.968	5.353	9.321
80 e +	1.596	2.366	3.962
Ignorada	-	-	-
Total	126.213	137.065	263.278

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas

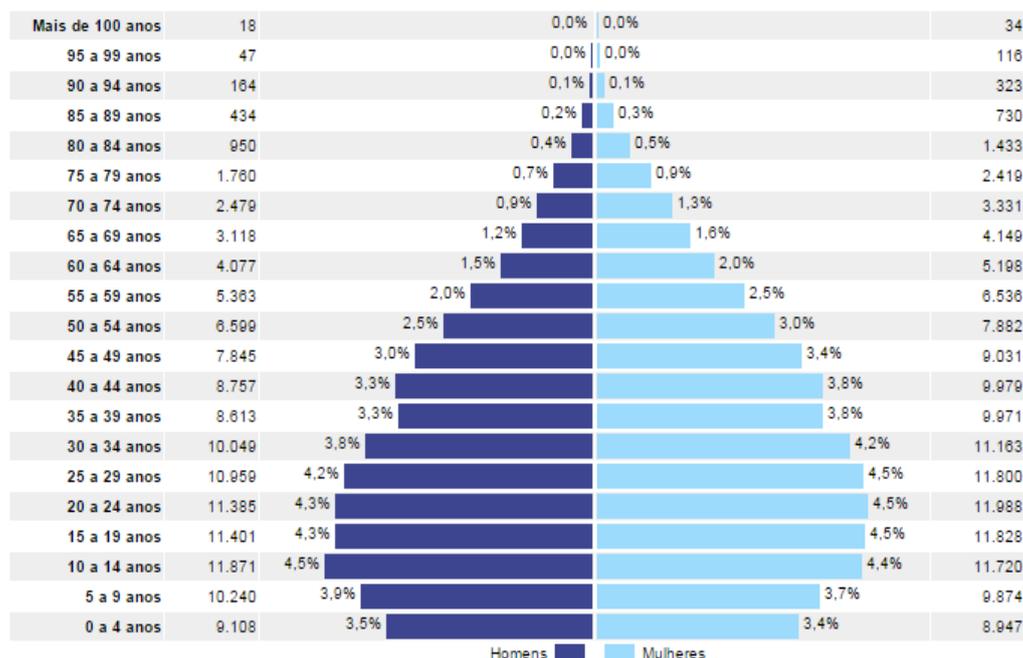


Figura 1: pirâmide etária populacional de Governador Valadares em 2010.
Fonte: IBGE (2010).

1.4 Sistema de saúde local

1.4.1 Fundo de saúde

Sobre o orçamento destinado à saúde e o fundo municipal de saúde, dados divulgados pela prefeitura valadarense revelam que entre o período de 01/03/2014 à 31/03/2014, a Prefeitura municipal de Governador Valadares apresentou receita correspondente à R\$ 14.839.583,62, sendo destinados R\$ 527.978,29 para a atenção básica e R\$ 4.431.495,55 para a assistência ambulatorial e hospitalar.

1.4.2 Programa de saúde da família

Dentre os desmembramentos do Programa de Saúde da Família (PSF), O município de Governador Valadares possui 19 Estratégias de Saúde da família (ESF), 13 equipes referente ao Programa de Valorização Profissional da Atenção Básica (PROVAB), nove equipes do Programa Mais Médicos e quatro equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

1.4.3 Redes de média e alta complexidade

Governador Valadares possui 13 postos de saúde, 59 centros de saúde, três policlínicas, seis hospitais gerais, dois hospitais especializados e dois pronto-atendimentos.

1.4.4 Região Jardim do Trevo

A unidade de saúde do Jardim do Trevo possui em sua área de abrangência seis microáreas, com 940 famílias cadastradas. Apresenta população de 4866 habitantes, sendo 2385 homens (49,01%) e 2481 mulheres (50,99%). A maior parcela dos habitantes, 58,6%, está concentrada na faixa etária de 15 a 64 anos, ou seja, população economicamente ativa, cuja maioria de trabalhadores ocupa-se com maior frequência nos cargos de empregado doméstico, pedreiro e servente de

pedreiro. Em segundo lugar, encontram-se as crianças até 14 anos de idade, com 27,6%. Isso demonstra que a comunidade do Jardim do Trevo é em sua maioria jovem (IBGE, 2010).

Com relação à alfabetização da comunidade:

- Microárea 1: 317 pessoas (98,45%);
- Microárea 2: 333 pessoas (89,04%);
- Microárea 3: 423 pessoas (100%);
- Microárea 4: 378 pessoas (92,2%);
- Microárea 5: 344 pessoas (96,09%);
- Microárea 6: 396 pessoas (91,06%).

Sobre os recursos de suporte à região, constata-se que a comunidade não possui outro estabelecimento de saúde com exceção do Centro de Saúde Jardim do Trevo. Há uma farmácia, uma escola, oito igrejas e não existem creches. Serviços como luz elétrica, água encanada, telefonia são disponíveis. Não são encontrados bancos ou agência de correios.

1.4.5 Unidade Básica de Saúde Jardim do Trevo

A unidade de saúde situa-se na entrada do bairro, na Avenida Guanabara, número 201, bairro Jardim do Trevo. O horário de funcionamento é de segunda-feira a sexta-feira das 07h00min às 17h00min. Toda às segundas-feiras é realizado o HIPERDIA, com grupo de aproximadamente 15 pessoas. Durante as reuniões, palestras educativas sobre os tratamentos medicamentosos e não medicamentosos são ministrados pela médica da unidade. Além disso, os pacientes são orientados quanto ao uso correto das medicações, o que facilita a compreensão das prescrições, principalmente pelos usuários com baixo nível de escolaridade.

Sobre os recursos humanos, a ESF do Jardim do Trevo é composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, cinco Agentes Comunitárias de Saúde (no momento há uma microárea descoberta), uma cirurgiã-dentista, uma auxiliar em saúde bucal e uma auxiliar de serviços gerais. Já em termos de recursos materiais, a unidade de saúde possui dois consultórios, sendo um de uso da médica

e outro da enfermeira; uma sala de observação e pré-consulta; uma sala de vacina; uma farmácia; espaço para reuniões; sala de espera e recepção.

Um ponto pertinente na unidade é a dificuldade de alcance ao centro para alguns pacientes. O acesso à unidade para os cidadãos que moram em ruas mais elevadas é mais difícil e muitas vezes é necessário realizar visitas domiciliares, quando esses pacientes são idosos e apresentam alguma comorbidade como hipertensão e diabetes.

2 PROBLEMA

A grande maioria dos pacientes da área de abrangência da ESF Jardim do Trevo é composta de hipertensos e diabéticos. Muitos desses indivíduos não aderem bem ao tratamento, tanto medicamentoso, quanto às mudanças de estilo de vida, mesmo após exaustivas tentativas de conscientização de todos da equipe de saúde.

Esse comportamento tem acarretado para o aumento de pacientes mal controlados, que muitas vezes necessitam de internação e atendimento de urgência, o que pode ocasionar em consequências desastrosas para a saúde dos pacientes, além de onerar o sistema e, também, não contribuir para o exercício pleno da proposta da atenção básica que consiste na promoção, prevenção, cura e reabilitação; com ênfase nos dois primeiros pilares.

3 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela alta prevalência de hipertensos e diabéticos, além do baixo nível social e de escolaridade da população adscrita da ESF Jardim do Trevo, o que dificulta o entendimento da prescrição e a adesão à terapêutica corretamente.

A necessidade de mudança de hábitos de vida e adesão ao tratamento medicamentoso para essas comorbidades é fundamental, pois o não tratamento correto pode interferir significativamente para o aumento de complicações como acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, úlceras venosas, descompensação diabética, dentre outras. Tendo em vista o impacto tanto na vida pessoal e saúde dos usuários, quanto na saúde pública e nos gastos com internações e programas de reabilitação, faz-se necessário adotar medidas de prevenção primária e secundária.

Assim, a equipe analisou este e outros problemas vivenciados pela unidade e considerou viável a realização de um Projeto de Intervenção, a fim de modificar a realidade apresentada.

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

Elaborar um projeto de intervenção para potencializar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso de hipertensos e diabéticos com baixo nível de escolaridade da equipe da Estratégia de Saúde da Família do Jardim do Trevo, no município de Governador Valadares, Minas Gerais.

4.2 Específicos

- Estabelecer estratégias juntamente com a equipe de saúde para favorecer e incrementar a adesão aos tratamentos medicamentoso e não medicamentoso de hipertensos e diabéticos.
- Realizar ações educativas junto aos usuários hipertensos e diabéticos, familiares e profissionais da equipe para o manejo, controle e práticas de autocuidado.

5 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo projeto de intervenção, que será conduzido no ano de 2014 e 2015, na unidade de saúde Jardim do Trevo, no município de Governador Valadares - MG.

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional - PES, conforme os textos da seção 1 do módulo de Iniciação à Metodologia Científica e seção 2 do módulo de Planejamento e Avaliação em Saúde, além de revisão bibliográfica da sobre o tema abordado.

O público-alvo será constituído por usuários hipertensos e diabéticos assistidos pela Equipe de Saúde da Família Jardim do Trevo.

Com a finalidade de subsidiar a construção e abordagem teórica deste projeto, procedeu-se com revisão na literatura com os seguintes descritores: Diabetes Mellitus, Diabetes Mellitus tipo 2, complicações do Diabetes, hipertensão e escolaridade.

Foram utilizados trabalhos científicos disponíveis em base de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, *Scientific Electronic Library Online (SCIELO)*, *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS)*. Os artigos disponíveis nessas bases de dados, além de publicações em livros e revistas médicas foram selecionados de acordo com sua relevância para construção deste trabalho.

6 REVISÃO DA LITERATURA

6.1 Conceituação

Segundo a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010), hipertensão consiste em um estado sustentado de pressão arterial elevada ($PA \geq 140/90$ mmHg), podendo estar associada a lesão de órgão-alvo como coração, rins, olhos (retina) e encéfalo. Com o objetivo de evitar que ocorra o surgimento de tais complicações, é necessário que haja o controle adequado dos níveis pressóricos, por meio dos tratamentos medicamentoso e não medicamentoso.

Outra patologia abordada neste projeto consiste no diabetes mellitus. Essa comorbidade é classificada em dois tipos, a saber: tipo 1 e 2. O primeiro é decorrente da destruição das células betapancreáticas produtoras de insulina. O segundo, entretanto, está associado ao aumento da resistência periférica à insulina.

6.2 Epidemiologia

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) apresenta alta prevalência e baixas taxas de controle, constituindo-se como um dos principais problemas de saúde pública (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010). Segundo dados dessas diretrizes, no ano de 2001, cerca de 7,6 milhões de pessoas no mundo morreram como consequência direta ou indireta do mal controle da pressão arterial. Ainda de acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, inquéritos populacionais em cidades brasileiras foram realizados e detectaram prevalência de hipertensão arterial maior que 30%.

Com relação ao diabetes, há um maior predomínio do tipo 2, em torno de 90% a 95%, contra 5% a 10% do tipo 1 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Hipertensão e diabetes tem íntima associação com doenças cardiovasculares, sendo essas, as principais causas de morte entre pessoas do sexo masculino

(BRASIL, 2011). Ainda segundo esse banco de dados, no ano de 2011, foram registradas 103.486 mortes, em todo o país, por doença isquêmica do coração.

Assim, tendo em vista a relação entre as doenças cardiovasculares e as comorbidades em estudo, hipertensão e diabetes, faz-se necessário adotar uma política de educação e sensibilização da população, a fim de diminuir morbidade e mortalidade.

É consenso que tanto a doença hipertensiva quanto o diabetes, devem ser tratados primariamente na atenção básica e, somente em casos de complicações ou agravamento das doenças, encaminhar para especialistas do nível secundário ou atendimento terciário. Por isso, os profissionais da Rede de Atenção, em especial da unidade básica, devem estar preparados e bem informados para contribuir no processo de prevenção primária, no tratamento das comorbidades e na diminuição das complicações.

6.3 Prevenção Primária

Hipertensão arterial e diabetes mellitus estão relacionadas à síndrome metabólica e, atualmente, sabe-se que o controle da obesidade, a prática de atividade física, a adoção de alimentação saudável, rica em vegetais, frutas e com baixo teor de gordura saturada, é fundamental para a prevenção dessas patologias. Estudos também apontam para a associação com fatores genéticos/hereditários (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

A prevenção primária, direcionada para o diabetes tipo 2, reduz ou retarda a tanto a necessidade de tratamento quanto o aparecimento de complicações (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2104).

Assim, o papel da atenção básica é fundamental na educação da população e no estímulo à adoção de mudanças no estilo de vida e, dessa forma, contribui para a redução da incidência de hipertensão e diabetes.

6.4 Abordagem terapêutica

Com relação à HAS, a abordagem deve partir de alguns princípios, além dos níveis pressóricos, como risco cardiovascular, lesão de órgão-alvo e doença

cardiovascular presente ao diagnóstico. Pacientes com pressão arterial em torno de 130-139/ 85-89 mmHg que apresentem doença cardiovascular, lesão em órgão-alvo, diabetes ou doença renal devem receber tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Entretanto, quando esses possuem risco cardiovascular médio, alto ou muito alto devem ser tratados com anti-hipertensivos com o intuito de prevenir lesão de órgão-alvo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Há evidências, segundo a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), de que mudanças no estilo de vida (alimentação equilibrada e prática de exercícios físicos) podem refletir no retardo do desenvolvimento de hipertensão em indivíduos com pressão arterial limítrofe.

Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2014), o controle da obesidade, do sedentarismo, da dislipidemia e da hipertensão, além de reduzir o risco de doenças cardiovasculares, previne também o surgimento do diabetes mellitus tipo 2 (nível de evidência A). Há evidências de que o controle adequado dos níveis glicêmicos, por meio de medicamentos (insulina ou hipoglicemiantes orais) e dieta, diminuem as chances de complicações crônicas, principalmente as microangiopáticas.

5.5 Adesão ao tratamento

A adesão ao tratamento para hipertensão e diabetes está relacionada aos seguintes aspectos: sensibilização da necessidade de realização do tratamento, aceitação da(s) doença(s), compreensão da prescrição médica, entendimento sobre a(s) comorbidade(s) e suas complicações e interesse em seguir as recomendações referentes ao tratamento medicamentoso e às mudanças de estilo de vida.

Segundo Gusmão *et al.* (2006), muitos fatores estão relacionados à adesão ao tratamento e podem ser divididos em:

- Fatores relacionados ao paciente - sexo, etnia, idade, estado civil, nível de escolaridade e socioeconômico.
- Fatores relacionados à doença - cronicidade, ausência de sintomas, e complicações.
- Fatores culturais, sociais e psicológicos - percepção da seriedade do

problema, desconhecimento, experiência com a doenças em familiares, autoestima, crenças religiosas.

- Fatores econômicos - custo do tratamento (medicamentos e dieta saudável e equilibrada).
- Fatores relacionados ao uso de medicamentos - custo dos medicamentos e efeitos colaterais.
- Fatores relacionados à assistência à saúde - acesso ao serviço de saúde, qualidade do atendimento, acolhimento dos usuários por parte da equipe de saúde.

Detectar a porcentagem de adesão não é uma tarefa fácil, devido ao viés de informação e ao efeito *Howthorne* nos estudos epidemiológicos. Barbosa *et al.* (2006) relata que estudos realizados no Japão, Noruega, Estados Unidos, China e Alemanha apresentaram índices de adesão ao tratamento para hipertensão de 65%, 58%, 51%, 43% e 32,3%, respectivamente. Os autores ainda afirmam que o ideal seria um índice menor que 80%. No Brasil, há poucos estudos sobre adesão ao tratamento de doenças crônicas, porém, tem-se uma estimativa de que aproximadamente 40% a 60% dos pacientes não fazem uso da medicação prescrita.

A má adesão aos tratamentos medicamentoso e não medicamentoso gera impactos na mortalidade e morbidade por doenças crônicas (hipertensão e diabetes).

Há aumento da incidência de eventos agudos das complicações decorrentes dessas condições, gerando aumento dos custos com os setores secundário e terciário de atenção à saúde e, ainda, elevação dos gastos com tratamento dos casos graves após a alta hospitalar. Contribui também para o aumento da morbidade com prejuízo da qualidade de vida, aposentadoria precoce por invalidez, aumento dos custos com reabilitação, perda produtiva para o país, absentismo ao trabalho e dependência total ou parcial para a realização das atividades de vida diária (LESSA, 2006).

Visando aumentar a adesão aos tratamentos medicamentoso e não medicamentoso podem ser adotadas algumas medidas de impacto social. Uma delas consiste na educação da população com doenças crônicas (hipertensão e diabetes) a partir de orientações sobre a importância de uma dieta saudável e equilibrada, da prática regular de atividade física, do uso correto dos medicamentos

prescritos pelo médico e da adoção da prática do autocuidado. É fundamental também fornecer informações aos pacientes sobre essas doenças, para que eles possam compreender a íntima relação entre a adesão ao tratamento e a prevenção de complicações. É interessante que a abordagem seja feita por equipe multidisciplinar, composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, nutricionista, educador físico, dentre outros, privilegiando uma visão holística do indivíduo. Essas ações devem ser comandadas pelas equipes de saúde da família na atenção primária, com o apoio e a inserção das famílias dos usuários.

7 PROJETO DE INTERVENÇÃO

7.1 Primeiro Passo: Identificação dos problemas

Uma lista dos problemas foi elaborada de acordo com as prioridades dos problemas identificados no processo de diagnóstico situacional realizado pela ESF Jardim do Trevo.

Por meio desse diagnóstico, percebeu-se que um dos principais enfrentamentos da equipe relaciona-se à má adesão dos usuários hipertensos e diabéticos aos tratamentos medicamentoso e não medicamentoso. Acredita-se que essa condição possa estar relacionada intimamente à baixa escolaridade da população que dificulta o entendimento das prescrições e o seguimento da terapêutica.

Questões socioeconômicas também fazem parte desse cenário adverso observado pela ESF Jardim do Trevo, por exemplo, o elevado número de pacientes com parasitoses decorrentes da falta de acesso à água filtrada e o alto índice de violência, fruto do tráfico de drogas.

Outros problemas levantados foram a procura aquém do esperado de mulheres para a realização do exame preventivo de câncer de colo uterino e o número reduzido de crianças que fazem acompanhamento periódico por meio da puericultura.

7.2 Segundo Passo: Priorização dos Problemas

Quadro 4: Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da ESF Jardim do Trevo, 2014.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Má adesão dos usuários hipertensos e diabéticos aos tratamentos medicamentoso e não medicamentoso	Alta	7	Dentro	1
Baixa escolaridade	Alta	6	Fora	2
Violência / tráfico de drogas	Alta	5	Fora	3
Alto índice de parasitoses / falta de acesso à água filtrada	Alta	4	Parcial	3
Baixa adesão de mulheres ao exame preventivo de colo uterino	Alta	3	Parcial	4
Baixa adesão de crianças à	Alta	3	Parcial	4

puericultura				
--------------	--	--	--	--

Fonte: Diagnóstico Situacional da ESF Jardim do Trevo.

7.3 Terceiro Passo: Descrição do Problema

Após o estabelecimento das prioridades, escolheu-se a má adesão dos usuários hipertensos e diabéticos aos tratamentos medicamentoso e não medicamentoso como problema de maior urgência. Essa decisão foi tomada por serem as doenças crônicas (hipertensão e diabetes) de maior prevalência na área de abrangência da ESF Jardim do Trevo. Além disso, são comorbidades que possuem tratamento bem estabelecido na literatura, passível de ser seguido, o que pode contribuir para a diminuição de complicações.

7.4 Quarto Passo: Explicação do problema

A má adesão dos usuários hipertensos e diabéticos às mudanças de estilo de vida e ao tratamento medicamentoso consiste em um dos principais problemas enfrentados pela equipe da ESF Jardim do Trevo.

A maioria dos usuários da área de abrangência da ESF é composta de hipertensos, diabéticos e dislipidêmicos. Muitos desses indivíduos não aderem bem ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, mesmo após exaustivas tentativas de sensibilização de todos os membros da equipe de saúde.

Uma das causas dessa má adesão consiste na baixa escolaridade, que dificulta o entendimento das prescrições médicas, mesmo depois de explicação minuciosa. Uma das soluções para esse problema seria a separação, pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), dos medicamentos em caixas identificadas com cores, para que não haja uso incorreto dos fármacos. No entanto, nem sempre isso é possível, uma vez que o contingente populacional assistido é bem grande.

Outro aspecto relacionado ao problema abordado refere-se às condições socioeconômicas precárias da comunidade o que dificulta a adesão à dieta. Há indivíduos carentes, que não possuem condições financeiras que possibilitem aos mesmos adquirir adoçante, proteína animal magra, verduras e produtos integrais. A solução é adequar a dieta do usuário, de acordo com o perfil socioeconômico, juntamente com a atuação da nutricionista do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da

Família), com alimentos alternativos e acessíveis.

O terceiro aspecto e, talvez, o mais importante, consiste na vontade individual de cada indivíduo para cuidar da própria saúde. Percebe-se que muitos deles não reconhecem a importância do tratamento adequado para as comorbidades discutidas (hipertensão e diabetes) e as consequências de uma atitude negligente. É preciso sensibilizar essas pessoas e também suas famílias, para que estas possam aderir às mudanças. Com esse intuito, serão propostas palestras simples e práticas sobre esses temas na sala de espera, nos dias dos grupos operativos de hipertensos e diabéticos. Essas exposições serão ministradas pela nutricionista e pela médica, além disso, as informações serão reforçadas pelo profissional de educação física, durante as atividades físicas (caminhada e hidroginástica). Espera-se que a partir do estabelecimento do plano de cuidado, os usuários compreendam a importância do autocuidado e estejam dispostos e sensibilizados para as mudanças nos hábitos e estilo de vida. Quando isso se concretizar, acredita-se que ocorrerá diminuição do número de complicações das doenças, da quantidade de encaminhamentos para especialistas (endocrinologistas e cardiologistas, por exemplo) e dos gastos do governo com o tratamento dessa população.

7.5 Quinto passo: Identificação dos nós críticos

Mediante o problema priorizado, foi possível identificar os seguintes "nós críticos", a saber: dificuldade de compreensão sobre a doença e o tratamento; falta de participação da família do paciente na promoção do autocuidado; condições socioeconômicas precárias que dificulta a aquisição de alimentos essenciais para uma dieta saudável.

7.6 Sexto passo: desenho das operações

Quadro 5: Desenho de operações para os "nós" críticos do problema da má adesão aos tratamentos medicamento e não medicamentoso entre os usuários hipertensos e diabéticos.

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Baixa escolaridade	Saber +	Pacientes instruídos sobre uso correto da medicação.	Oficina para manuseio dos medicamentos	Embalagens PET para armazenar os medicamentos; cartolina amarelo, verde e branco para confeccionar figuras de sol, prato de refeição

				simbolizando o almoço, lua, respectivamente. Essas figuras servirão para identificar os medicamentos que são tomados pela manhã, à tarde e à noite.
Falta de participação da família do paciente na promoção do autocuidado	Cuidar melhor	Famílias mais envolvidas com os pacientes na busca por uma vida mais saudável.	Palestras educativas nos grupos operativos de hipertensos e diabéticos, juntamente com uma ou duas pessoas da família.	Recursos didáticos como cartazes, panfletos, vídeos, os quais tem o objetivo de transmitir a mensagem sobre o autocuidado e participação da família, que seja de fácil compreensão.
Condições socioeconômicas precárias / adequação da dieta	Viver Melhor	Pacientes com dieta saudável, bem nutridos. Diminuição do número de dislipidêmicos, melhor controle dos níveis glicêmicos e pressóricos.	Hortas comunitárias; palestras educativas sobre reeducação alimentar.	Espaço para implantação da horta comunitária; pessoas disponíveis para realizarem o plantio dos vegetais; pessoas responsáveis pela distribuição dos alimentos. Recursos didáticos para realização das palestras educativas.

Fonte: Elaboração da autora.

7.7 Sétimo passo: identificação de recursos críticos

Quadro 6: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos "nós" críticos do problema de má adesão aos tratamentos medicamentoso e não medicamentoso entre os pacientes hipertensos e diabéticos.

Operação	Recurso crítico
Saber +	Aumentar o nível de informação dos hipertensos e diabéticos, a respeito das suas comorbidades e as maneiras de diminuir o número de complicações dessas doenças. Orientar os indivíduos com baixa escolaridade sobre o uso correto dos medicamentos e auxiliá-los na compreensão das prescrições médicas.
Cuidar melhor	Sensibilizar por meio de práticas educativas os usuários e suas famílias sobre a importância do autocuidado, de uma alimentação saudável e prática de atividade física regular.
Viver melhor	Incentivar os hipertensos e diabéticos à adoção de práticas e mudanças no estilo de vida, com o intuito de adquirir mais longevidade e qualidade de vida.

Fonte: Elaboração da autora.

7.8 Oitavo passo: análise de viabilidade do plano

Quadro 7: Proposta de ações para a motivação dos atores.

Operação/Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos	Ações estratégicas
------------------	-------------------	--------------------------------	--------------------

		Ator que controla	Motivação	
Saber +	Aumentar o nível de informação dos hipertensos e diabéticos, a respeito das suas comorbidades e as maneiras de diminuir o número de complicações dessas doenças. Orientar os pacientes com baixa escolaridade sobre o uso correto dos medicamentos e auxiliá-los na compreensão das prescrições médicas.	ESF	Favorável	Palestras na própria unidade de saúde e separação dos medicamentos dos pacientes em recipientes identificados por imagens (sol, prato representado o almoço/refeição e lua) que representam os períodos da manhã, tarde e noite. Capacitação dos profissionais de saúde.
Cuidar melhor	Educar os pacientes e suas famílias sobre a importância do autocuidado, de uma alimentação saudável e prática de atividades físicas.	ESF e as famílias dos pacientes	Favorável	Envolver todos (pacientes e suas famílias) nas propostas de mudanças de estilo de vida e adesão ao tratamento para hipertensão e diabetes, além da sensibilização sobre a importância do autocuidado.
Viver melhor	Incentivar os hipertensos e diabéticos a realizarem mudanças no estilo de vida, com o intuito de adquirir mais longevidade e qualidade de vida.	ESF	Favorável	Palestras educativas; atividade física nos grupos com o educador físico e orientações dietéticas com a nutricionista.

Fonte: Elaboração da autora.

7.9 Nono passo: elaboração do plano operativo

Quadro 8: Plano operativo para solucionar o problema da má adesão aos tratamentos medicamentoso e não medicamentoso.

Operação	Resultado	Produto	Responsáveis	Prazo
Melhorar a adesão dos pacientes hipertensos e diabéticos aos tratamentos medicamentoso	Menor número de pacientes hipertensos e diabéticos mal controlados.	Oficinas para manuseio dos medicamentos.	Médica, enfermeira, ACS, técnica em enfermagem e NASF.	4 meses

e não medicamentoso.				
Fornecer informações aos pacientes para sensibilizá-los da importância da adesão aos tratamentos medicamentoso e não medicamentoso e das consequências que essa má adesão pode acarretar.	Pacientes mais informados sobre suas comorbidades e mais conscientes.	Grupos operativos de hipertensos e diabéticos.	Médica, enfermeira, ACS, técnica em enfermagem e NASF.	2 meses
Condições socioeconômicas precárias - dieta inadequada	Pacientes mais informados sobre alternativas acessíveis de alimentação saudável.	Palestras educativas e criação de hortas comunitárias.	Médica, enfermeira, ACS, técnica em enfermagem e NASF, com participação da comunidade.	6 meses

Fonte: Elaboração da autora.

7.10 Décimo passo: gestão do plano

Quadro 9: Gestão do plano operativo.

Operações	Produtos	Responsáveis	Prazo inicial	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Melhorar a adesão dos pacientes hipertensos e diabéticos aos tratamentos medicamentoso e não medicamentoso.	Oficinas para manuseio dos medicamentos	Médica, enfermeira, ACS, técnica em enfermagem e NASF.	4 meses	Aguardando iniciar	Planejamento	Mantido os 4 meses
Fornecer informações aos pacientes para sensibilizá-los da importância da adesão aos tratamentos medicamentoso e não medicamentoso e das consequências que essa má adesão pode acarretar.	Grupos operativos de hipertensos e diabéticos.	Médica, enfermeira, ACS, técnica em enfermagem e NASF.	2 meses	Operação já iniciada.	-	-
Condições	Palestras	Médica,	6	Aguardando	Planejamento	Mantido

socioeconômicas precárias - dieta inadequada	educativas e criação de hortas comunitárias.	enfermeira, ACS, técnica em enfermagem e NASF e pessoas da própria comunidade.	meses	iniciar		os 6 meses
--	--	--	-------	---------	--	------------

Fonte: Elaboração da autora.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Hipertensão arterial e diabetes são doenças crônicas muito prevalentes no Brasil e no mundo, sendo perceptível a necessidade de realização da abordagem sistemática aos usuários da Rede de Atenção à Saúde, que apresentem tais comorbidades.

É preciso que haja sensibilização dos usuários quanto à importância da adoção de hábitos e estilo de vida saudáveis, como a prática regular de atividade física e alimentação equilibrada, além do uso correto das medicações. Essas ações acarretarão em impacto social e econômico, devido à diminuição das complicações decorrentes das doenças em questão, dos gastos com internações hospitalares e reabilitação dos pacientes, bem como na melhora da qualidade de vida das pessoas.

A atenção básica tem a função de atuar nos campos da promoção e prevenção dessas e outras comorbidades; tratamento adequado, a fim de diminuir o número de complicações; e também na reabilitação de pacientes que apresentam patologias decorrentes do controle inadequado dos níveis pressóricos e glicêmicos. Portanto, é fundamental que os profissionais de saúde que atuam na Rede de Atenção à Saúde estejam preparados para atender usuários com tais comorbidades, lembrando sempre de que a prevenção com a mudança de estilo de vida é relevante e necessário para a redução da incidência de hipertensos e diabéticos no país.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, R.G.B.; LIMA, N.K.C. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e no mundo. **Revista brasileira hipertensão**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 35-38, janeiro 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS**. 2011. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 20 maio 2014.
- CAMPOS, F.C. C; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Elaboração do plano de ação**. In: CAMPOS, CAMPOS, F.C. C; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p.:il.
- CUNHA, H.R. **Padrão PUC Minas de normalização: normas da ABNT para apresentação de teses, dissertações, monografias e trabalhos acadêmicos**, 9ª ed., Belo Horizonte, 2011.
- FRANÇA, J. L. et al. **Manual para normalização de publicações técnico-científicas**. 8. ed. rev. e ampl. Belo Horizonte: UFMG, 2009.
- GUSMÃO, J.L.; JÚNIOR, D.M. Adesão ao tratamento - conceitos. **Revista brasileira hipertensão**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 23-25, janeiro 2006.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade em Governador Valadares (MG)**. 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=312770&corhomem=3d4590&cormulher=9cdbfc>. Acesso em: 11 jan. 2015.
- LESSA, I. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista brasileira hipertensão**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 39-46, janeiro 2006.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE GOVERNADOR VALADARES. **História de Governador Valadares**. 2014. Disponível em: http://www.valadares.mg.gov.br/current/portal/historia_de_governador_valadares. Acesso em: 20 mai. 2014.
- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Atlas Brasil 2013 Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento**. 2013. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/governador-valadares_mg>. Acesso em: 10 jan. 2015.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 95(1 supl.1), p. 1-51.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014**. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.

SOUZA, M. S. L. **Orientações para apresentação e redação de projetos de pesquisa e trabalhos acadêmicos**. 4. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2012.