

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

**LEILA BEATRIZ DOS SANTOS CALAZANS**

**ADESÃO ÀS MUDANÇAS NO ESTILO DE VIDA EM PORTADORES  
DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA PRIMÁRIA E/OU  
DIABETES MELLITUS TIPO 2: PROPOSTAS PARA A USF OLAVO  
CALHEIROS, RIO LARGO-ALAGOAS**

Rio Largo / Alagoas  
2016

**LEILA BEATRIZ DOS SANTOS CALAZANS**

**ADESÃO ÀS MUDANÇAS NO ESTILO DE VIDA EM PACIENTES  
PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA  
PRIMÁRIA E/OU DIABETES MELLITUS TIPO 2: PROPOSTAS PARA  
A USF OLAVO CALHEIROS, RIO LARGO-ALAGOAS**

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

Orientador: Prof. Tereza Angélica Lopes de Assis

Rio Largo / Alagoas  
2016

**LEILA BEATRIZ DOS SANTOS CALAZANS**

**ADESÃO ÀS MUDANÇAS NO ESTILO DE VIDA EM PORTADORES  
DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA PRIMÁRIA E/OU  
DIABETES MELLITUS TIPO 2: PROPOSTAS PARA A USF OLAVO  
CALHEIROS, RIO LARGO-ALAGOAS**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Prof. Flavia Casasanta Marini – Universidade Federal de Minas Gerais

Examinador 2: Prof. Tereza Angélica Lopes de Assis – Universidade Federal de Minas Gerais

Aprovado em Belo Horizonte, em 28 de janeiro de 2016.

## DEDICATÓRIA

A nosso mestre maior, Deus, o Senhor de Todos os Seres, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia;

A meus queridos e tão pacientes pais, meus motivadores há 25 anos de vida;  
Às minhas amadas irmãs Ceci e Ana, sobretudo a última, meu suporte desde uma vida inteira, sem a qual talvez não estaria entregando este trabalho a tempo, pela ajuda nesses meses todos durante a elaboração desse trabalho;

À minha orientadora Tereza Angélica, pela paciência, conselhos, compreensão e gentileza sempre bem-vinda;

Ao meu supervisor Juraci Roberto, pela alegria, orientações e compreensão durante as visitas de supervisão;

A meus queridos pacientes, sobretudo os hipertensos e diabéticos, sem os quais não poderia ter sido determinada a produzir este trabalho;

A meus colegas da equipe da USF Olavo Calheiros, pela participação de cunho especial na escolha e no engajamento frente à situação problema escolhida;

A meus amigos, os quais troquei em alguns momentos pelos artigos, livros e computador para finalizar este trabalho, pela paciência, incentivo e compreensão.

**"Há verdadeiramente duas coisas diferentes: saber e crer que se sabe.  
A ciência consiste em saber; em crer que se sabe reside a ignorância."**

**Hipócrates**

## RESUMO

Rio Largo é a terceira maior cidade do estado de Alagoas, com 78% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família, distribuída em 21 equipes lotadas em 18 Unidades de Saúde da Família (USF). A USF Olavo Calheiros está situada no bairro Mutirão, próximo ao centro da cidade, cuja situação problema a ser trabalhada é a baixa adesão ao tratamento não medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica Primária (HAS) e Diabetes Mellitus tipo 2 (DM), doenças com alta prevalência na população adscrita. O objetivo do estudo foi elaborar uma proposta de intervenção que aumente a adesão ao tratamento não medicamentoso destas morbidades. O desenho da proposta foi baseado no Método da Estimativa Rápida, já a ficha e o cartão de acompanhamento foram elaborados a partir dos protocolos clínicos adotados pelo Ministério da Saúde acerca dos temas. Foram construídos projetos que visam (1) ao estímulo à prática de atividade física, (2) combate ao etilismo e/ou tabagismo, (3) melhora da adesão à dieta saudável e própria para o DM e/ou HAS, (4) aumento do percentual de diagnóstico, (5) melhora da educação em saúde sobre ambas doenças, (6) sugestão de uma planilha de acompanhamento e avaliação dos resultados das estratégias propostas neste plano, (7) acompanhamento dos pacientes através de um cartão e ficha de atendimento ambulatorial, (8) instauração de um protocolo clínico de acompanhamento e (9) estímulo à educação permanente da equipe acerca dos temas. O entendimento sobre a adesão ao tratamento depender tanto de fatores individuais (físicos, emocionais, financeiros, sociais), como da equipe, do serviço e do sistema de saúde mostra a necessidade da consciência sobre a complexidade no manejo desses pacientes por todos os envolvidos: na falha de um desses pilares, o sucesso é pouco provável.

**Palavras-chave:** Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Plano de Tratamento, Comportamentos Saudáveis.

## ABSTRACT

Rio Largo is the third largest city in the state of Alagoas, with 78% coverage of the Family Health Strategy, distributed in 21 teams packed in 18 Family Health Units (USF). The USF Olavo Calheiros is located in Effort district, close to the city center, whose status issue to be worked on is the low adherence to non-pharmacological treatment of Hypertension Primary (HBP) and type 2 diabetes mellitus (DM), diseases with high prevalence in the enrolled population. This study has as objective to develop a proposal for intervention to increase adherence to non-medication treatment of these morbidities. The design of the proposal was based on the Flash Estimate Method, since the plug and the accompanying card were developed from clinical protocols adopted by the Ministry of Health on the issues. So, projects were built that aim to (1) the encouragement of physical activity, (2) combat alcoholism and / or smoking, (3) improved adherence to diet healthy and fit for DM and / or hypertension, (4) increase in the percentage of diagnosis, (5) improvement of health education about both diseases, (6) suggestion of a spreadsheet monitoring and evaluation of the results of the strategies proposed in this plan, (7) monitoring of patients via a card and plug outpatient care, (8) establishing a clinical protocol for monitoring and (9) encouraging the continuing education of staff about the issues. In conclusion, the understanding of treatment adherence depend on both individual factors (physical, emotional, financial, social), as the staff, service and the health system shows the need for awareness of the complexity in the management of these patients by all involved: the failure of these pillars, success is unlikely.

**Key words:** Hypertension, Diabetes Mellitus, Patient Care Planning, Health Behavior.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AL - Alagoas

CORA – Complexos Reguladores da Assistência

DM- Diabetes Mellitus

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HIPERDIA – Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PAD – Pressão arterial diastólica

PAS – Pressão arterial sistólica

PES - Planejamento Estratégico Situacional

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

UFAL – Universidade Federal de Alagoas

USF – Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>1.1. A cidade de Rio Largo, Alagoas, Brasil</b> .....	10
<b>1.2. A USF Olavo Calheiros</b> .....	10
<b>1.3. A baixa adesão ao tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica primária e do diabetes mellitus tipo 2</b> .....	11
<b>2. JUSTIFICATIVA</b> .....	14
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	15
<b>3.1. Objetivo geral</b> .....	15
<b>3.2. Objetivos específicos</b> .....	15
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	16
<b>5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	18
<b>6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b> .....	21
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	28
<b>REFERENCIAS</b> .....	29
<b>APÊNDICE A – Planilha para acompanhamento dos projetos visando combater a baixa adesão ao tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica primária e do diabetes mellitus tipo 2</b> .....	31
<b>APÊNDICE B – Cartão de acompanhamento anual do hipertenso e/ou diabético</b> .....	32
<b>APÊNDICE C – Ficha de acompanhamento dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos durante as consultas médicas e de enfermagem</b> .....	33

## **1. INTRODUÇÃO**

### **1.1. A cidade de Rio Largo, Alagoas, Brasil**

Rio Largo é uma cidade localizada no Leste do estado de Alagoas, limitada pelos municípios de Maceió, Satuba, Pilar, Messias e Atalaia. Possui uma área de 299.110 km<sup>2</sup>, é a terceira maior do estado, contando com 68.481 habitantes segundo censo do IBGE 2010, estimada em 75.645 habitantes em 2015 (IBGE, 2014). A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) corresponde a 78%, distribuída em 21 equipes lotadas em 18 Unidades de Saúde da Família (USF).

### **1.2. A USF Olavo Calheiros**

Trata-se de uma unidade inaugurada em 1999 como o primeiro Programa de Saúde da Família (PSF) em Rio Largo-AL e está situada no bairro Mutirão, próximo ao centro da cidade. Foi uma unidade criada exatamente para a função que presta à comunidade atendida pela ESF. Vale ressaltar que o bairro mutirão foi criado para abrigar as vítimas de enchentes no passado, mas com o crescimento da cidade se tornou uma área de expansão populacional.

A unidade é relativamente conservada, com uma condição adequada para o número de atendimentos prestado à população coberta (2985 pessoas). A área física é bem aproveitada, sobretudo a sala de espera, uma vez que dificilmente se vê pessoas sem ter onde sentar. Entretanto, durante a tarde a unidade é quente, pois a parede encontra-se voltada para o poente, e não há ventilador para aliviar o calor do ambiente na sala de espera. A maioria das reuniões com grupos de atendimento específicos se dá na própria unidade, exceto nos casos onde se espera um grande público, sendo utilizado o espaço físico da associação de moradores do conjunto Mutirão ou a Escola Estadual João Moraes.

A USF Olavo Calheiros funciona das 7:00 às 17:00, desempenhando em sua maioria atendimentos agendados, mas também realiza demanda espontânea (casos de urgências clínicas básicas ou demanda imediata). Neste serviço, procura-se realizar atendimentos dentro dos programas, dentre os quais: puericultura, bolsa-família, hipertensos e diabéticos, pré-natal, saúde bucal, exame preventivo de colo uterino, acompanhamento de crianças desnutridas, pré-natal, visitas domiciliares,

saúde mental. Conta ainda com enfermeirandos da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), além de enfermeirandos e acadêmicos do curso de Enfermagem da Faculdade Seune.

Encontram-se problemas variados na população adscrita pela USF Olavo Calheiros, a saber:

- Uso abusivo de psicofármacos sem diagnóstico e acompanhamento psiquiátrico regular;
- Precárias condições de saneamento básico: lixo no meio da rua, a população não faz uso do contêiner, fato que agrava a situação. Além disso, é comum a presença de animais vagando no lixo, espalhando-o ainda mais; esgoto a céu aberto em algumas quadras, dificultando o acesso às residências; ruas em mau estado de conservação do pavimento;
- Baixa adesão às mudanças no estilo de vida (tratamento não medicamentoso) dos hipertensos e diabéticos;
- Falta de insumos para a manutenção do estado de saúde da comunidade: balanças portáteis para acompanhamento dos acamados, fitas reagentes suficientes para fazer triagem dos pacientes diabéticos na unidade (inclusive só são utilizadas quando há urgências ou visitas domiciliares de pacientes descompensados do ponto de vista glicêmico), impressos para solicitação de exames complementares pelo CORA, pilhas adequadas para o funcionamento do otoscópio/oftalmoscópio e lanterna, papel toalha, instrumental cirúrgico para pequenas cirurgias, medicamentos injetáveis necessários para os atendimentos de urgência (antieméticos, antihipertensivos, vasodilatadores coronarianos, penicilina g benzatina, hioscina ou escopolamina), equipo macrogotas; medicamentos da RENAME, inclusive os de uso dos hipertensos e diabéticos.

### **1.3. A baixa adesão ao tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica primária e do diabetes mellitus tipo 2**

O problema priorizado foi a dificuldade de adesão ao tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica primária (HAS) e diabetes mellitus (DM) tipo 2 insulino-dependente e não insulino-dependente.

Relativo às suas causas, têm-se o fato de o nível socioeconômico, sobretudo de escolaridade, dificultar o entendimento das orientações: mesmo havendo educação em saúde assim como as orientações nutricionais e o estímulo à atividade física de 30 minutos por dia durante 5 dias, muitos pacientes não conseguem compreender a dimensão que as mudanças no estilo de vida podem contribuir para o controle dos níveis pressóricos e glicêmicos.

É sabido que ambas doenças fazem parte da síndrome metabólica, prevalente na população adulta atualmente, e tanto a HAS como o DM ainda atuam isoladamente e/ou em conjunto como fatores de risco cardiovascular, cerebrovascular, renal, oftalmológico. No entanto, ao adentrar o consultório e receberem os receituários com as prescrições medicamentosas, acreditam que apenas com o fármaco já resolverão as doenças. Além de muitas vezes fazerem o uso incorreto, colocam obstáculos e não acreditam que as mudanças no estilo de vida tenham tanta influencia no curso de suas doenças.

Além disso, o poder aquisitivo de poder comprar alimentos diferenciados por vezes desencorajam os pacientes a seguirem uma dieta balanceada adequada. O encaminhamento ao serviço de nutrição serve para amenizar esse impasse, no entanto nem sempre a dieta é seguida a rigor.

Outro ponto a ser discutido como causa do problema é que a maioria dos pacientes são de meia idade ou idosos, com alta prevalência de lesões degenerativas do sistema locomotor (exemplo: artrose de joelhos, discopatia degenerativa) que os incapacitam para a prática de exercício físico. Com isso, intensificam-se os esforços para a adesão à dieta rigorosamente, sobretudo os pacientes que já apresentam complicações.

O problema é importante para a comunidade, uma vez que de uma população de 2988 pessoas (em abril de 2015), 234 são hipertensos e 76 são diabéticos, ou seja, 7,8% HAS e 2,5% DM. Quando comparada à população acima

de 15 anos de idade (2090 pessoas), essa porcentagem aumenta para 11,1% HAS e 3,6% diabéticos (ver Tabela 1).

Além de aparentemente estar abaixo do esperado, a cada consulta médica e de enfermagem é avaliado o risco cardiovascular dos pacientes propensos a desenvolverem as doenças referidas, ou seja, com os esforços da equipe é provável que essa porcentagem encontrada aumente ao longo do ano.

**Tabela 1 – Descritores do problema baixa adesão ao tratamento não medicamentoso dos hipertensos e diabéticos. USF Olavo Calheiros, abril de 2015.**

<b>Descritores</b>	<b>Valores</b>	<b>Fontes</b>
<b>Hipertensos esperados</b>	657 a 1314	Estudos
<b>Hipertensos cadastrados</b>	234	SIAB
<b>Hipertensos confirmados</b>	234	Registro da equipe
<b>Hipertensos acompanhados conforme</b>	234	Registro da equipe
<b>Hipertensos controlados</b>	Em análise	Registro da equipe
<b>Diabéticos esperados</b>	167	Estudos
<b>Diabéticos cadastrados</b>	76	SIAB
<b>Diabéticos confirmados</b>	76	Registro da equipe
<b>Diabéticos acompanhados conforme</b>	76	Registro da equipe
<b>Diabéticos controlados</b>	Em análise	Registro da equipe

## 2. JUSTIFICATIVA

Tanto a HAS como o DM são doenças representam fatores de risco cardiovascular e aumento da prevalência de acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, nefropatia hipertensiva e/ou diabética (doença renal crônica), retinopatia, insuficiência cardíaca, amputações no caso do diabetes, dentre outras complicações. Isso representa mais internamentos e piora da qualidade de vida, com as sequelas causadas pela doença. É notório que sobretudo a falta de exercício físico torna o controle da doença mais difícil, sendo necessário muitas vezes um encaminhamento ao especialista para poder abordar outras formas de controle da doença quando o paciente se encontra incapacitado para a prática de atividades moderadas.

Relativo às consequências da baixa adesão às mudanças no estilo de vida, tem-se o descontrole dos níveis pressóricos e glicêmicos, e com isso o aumento da incidência de complicações agudas e crônicas da HAS e do DM, a saber: óbitos por doença cardiovascular (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico), alterações cardiovasculares, nefrológicas, oftalmológicas, cerebrovasculares (HAS e DM); pé diabético, amputações de membros inferiores, neuropatia diabética, disfunção erétil, hiperglicemias agudas sintomáticas (DM). Além disso, o descontrole dos níveis leva ao ajuste de dosagem, seja com aumento, seja com troca de medicamentos, atitudes muitas vezes preveníveis se houvesse o rigor na adesão às mudanças no estilo de vida.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo geral**

Elaborar uma proposta de intervenção que aumente a adesão ao tratamento não medicamentoso dos hipertensos e/ou diabéticos tipo 2 na USF Olavo Calheiros, Rio Largo-AL.

#### **3.2. Objetivos específicos**

1. Estimular a prática de exercício físico;
2. Melhorar a adesão à dieta saudável e própria para o DM e/ou HAS;
3. Aumentar o percentual de diagnóstico dessas condições;
4. Sugerir uma planilha de acompanhamento e avaliação dos resultados das estratégias propostas no plano de ação;
5. Estimular a educação permanente da equipe acerca dos temas.

#### 4. METODOLOGIA

Este trabalho foi elaborado a partir de conhecimentos teóricos sobre o Método do Planejamento Estratégico Situacional- PES: definidas as prioridades através do Método de Estimativa Rápida, o passo seguinte foi o de desenhar o plano de ação segundo o método proposto por Campos, Faria e Santos (2010), que é dividido em dez etapas, a saber: definição dos problemas, priorização dos problemas, descrição do problema selecionado, explicação do problema, seleção dos nós críticos, desenho das operações, identificação dos recursos críticos, análise da viabilidade do plano, elaboração do plano operativo, e gestão do plano.

A partir da rotina da unidade, durante as consultas médicas, conversas com a coordenação da Atenção Básica municipal e após reunião de planejamento com a equipe, foi possível realizar o levantamento de informações e necessidades de saúde da comunidade assistida. Chegou-se então ao consenso da relevância da adesão às mudanças no estilo de vida no manejo clínico dos pacientes hipertensos e diabéticos, sobretudo após a análise das complicações e dos óbitos por doenças cardiovasculares, atuando ambas doenças como fatores de risco.

Nesse contexto, para sistematizar o plano foram construídas tabelas para algumas das etapas mencionadas anteriormente, delineando dessa forma o plano de ação. Contudo, para o sucesso do projeto em questão, se fez necessária a construção de uma planilha de monitoramento e avaliação como instrumento de controle da efetividade, condição imperativa para o seu sucesso. O referencial teórico utilizado foi o modelo lógico, o qual Campos, Faria e Santos (2010) conceituam como o resultado da relação entre problemas, intervenções, produtos e impactos esperados, estabelecendo vínculos lógicos entre estes, ao mesmo tempo em que levanta e descreve as evidências científicas que embasam tais relações.

Para a revisão bibliográfica, foram utilizados estudos pesquisados na Biblioteca Virtual em Saúde, a partir de palavras-chave encontradas nos Descritores em Ciências da Saúde: hipertensão arterial, diabetes mellitus, adesão ao tratamento. Além disso, materiais como os Cadernos de Atenção Básica dos referidos temas e as atuais Diretrizes de ambas doenças. E as informações sobre a situação de saúde junto à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Rio Largo-AL e reuniões

administrativas da equipe da USF Olavo Calheiros, já as informações sobre a cidade foram acessadas no portal do IBGE (vide Referências).

A ficha de atendimento do hipertenso e/ou diabético foi baseada nos Cadernos de Atenção Básica número 36 e 37 (2013) do Ministério da Saúde, bem como o cartão de acompanhamento desses pacientes.

Por fim, a estrutura deste trabalho foi baseada no modelo proposto durante o módulo de Iniciação à Metodologia Científica (CORRÊA, E.J., VASCONCELOS, M. , SOUZA, S. L., 2013).

## 5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica de herança multifatorial, definida como níveis elevados e sustentados de pressão arterial sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg (BRASIL, 2013). Atualmente possui alta prevalência na população brasileira (22 a 44% entre os adultos, 50% ou mais nos sexagenários e até 75% nos maiores de 70 anos). Pode ter relação ou até mesmo implicar em alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e alterações metabólicas, aumentando o risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Em contrapartida, o termo “diabetes mellitus” (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999 *apud* BRASIL, 2013, p. 19). O DM vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência (aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011 na população acima de 18 anos, segundo o inquérito realizado pela Vigitel em 2011) e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial (BRASIL, 2013). Os fatores de risco relacionados aos hábitos alimentares e estilo de vida da população estão associados a este incremento na carga de diabetes globalmente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003, *apud* BRASIL, 2013, p. 19).

Juntas, a HAS e o DM representam tanto elevada morbidade quanto elevado número de óbitos no país, acarretando sérias complicações em órgãos vitais, comprometendo a qualidade de vida e sobrevivência dos que as apresentam e gastos dispendiosos com a manutenção do tratamento e controle. Isso torna ambas doenças um sério problema de saúde pública, e piora com a dificuldade no manejo e controle dessas morbidades, mesmo com os esforços da comunidade científica no Brasil e no mundo (SOARES *et al*, 2014).

O tratamento de ambas doenças consiste nas mudanças do estilo de vida, controle do peso e medicamentoso, mas no caso da HAS em Estágio inicial, pode-se a princípio não usar fármacos hipertensivos. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015). Isso reforça a importância do tratamento não medicamentoso no controle dessas doenças: a dieta saudável e com restrições de sódio no caso da HAS ou hipoglicêmica no caso do DM, o combate ao sedentarismo, o controle do estresse e do peso, o abandono do tabagismo e do etilismo são os pilares para o sucesso do manejo dessas doenças tanto quanto o uso dos medicamentos. (BRASIL, 2013; BRASIL, 2013).

Portanto, a prevenção e o tratamento dessas doenças é um processo lento, pois é necessário ensinar a população a cuidar da saúde, enfatizando em campanhas e ações educativas a mudança do estilo de vida, aceitação e adesão ao tratamento, seja ele farmacológico ou não farmacológico. Essas ações podem ser individuais ou coletivas, buscando estratégias que alcancem a realidade da população (ALVES, CALIXTO, 2012).

Como parte da estratégia, o Ministério da Saúde do Brasil criou o Programa HiperDia através da Portaria nº 371/GM de 4 de março de 2002, com o objetivo de cadastrar portadores de ambas patologias e então estabelecer metas e diretrizes. Com isso, visa ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle, além de assistência farmacêutica, educação em saúde individual e coletiva, com grupos interativos abordando assuntos de importância para o controle clínico e de interesse aos usuários participantes, instigando a mudança de hábitos de vida. Com isso, os grupos de Hiper-Dia representam uma grande ferramenta de trabalho para os profissionais, visto que aumenta a adesão e eficácia do tratamento, e a qualidade de vida dos pacientes (ALVES, CALIXTO, 2012).

Adesão ao autocuidado é definida como a extensão na qual o comportamento da pessoa se refere ao uso de medicação, ao seguimento de dietas e à prática diária de atividades físicas para o favorecimento da mudança de comportamento e adoção de hábitos de vida saudáveis. A adesão deve ser pensada no sentido multidimensional, pois as pessoas podem aderir muito bem a um aspecto

do regime terapêutico, mas não aderir aos outros (GOMES-VILLAS BÔAS *et al*, 2011).

A adesão ao tratamento, quando pensada sob uma perspectiva mais restrita, é definida como a incorporação dos aconselhamentos dados pelo médico ao comportamento do indivíduo. No entanto, envolve uma gama de elementos voltados para o cotidiano das pessoas, bem como dos serviços de saúde. Pode ainda ser pensada como um fenômeno complexo o qual associa elementos pessoais, comportamentais e contextuais (SOARES *et al*, 2014).

Por isso, deve-se considerar nos pacientes suas características pessoais, demográficas, conhecimentos sobre a doença e tratamento, valores, crenças, experiências vividas e expectativas; seus aspectos sociais, como suporte familiar, falta de recursos; os fatores ligados ao manejo da doença, como a complexidade do regime terapêutico e efeitos indesejáveis das drogas; e os aspectos dos serviços de saúde ao qual estão vinculados, como dificuldades de relacionamento com a equipe multidisciplinar e desestruturação dos serviços de saúde. (SOARES *et al*, 2014).

Sob este ponto de vista, Soares *et al* (2014) observou em 24 usuários hipertensos e/ou diabéticos entrevistados na atenção básica de um município do interior da Bahia que o processo de adesão é um evento multifacetado e multideterminado, perpassando por fatores vinculados no tripé indivíduo, terapêutica e serviços de saúde. Já Alves e Calixto (2012) estudou 37 hipertensos e/ou diabéticos e estes pacientes apontaram que o hábito feminino de se cuidar mais, a participação nos grupos de HiperDia, as informações passadas aos pacientes, confiança nessas informações, facilidade em adquirir medicação, mudança nos hábitos de vida e o apoio da família como elementos-chave no sucesso da adesão à terapêutica. Portanto, esses estudos ressaltam o desafio a ser enfrentado pelos profissionais de saúde para a manutenção da adesão dos usuários do serviço ao tratamento de longo prazo, comum nas condições crônicas como o DM e a HAS.

## 6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Considerando o alto risco cardiovascular e o aumento do índice de mortalidade por doenças cardiovasculares na população geral, coloca-se a baixa adesão ao tratamento não medicamentoso à HAS e ao DM como situação problema a ser trabalhado, cujos nós críticos são os seguintes: baixo nível de informação, hábitos e estilo de vida inadequados, limitações físicas para a prática de atividade física, práticas e tecnologias educativas não resolutivas da equipe, processo de trabalho da equipe. As ações relativas a cada nó crítico serão detalhadas nos Quadros 1 a 5 abaixo.

**Quadro 1 – Operações sobre “Hábitos e estilo de vida inadequados” relacionado ao problema “dificuldade de adesão ao tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica primária e diabetes mellitus tipo 2”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Olavo Calheiros, em Rio Largo, Alagoas.**

<b>Nó crítico 1</b>	Hábitos e estilo de vida inadequados
<b>Operação</b>	Modificar o estilo de vida através de prática de exercício físico, adesão à dieta hipossódica e/ou hipoglicêmica, combate ao etilismo e tabagismo, combate ao estresse psicossocial.
<b>Projeto</b>	<b>Vamos mudar</b>
<b>Resultados esperados</b>	Aumentar a adesão ao tratamento não medicamentoso da hipertensão e do diabetes mellitus.
<b>Produtos esperados</b>	Cartazes, panfletos, educação em saúde através das consultas, grupos operativos ,salas de espera, atividades físicas e técnicas de relaxamento ao ar livre.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Secretaria municipal de saúde de Rio Largo – AL, Prefeitura de Rio Largo, Fundo Nacional de Saúde.
<b>Recursos necessários</b>	Cognitivo: conhecimento sobre o tema, estratégias de comunicação e de educação em saúde. Político: articulação intersetorial (profissionais e comunidade). Financeiro: financiamento dos insumos para o projeto Organizacional: organizar a agenda dos profissionais para o desenvolvimento das atividades propostas.

<b>Recursos críticos</b>	Político: articulação intersetorial. Financeiro: financiamento do projeto.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: equipe de saúde, SMS de Rio Largo, Prefeitura de Rio Largo, Fundo Nacional de Saúde. Motivação: equipe de saúde e SMS de Rio Largo são favoráveis, já a Prefeitura de Rio Largo e o Fundo Nacional de Saúde são indiferentes.
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Apresentação formal do projeto
<b>Responsáveis:</b>	A equipe
<b>Cronograma / Prazo</b>	Três meses a partir da implementação do projeto
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Através de planilha específica, ver em Apêndice A.

**Quadro 2 – Operações sobre “Baixo nível de informação” relacionado ao problema “dificuldade de adesão ao tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica primária e diabetes mellitus tipo 2”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Olavo Calheiros, em Rio Largo, Alagoas.**

<b>Nó crítico 2</b>	Baixo nível de informação
<b>Operação</b>	Esclarecer aos pacientes sobre a doença e seus riscos, além de como o tratamento não medicamentoso é importante para o controle da doença.
<b>Projeto</b>	<b>Conhece a ti mesmo</b>
<b>Resultados esperados</b>	Pacientes conscientes sobre a doença e sobre a importância da adesão às mudanças no estilo de vida.
<b>Produtos esperados</b>	Distribuição de cartazes, panfletos, educação em saúde através das consultas, grupos operativos e palestras, divulgação de informação em carro de som local.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Secretaria municipal de saúde de Rio Largo – AL, Prefeitura de Rio Largo, Fundo Nacional de Saúde. Equipe da ESF.

<b>Recursos necessários</b>	Cognitivo: conhecimento sobre estratégias de comunicação e de educação em saúde. Político: articulação intersetorial (educação) e mobilização social. Financeiro: financiamento dos insumos para o projeto. Organizacional: organizar a agenda dos profissionais para o desenvolvimento do projeto proposto.
<b>Recursos críticos</b>	Político: mobilização social. Financeiro: financiamento dos insumos para o projeto.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: equipe de saúde, SMS de Rio Largo, Prefeitura de Rio Largo, Fundo Nacional de Saúde, associações de bairros. Motivação: equipe de saúde e SMS de Rio Largo são favoráveis, já a Prefeitura de Rio Largo, as associações de bairros e o Fundo Nacional de Saúde são indiferentes.
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Apresentação formal do projeto
<b>Responsáveis:</b>	A equipe.
<b>Cronograma / Prazo</b>	Três meses a partir da implementação do projeto
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Através de planilha específica, ver em Apêndice A.

**Quadro 3 – Operações sobre “Limitações físicas para a prática de atividade física” relacionado ao problema “dificuldade de adesão ao tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica primária e diabetes mellitus tipo 2”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Olavo Calheiros, em Rio Largo, Alagoas.**

<b>Nó crítico 3</b>	Limitações físicas para a prática de atividade física
<b>Operação</b>	O declínio nos níveis de atividade física habitual para idoso contribui para a redução da aptidão funcional e a manifestação de diversas doenças, como consequência a perda da capacidade funcional. Neste sentido, será formado um grupo de idosos, para prestação de incentivo e apoio biopsicossocial.
<b>Projeto</b>	<b>Melhor idade</b>

<b>Resultados esperados</b>	Pacientes envolvidos com a prática de exercícios físicos, bem como instruídos sobre a modalidade apropriada, intensidade, duração, frequência, progressão e importância da prática de exercícios físicos.
<b>Produtos esperados</b>	Atividades físicas ao ar livre, ou no espaço da unidade básica de saúde, palestras que incentivem a prática de exercícios físicos, demonstrando a sua importância para o controle da hipertensão arterial e diabetes
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Associação comunitária, Secretaria municipal de saúde de Rio Largo – AL/ Equipe de saúde.
<b>Recursos necessários</b>	Organizacional: espaço para desenvolvimento das atividades, Político: articulação com educadores físicos e fisioterapeutas, Cognitivo: conhecimento sobre o tema, estratégias de comunicação e de educação em saúde.
<b>Recursos críticos</b>	Organizacional: espaço para o desenvolvimento das atividades físicas.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Associação comunitária/ Secretaria municipal de saúde de Rio Largo – AL. Motivação: Favorável
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Não é necessária.
<b>Responsáveis:</b>	Equipe de saúde.
<b>Cronograma / Prazo</b>	Dois meses.
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Através de planilha específica, ver em Apêndice A.

**Quadro 4 – Operações sobre “Práticas e tecnologias educativas da equipe não resolutivas” relacionado ao problema “dificuldade de adesão ao tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica primária e diabetes mellitus tipo 2”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Olavo Calheiros, em Rio Largo, Alagoas.**

<b>Nó crítico 4</b>	Práticas e tecnologias educativas da equipe não resolutivas
<b>Operação</b>	Buscar a reflexão crítica sobre as práticas de atenção, gestão e formação, possibilitando mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde, bem como uma melhor articulação entre os profissionais da equipe.

<b>Projeto</b>	<b>Educação permanente em saúde</b>
<b>Resultados esperados</b>	<p>Desenvolvimento de um núcleo de educação permanente na unidade; Envolvimento dos gestores e profissionais da equipe, nas discussões.</p> <p>Refletir sobre as condutas adotadas e construir propostas de capacitação, sensibilização, treinamentos e outras intervenções visando o diagnóstico e planejamento das ações de saúde de acordo com as necessidades dos usuários.</p> <p>Transformar as práticas cotidianas, os processos de trabalho e as relações multiprofissionais.</p>
<b>Produtos esperados</b>	Reuniões, rodas de conversa e capacitação para a equipe.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Equipe da ESF.
<b>Recursos necessários</b>	Organizacional: adequação de agendas dos profissionais da equipe.
<b>Recursos críticos</b>	Organizacional: adequação da agenda dos profissionais da equipe às atividades de educação permanente em saúde.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	<p>Ator que controla: equipe de saúde da unidade.</p> <p>Motivação: favoráveis.</p>
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Não é necessária.
<b>Responsáveis:</b>	A equipe.
<b>Cronograma / Prazo</b>	Um mês a partir da implementação do projeto
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Através de planilha específica, ver em Apêndice A.

**Quadro 5 – Operações sobre “Processo de trabalho da equipe” relacionado ao problema “dificuldade de adesão ao tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica primária e diabetes mellitus tipo 2”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Olavo Calheiros, em Rio Largo, Alagoas.**

<b>Nó crítico 5</b>	Processo de trabalho da equipe
<b>Operação</b>	Implantação de linhas de cuidado (protocolo) para hipertensos e diabéticos considerando os baixos índices de adesão ao tratamento não medicamentoso
<b>Projeto</b>	<b>Linhas de cuidado</b>
<b>Resultados esperados</b>	Aumentar a cobertura de hipertensos e diabéticos; Diminuir a baixa adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento não medicamentoso.
<b>Produtos esperados</b>	Implantação de protocolo de atendimento e acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, registro de informações clínicas e exames complementares em cartão do hipertenso e diabético (vide APENDICE B) e em ficha de atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético (vide APENDICE C).
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Equipe de Saúde
<b>Recursos necessários</b>	Cognitivo: elaboração das linhas de cuidado e instaurar protocolo de atendimento e acompanhamento baseado nas referências atuais do Ministério da Saúde; Político: articulação e adesão dos profissionais da equipe; Organizacional: desenvolver fluxo de atendimento
<b>Recursos críticos</b>	Político: adesão e articulação dos profissionais.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Equipe de Saúde Motivação: Favorável
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Não é necessária
<b>Responsáveis:</b>	Equipe de saúde.
<b>Cronograma / Prazo</b>	Um mês.

<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Através de planilha específica, ver em Apêndice A.
---------------------------------------------------	----------------------------------------------------

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Por motivos de falta de recursos financeiros e sucessivas mudanças de gestão municipal, é provável que os planos de ação que envolvem recursos financeiros não sejam concretizados. Além disso, o empenho da equipe como um todo será fundamental para o sucesso da execução do projeto como um todo.

No entanto, as complicações do paciente descompensado por esses agravos representam significativo problema para a saúde pública do município, o que se faz necessário priorizar ações de prevenção em todos os níveis, bem como o diagnóstico precoce e manejo clínico não somente pela equipe, mas pelos gestores, tanto no emprego de recursos humanos como financeiros e políticos.

O entendimento sobre a adesão ao tratamento depender tanto de fatores individuais (físicos, emocionais, financeiros, sociais), como da equipe, do serviço e do sistema de saúde mostra a necessidade da consciência sobre a complexidade no manejo desses pacientes por todos os envolvidos: na falha de um desses pilares, o sucesso é pouco provável.

## REFERENCIAS

ALVES, B. A.; CALIXTO, A. A. T. F. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. **Journal of the Health Sciences Institute**, Campinas, v. 30, n. 3, p. 255-260, 2012. Disponível em: <[http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/03\\_jul-set/V30\\_n3\\_2012\\_p255a260.pdf](http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/03_jul-set/V30_n3_2012_p255a260.pdf)>. Acesso em: 12 Jan. 2016.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da saúde**. Brasília,[online], 2014. Disponível em: <<http://decs.bvs.br>>. Acesso em: 12 Jan. 2016.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Brasília,[online], 2014. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: 12 Jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_diabetes\\_mellitus\\_cab36.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf)> Acesso em: 25 jan 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_37.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf)> Acesso em: 25 jan 2016.

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: 09 Jul. 2015.

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: 08 Jul. 2015.

GOMES-VILLAS BOAS, L. C. *et al.* . Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 20, n. 2, p. 272-279, Junho de 2011 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072011000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000200008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 Jan. 2016.

**Seção 2: Diagnóstico Situacional**. Material disponibilizado pelo curso de Especialização em Estratégia em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais. Disponível em: <[https://plataforma.nescon.medicina.ufmg.br/moodle/pluginfile.php/63047/mod\\_scorm/content/8/Diagnostico\\_situacional\\_em\\_saude.pdf](https://plataforma.nescon.medicina.ufmg.br/moodle/pluginfile.php/63047/mod_scorm/content/8/Diagnostico_situacional_em_saude.pdf)>. Acesso em: 11 Mai. 2015.

SOARES, D. A. et al. Adesão ao tratamento da hipertensão e do diabetes: Compreensão de elementos intervenientes segundo usuários de um serviço de Atenção a Saúde. **Revista APS**, v. 17, n. 3, p. 311-317, 2014. Disponível em: <<http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2053/822>>. Acesso em: 12 Jan. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1. Disponível em: <[http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz\\_hipertensao\\_associados.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf)> Acesso em: 12 Jan. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015**. São Paulo: AC Farmacêutica, 2015. Disponível em:<  
<http://www.diabetes.org.br/images/2015/area-restrita/diretrizes-sbd-2015.pdf>>. Acesso em: 12 Jan. 2016.

**APÊNDICE A – Planilha para acompanhamento dos projetos visando combater a baixa adesão ao tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica primária e do diabetes mellitus tipo 2**

Indicadores	Momento atual		Em 6 meses		Em 1 ano	
	N	%	N	%	N	%
Hipertensos esperados						
Hipertensos cadastrados						
Hipertensos confirmados						
Hipertensos acompanhados conforme						
Hipertensos controlados						
Diabéticos esperados						
Diabéticos cadastrados						
Diabéticos confirmados						
Diabéticos acompanhados conforme						
Diabéticos controlados						

## APÊNDICE B – Cartão de acompanhamento anual do hipertenso e/ou diabético

MEDICAMENTOS		MEDICAMENTOS		EXAMES COMPLEMENTARES	
Data: ____/____/____ Medicamentos em uso: ( ) mantidos ( ) alterados	Data: ____/____/____ Medicamentos em uso: ( ) mantidos ( ) alterados	Exames	Data/result.	Data/result.	 <p><b>CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO</b></p> <p>Numero do cartão nacional de saúde (CNS): _____ Nome: _____</p> <p>Data de nascimento: ____/____/____ Data do diagnóstico: ____/____/____ Hipertenso? ( ) sim ( ) não Diabético? ( ) sim ( ) não Datas de consulta/profissional/horário : _____</p>
_____	_____	Hemograma (Hb/Ht/L/P)			
_____	_____	Glicemia de jejum			
_____	_____	Colesterol total			
_____	_____	LDL			
_____	_____	HDL			
_____	_____	Triglicerídeos			
_____	_____	Creatinina			
_____	_____	Ác. Úrico			
_____	_____	Potássio sérico			
_____	_____	Sumário de urina			
_____	_____	Fundoscopia			
_____	_____	ECG			
_____	_____	Microalbuminúria de amostra isolada*			
_____	_____	ECO**			
_____	_____	Rx de tórax**			
_____	_____	SE FOR DIABÉTICO:			
_____	_____	Glicemia de jejum			
_____	_____	Glicemia pós prandial			
_____	_____	Glicemia pós prandial			
_____	_____	HbA1C			
_____	_____	HbA1C			

Data: ____/____/____ Pressão arterial: ____x____ mmHg HGT: ( ) não realizada ( ) ____ mg/dL Controlado? ( ) sim ( ) não Peso / Altura / CA / IMC: _____ Exame físico alterado? ( ) não ( ) sim	Data: ____/____/____ Pressão arterial: ____x____ mmHg HGT: ( ) não realizada ( ) ____ mg/dL Controlado? ( ) sim ( ) não Peso / Altura / CA / IMC: _____ Exame físico alterado? ( ) não ( ) sim	Data: ____/____/____ Pressão arterial: ____x____ mmHg HGT: ( ) não realizada ( ) ____ mg/dL Controlado? ( ) sim ( ) não Peso / Altura / CA / IMC: _____ Exame físico alterado? ( ) não ( ) sim	Data: ____/____/____ Pressão arterial: ____x____ mmHg HGT: ( ) não realizada ( ) ____ mg/dL Controlado? ( ) sim ( ) não Peso / Altura / CA / IMC: _____ Exame físico alterado? ( ) não ( ) sim
Segue dieta corretamente? ( ) sim ( ) não	Segue dieta corretamente? ( ) sim ( ) não	Segue dieta corretamente? ( ) sim ( ) não	Segue dieta corretamente? ( ) sim ( ) não
Prática exercício físico satisfatoriamente? ( ) sim ( ) não	Prática exercício físico satisfatoriamente? ( ) sim ( ) não	Prática exercício físico satisfatoriamente? ( ) sim ( ) não	Prática exercício físico satisfatoriamente? ( ) sim ( ) não
Etilismo? ( ) sim ( ) não			
Tabagismo? ( ) sim ( ) não			
Uso de medicamentos corretamente? ( ) sim ( ) não	Uso de medicamentos corretamente? ( ) sim ( ) não	Uso de medicamentos corretamente? ( ) sim ( ) não	Uso de medicamentos corretamente? ( ) sim ( ) não
Exames complementares alterados? ( ) sim ( ) não	Exames complementares alterados? ( ) sim ( ) não	Exames complementares alterados? ( ) sim ( ) não	Exames complementares alterados? ( ) sim ( ) não
Complicações? ( ) não ( ) Neurológicas ( ) Cardíacas ( ) Oftalmológicas ( ) Periféricas ( ) Nefrológicas ( ) Psíquicas ( ) Outra _____	Complicações? ( ) não ( ) Neurológicas ( ) Cardíacas ( ) Oftalmológicas ( ) Periféricas ( ) Nefrológicas ( ) Psíquicas ( ) Outra _____	Complicações? ( ) não ( ) Neurológicas ( ) Cardíacas ( ) Oftalmológicas ( ) Periféricas ( ) Nefrológicas ( ) Psíquicas ( ) Outra _____	Complicações? ( ) não ( ) Neurológicas ( ) Cardíacas ( ) Oftalmológicas ( ) Periféricas ( ) Nefrológicas ( ) Psíquicas ( ) Outra _____
Estresse psicossocial? ( ) sim ( ) não	Estresse psicossocial? ( ) sim ( ) não	Estresse psicossocial? ( ) sim ( ) não	Estresse psicossocial? ( ) sim ( ) não
Conduta: ( ) alterada ( ) mantida			
Encaminhamento para especialista: ( ) não ( ) sim	Encaminhamento para especialista: ( ) não ( ) sim	Encaminhamento para especialista: ( ) não ( ) sim	Encaminhamento para especialista: ( ) não ( ) sim
Encaminhamento para urgência/emergência: ( ) não ( ) sim	Encaminhamento para urgência/emergência: ( ) não ( ) sim	Encaminhamento para urgência/emergência: ( ) não ( ) sim	Encaminhamento para urgência/emergência: ( ) não ( ) sim
Encaminhamento para internação hospitalar: ( ) não ( ) sim	Encaminhamento para internação hospitalar: ( ) não ( ) sim	Encaminhamento para internação hospitalar: ( ) não ( ) sim	Encaminhamento para internação hospitalar: ( ) não ( ) sim
Motivo: _____	Motivo: _____	Motivo: _____	Motivo: _____
Assinatura: _____ ( ) medico ( ) enfermeiro	Assinatura: _____ ( ) medico ( ) enfermeiro	Assinatura: _____ ( ) medico ( ) enfermeiro	Assinatura: _____ ( ) medico ( ) enfermeiro



**ANEXO A – Mapa territorial de Rio Largo, Alagoas**

Fonte: IBGE, 2014. Disponível em:

<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=270770>. Acesso em: 22 jan 2016.