

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ANA CECÍLIA CARDOSO DE SOUSA**

**FATORES QUE INTERFEREM NA ADESÃO AO TRATAMENTO DE  
DIABETES *MELLITUS* E HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Uberaba / MG  
2014

**ANA CECÍLIA CARDOSO DE SOUSA**

**FATORES QUE INTERFEREM NA ADESÃO AO TRATAMENTO DE  
DIABETES *MELLITUS* E HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista, sob orientação da profa. Me. Emiliane Silva Santiago.

Uberaba / MG  
2014

**ANA CECÍLIA CARDOSO DE SOUSA**

**FATORES QUE INTERFEREM NA ADESÃO AO TRATAMENTO DE  
DIABETES *MELLITUS* E HIPERTENSÃO ARTERIAL**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Prof. Me. Emiliane Silva Santiago Orientadora

Examinador 2 – Prof. Nathália Silva Gomes Examinadora

Aprovado, Uberaba, 09 de janeiro de 2015.

## RESUMO

O objetivo desta pesquisa é descrever o perfil dos pacientes idosos e os fatores que levam a não adesão ao programa de controle do Diabetes *Mellitus* (DM) e da Hipertensão Arterial (HA) em uma Unidade Básica de Saúde na cidade de Patos de Minas - MG, visando à elaboração de um Projeto de Intervenção que vise à melhoria da qualidade da assistência aos usuários diabéticos e hipertensos, ambas são doenças crônico-degenerativas, decorrentes do envelhecimento e que exigem acompanhamento da evolução do quadro clínico que, se não controlado adequadamente, tende a agravar o prognóstico. A relevância do presente estudo centra-se na necessidade do profissional da saúde identificar e compreender quais fatores interferem na adesão ao tratamento do DM e da HA, mas também levar a equipe do Posto de saúde a repensar as condutas de intervenções nos cuidados que esses pacientes necessitam no decorrer do tratamento. Inicialmente foi feito um Diagnóstico Situacional, através do método de estimativa rápida. Os dados foram coletados das seguintes fontes: registros da Unidade de saúde e de fontes secundárias como Sistema de Informação da Atenção Básica, Sistema de Informação sobre Mortalidade, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Após a realização do diagnóstico situacional, iniciou-se a construção do plano de ação por meio do Planejamento Estratégico Situacional. Com o propósito de ampliar os conhecimentos sobre o perfil dos idosos, foi feita uma pesquisa direta a Biblioteca Virtual de Saúde, com definição de base de dados, adesão ao tratamento de doenças crônico-degenerativas, valendo-se dos seguintes descritores: adesão, tratamento, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial. Os resultados da pesquisa mostraram que a adesão aos tratamentos de Diabetes e de Hipertensão Arterial ainda é um grande desafio, que demanda iniciativas tanto dos gestores públicos, como dos profissionais de saúde, na implementação de programas multidisciplinares, em todos os níveis de atendimento aos pacientes hipertensos e diabéticos, para que as intervenções sejam mais eficazes.

**Palavras-chave:** Adesão. Tratamento. Diabetes *Mellitus*. Hipertensão Arterial.

## ABSTRACT

The objective of this research is to describe the profile of elderly patients and the factors that lead to non-adherence to the control program of Diabetes Mellitus (DM) and arterial hypertension (AH) in a Basic Health Unit in the city of Patos de Minas - MG, aiming at developing an Intervention Project aimed at improving the quality of care for diabetic and hypertensive patients, both are chronic degenerative diseases resulting from aging and requiring monitoring of the progression of the disease that, if not properly controlled, tends the worse the prognosis. The relevance of this study focuses on the need for health professionals to identify and understand which factors that influence adherence to the treatment of Diabetes and Hypertension, but also lead to the Health Center staff to rethink the conduct interventions in care these patients need during treatment. Initially it was made a Situational Diagnosis, through the rapid assessment method. Data were collected from the following sources: records of the health unit and secondary materials such as Information System of Primary, the Mortality Information System, Brazilian Institute of Geography and Statistics. After conducting a situational diagnosis, began the construction of the action plan through the method of Situational Strategic Planning. In order to broaden the knowledge of the profile of the elderly, was made a direct research in Virtual Health Library, with database definition, adherence to treatment of chronic degenerative diseases, taking advantage of the following descriptors: accession, treatment, diabetes *mellitus*, hypertension. The survey results showed that adherence to diabetes treatment and Hypertension remains a major challenge, which requires both initiatives of public managers, as health professionals, implementation of multidisciplinary programs at all levels of care to patients hypertensive and diabetic, so that interventions are more effective.

**Keywords:** Accession. Treatment. Diabetes *Mellitus*. Hypertension.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APAC	Autorização de procedimento ambulatorial
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DAC	Doença arterial coronariana
DLP	Dislipidemia
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
DRC	Doença Renal Crônica
HAS	Hipertensão Arterial
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Insuficiência Cardíaca
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>08</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>12</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>13</b>
3.1	OBJETIVO GERAL.....	13
3.2	OBJETIVO ESPECIFICO.....	13
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>14</b>
<b>5</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>16</b>
<b>6</b>	<b>PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>20</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>22</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>24</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A cidade de Patos de Minas encontra-se no Estado de Minas Gerais, entre as regiões do Triângulo Mineiro e do Alto Paranaíba. A área total do município é de 3.189,771 km<sup>2</sup>, com densidade demográfica de 43,49 hab./km<sup>2</sup> (IBGE, 2010).

A população do município era de 138.710 habitantes, em 2010, e 146.416 habitantes pela estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2013. De acordo com o Censo de 2010, 48,97% eram homens e 51,03% eram mulheres. Dos 138.710 habitantes, 127.724 (92,08%) viviam na cidade, enquanto 10.986 (7,92%) eram moradores do campo. A taxa de envelhecimento da população vem aumentando, passando de 4,46% em 1991, para 5,61% em 2000 e 7,98% em 2010 (ATLAS BRASIL, 2003).

Patos de Minas alcançou um dos objetivos de Desenvolvimento do Milênio em que o país deve reduzir a mortalidade infantil para menos de 17,9 por mil até 2015. Em 2010, a mortalidade infantil, no município, era de 14,5 por mil, enquanto Minas Gerais registrava 15,1 e o Brasil 16,7. A proporção de moradores abaixo da linha de pobreza era de 17,33%. Sobre a taxa de escolarização, a população residente alfabetizada é de 122.926 pessoas. Segundo a última edição do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), a cidade tem a terceira melhor educação pública do país (6,8), nas séries iniciais do ensino fundamental, entre os municípios com mais de 100 mil habitantes, atrás de Sobral (7,3), no Ceará e Foz do Iguaçu (7,0), no Paraná. Isso porque o município tem investido na formação continuada de seus professores, conforme informações da Secretaria Municipal de Educação.

No que se refere ao sistema local de saúde, de acordo com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB (2014), 95.895 pessoas estão cadastradas como usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) o que representa 68,57% da população. O Conselho Municipal de Saúde é composto pelo gestor (secretário de saúde), por seis representantes da comunidade urbana, um da comunidade rural, um do sindicato dos trabalhadores, um das entidades não governamentais, um da entidade religiosa, cinco dos trabalhadores da área da saúde, um da secretaria de desenvolvimento social, um dos prestadores de serviço privado, um dos serviços filantrópicos e um representante do serviço de saúde público. Ressalta-se que os mesmos reúnem-se uma vez ao mês (SIAB, 2014).



O Fundo Municipal de Saúde de Patos de Minas foi instituído pela Lei municipal nº 2.751 de 13/05/1991 e tem como objetivo criar condições financeiras e de gerência dos recursos destinados ao desenvolvimento das ações de saúde, executadas pela Secretaria Municipal de Saúde, segundo servidores municipais.

A implantação do Programa Saúde da Família ocorreu em 2002 e atualmente conta, com 37 Equipes de Saúde da Família - ESF, 13 equipes de saúde bucal, três equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por um psicólogo, um nutricionista, um fisioterapeuta, um assistente social e um educador físico, um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e quatro Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O sistema de referência e contra-referência conta com serviços como o Hiperdia, Viva Vida, Clínica de Especialidades, Serviço Municipal de Reabilitação e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD). O CEO funciona através do serviço de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC).

No momento, estão cadastrados 1.212 profissionais de saúde. Os vínculos funcionam em três categorias: contratado, efetivo e contratados do ESF, todas as três categorias em regime estatutário. Os cargos estão divididos em diretoria de atenção básica, diretoria de serviços especializados, diretoria de vigilância em saúde, diretoria de regulação, diretoria de orçamento e finanças e diretoria de gestão administrativa, em 17 unidades de saúde existentes.

A Unidade de Saúde da Família Lagoa Grande localiza-se na Rua Padre Alaor 640, Bairro: Lagoa Grande, Patos de Minas - MG, com 1.215 famílias e 3.712 habitantes cadastrados. Localizada na área central do território de abrangência da equipe de saúde, há facilidade de acesso da população. O horário de funcionamento é das 7 horas às 17h, de segunda à sexta-feira. A equipe de saúde é composta pelos seguintes profissionais: um médico (oito horas/dia), um enfermeiro (oito horas/dia), um técnico em enfermagem (oito horas/dia), um auxiliar de serviços gerais (seis horas/dia), um auxiliar de enfermagem (seis horas/dia), seis agentes comunitários de saúde (ACS) (oito horas/dia).

Equipe NASF - quatro horas semanais (um nutricionista, uma psicóloga: um educador físico, um fisioterapeuta, um assistente social)

Quanto aos recursos materiais, a UBS funciona em uma casa alugada. Como na unidade atuam duas equipes de saúde em territórios distintos, a área física é considerada pequena. Há disponível quatro salas de atendimento, sendo uma

ginecológica e outra para atendimento do pediatra, duas vezes na semana. Tem-se uma sala de vacina, uma sala de curativo, uma cozinha, três banheiros, sendo um no consultório ginecológico, uma sala de espera e acolhimento e uma sala de administração. Estão disponíveis telefone fixo, computadores na sala do administrativo e duas salas de atendimento com computador. A internet não é disponibilizada nos consultórios médicos, somente na sala do administrativo. Os equipamentos estão em boas condições de uso (balança, estetoscópio, esfigmomanômetro, termômetros, refrigerador para acondicionamento de vacinas etc.). Não há otoscópio disponível para todos e nem glicosímetro.

Dentro do território de abrangência da unidade há duas Unidades Básicas, três creches, uma igreja católica, igrejas evangélicas, supermercados, açougues, padarias, rodoviária, área de lazer em torno de uma lagoa e três escolas estaduais de nível fundamental e médio. Os serviços sociais existentes são luz elétrica, água encanada, rede de esgoto e telefonia móvel e fixa.

De acordo com dados apresentados pelo SIAB (2014), há grande incidência de Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM) e de Hipertensão Arterial (HA). Ambas são doenças crônico-degenerativas, decorrentes do envelhecimento e que exigem acompanhamento da evolução do quadro clínico que, se não controlado adequadamente, tende a agravar o prognóstico. Essas informações se confirmam ao analisar os dados sobre a faixa etária e o gênero dos pacientes, já que um crescente número deles tem mais de 60 anos estão cadastrados nesta unidade.

As principais ocupações da população da área são: comércio (lojas, farmácia, bares, restaurantes, oficina mecânica), empregada doméstica, pedreiro e costureiras. Como a maioria é de idosos, muitos são aposentados.

Segundo dados coletados pelos ACS, basicamente a população é composta por idosos que vivem com outros familiares ou sozinhos. Existem muitos casos de violência, uso de drogas e quadros depressivos em tratamento.

Nas ações diárias desenvolvidas pelos profissionais que atuam no posto de saúde, constata-se que há pouca adesão dos pacientes idosos ao tratamento. Em conformidade com estudos da Organização Mundial de Saúde (OMS), através da *Adherence to long-term therapies*, incluindo o diabetes, “a adesão é um fenômeno multidimensional, determinado por um conjunto de cinco dimensões: socioeconômica, terapia, paciente, doença, equipe e sistema de saúde” (WHO, 2003).

A organização do sistema de saúde e a situação da equipe de trabalho também são fatores relevantes que impactam a adesão ao tratamento de saúde por parte desses pacientes. Grande número deles vive sozinho e dependente da família, muitos vêm à consulta sem acompanhantes e têm dificuldades de entender o esquema da medicação e as orientações dadas.

Diante do exposto, este estudo partiu de dois questionamentos: qual o perfil dos idosos assistidos pela Unidade de Saúde da Família Lagoa Grande? Quais os fatores associados à baixa adesão desses pacientes ao tratamento farmacológico e não farmacológico?

Aventou-se a hipótese de que o acesso à medicação prescrita dos pacientes assistidos no ano de 2014, de idade igual ou superior a 60 anos, com o diagnóstico médico de Diabetes e Hipertensão Arterial, bem como as características familiares, socioeconômicas e demográficas estão diretamente relacionadas à baixa adesão à terapêutica medicamentosa.

## 2 JUSTIFICATIVA

A prioridade da pesquisa é pensar a adesão além do cumprimento de determinações do profissional de saúde. Acredita-se que tal profissional deva oferecer condições ao paciente de desenvolver autonomia e habilidade para aceitar, ou não, as recomendações dadas pela equipe de trabalho, tornando-se participantes e ativos no controle de seu estado de saúde.

Por outro lado, para atuarem de maneira eficaz, propondo e implementando ações que atendam às reais necessidades da população, os profissionais precisam conhecer os pacientes e identificar os que aderem e os que não aderem ao tratamento, bem como levantar os motivos pelos quais os diabéticos e os hipertensos assistidos não estão seguindo o tratamento.

Pautado nessa perspectiva e nas questões abordadas acima, a relevância do presente estudo centra-se na necessidade do profissional da saúde identificar e compreender quais fatores interferem na adesão ao tratamento do DM e da HA, e também levar a equipe do Posto de saúde a repensar as condutas de intervenções nos cuidados que esses pacientes necessitam no decorrer do tratamento. Com isso, busca-se alcançar melhores resultados na mudança de comportamento dos pacientes em relação à qualidade de vida.

Além do mais, os resultados desta pesquisa poderão fornecer subsídios importantes para a elaboração de um Projeto de Intervenção, que vise à melhoria da qualidade da assistência aos usuários diabéticos e hipertensos, pois informação oportuna, apoio e monitoramento constante podem melhorar a adesão, o que reduzirá a carga das condições crônicas e proporcionará melhor qualidade de vida aos pacientes.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Elaborar projeto de intervenção para melhoria da adesão do paciente diabético e hipertenso ao tratamento farmacológico e não farmacológico, em uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Patos de Minas – MG.

#### **3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO**

Descrever o perfil dos pacientes idosos que apresentam Diabetes *Mellitus* ou Hipertensão Arterial e sua relação com os fatores determinantes para a não adesão ao tratamento.

## 4 METODOLOGIA

Para delimitação do tema desta pesquisa, inicialmente, foi utilizado o diagnóstico situacional, incluindo reunião com a equipe do PSF, constituída por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, cinco ACS e um auxiliar de enfermagem. A metodologia utilizada para realização deste trabalho foi baseada no método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) (RIVERA, 1989).

O Diagnóstico Situacional foi feito através do método de estimativa rápida. Os dados foram coletados das seguintes fontes: registros da Unidade de Saúde e de fontes secundárias como SIAB, SIM e IBGE.

Após a realização do diagnóstico situacional, iniciou-se a construção do plano de ação por meio do PES. Em reuniões de equipe, foram verificados os problemas mais comuns da comunidade, tais como alta incidência de doenças crônico-degenerativas, estrutura familiar precária, uso de drogas e de álcool, hábitos e estilo de vida inadequada; isolamento de pacientes que demandam acompanhamento constante; baixo nível de escolaridade e socioeconômico; desinformação sobre as doenças e processo de trabalho da equipe de saúde.

Em seguida, foi priorizado o problema da adesão ao tratamento de doenças crônico-degenerativas - a partir da sua importância e da capacidade de enfrentamento. O problema foi descrito de maneira mais precisa possível. Ao se pensar nas suas causas, identificaram-se os nós críticos necessários para impactá-lo e transformá-lo. A partir desse detalhamento, iniciou-se o planejamento para operacionalização das estratégias de enfrentamento.

Com o propósito de ampliar os conhecimentos sobre o perfil dos idosos, foi feita uma pesquisa direta a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), com definição de base de dados, adesão ao tratamento de doenças crônico-degenerativas, valendo-se dos seguintes descritores: adesão, tratamento, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial. Foram analisados artigos completos publicados nos últimos cinco anos.

Também foram realizadas outras formas de pesquisa bibliográfica e webliográfica, como a busca em sites específicos, manual e protocolos do Ministério da Saúde e da Prefeitura de Patos de Minas, publicados também nos últimos cinco anos.

Os artigos selecionados para leitura e análise partiram de estudos do mundo real, transversal, prospectivo e descritivo com base probabilística de base territorial,

estratificada por Unidade Básica de Saúde, que compõe: a Rede de Atenção Básica de Novo Hamburgo - RS, composta por 15 unidades (SOUZA et al., 2014); três Instituições de Saúde não identificadas (OLIVEIRA et al., 2013); em serviço gerontogeriátrico, de natureza ambulatorial, na cidade de Recife – PE (BORBA et al., 2012), 32 Unidades de Saúde de Caxias – MA (CARVALHO FILHA et al., 2012) e Ambulatório de Cardiologia No Hospital de Urgências de Goiânia – HUGO (TACON et al., 2011), nos anos de 2006 a 2012. Além da pesquisa bibliográfica e webliográfica, em mais de 36 artigos, todos os estudos selecionados realizaram coleta de dados, seja por entrevistas ou pela aplicação de questionários, pelo teste de *Morisky-Green* e Teste de Batalha a 1.717 idosos diabéticos e/ou hipertensos, na maioria do sexo feminino. A leitura crítica destes artigos serviu de base para consolidar os resultados e subsidiar a discussão.

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

Souza et al. (2014) considera que o programa Hiperdia permanece abaixo do desejável, no que diz respeito às políticas de saúde pública, uma vez que não é satisfatoriamente alcançado e mantido, sendo os pacientes diabéticos os mais prejudicados. Quanto aos pacientes hipertensos, com o objetivo de descrever o perfil epidemiológico e avaliar o controle de pressão, a pesquisadora observa que:

O controle da pressão arterial nos hipertensos tem ligação muito estreita com a adesão ao tratamento prescrito. A não adesão à medicação é uma preocupação importante para os profissionais de saúde e para os gestores, sendo necessários estudos que ajudem a melhorar a adesão aos tratamentos anti-hipertensivos, principalmente em pacientes com hipertensão com alto risco cardiovascular (SOUZA et al., 2014, p. 572).

O estudo em tela aponta vários fatores para a não adesão, incluindo características dos pacientes, a qualidade da relação médico-paciente, a gravidade da doença, o acesso aos cuidados de saúde e a fatores relacionados à prescrição medicamentosa.

No que se refere ao perfil dos pacientes, Souza et al. (2014) observa que aspectos socioeconômicos, uso do álcool e do tabaco, antecedentes familiares para HAS, conhecimento de práticas saudáveis à saúde e a prática de atividade física devem ser avaliados.

De acordo com os resultados apresentados por Souza et al.(2014) sobre os 353 pacientes com diagnóstico de HAS e DM, com idade média de 63 anos, a adesão observada foi de 37,6% para mulheres e 25% para os homens.

Neste estudo transversal, observou-se que os pacientes hipertensos avaliados, mesmo utilizando terapêutica anti-hipertensiva, apresentavam níveis pressóricos não satisfatórios, com baixo controle de PA e insuficiente adesão ao tratamento. No entanto, apresentavam conhecimentos sobre a importância em adotar boas práticas de estilo de vida. (SOUZA et al., 2014, p. 576).

Foi observado pela pesquisadora que a baixa escolaridade também está relacionada com a hipertensão, expressando que as más condições de vida predis põem ao aparecimento de doenças cardiovasculares (SOUZA et al., 2014).



Embora o uso do álcool e do tabaco esteja abaixo da média de outros estudos, a prática de atividades físicas não é hábito dos pacientes observados em Novo Hamburgo, sendo a maioria do sexo feminino. A distância física entre os usuários e os serviços de saúde e a pouca compreensão dos pacientes acerca da HAS e do DM também são relevantes no estudo mencionado.

Com o mesmo propósito de observar a adesão de pacientes hipertensos, Oliveira et al. (2013), recrutou 850 pacientes, na maioria mulheres, com a média de idade de 62 anos. Nesse caso, foram avaliadas as características sociais, econômicas e culturais dos pacientes. Os resultados obtidos revelaram que a taxa de adesão reflete menos da metade dos pacientes observados.

Foi considerada também a avaliação socioeconômica e cultural, revelando que “60% dos pacientes eram casados, 35% analfabetos, 70% tinha renda mensal < 1 salário mínimos, 56% tinham entre dois e cinco filhos e 40% eram sedentários.” (OLIVEIRA et al., 2013). Finalmente observou-se que 17% dos pacientes têm antecedentes familiares com HAS, 11,2% com DAC, 11% com AVE, 10% com DM, 9% com DLP e 3% com DRC (OLIVEIRA et al., 2013, p. 220)

Em conformidade com Souza et al. (2014), Oliveira et al. (2013), destaca a importância da avaliação do perfil dos pacientes, no momento em que se deseja identificar fatores de não adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico.

Por outro lado, Oliveira et al. (2013, p.221) postula que:

Deve-se entender o controle da hipertensão como multifatorial e multidisciplinar. Acredita-se no conceito de equipe multidisciplinar, este é um conceito relativamente recente, no qual para atender pacientes apropriadamente é necessária uma equipe multidisciplinar trabalhando em conjunto.

Tacon et al. (2011) analisa a adesão de hipertensos, partindo de prontuários de 103 pacientes, com idade média de 59,41 +/- 14,12 anos, sendo 52% do sexo feminino. Considerou-se adulto hipertenso com idade acima de 18 anos, com diagnóstico de HAS em tratamento.

Para a pesquisadora as “principais causas para o abandono do tratamento geralmente são a normalização da pressão arterial, efeitos colaterais das medicações, esquecimento do uso e seu custo” (TACON et al., 2011, p. 26).

Nesse terceiro estudo, realizado em Goiânia, foi destacado o perfil clínico dos pacientes e a terapêutica mais utilizada.

As principais comorbidades associadas ao sexo feminino foram dislipidemia (20%), diabetes *mellitus* e neoplasia (16%). Em contrapartida no sexo masculino foram dislipidemia (25%), doença de Chagas (18%) e neoplasia (16%), porém não houve diferença significativa. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) pode ter sido responsável pelo aparecimento de 49 (48%) dos casos diagnosticados de doença arterial coronariana (DAC), insuficiência cardíaca (IC) e acidente vascular encefálico (AVE), durante o tratamento de HAS ( $p < 0,032$ ) (TACON et al., 2011, p. 25).

Quanto à terapêutica anti-hipertensiva utilizada para o tratamento de HAS, houve a associação de três ou mais medicamentos: os diuréticos, os inibidores de enzima conversora de angiotensina II e inibidores adrenérgicos.

A pesquisadora conclui o estudo observando que o processo mais efetivo é a prevenção, “estar atento aos fatores de risco e buscar sempre a adesão do paciente ao tratamento” (TACON et al., 2011, p. 25)

Os estudos de Borba et al. (2013) e de Carvalho Filha et al. (2011) foram realizados no nordeste e norte, respectivamente, totalizando 1150 pacientes diabéticos e hipertensos, com idade igual ou superior a 60 anos.

No caso de Borba et al. (2013):

Os resultados revelam que 47,6% dos idosos recebiam o medicamento pelo sistema público de saúde. Prevaleram idosos do sexo feminino, com mais de 9 anos de estudos, aposentados e com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos. Quanto à adesão medicamentosa 93,7% referiram usar o remédio regularmente, porém, apenas 52,4% foram considerados aderentes segundo o teste de Batalha. Não houve associação entre as variáveis socioeconômicas e demográficas e a adesão auto-referida. Faz-se necessário investir em ações educativas direcionadas à clientela idosa para promoção da adesão terapêutica. (BORBA et al., 2013, p.394)

BORBA et al. (2013) aponta outros fatores que interferem na adesão à terapêutica medicamentosa e ao consequente controle glicêmico, tais como: a complexidade do regime terapêutico, a duração do tratamento e as frequentes mudanças levam a erros no seguimento da terapia, mesmo quando o medicamento é fornecido. Aponta também a deficiência cognitiva e visual, comuns nos idosos,

como uma das dificuldades para o reconhecimento do medicamento e o cumprimento das prescrições médicas.

Além disso, o esquecimento decorrente do próprio processo de envelhecimento, bem como o esquecimento senescente benigno, ou de processos patológicos, como nas diversas formas de demência, é um dos fatores que podem concorrer para uma baixa adesão. (SILVA et al., *apud* BORBA et al., 2013)

Portanto, o envelhecimento e as síndromes demenciais reversíveis e irreversíveis também são fatores determinantes para não adesão. Já Carvalho Filha et al.(2011) observa que foram constatados

vários obstáculos no desenvolvimento das ações de controle da hipertensão e do diabetes que vão da falta de insumos necessários ao tratamento, como os medicamentos, até a não realização das atividades de educação pelos profissionais da Saúde da Família. (CARVALHO FILHA et al., 2011, p. 930)

A pesquisadora destaca a baixa frequência dos pacientes na realização das consultas e dos exames; a falta constante de medicamentos nas UBS, uma vez que Caxias (MA) é polo da macrorregião e fornece medicamentos aos municípios circunvizinhos; o uso de medicamentos que não constam na lista fornecida pela Farmácia Básica; a não participação dos pacientes em atividades de educação em saúde. Apesar disso, a maioria dos pacientes avalia a assistência dada como boa.

## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Após discussão com a equipe de saúde da UBS, foi identificado um tema corriqueiro vivenciado na unidade que cabe intervenção: falta de adesão dos idosos ao tratamento da hipertensão e diabetes. Os nós críticos selecionados são: alta incidência de doenças crônico-degenerativas; estrutura familiar precária; uso de drogas e de álcool; hábitos e estilo de vida inadequada; isolamento de pacientes que demandam acompanhamento constante; baixo nível de escolaridade e socioeconômico; desinformação sobre as doenças; processo de trabalho da equipe de saúde.

Outros problemas levantados são a falta de medicamentos fornecidos pela prefeitura, a situação socioeconômica, a organização do próprio sistema de saúde e a desmotivação dos pacientes.

As ações relativas ao problema prioritário levam em conta uma análise do contexto em que vivem os pacientes assistidos, com vistas a identificar as causas desta não adesão ao tratamento prescrito, já que esse fato tem comprometido a saúde da maioria dos usuários da UBS. Diante disso um acompanhamento mais rigoroso destes pacientes se faz necessário.

Estão previstas ações que busquem a identificação do perfil desses pacientes que não estão aderindo ao tratamento, a fim de que os agentes comunitários possam interferir com visitas de 15 em 15 dias, nestas residências, para verificar as medicações e o uso correto das mesmas, além de outras orientações.

**Quadro 01 – Operações sobre o nó crítico prioritário, relacionado ao problema “baixa adesão de pacientes diabéticos e hipertensos ao tratamento farmacológico e não farmacológico” na população, sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde da Lagoa Grande, em Patos de Minas - Minas Gerais, 2015.**

<b>Nó crítico 1</b>	Alta incidência de doenças crônico-degenerativas, estrutura familiar precária, usa de drogas e de álcool, hábitos e estilo de vida inadequada; isolamento de pacientes que demandam acompanhamento constante; baixo nível de escolaridade e socioeconômico; desinformação sobre as doenças; processo de trabalho da equipe de saúde.
<b>Operação</b>	Modificação do estilo de vida; educação em saúde; plano de cuidado; cuidar melhor (aprimorar a estrutura dos serviços).
<b>Projeto</b>	<b>Promoção da adesão dos diabéticos e hipertensos ao tratamento farmacológico e não farmacológico.</b>

<b>Resultados esperados</b>	Aumentar a adesão dos pacientes aos tratamentos prescritos; aumentar a informação da população; garantia de medicamentos e exames previstos nos protocolos; melhorar o atendimento visando ao sucesso na prevenção de agravos.
<b>Produtos esperados</b>	Palestras educativas e atividades de socialização, visando a esclarecimentos acerca de diabetes e de hipertensão arterial; programas de atividades ao ar livre; visitas domiciliares contínuas; capacitação dos profissionais; protocolos implantados.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Os grupos de hiperdia também são essenciais, por trabalhar a interação pacientes e profissionais da saúde, oportunizando reflexões e mudanças de hábitos.
<b>Recursos necessários</b>	Cognitivo, estrutural, financeiro e político.
<b>Recursos críticos</b>	Recursos políticos e financeiros para: aquisição de equipamentos; confecção de materiais audiovisuais e folhetos educativos. Estrutural: espaço físico adequado para a realização de grupos comunitários; articulação entre os setores assistenciais de saúde. Cognitivo: capacitação profissional.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Os atores que controlam recursos críticos necessários para implementação de cada operação são: prefeitura, secretária municipal de saúde, associações de bairro e fundo nacional de saúde. Motivação: A maioria dos envolvidos é favorável em relação aos objetivos pretendidos pelo plano.
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Algumas ações estratégicas são necessárias, para motivar os atores e construir a viabilidade da operação, como projetos de estruturação da rede para otimizar os serviços de saúde e melhorar a efetividade do cuidado, tais como: preparo dos profissionais envolvidos e acompanhamento e orientação dos pacientes.
<b>Responsáveis:</b>	Equipe de saúde da UBS Lagoa Grande e profissionais do NASF. Os profissionais do NASF, enfermeiro e médico ficaram responsáveis pela execução, orientações e acompanhamento nos grupos comunitários; e os agentes de saúde pelo acompanhamento e orientações daqueles pacientes identificados como solitários e dependentes (não contam com o apoio de familiares), através das visitas domiciliares a cada 15 dias.
<b>Cronograma / Prazo</b>	Os prazos para o cumprimento das ações necessárias são de no máximo 3 meses para a apresentação do projeto e 3 meses para o início das atividades. Marco a Maio de 2014: apresentação da proposta aos profissionais de saúde envolvidos; Junho a Agosto: orientação e acompanhamento dos grupos comunitários; acompanhamento e orientação aos pacientes; avaliação das ações propostas.
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Gestão Municipal e profissionais de saúde da UBS envolvidos, por meio da análise de relatórios e prontuários dos pacientes, quando serão feitas avaliações semestrais para verificação dos resultados.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo procurou descrever o perfil dos pacientes idosos que apresentam Diabetes ou Hipertensão Arterial e sua relação com os fatores determinantes para a não adesão ao tratamento, no Brasil, a partir de estudos científicos publicados nos últimos cinco anos, os quais refletem a realidade do país, com amostragem de quatro regiões: sul, centro-oeste, norte e nordeste. A leitura dos artigos possibilitou a elaboração de um projeto de intervenção para melhoria da adesão do paciente de Diabetes e de Hipertensão Arterial ao tratamento farmacológico e não farmacológico, na Unidade de Saúde da Família Lagoa Grande, em Patos de Minas – MG.

Pelas análises dos artigos selecionados percebeu-se que a adesão aos tratamentos de Diabetes e de Hipertensão Arterial ainda é um grande desafio, que demanda iniciativas tanto dos gestores públicos, como dos profissionais de saúde, na implementação de programas multidisciplinares, em todos os níveis de atendimento aos pacientes hipertensos e diabéticos, para que as intervenções sejam mais eficazes.

Sabe-se que as orientações são necessárias no que se refere ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Por essa razão, além das recomendações sobre dietas e atividade física, no tratamento do Diabetes e da Hipertensão Arterial, orientam-se os pacientes sobre a necessidade de modificações no estilo de vida. A educação em saúde é imprescindível, pois não é possível o controle adequado da glicemia e da pressão arterial, se o paciente não for instruído sobre os princípios em que se fundamenta seu tratamento. A participação ativa do indivíduo é a única solução eficaz no controle das doenças e na prevenção de suas complicações.

Por outro lado, os profissionais de saúde estão cientes de que devem realizar um atendimento cada vez mais humanizado, em que os aspectos psicológicos, sociais e econômicos sejam incorporados às ações em saúde, de modo que a subjetividade do indivíduo seja valorizada.

Observa-se que as experiências e os ambientes nos quais ele está inserido têm influência significativa na adesão do doente ao tratamento. Por isso, o paciente deve sentir-se livre para expressar suas dificuldades, insatisfações, de forma que o profissional tenha sempre uma visão transparente e verdadeira acerca de todas as questões que englobam o paciente. Nessa perspectiva, o profissional deve

comprometer-se a ajudar a desenvolver as capacidades de enfrentamento da população atendida para obtenção de melhores condições de saúde.

Portanto, a desmotivação pode estar presente tanto no paciente quanto nos profissionais da saúde e torna-se um círculo vicioso: o paciente não se cuida por não ser orientado de forma motivadora e eficaz e o profissional, por sua vez, não orienta o paciente por vários motivos, como a falta de conhecimento, baixos salários, altas jornadas de trabalho, dentre outros. Além disso, muitas vezes, a difícil adaptação à doença é gerada pela falta de motivação, atrelada ao desconhecimento em relação às suas complicações. Ambos os fatores são importantes para o autocuidado, pois as mudanças no estilo de vida são difíceis de serem adotadas, mas podem ocorrer se houver uma estimulação constante.

## REFERÊNCIAS

ATLAS BRASIL. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil em 2013**. AtlasBrasil.org. Disponível em: [http://atlasbrasil.org.br/2013/perfil\\_print/patos-de-minas\\_mg](http://atlasbrasil.org.br/2013/perfil_print/patos-de-minas_mg). Acesso em: julho de 2014.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da saúde**. Brasília,[online], 2014. Disponível em: <http://decs.bvs.br>. Acesso em maio de 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Brasília,[online], 2014. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?codmun=314800>> Acesso em: maio de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e diabetes mellitus**: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília, DF, 2001.

BORBA, et al., Adesão à terapêutica medicamentosa em idosos diabéticos. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. 2013; 14(2):394-404. Disponível em: [www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/.../pdf](http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/.../pdf). Acesso em: julho de 2014.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**.Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento\\_e\\_avaliacao\\_das\\_acoes\\_de\\_saude\\_2/3](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3) Acesso em maio de 2014.

CARVALHO FILHA, F. S. S.; NOGUEIRA, L. T.; VIANA, L. M. M. Hiperdia: adesão e percepção de usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. **Revista RENE: revista da rede de enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v.6, n. 12, p. 930-935, out. 2012. Disponível em: [http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4\\_esp\\_html\\_site/resumo\\_portugues/a06v12esp\\_n4.html](http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_esp_html_site/resumo_portugues/a06v12esp_n4.html)> Acesso em: 12 set. 2014.

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M. ; SOUZA, S. L.. **Iniciação à metodologia**: textos científicos. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>. Acesso em maio de 2014.

INEP. **Lista de Municípios Brasileiros por IDEB (PDF)**. Disponível em: [http://timblindim.files.wordpress.com/2012/08/ideb-2011-dos-municc3adpios-brasileiros\\_series-iniciais-ensino-fundamental.pdf](http://timblindim.files.wordpress.com/2012/08/ideb-2011-dos-municc3adpios-brasileiros_series-iniciais-ensino-fundamental.pdf). Acesso em: julho de 2014.

ESPIRITO SANTO, et al. Adesão dos portadores de diabetes mellitus ao tratamento farmacológico e não farmacológico na atenção primária à saúde. **Revista**



**Enfermagem Revista**, vol. 15, número 01, Jan/Abr 2012. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/3275>. Acesso em: julho 2014.

MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F.J.U. (Org.). **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, 1989. p.105-176.

OLIVEIRA, D.C. de, et al. Prevalência de adesão a fármacos anti-hipertensivos: registro de mundo real. **Revista Brasileira de Clínica Médica**. São Paulo, 2013 jul-set; 11(3): 218-22.

PAZ, A. A. M. et al. **Orientação para elaboração do projeto de intervenção local (PIL)**. Universidade de Brasília. Faculdade de Educação. UAB/UnB. Curso de Especialização em Educação na Diversidade e Cidadania, com ênfase em EJA. Brasília, [online], 2013. Disponível em: [http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/Doc\\_Orientador\\_PIL.pdf](http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/Doc_Orientador_PIL.pdf). Acesso em maio de 2014.

Prefeitura Municipal de Patos de Minas, A cidade, história. Disponível em: <http://lw1360950204511e7149.provisorio.ws/acidade/historia.php> Acesso em: 15/05/2014.

REINERS, et al. Adesão ao tratamento de hipertensos da atenção básica **Ciências, Cuidados e Saúde** 2012 Jul/Set; 11(3):581-587. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/16511>. Acesso em: julho 2014.

RIVERA, F.J.U. (Org.) **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Hucitec, 1989.

Secretaria Municipal de Patos de Minas. Plano Municipal de Saúde, 2010 (Gestão 2009-2012). Patos de Minas: PMPM, 2014.

Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), 2014.

Sociedade Brasileira de Diabetes. **Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus** Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Rio de Janeiro: SBD; 2007.

Sociedade Brasileira de Hipertensão. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cardiologia; 2006.

SOUZA, C. S. de, et al. Controle da Pressão Arterial em Hipertensos do Programa Hiperdia: estudo de base territorial. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*. 2014; 102(6); 571-578. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2014000600007&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2014000600007&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em out. 2014.

TACON, K. C. B. et al. Perfil da terapêutica utilizada em pacientes hipertensos atendidos em hospital público. **Revista Brasileira de Clínica Médica**. São Paulo, 2011 jan-fev; 9 (!); 25-9.

World Health Organization (WHO). **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Geneva: WHO: 2003.