

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

RAFAEL RIBEIRO DE ASSIS

**USO INADEQUADO DE MEDICAMENTOS E BAIXA ADESÃO AO
TRATAMENTO NA ZONA RURAL DO MUNICÍPIO DE ABAETÉ/MG -
PROJETO DE INTERVENÇÃO**

BOM DESPACHO - MG

2015

RAFAEL RIBEIRO DE ASSIS

**USO INADEQUADO DE MEDICAMENTOS E BAIXA ADESÃO AO
TRATAMENTO NA ZONA RURAL DO MUNICÍPIO DE ABAETÉ/MG -
PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização Estratégia Saúde da
Família, Universidade Federal de Minas Gerais,
para a obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Maria Dolôres Soares Madureira

BOM DESPACHO - MG

2015

RAFAEL RIBEIRO DE ASSIS

**USO INADEQUADO DE MEDICAMENTOS E BAIXA ADESÃO AO
TRATAMENTO NA ZONA RURAL DO MUNICÍPIO DE ABAETÉ/MG -
PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Banca Examinadora:

Profa. Ms Maria Dolôres Soares Madureira - orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte em: 11 de janeiro de 2015.

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a todos aqueles que de alguma maneira me ajudaram a chegar até aqui, tanto na vida profissional, acadêmica ou pessoal. Sou grato a todos. Muito obrigado por tudo!

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais pela luta e apoio nos estudos e na vida.

À Dani pelo amor, carinho e compreensão.

Ao meu irmão e todos familiares pela força constante.

Aos amigos por entenderem as ausências e ao Léo por participar da vida em Abaeté.

A todos do PSF Terezinha Nicoli, especialmente a Equipe Rural, por me ajudarem a construir um belo início de carreira e vencer os desafios que a profissão traz consigo.

À Maria Dolôres, minha orientadora, pela imensa ajuda e dedicação, sem as quais jamais concluiria esse trabalho e ao Alcimar, meu tutor, que também tem grande participação na elaboração desse texto.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes *mellitus* (DM) são problemas de saúde pública grave, não só no Brasil, mas em todo mundo e têm contribuído para o aumento da morbidade e mortalidade das doenças cardiovasculares. Por serem doenças que geralmente se manifestam silenciosamente, muitas vezes o diagnóstico não é feito no tempo correto e, quando já diagnosticado, o tratamento não é levado à risca pelos pacientes por falta de motivação, informações e recursos. A adesão à medicação é considerada um dos principais determinantes para que o tratamento seja efetivo e nos últimos anos tem se constituído tema de várias pesquisas. O uso inadequado de medicamentos e a baixa adesão ao tratamento foram escolhidos como tema deste trabalho por terem sido considerados prioridades pela equipe de saúde onde atuo, além de serem problemas comuns em muitas equipes de saúde da família espalhadas pelo país. Além de comuns, são bastante relevantes, uma vez que sua correção pode evitar inúmeras complicações dos pacientes, melhorando a qualidade de vida dos mesmos, aumentando a sobrevida e reduzindo custos ao sistema de saúde. Este trabalho teve como objetivo: elaborar um projeto de Intervenção com vistas a melhorar a adesão ao tratamento e garantir o uso adequado de medicamentos, evitando assim as consequências maléficas do controle inadequado das doenças crônicas na área de abrangência da Equipe Rural de Saúde da Família Terezinha Nicoli no município de Abaeté - MG. Para subsidiar a abordagem teórica, foi realizada uma revisão na literatura nos bancos de dados *Scientific Eletronic Libray Online* (SciELO), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS) e *National Library of Medicine* (MEDLINE). Acreditamos que com este projeto de intervenção e a conscientização dos pacientes, poderemos minimizar os impactos das doenças crônicas mal tratadas e aumentar a sobrevida e qualidade de vida dessa população.

Descritores: Adesão à medicação. Conduta no Tratamento Medicamentoso. Doenças crônicas. Programa saúde da família. Promoção da saúde.

ABSTRACT

The systemic Arterial hypertension (SAH) and Diabetes Mellitus (DM) are serious public health problems, not only in Brazil, but worldwide and have contributed to increased morbidity and mortality from cardiovascular diseases. Because these are diseases that usually manifest themselves silently, often the diagnosis is not made in its correct time and, when diagnosed, treatment is not taken to the letter by patients for lack of motivation, information and resources. Adherence to medication is considered one of the main determinants for that treatment is effective and in recent years has become subject of several researches. The misuse of drugs and the low treatment adherence have been chosen as the theme of this work because they were considered priorities by the health team where I work, as well as common problems in many family health teams across the country. In addition to common, are quite relevant, once your correction can prevent many complications of patients, improving the quality of life of the same, increasing survival and reducing costs to the health system. This study had as objective: develop an intervention project aimed at improving adherence to treatment and ensure the appropriate use of medications, thus avoiding the evil consequences of inadequate control of chronic diseases in the area of Rural Family Health Team Terezinha Nicoli in the municipality of Abaeté, Minas Gerais. To subsidize the theoretical approach, was held a review on literature in databases Scientific Eletronic Libray Online (SciELO), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), and National Library of Medicine (MEDLINE). We believe that with this intervention project and awareness of patients, we can minimize the impacts of poorly treated chronic diseases and increase survival and quality of life of this population.

Key words: Adherence to medication. Conduct in the drug treatment. Chronic diseases. The family health program. Health promotion.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
2	JUSTIFICATIVA	13
3	OBJETIVO.....	14
4	CAMINHOS METODOLÓGICOS	15
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	16
5.1	Hipertensão Arterial Sistêmica.....	16
5.2	Diabetes <i>Mellitus</i>	20
5.3	Adesão ao tratamento e uso adequado ao tratamento	23
6	PROJETO DE INTERVENÇÃO	26
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
	REFERÊNCIAS.....	37
	ANEXO A.....	39

1 INTRODUÇÃO

O município de Abaeté – MG localiza-se a 220 km da capital do estado é banhado por vários “braços” da represa de Três Marias. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2010 sua população totaliza 22.690 habitantes (IBGE, 2012)).

O município recebeu o nome dos índios Abaetés que foram os primeiros habitantes do município, sendo que o seu povoamento iniciou-se por volta de 1730 pelos considerados na época civilizados. Na intenção de cultivar a terra e criar gado bovino, o Capitão Davi José Pereira, Pedro Alves de Souza e Antônio Teodoro de Mendonça apossaram-se do local, sendo que a partir de 1737, inúmeras fazendas foram surgindo com a expedição de cartas de sesmarias pelo Governo Real. “Sendo o local rico em jazidas de diamantes, para lá se dirigiram várias pessoas e por volta de 1840, fundava-se o arraial, que tem sua economia atualmente baseada na pecuária” (IBGE, 2012, sp.).

Abaeté é uma pequena e pacata cidade do interior mineiro. Localiza-se em uma região bastante plana, o que facilita plantio de eucaliptos e pasto para o gado, que são duas das principais fontes de renda da cidade. Os rios São Francisco e Pará passam próximos à cidade e se encontram em uma área rural na qual atendo, chamada Estação do Pompéu, mas ainda município de Abaeté. Algumas regiões mais distantes são banhadas pela represa de Três Marias.

Os moradores são hospitaleiros e receptivos, sempre me tratando muito bem. Não há trânsito pesado na cidade e os índices de violência, apesar de estarem aumentando, são ainda bem inferiores aos de Belo-Horizonte. Como toda cidade pequena, as opções de lazer não são muitas, possuindo alguns bares ou restaurantes, não possui boate. Há ainda os clubes da Caixa e do Banco do Brasil. É uma cidade arborizada em sua área urbana, com uma gameleira enorme e antiga na Praça da Prefeitura, onde vários tucanos vivem e se alimentam.

Sua área geográfica total corresponde a 1817 km² e sua concentração habitacional é de 12,57 hab./km². Possui aproximadamente 913 famílias em área rural e 5968 em área urbana.

O seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é 0,698; sua Taxa de Urbanização corresponde a 86,85% e a Renda Média Familiar é de 2505,32 na área rural e 2862,75 na área urbana. Abaeté possui 86,76% de abastecimento de água tratada e 78,75% de recolhimento de esgoto por rede pública (IBGE, 2012).

Suas principais atividades econômicas são: pecuária leiteira e de corte, fruticultura, indústrias frigoríficas, carvoaria e plantio de eucaliptos. Nos últimos anos o Carnaval atrai grande quantidade de turistas.

A tabela 1 mostra a distribuição de população do município de acordo com a faixa etária.

Tabela 1 - População urbana e rural por faixa etária – Abaeté- MG, 2010

Área	Faixa etária						Total
	0-5	6-14	15-24	25-39	40-59	60+	
Área Urbana	1341	2739	3251	4236	5320	2817	19704
Área Rural	250	449	404	640	779	474	2986
Total	1589	3188	3655	4876	6099	3291	22690

Fonte: IBGE, 2012.

A taxa de crescimento anual é 1,1 %, a densidade demográfica é 12,57, a taxa de escolarização é 91,28%.

Quanto ao Sistema Local de Saúde, o valor do orçamento da saúde/2014 é R\$ 9.314.938,05 e Valor do Fundo Municipal de Saúde: R\$6.886.356,80. Conta com 249 profissionais da Saúde, cuja forma de vínculo inclui 09 por nomeação, 151 contratados, 79 efetivos e 10 médicos plantonistas.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada na cidade pela então (e atual) secretária de saúde, em 1999. Hoje conta com 5 ESFs e 6 Equipes, sendo uma delas rural. Há 100% de cobertura e possui serviços de Saúde Bucal e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Na cidade existe uma rede de média complexidade, instalada no Pronto Atendimento e no Hospital São Vicente de Paula. Quando há necessidade de atendimento de maior complexidade, os pacientes são encaminhados a Sete Lagoas

ou Belo-Horizonte, municípios estes que fazem parte do sistema de referência e contrarreferência.

Trabalho em uma recém criada Equipe Rural. Há aproximadamente 900 famílias que vivem na zona rural, em um total de mais de três mil pessoas. A grande maioria ainda não está cadastrada. A maioria dos idosos é analfabetas e poucas pessoas de meia idade também. Há escolas para crianças menores. As maiores têm de ir até a cidade. O transporte delas é feito por ônibus ou vans da prefeitura.

Vivem da criação de gado e lavoura, ou são funcionários de fazendas destinadas a esse tipo de trabalho. Outra parte vive por meio do programa de governo bolsa família ou pela pesca (regiões banhadas pela represa ou próxima aos rios).

Não há muito conforto, mas a qualidade de vida da maioria é boa. As doenças principais são Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes *Mellitus* (DM) e artropatias.

Além da ESF, existem ainda na cidade o Pronto Atendimento Médico para atendimentos de urgência/emergência, mal usado pela população, que o procura para atendimentos de baixíssima complexidade; uma Policlínica para atendimentos especializados e realização de exames laboratoriais e um Hospital, para maior complexidade, cirurgias e internações longas.

Há igrejas de religiões variadas, escolas públicas e privadas até o 2º grau e uma Faculdade está sendo implantada.

A população na área urbana usufrui de água tratada pela COPASA, energia elétrica, correios e quatro instituições bancárias.

Já na zona rural, o abastecimento de água ocorre por meio de poços artesianos ou bombas em córregos. A água não é tratada e na maioria das regiões existem grandes caixas d'água onde se armazena a água bombeada. Não há esgoto ou coleta de lixo. Os dejetos são despejados em fossas e o lixo é de responsabilidade dos moradores, que geralmente o queimam em seus quintais.

A Equipe Rural tem como base a ESF Terezinha Nicoli, onde o espaço é dividido com a Equipe dessa ESF.

O atendimento é feito tanto na cidade quanto na zona rural. Na cidade há atendimentos médicos às terças e sextas-feiras, no período da manhã e tarde. Na zona rural os atendimentos ocorrem às quartas e quintas. Há um “mini-posto” em apenas uma região, sendo os atendimentos realizados em escolas ou igrejas nas demais áreas visitadas.

Há vários profissionais, como técnicos de enfermagem, de vacina, secretárias, enfermeiras, auxiliares de limpeza, ACSs e agentes de endemias, todos com carga horária semanal de 40 horas. A Equipe Rural é composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem e quatro ACSs.

A área física da ESF Terezinha Nicoli é bastante ampla e suporta confortavelmente as duas equipes nela instaladas. Conta com quatro consultórios, sala de vacina, sala de observação, sala de curativos, farmácia, sala de reuniões e ampla área de espera para os pacientes. Além da estrutura física, possui todos os equipamentos necessários para um bom atendimento à população e bom funcionamento das equipes.

Após a realização do diagnóstico e identificados os principais problemas de saúde na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Terezinha Nicoli, foram priorizados os problemas: o uso inadequado de medicamentos e a baixa adesão ao tratamento por parte dos usuários, que constituem objetos deste trabalho.

2 JUSTIFICATIVA

Para Marchi *et al.* (2013), a adesão à medicação é considerada um dos principais determinantes para que o tratamento seja efetivo e nos últimos anos tem se constituído tema de várias pesquisas.

O uso inadequado de medicamentos e a baixa adesão ao tratamento foram escolhidos como tema deste trabalho porque são problemas comuns, não só em meu PSF, mas em muitos outros espalhados pelo país.

Além de comuns, são bastante relevantes, uma vez que sua correção pode evitar inúmeras complicações dos pacientes, melhorando a qualidade de vida dos mesmos, aumentando a sobrevida e reduzindo custos ao sistema de saúde.

Com o propósito de agirmos sobre esses problemas de maneira eficaz, sem muitos gastos e sem demandar recursos excessivos, elaborou-se um Projeto de Intervenção.

3 OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção com vistas a melhorar a adesão ao tratamento dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus* e garantir o uso adequado de medicamentos, evitando assim as consequências maléficas do controle inadequado das doenças crônicas na área de abrangência da equipe rural de saúde da família Terezinha Nicoli no município de Abaeté - MG.

4 CAMINHOS METODOLÓGICOS

Para este Projeto de Intervenção foi utilizado como base o diagnóstico situacional, incluindo conversa, questionamentos aos pacientes e reunião com a equipe, pressupostos do método simplificado do Planejamento Estratégico Situacional – PES (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para subsidiar a abordagem teórica, foi realizada uma revisão na literatura nos bancos de dados *Scientific Eletronic Libray Online* (SciELO), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS) e *National Library of Medicine* (MEDLINE).

A busca bibliográfica foi guiada pelos descritores: Adesão à medicação; Conduta no Tratamento Medicamentoso; Doenças crônicas; Programa saúde da família; Promoção da saúde.

5 REVISÃO DE LITERATURA

Neste tópico, inicialmente, são abordados alguns aspectos referentes às duas doenças crônicas que mais ocorrem na área de abrangência da equipe e cuja adesão dos pacientes ao tratamento é deficitária: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes *Mellitus*.

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema de saúde pública grave, não só no Brasil, mas em todo mundo e tem contribuído para o aumento da morbidade e mortalidade das doenças cardiovasculares (SILVA; SOUZA, 2004; AZIZ, 2014).

Segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p.7), ela pode ser definida como:

[...] uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) e associa-se com frequência a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos alvo (encéfalo, coração, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais.

A HAS é configurada por Pressão Arterial (PA) sistólica igual ou maior que 140mmHg e/ou diastólica igual ou maior que 90mmHg, medidas em condições ideais, em pelo menos três ocasiões (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). A classificação de HAS pode ser vista na Tabela 2.

Tabela 2 – Classificação da pressão artéria de acordo com medida casual no consultório (> 18 anos)

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe*	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90
Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial		

* Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura.

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia - SBC (2010), atualmente a HAS atinge em média 30% da população brasileira, chegando a mais de 50% na terceira idade e está presente em 5% das crianças e adolescentes e é responsável por 40% dos infartos do miocárdio (IAM), 80% dos acidentes vasculares cerebrais (AVC) e 25% dos casos de insuficiência renal terminal. Ainda segundo a SBC, estima-se que 50% dos hipertensos não sabem que são, e dos que sabem, apenas 25% aderem ao tratamento corretamente.

Para Weber, Oliveira e Colet (2014), a HAS é uma das doenças mais prevalentes no mundo. No Brasil, ela afeta de 22,3 a 43,9% da população adulta. Na maioria dos casos ela é assintomática, o que contribui para torná-la mais grave, constituindo-se em um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Dentre os vários fatores de risco para HAS, podemos citar: a idade, uma vez que existe relação linear e direta da PA com a idade; gênero e etnia, sendo a prevalência entre homens e mulheres semelhante, mas mais elevada em homens até os 50 anos e em mulheres após essa idade. Observa-se também maior prevalência em indivíduos de cor não-branca; excesso de peso e obesidade; ingestão excessiva de sal; ingestão de álcool; tabagismo; sedentarismo; fatores genéticos e fatores socioeconômicos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Neste sentido, Aziz (2014, p.75) referindo ao sedentarismo comenta que o comportamento humano é complexo, sofrendo influencia de “questões de motivação pessoal, de saúde e de mobilidade, fatores genéticos e os ambientes físicos e sociais em que as pessoas vivem”.

Em 90 a 95% dos hipertensos, uma única causa reversível da PA elevada não pode ser identificada, daí o termo Hipertensão Primária. Nos 5 a 10% restantes, um mecanismo mais individualizado pode ser identificado, caracterizando a Hipertensão Secundária (GOLDMAN; AUSIELLO, 2009). Devido a isso, será tratado apenas a Hipertensão Primária nessa revisão, sendo as causas secundárias apenas citadas na tabela 3, a seguir.

Tabela 3 – Indicações clínicas e diagnóstico de hipertensão secundária.

Indicações clínicas e diagnóstico de hipertensão secundária

Causas comuns	Indicações clínicas			Diagnóstico	
	História clínica	Exame físico	Investigações laboratoriais	Teste(s) de primeira linha	Teste(s) adicional(is)/de confirmação
Doença parenquimatosa renal	História de infecção ou obstrução urinária, hematuria, abuso de analgésicos, história familiar de doença renal policística.	Massas abdominais (em caso de doença renal policística).	Presença de proteínas, eritrócitos ou leucócitos na urina, diminuição da TFG.	Ultrassonografia renal	Avaliação detalhada para doença renal
Estenose da artéria renal	Displasia fibromuscular: hipertensão de início precoce (especialmente em mulheres) Estenose aterosclerótica: início abrupto da hipertensão, a piorar ou cada vez mais difícil de tratar; edema pulmonar de tipo <i>flash</i> .	Sopro abdominal	Diferença >1,5 cm de comprimento entre os 2 rins (ultrassonografia renal), rápida deterioração da função renal (espontânea ou em resposta aos bloqueadores do sistema RAA).	Ultrassonografia renal por duplex Doppler	Angiografia por ressonância magnética, tomografia computadorizada espiral, angiografia intra-arterial por subtração digital.
Aldosteronismo primário	Fraqueza muscular, história familiar de hipertensão de início precoce e eventos cerebrovasculares em idade <40 anos.	Arritmias (no caso de hipocaliemia grave)	Hipocaliemia (espontânea ou induzida por diuréticos), descoberta acidental de massas suprarrenais.	Relação aldosterona/renina em condições padrão (correção da hipocaliemia e retirada de medicamentos que afetem o sistema RAA).	Testes de confirmação (sobrecarga oral de sódio, infusão de solução salina, supressão pela fludrocortisona ou teste de captopril); TAC suprarrenais; sangue colhido veias suprarrenais.
Causas não comuns					
Feocromocitoma	Hipertensão paroxística ou crise sobreposta à hipertensão sustentada, cefaleias, sudorese, palpitações e palidez, história familiar positiva de feocromocitoma.	Estigmas na pele de neurofibromatose (manchas de café com leite, neurofibromas).	Descoberta acidental de massas suprarrenais (ou, em alguns casos, extrassuprarrenais).	Doseamento das metanefrinas fracionadas urinárias ou metanefrinas livres no plasma.	TAC ou RM do abdômen e pélvis; Rastreio com meta-iodobenzilguanidina marcada com Iodo 123; rastreio genético para mutações patogênicas.
Síndrome de Cushing	Rápido ganho de peso, poliúria, polidipsia, distúrbios psicológicos.	Configuração corporal típica (obesidade central, cara de lua cheia, pescoço de búfalo, estrias vermelhas, hirsutismo)	Hiperglicemia	Excreção de cortisol urinário de 24 h	Testes de supressão com dexametasona.

TFG: taxa de filtração glomerular; RAA: renina-angiotensina-aldosterona; TAC: tomografia computadorizada; RM: ressonância magnética.

Se instituídas precocemente na vida e mantidas, modificações no estilo de vida certamente evitariam milhões de casos de hipertensão (GOLDMAN; AUSIELLO, 2009). Entretanto as modificações no estilo de vida normalmente não funcionam sozinhas, sendo necessário tratamento medicamentoso de maneira adjunta às mudanças nos hábitos, a fim de reduzir a morbimortalidade do paciente hipertenso.

Ao indicar um tratamento medicamentoso, deve-se sempre avaliar as comorbidades e estratificação de risco do paciente. De acordo com Goldman e Ausiello (2009) a escolha das melhores drogas para tratar a HAS baseia-se em duas considerações: (1) a redução eficaz da pressão arterial e prevenção das complicações hipertensivas com mínimos efeitos colaterais e custo, e (2) tratamento concomitante de doenças cardiovasculares comórbidas (ex. angina, insuficiência cardíaca, diabetes). Para tanto, deve-se escolher uma droga específica que melhore os desfechos da doença e seus agravantes.

São várias as classes de drogas anti-hipertensivas orais existentes, cada uma com indicação específica a condição de cada paciente. Os principais exemplos de cada classe são citados na tabela 4 abaixo.

Tabela 4 - Classes anti-hipertensivas orais e seus principais exemplos

Classes anti-hipertensivas orais e seus principais exemplos	
Diuréticos:	
Tiazídicos	Clortalidona, hidroclorotiazida, indapamina
De alça	Furosemida
Poupadores de potássio	Amilorida, espironolactona
Beta-bloqueadores (BB)	Atenolol, metoprolol, propranolol
Beta-alfa-bloqueadores	Carvedilol, labetalol
Bloqueadores de canais de cálcio (BCC)	Anlodipina, nifedipina, diltiazem, verapamil
Inibidores de enzima conversora de angiotensina (IECA)	Captopril, enalapril, lisinopril
Bloqueadores do receptor da angiotensina (BRA)	Losartana, valsartana
Alfa-bloqueadores	Prazosina, doxazosina
Simpaticolíticos centrais	Clonidina, metildopa, reserpina
Vasodilatadores diretos	Hidralazina, minoxidil

Fonte: Goldman e Ausiello (2009, p.516/517).

A terapia a ser instituída deverá ser individualizada e varia de acordo com a conduta médica. Pacientes hipertensos grau I, não tendo seus valores pressóricos diminuídos após mudanças no estilo de vida, poderão se beneficiar em apenas em monoterapia (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010). As doses poderão ser ajustadas até que a PA esteja em níveis desejáveis, ou então deverão ser adicionadas outras classes de drogas até que se atinja a meta dos valores da PA. Hipertensos graves, com complicações ou comorbidades se beneficiam de uma terapia mais rígida, sendo iniciado o tratamento com duas ou mais classes.

Apesar de a classe escolhida depender da decisão do médico, há as indicações “inquestionáveis” com evidência publicada, para cada classe de droga. No caso de hipertensos e diabéticos, as drogas escolhidas inicialmente pertencem aos Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (IECA) e Bloqueadores dos Receptores da Angiotensina (BRA), com evidências comprovadas de diminuir a deterioração da função renal, eventos cardiovasculares e evolução da microalbuminúria (GOLDMAN; AUSIELLO, 2009).

Como muitos dos fatores de risco são modificáveis, fazem parte do tratamento e do controle da HAS mudanças no estilo de vida e hábitos mais saudáveis, sendo recomendado, como tratamento não-medicamentoso, a cessação do tabagismo, consumo moderado de sódio e álcool, atividades físicas regulares e alimentação adequada (SIMÃO *et al.*, 2013).

5.2 Diabetes *Mellitus*

Segundo Piancastelli, Di Spirito e Flisch (2013), o *diabetes mellitus* (DM) é um dos problemas mais importantes de saúde pública no mundo, com elevação da incidência, principalmente nos países em desenvolvimento. No Brasil observa-se a prevalência do DM e da intolerância à glicose entre adulto de 30 a 69 anos, de 7,6 e 7,8%, respectivamente.

Diabetes *mellitus* não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, a qual é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014a).

De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Diabetes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014a), a classificação da DM baseia-se na etiologia, e não no tipo de tratamento, e é dividida em quatro classes clínicas: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de DM e DM gestacional. Ainda há duas categorias, referidas como pré-diabetes, que são a glicemia de jejum alterada e a tolerância à glicose diminuída. Essas categorias são fatores de risco para o desenvolvimento de DM e doenças cardiovasculares (DCVs).

De acordo com Goldman e Ausiello (2009), o DM1 é um distúrbio provocado pela destruição das células alfa pancreáticas, sendo caracterizado pela deficiência absoluta de insulina e seus sintomas surgem abruptamente em crianças ou adultos jovens previamente saudáveis, não obesos, com ou sem história familiar para DM. Os sintomas clássicos são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso. Esses pacientes podem se apresentar com cetoacidose diabética (CAD).

Pertencem à classificação de outros tipos de DM aquelas formas cujos defeitos podem ser identificados, com apresentação clínica variável dependendo da causa de base. Já a DM gestacional trata-se de qualquer intolerância a glicose com início ou diagnóstico durante a gravidez, que ocorre em 1 a 14% de todas as gestações (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014a).

O DM2, cuja abordagem será mais extensa, por se tratar de 90-95% dos casos de DM, é caracterizado por defeitos tanto na ação quanto na secreção de insulina. “A hiperglicemia no DM2 provavelmente resulta de interações genéticas complexas, cuja expressão é modificada por fatores ambientais como peso corporal e exercício físico” (GOLDMAN; AUSIELLO, 2009, p.1665).

As manifestações clínicas no DM2 geralmente são insidiosas e os sintomas leves, podendo apresentar fadiga, fraqueza, tontura, visão embaçada e outras queixas inespecíficas, principalmente em pacientes com excesso de peso e em sua maioria maiores de 40 anos.

Atualmente são três os critérios aceitos para o diagnóstico de DM com utilização da glicemia de acordo com as Diretrizes Brasileiras do Diabetes 2013-2014 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014a):

- Sintomas de poliúria, polidipsia e perda ponderal acrescidos de glicemia casual > 200 mg/dl. Considera-se glicemia casual aquela realizada independentemente do horário das refeições, em qualquer hora do dia.
- Glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl (7mmol/l). Em caso de pequenas elevações da glicemia, o diagnóstico deve ser confirmado pela repetição do teste em outro dia.
- Glicemia de 2 horas pós-sobrecarga de 75 g de glicose > 200 mg/dl.

A tabela 5 mostra os valores de glicose plasmática para diagnóstico de DM e seus estágios pré-clínicos.

Tabela 5 - valores de glicose plasmática para diagnóstico de DM e seus estágios pré-clínicos

CATEGORIA	JEJUM*	2 H APÓS 75 G DE GLICOSE	CASUAL**
Glicemia normal	< 100	< 140	
Tolerância à glicose diminuída	> 100 a < 126	≥ 140 a < 200	
Diabetes <i>mellitus</i>	≥ 126	≥ 200	≥ 200 (com sintomas clássicos)***

*O jejum é definido como a falta de ingestão calórica por no mínimo 8 horas; **Glicemia plasmática casual é aquela realizada a qualquer hora do dia, sem se observar o intervalo desde a última refeição; ***Os sintomas clássicos de DM incluem poliúria, polidipsia e perda não explicada de peso.

Nota: O diagnóstico de DM deve sempre ser confirmado pela repetição do teste em outro dia, a menos que haja hiperglicemia inequívoca com descompensação metabólica aguda ou sintomas óbvios de DM.

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2014a, p. 9

Aproximadamente 50% da população não sabem que são portadores do diabetes, até que são manifestados sinais de complicações e neste caso procuram o serviço de saúde e são diagnosticadas. Por isso, os testes de rastreamento devem ser realizados em indivíduos assintomáticos, mas que apresentam maior risco da doença. Os principais fatores de risco que indicam este rastreamento são: idade acima de 45 anos, sobrepeso ou obesidade, antecedentes familiares, hipertensão arterial, história de macrosomia ou diabetes gestacional, entre outros (BRASIL, 2006).

O tratamento do DM visa melhorar a qualidade de vida dos pacientes, aumentar a sobrevida e diminuir as complicações micro e macrovasculares, incluindo doença cardiovascular, neuropatia, retinopatia e doença neurológica e renal crônica. No caso da DM1, o tratamento é feito com insulina exógena sempre, além de medidas

gerais como dieta e atividades físicas. Já a DM2 por ter uma origem mais complexa, o tratamento também se mostra complexo, podendo variar de indivíduo para indivíduo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014a).

Medidas iniciais como melhoria na alimentação, perda de peso e prática de atividades físicas muitas vezes são suficientes para controlar a glicemia do paciente. Não sendo suficiente, deve-se iniciar terapia oral, ajustando de acordo com a evolução e metas a serem atingidas. Caso necessário pode-se combinar terapias orais ou mesmo iniciar insulino terapia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014a).

Abaixo, na tabela 6, estão apresentadas as metas terapêuticas e um algoritmo para o tratamento do DM2, retirado da Conduta Terapêutica no Diabetes Tipo 2: Algoritmo SBD 2014, adaptados da American Diabetes Association (2014).

Tabela 6 - Metas Laboratoriais para o tratamento do DM2

Parâmetro	Metas laboratoriais	
	Metas terapêuticas	Níveis toleráveis
Hemoglobina glicada	Em torno de 7% em adultos Entre 7,5% e 8,5% em idosos, dependendo do estado de saúde.	As metas devem ser individualizadas de acordo com: Duração do diabetes <ul style="list-style-type: none"> • idade/expectativa de vida • comorbidades • doença cardiovascular • complicações microvasculares • hipoglicemia não percebida.
Glicemia de jejum	<100 mg/dL	<130 mg/dL
Glicemia pré-prandial	<100 mg/dL	<130 mg/dL
Glicemia pós-prandial	<160 mg/dL	<180 mg/dL

Adaptado de: American Diabetes Association (2014) por Sociedade Brasileira de Diabetes (2014b).

No anexo A, encontra-se o “Algoritmo para o tratamento do Diabetes Tipo 2” da Sociedade Brasileira de Diabetes (2014b).

5.3 Adesão ao tratamento e uso adequado de medicamentos

Considerando que a HAS constitui-se em um dos fatores de risco mais importantes das doenças cardíacas e cerebrovasculares, ocupando 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% das mortes por doença coronária, e suas

complicações elevam o número de internações, é fundamental que sejam estabelecidas medidas que visem reduzir esse impacto (AZIZ, 2014; BURGOS *et al.*, 2014). Em relação ao DM também são necessárias medidas para o seu controle, atuando sobre os seus fatores de risco e suas complicações (PIANCASTELLI; DI SPIRITO; FLISCH, 2013).

Uma das primeiras medidas, após o diagnóstico, envolve o tratamento medicamentoso e não medicamento, entretanto como a HAS e o DM, geralmente manifestam-se silenciosamente, é comum a não adesão do paciente ao tratamento por falta de motivação, informações e recursos. Além disso, a prevenção e o tratamento são lentos, uma vez que envolvem mudanças no estilo de vida, aceitação e adesão ao tratamento (ALVES, CALIXTO, 2012).

A abordagem desta questão “é fundamental e imprescindível aos sistemas de saúde pública não só pelos gastos aos cofres públicos”, mas também pelos reflexos na qualidade de vida do paciente; daí a importância do esforço redobrado da equipe de saúde para melhorar a adesão do paciente ao tratamento (BURGOS *et al.*, 2014, p.73).

Para Weber, Oliveira e Colet (2014, p.120),

[...] a adesão ao tratamento trata-se de um processo complexo, pois não depende somente da orientação do profissional e do fornecimento apropriado dos medicamentos, mas também do correto entendimento por parte do usuário e de seu engajamento com a terapia proposta.

Tem sido relatada a necessidade de se estabelecer estratégias para melhorar a adesão do paciente, entretanto torna-se imprescindível que estas estratégias sejam planejadas individualmente e coletivamente, consideração as potencialidades e limitações de cada usuário e as características da comunidade (WEBER; OLIVEIRA; COLET, 2014).

As intervenções em educação em saúde, neste sentido, devem ser uma prática do cotidiano da equipe de saúde, estabelecendo estratégias para incentivar a adoção de hábitos de vida saudáveis, como: alimentação adequada, controle do peso, atividade física, e desenvolver no paciente a confiança no profissional de saúde e nos tratamentos propostos (WEBER; OLIVEIRA; COLET, 2014).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010, p.30) sugere algumas estratégias para melhorar a adesão ao tratamento: ações educativas, enfatizando os conceitos das doenças e suas características, orientando-os sobre “os benefícios dos tratamentos, incluindo mudanças de estilo de vida, informações detalhadas e compreensíveis aos pacientes sobre os eventuais efeitos adversos dos medicamentos prescritos e necessidades de ajustes” ao longo do tempo. Destaca também que os cuidados e abordagens interdisciplinares devem ser particularizados, de acordo com a necessidade de cada paciente. Outro aspecto a ser considerado é o agendamento das consultas e outros procedimentos com o conhecimento do usuário.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Este plano tem como propósito estabelecer uma boa relação médico-paciente com intuito de adquirir a confiança dos pacientes e orientá-los a respeito das medicações, da importância do seu uso correto e do controle das doenças crônicas, esclarecendo verdades e mitos, a fim de otimizar e aumentar a adesão ao tratamento.

Primeiro passo: definição dos problemas

Após conversar com a equipe, depois de cada um citar os problemas percebidos, fizemos a seleção dos 10 principais, listados abaixo:

- Tabagismo e alcoolismo;
- Demora na marcação de exames de maior complexidade;
- Dieta inadequada;
- Abuso de psicotrópicos, principalmente benzodiazepínicos;
- Uso inadequado de medicamentos e baixa adesão ao tratamento;
- Localização dos prontuários;
- Sedentarismo;
- Demora na marcação de consultas especializadas;
- Indisponibilidade de alguns exames na cidade;
- Dificuldades no acesso de medicamentos.

Segundo passo: priorização de problemas

Após a identificação dos problemas, torna-se necessária a seleção ou priorização dos que serão enfrentados, uma vez que dificilmente todos poderão ser resolvidos ao mesmo tempo, principalmente pela falta de recursos, por exemplo, financeiros, humanos, materiais, etc. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p. 57).

Como critérios para seleção dos problemas, é importante que se considere “a importância do problema, sua urgência, a própria capacidade para enfrentá-los” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.57). Para selecionar os problemas ou priorizá-los na ordem de enfrentamento, é aconselhável a “construção de uma planilha em que os problemas identificados são analisados e selecionados quanto à prioridade, segundo os critérios mencionados”.

Dessa maneira, foi utilizado o quadro 1 para auxiliar na priorização dos problemas mencionados anteriormente:

Quadro 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da ESF Terezinha Nicoli – Equipe Rural de Abaeté/MG, 2014.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Uso inadequado de medicamentos e baixa adesão ao tratamento.	Muito alta	8	Parcial/total	1
Abuso de psicotrópicos, principalmente benzodiazepínicos.	Muito alta	8	Parcial	2
Demora na marcação de consultas especializadas.	Alta	7	Parcial	3
Tabagismo e alcoolismo.	Alta	7	Parcial	4
Indisponibilidade de alguns exames na cidade.	Alta	6	Parcial	5
Demora na marcação de exames de maior complexidade.	Alta	6	Parcial	6
Sedentarismo.	Média	5	Parcial/total	7
Dificuldades no acesso de medicamentos.	Média	5	Parcial	8
Localização dos prontuários.	Média	5	Total	9
Dieta inadequada.	Média	5	Parcial	10

Fonte: Diagnóstico Situacional da ESF.

Terceiro passo: descrição do problema selecionado

Dentre todos os problemas citados, foi priorizado o primeiro da lista. O Uso inadequado de medicamentos e baixa adesão ao tratamento não são incomuns. Uma grande quantidade de pacientes, aproximadamente 1/5 deles, não utiliza corretamente a medicação prescrita e/ou não segue à risca as orientações passadas pelo médico.

Quarto passo: explicação do problema

O uso inadequado de medicamentos e a baixa adesão ao tratamento podem ocorrer devido a inúmeras causas, dentre as principais:

- Falta de confiança no médico: muitas vezes a relação médico-paciente não é bem construída e o médico não passa credibilidade suficiente ao paciente, dificultando assim a adesão ao tratamento.
- Desconhecimento sobre a doença e seus efeitos a longo prazo: alguns pacientes têm em mente que só há doença se houver sintoma. Dessa forma, eles não encontram motivos para usar a medicação uma vez que não sentem nada ou que não sabem a repercussão daquela doença a longo prazo. Mais uma vez cabe ao médico orientá-lo e explicá-lo, de maneira entendível, para que ele saiba a importância da adesão.
- Analfabetismo: alguns pacientes não sabem ler ou escrever e, muitos deles, moram sozinhos. Com isso pode ocorrer troca de medicamentos, uso em subdose de alguns e superdose de outros, o que dificulta o controle da doença de base.
- Informações incorretas de terceiros: muitas das vezes alguns pacientes deixam de tomar determinada medicação porque um vizinho ou parente disse que podem ocorrer um ou outro efeito colateral grave, ou mesmo porque esses medicamentos fazem mal ao fígado, rim ou outro órgão qualquer. Novamente podemos resolver esse problema com uma boa conversa e orientações eficazes.
- Auto-medicação: é rotineiro em nosso meio o uso de medicamentos sem consulta ou orientação médica. É quase cultural a auto-medicação. Dessa forma poderá haver interações medicamentosas desagradáveis ou mesmo a diminuição do efeito da medicação tomada cronicamente, o que também pode dificultar a adesão e o uso correto dos fármacos prescritos.

Essas são apenas algumas das causas, que variam muito de pensamento, conhecimento prévio e cultura dos pacientes. Entretanto, as conseqüências são quase sempre as mesmas: doenças crônicas agudizadas ou descompensadas.

Assim teremos, principalmente, hipertensão e diabetes mal controlados, com possibilidade de interações por cetoacidose ou picos hipertensivos, cegueira, amputação de membros, ocorrência de acidentes vasculares encefálicos (AVEs) ou

infartos agudos do miocárdio (IAMs), cardiopatias, doenças renais e uma série de problemas a curto, médio e longo prazo decorridos do mal uso de medicação.

Quinto passo: seleção dos “nós críticos”

Segundo Campos, Faria e Santos (2010, p.63), “nó crítico” “é um tipo de causa de um problema que, quando “atacada” é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo”. O “nó crítico” é algo “sobre o qual eu posso intervir, ou seja, que está dentro do meu espaço de governabilidade”.

Dessa maneira, considero como os “nós” do problema selecionado:

- Falta de confiança no médico e relação médico-paciente falha;
- Baixo nível de informação a respeito das doenças;
- Baixo nível de informação a respeito dos efeitos colaterais dos medicamentos;
- Analfabetismo;
- Cultura da automedicação;
- Informações incorretas de terceiros;

Sexto passo: desenho das operações

Segundo Campos, Faria e Santos (2010, p.64), o plano de ação “é composto de operações desenhadas para enfrentar e impactar as causas mais importantes (ou os “nós críticos”) do problema selecionado. As operações são conjuntos de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano”.

Essas operações consomem vários tipos de recursos, por exemplo, econômicos/financeiros, organizacionais, cognitivos e de poder/políticos.

Para facilitar a exposição dos nós críticos, as operações e projetos necessários para a sua solução, os produtos e resultados esperados dessas operações e os recursos necessários à sua execução, foi construída uma planilha, apresentada no quadro 2 a seguir.

Quadro 2: Desenho de operações para os “nós” críticos do uso inadequado de medicamentos e baixa adesão ao tratamento

Nó crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Falta de confiança no médico e relação médico-paciente falha	Humanizando o atendimento Atender com maior qualidade a população e dessa forma melhorar a relação entre médico e pacientes.	Consultas mais eficazes e esclarecedoras à população.	Pacientes esclarecidos, satisfeitos com a consulta e com confiança no médico e em suas orientações, prontos para realizar corretamente seu tratamento	Cognitivos: médico usar os conhecimentos para melhorar a relação com os pacientes Políticos: possibilidade de atender menos pacientes em mais tempo
Baixo nível de informação a respeito das doenças e dos efeitos colaterais dos medicamentos	+conhecimento Orientar a população sobre as doenças, importância do uso dos medicamentos e seus efeitos colaterais	Realizar atividades educativas tanto para a equipe quanto para a população	População e equipe com maior conhecimento das doenças crônicas e seu controle	Econômico: recursos de áudio-visual, panfletos, cartazes e materiais educativos Organizacionais: organizar as atividades Cognitivos: o detentor do conhecimento tentar passar informações necessárias Político: apoio da gestão
Analfabetismo	Fora analfabetismo Programa para estimular o retorno à escola de jovens, adultos e idosos	Diminuição das taxas de analfabetismo da população	Menor quantidade de pessoas ingerindo medicamentos de forma incorreta por não saber ler	Político: implementação do programa
Cultura da automedicação	Automedicação é coisa séria Campanha contra automedicação e seus riscos	Orientar a todos os riscos oferecidos pelo uso inadequado de remédios sem prescrição médica	População conscientizada a respeito do problema	Econômico: panfletos, materiais de campanha Organizacionais: equipe participando ativamente da campanha Político: apoio à campanha
Informações incorretas de terceiros	Quebrando mitos Esclarecer a todos a respeito dos mitos contados por terceiros sobre medicamentos	Mobilização da equipe para orientação da comunidade	População esclarecida	Cognitivos: médico e enfermeira orientando a população Organizacionais: participação da equipe na unidade para ajudar a difundir as orientações

Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

Para Campos, Faria e Santos (2010, p.67), considerados recursos críticos são aqueles indispensáveis para uma operação seja executada e que “não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los”.

Os recursos foram agrupados em no quadro 3 (página 32) de acordo com os “nós” a serem enfrentados.

Oitavo passo: análise de viabilidade do plano

Considerando as propostas de ações apresentadas acima, podemos perceber que os recursos demandados no projeto de intervenção são totalmente viáveis, além de a equipe e a gestão da cidade estarem motivadas a colocar em prática esse projeto, conforme o quadro 4 (página 33) .

Quadro 3 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas, responsáveis e prazos

Operação/projeto	Recursos	Responsáveis	Prazos
Falta de confiança no médico e relação médico-paciente falha	Cognitivos: médico usar os conhecimentos para melhorar a relação com os pacientes Políticos: possibilidade de atender menos pacientes em mais tempo	Médico: Rafael Assis; Secretária de saúde: Célia Lage	Durante todo o trabalho
Baixo nível de informação a respeito das doenças e dos efeitos colaterais dos medicamentos	Econômico: recursos de áudio-visual, panfletos, cartazes e materiais educativos Organizacionais: organizar as atividades Cognitivos: o detentor do conhecimento tentar passar informações necessárias Político: apoio da gestão	Médico Rafael Assis; Enfermeira: Isaura Valadares; Secretária de saúde: Célia Lage; Equipe Rural	Iniciar os trabalhos em dois meses
Analfabetismo	Político: implementação do programa contra o analfabetismo	Secretaria de Educação de Abaeté	Próximos meses
Cultura da automedicação	Econômico: panfletos, materiais de campanha Organizacionais: equipe participando ativamente da campanha Político: apoio à campanha contra a automedicação	Médico Rafael Assis; Enfermeira: Isaura Valadares; Secretária de saúde: Célia Lage; Equipe Rural	Iniciar conscientização em um mês
Informações incorretas de terceiros	Cognitivos: médico e enfermeira orientando a população Organizacionais: participação da equipe na unidade para ajudar a difundir as orientações	Médico Rafael Assis; Enfermeira: Isaura Valadares; Equipe Rural	Iniciar em um mês

Quadro 4 - Análise da viabilidade do plano

Operação/Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Humanizando o atendimento Atender com maior qualidade a população e dessa forma melhorar a relação entre médico e pacientes.	Cognitivos: médico usar os conhecimentos para melhorar a relação com os pacientes Políticos: possibilidade de atender menos pacientes em mais tempo	Médico Rafael Assis Secretária de saúde Célia Lage	Favorável Favorável	Não é necessária
+conhecimento Orientar a população sobre as doenças, importância do uso dos medicamentos e seus efeitos colaterais	Econômico: recursos de áudio-visual, panfletos, cartazes e materiais educativos Organizacionais: organizar as atividades Cognitivos: o detentor do conhecimento tentar passar informações necessárias Político: apoio da gestão	Secretária de saúde: Célia Lage; Médico Rafael Assis; Enfermeira: Isaura Valadares; Equipe Rural	Todos favoráveis	Difundir as orientações entre os pacientes
Fora analfabetismo Programa para estimular o retorno à escola de jovens, adultos e idosos	Político: implementação do programa contra o analfabetismo	Secretaria de Educação de Abaeté	Indiferente	Apresentar o projeto à secretaria de saúde
Automedicação é coisa séria Campanha contra automedicação e seus riscos	Econômico: panfletos, materiais de campanha Organizacionais: equipe participando ativamente da campanha Político: apoio à campanha contra a automedicação	Secretária de saúde: Célia Lage; Médico Rafael Assis; Enfermeira: Isaura Valadares; Equipe Rural	Todos favoráveis	Orientar a Equipe para que os pacientes sejam orientados
Quebrando mitos Esclarecer a todos a respeito dos mitos contados por terceiros sobre medicamentos	Cognitivos: médico e enfermeira orientando a população Organizacionais: participação da equipe na unidade para ajudar a difundir as orientações	Médico Rafael Assis; Enfermeira: Isaura Valadares; Equipe Rural	Todos favoráveis	Orientar a Equipe para que os pacientes sejam orientados

Nono passo: elaboração do plano operativo

“A principal finalidade desse passo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.71).

Dessa forma nosso projeto possui alguns responsáveis e prazos a serem cumpridos, como podemos observar no quadro 5.

Quadro 5: O plano operativo

Operação	Resultado	Produto	Responsáveis	Prazo
Humanizando o atendimento Atender com maior qualidade a população e dessa forma melhorar a relação entre médico e pacientes.	Consultas mais eficazes e esclarecedoras à população.	Pacientes esclarecidos, satisfeitos com a consulta e com confiança no médico e em suas orientações, prontos para realizar corretamente seu tratamento	Médico Secretária de saúde	Durante todo o trabalho
+conhecimento Orientar a população sobre as doenças, importância do uso dos medicamentos e seus efeitos colaterais	Realizar atividades educativas tanto para a equipe quanto para a população	População e equipe com maior conhecimento das doenças crônicas e seu controle	Médico Enfermeira Secretária de saúde Equipe Rural	Iniciar os trabalhos em dois meses
Fora analfabetismo Programa para estimular o retorno à escola de jovens, adultos e idosos	Diminuição das taxas de analfabetismo da população	Menor quantidade de pessoas ingerindo medicamentos de forma incorreta por não saber ler	Secretaria de Educação de Abaeté	Próximos meses
Automedicação é coisa séria Campanha contra automedicação e seus riscos	Orientar a todos os riscos oferecidos pelo uso inadequado de remédios sem prescrição médica	População conscientizada a respeito do problema	Médico Enfermeira Secretária de saúde Equipe Rural	Iniciar conscientização em um mês
Quebrando mitos Esclarecer a todos a respeito dos mitos contados por terceiros sobre medicamentos	Mobilização da equipe para orientação da comunidade	População esclarecida	Médico Enfermeira: Equipe Rural	Iniciar em um mês

Décimo passo: Gestão do plano

Nesse último passo, é preconizado elaborar um plano de gestão das operações e quais serão os instrumentos para acompanhamento do projeto (quadro 6).

Quadro 6 - Acompanhamento do plano de ação

Operação	Produto	Responsáveis	Prazo inicial	Situação atual	Justificativas	Novo prazo
Humanizando o atendimento Atender com maior qualidade a população e dessa forma melhorar a relação entre médico e pacientes.	Pacientes esclarecidos, satisfeitos com a consulta e com confiança no médico e em suas orientações, prontos para realizar corretamente seu tratamento	Médico: Rafael Assis; Secretária de saúde: Célia Lage	Início imediato	Implantado		
+conhecimento Orientar a população sobre as doenças, importância do uso dos medicamentos e seus efeitos colaterais	População e equipe com maior conhecimento das doenças crônicas e seu controle	Médico Rafael Assis; Enfermeira: Isaura Valadares; Secretária de saúde: Célia Lage; Equipe Rural	2 meses	Implantado		
Fora analfabetismo Programa para estimular o retorno à escola de jovens, adultos e idosos	Menor quantidade de pessoas ingerindo medicamentos de forma incorreta por não saber ler	Secretaria de Educação de Abaeté	6 meses	Atrasado	Ainda não discutido com a secretária de educação	Próximo ano
Automedicação é coisa séria Campanha contra automedicação e seus riscos	População conscientizada a respeito do problema	Médico Rafael Assis; Enfermeira: Isaura Valadares; Secretária de saúde: Célia Lage; Equipe Rural	Iniciar conscientização o em um mês	Parcialmente implantado	Em consultório já há orientações, entretanto não há uma campanha propriamente dita	4 meses
Quebrando mitos Esclarecer a todos a respeito dos mitos contados por terceiros sobre medicamentos	População esclarecida	Médico Rafael Assis; Enfermeira: Isaura Valadares; Equipe Rural	Iniciar em um mês	Implantado		

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes *mellitus* (DM) vem se destacando como uma epidemia da atualidade. São doenças geralmente assintomáticas e por isso são sub-diagnosticadas ou, quando diagnosticadas, a adesão ao tratamento é insuficiente.

No Brasil, 30% em média da população geral e 50% da população da terceira idade são hipertensos, sendo a HAS responsável por 40% dos infartos do miocárdio, 80% dos acidentes vasculares cerebrais e 25% dos casos de insuficiência renal terminal. Já a prevalência do diabetes é em torno de 7,6% da população adulta e essa doença contribui, juntamente com a HAS, para a morbidade e mortalidade de seus portadores.

É extremamente importante a adesão ao tratamento e o uso correto das medicações, uma vez que só assim evitamos a progressão das doenças crônicas e diminuimos suas complicações. Por isso a Equipe como um todo deve fazer o possível para obter confiança dos pacientes, para que estes, mesmo às vezes sem entender as razões, sigam as orientações passadas.

A elaboração do Projeto de Intervenção na Equipe Rural da ESF Terezinha Nicoli no município de Abaeté-MG foi valiosa no sentido de poder traçar metas e ações a serem executadas visando o esclarecimento e a compreensão dos pacientes a respeito dos riscos a que estão submetidos se não controlarem de maneira correta a(s) sua(s) doença(s). Realizando atendimentos humanizados, fazendo campanhas de conscientização, atividades educativas e enfatizando os conceitos das doenças e suas características por uma equipe multidisciplinar e de maneira incisiva, podemos alcançar os objetivos e melhorar a qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

ALVES, B. A.; CALIXTO, A. A. T. F. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento da hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. **J Health Sci Inst.**, v.30, n.3, p.255-60, 2012.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes - 2014. **Diabetes Care.** 2014; 37(Suppl 1):S14-S80

AZIZ, J. L.. Sedentarismo e hipertensão arterial. **Rev Bras Hipertens**, v.21, n.2, p.75-82, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos.

BURGOS, P. F. M.; COSTA, W. da; BOMBIG, M. T. N.; BIANCO, H. T. A obesidade como fator de risco para a hipertensão. **Rev Bras Hipertens**, v.21, n.2, p.68-74, 2014

CAMPOS, F. C. C. de; FARIA, H. P. de; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. 118p..

GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. **Cecil - Tratado de Medicina Interna**. 23 ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades Minas Gerais**. 2012. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=310020>. Acesso em: 20 out. 2014.

MARCHI, K. C. et al. Adesão à medicação em pacientes com doença de Parkinson atendidos em ambulatório especializado. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v.18, n.3, p.855-862, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n3/31.pdf> Acesso em: 05 nov. 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 232 p.. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linhas_cuidado_hipertensao_diabetes.pdf Acesso em: 02 jan. 2015.

PIANCASTELLI, C. H.; DI SPIRITO, G. C.; FLISCH, T. M. P. **Saúde do Adulto**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2013. 166p.

SILVA, J. L. L.; SOUZA, S. L. de. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 03, 2004. Disponível em www.fen.ufg.br

SIMAO, A. F. et al. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. **Arq. Bras. Cardiol.** [online], v.101, n.6, suppl.2, p.1-63, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.95, n.1, suppl.1, p.51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014.** Sociedade Brasileira de Diabetes. [org. José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014a.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Conduta Terapêutica no Diabetes Tipo 2: Algoritmo SBD 2014. 2014b.** Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/images/pdf/conduta-terapeutica-no-dm2-algoritmo-sbd-2014-versao-final-impressao.pdf>

WEBER, D.; OLIVEIRA, K. R. de; COLET, C. de F.. Adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso de hipertensos em Unidade Básica de Saúde. **Rev Bras Hipertens**, v.21, n.2, p.114-121, 2014.

ANEXO A

Algoritmo para o tratamento do Diabetes Tipo 2 (SBD, 2014b).

ETAPA 1: CONDUTA INICIAL CONFORME A CONDIÇÃO CLÍNICA ATUAL			
Manifestações leves + A1C < 7,5%	Manifestações moderadas + A1C > 7,5% e < 9,0%	Manifestações severas + A1C > 9,0% →	Hospitalização se glicemia > 300 mg/dL
↓	↓	↓	↓
<ul style="list-style-type: none"> • glicemia < 200 mg/dL + • sintomas leves ou ausentes + • ausência de outras doenças agudas concomitantes 	<ul style="list-style-type: none"> • glicemia entre 200 e 299 mg/dL + • ausência de critérios para manifestação grave 	<ul style="list-style-type: none"> • glicemia > 300 mg/dL = Ou = • perda significativa de peso = Ou = • sintomas graves e significantes 	Nas seguintes condições: <ul style="list-style-type: none"> • cetoacidose diabética e estado hiperosmolar = Ou = • doença grave intercorrente ou comorbidade
MODIFICAÇÕES DO ESTILO DE VIDA ASSOCIADAS A:			↓
metformina em monoterapia	metformina em terapia combinada com um segundo agente antidiabético	insulinoterapia parcial ou intensiva, conforme o caso	após a alta: iniciar a terapia ambulatorial conforme estas recomendações
<p align="center">PRIMEIRO RETORNO APÓS 1 MÊS: INDIVIDUALIZAÇÃO DO TRATAMENTO</p> <p align="center">Ajustar tratamento se metas terapêuticas não forem alcançadas: glicemia de jejum e pré-prandial < 100 mg/dL + glicemia pós-prandial de 2 horas < 160 mg/dL + redução parcial e proporcional do nível de A1C.</p> <p align="center">Pacientes com A1C inicial < 7,5% e com manifestações leves podem retornar após 3 meses.</p>			
ETAPA 2: ADICIONAR OU MODIFICAR SEGUNDO AGENTE CONFORME NÍVEL DE A1C (*)			
<p align="center">Com base nesses parâmetros, adicionar ou modificar o segundo agente antidiabético mais indicado para cada paciente individualmente. As seguintes opções terapêuticas podem ser consideradas: SULFONILUREIAS = ou = GLINIDAS = ou = PIOGLITAZONA = ou = INIBIDORES DA DPP-IV = ou = AGONISTAS DO RECEPTOR DE GLP1 = ou = INIBIDORES SGLT2.</p>			
<p align="center">SEGUNDO RETORNO APÓS 1 MÊS: INDIVIDUALIZAÇÃO DO TRATAMENTO</p> <p align="center">Ajustar tratamento se metas terapêuticas não forem atingidas: glicemia de jejum e pré-prandial < 100 mg/dL + glicemia pós-prandial de 2 horas < 160 mg/dL + redução parcial e proporcional do nível de A1C.</p>			
ETAPA 3: ADICIONAR UM TERCEIRO AGENTE ANTIDIABÉTICO ORAL OU INJETÁVEL – ou – INICIAR INSULINOTERAPIA INTENSIVA			
Adicionar um terceiro agente antidiabético oral ou injetável. Se em um mês não atingir as metas de A1C < 7%, glicemia de jejum e pré-prandial < 100 mg/dL ou glicemia pós-prandial (2 horas) < 160 mg/dL, iniciar insulinização com insulina basal ou pré-mistura.	Intensificar a insulinização até atingir as metas de A1C < 7%, glicemia de jejum e pré-prandial < 100 mg/dL ou glicemia pós-prandial (2 horas) < 160 mg/dL, associada ou não a inibidores de DPP-IV ou análogos de GLP-1 ou inibidores de SGLT2.		
<p align="center">RECOMENDAÇÃO IMPORTANTE</p> <p align="center">Sempre que possível, utilizar métodos informatizados de avaliação de dados de glicemia para a geração do perfil glicêmico + cálculo de glicemia média + cálculo de variabilidade glicêmica (desvio padrão). Recomenda-se a realização de 6 glicemias (3 glicemias pré-prandiais e 3 glicemias pós-prandiais) por dia, durante os 3 dias anteriores à consulta de retorno.</p>			