

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

ROSIMAR XAVIER DE OLIVEIRA

**A IMPORTÂNCIA DA ADESÃO DOS INDIVÍDUOS PROGRAMAS DE
TRATAMENTO E PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E DO
DIABETES**

CONSELHEIRO LAFAIETE

MG/2014
ROSIMAR XAVIER DE OLIVEIRA

A IMPORTÂNCIA DA ADESÃO DOS INDIVÍDUOS A PROGRAMAS DE TRATAMENTO E PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E DO DIABETES

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Raquel Conceição Ferreira

CONSELHEIRO LAFAIETE
MG/2014

ROSIMAR XAVIER DE OLIVEIRA

**A IMPORTÂNCIA DA ADESÃO DOS INDIVÍDUOS A PROGRAMAS DE
TRATAMENTO E PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E DO
DIABETES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Raquel Conceição Ferreira

RESUMO

A hipertensão e a diabetes são doenças crônicas de elevada prevalência no Brasil. Esses agravos são considerados problemas de saúde pública, sendo os principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cérebro vasculares e renais. Conforme diagnóstico situacional e ficha A da Atenção Básica de Saúde, em 2010 havia 960 hipertensos e 346 diabéticos cadastrados no município de Pedra do Anta -MG. A primeira causa de internação nesse mesmo ano foi por doenças cardiovasculares, sendo quatro delas por AVE em adulto jovem com menos de trinta anos de idade portadores de hipertensão arterial. Diante desses dados é evidente a necessidade da implantação de medidas preventivas eficientes que objetivem a conscientização da importância da adesão dos usuários ao Programa de Tratamento e Prevenção da Hipertensão e do Diabetes, a fim de reduzir a incidência de complicações cardiovasculares. Este trabalho tem como objetivo elaborar um Plano de Intervenção visando melhoria da adesão e da permanência da população ao tratamento e prevenção da hipertensão arterial e diabetes. Espera-se que a partir da implantação do plano de intervenção seja atendido o nosso propósito que é manter os níveis pressóricos e glicêmicos dentro dos limites preconizados pelo Ministério de Saúde, a fim de reduzir as ocorrências de doenças cardiovasculares, principalmente, o AVE e melhorar desse modo a qualidade de vida dos usuários hipertensos e diabéticos do município de Pedra do Anta.

Palavras-Chave: Hipertensão. Diabetes Mellitus. Atenção Primária à Saúde. Acidente Vascular Cerebral.

ABSTRACT

Hypertension and diabetes are chronic diseases of high prevalence Brazilian. These pathologies are considered major public health problems, with the main risk factors for developing cardiovascular disease, vascular and renal brains. As situational diagnosis and record of the Primary Health Care, in 2010 there were 960 hypertensive and 346 diabetic patients enrolled in the city of Stone Cairn - MG. The first cause of hospitalization in the same year was cardiovascular disease, four of them for stroke in young adults under thirty years of age suffering from hypertension. Given these data it is evident the need to implement effective preventive measures that aims at performing actions which enables awareness of the importance of adherence to Program Management and Prevention of Hypertension and Diabetes in order to reduce the incidence of cardiovascular complications . This paper aims to draw up a plan of action to improve the adhesion and permanence of the population to the treatment and prevention of hypertension and diabetes. We expect from the implementation of the contingency plan is met our purpose is to maintain the pressure and glucose levels within the limits recommended by the Ministry of Health in order to reduce the occurrences of cardiovascular diseases mainly stroke and thereby improve the quality of life of diabetic hypertensive patients and the municipality of Pedra do Anta.

Keywords: Hypertension . Diabetes Mellitus. Primary Health Care. Stroke .

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	07
2 OBJETIVOS.....	08
3 MÉTODOS.....	09
4 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.....	10
5 REVISÃO DA LITERATURA.....	12
5.1 Benefícios da adesão ao programa de tratamento terapêutico.....	12
5.2 Dificuldades de adesão dos pacientes ao programa terapêutico.....	14
5.3 A importância da adesão dos pacientes aos programas de tratamento e prevenção da hipertensão e do diabetes.....	14
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	18
7 CONCLUSÃO.....	23
REFERÊNCIAS.....	25

1 INTRODUÇÃO

Na área da saúde, vários são os aspectos que promovem a busca de uma melhor qualidade de vida. Dentro deste contexto, Ribeiro *et al.* (2012) afirmam que torna-se importante conhecer e analisar as dificuldades que comprometem a adesão dos usuários hipertensos e diabéticos ao plano terapêutico e às ações educativas, uma vez que a sua participação pode evitar possíveis complicações cardiovasculares e, entre elas, o Acidente Vascular Encefálico (AVE).

Ribeiro *et al.* (2012) afirmaram que a adesão à terapêutica por parte dos portadores de doenças crônicas tem sido discutida como um processo complexo e multifatorial. Sob o ponto de vista do indivíduo, a adesão relaciona-se ao reconhecimento, à aceitação e à adaptação à condição de saúde, bem como à identificação de fatores de risco no estilo de vida adotado e ao desenvolvimento do autocuidado e de hábitos e atitudes saudáveis.

Sendo assim, Ribeiro *et al.* (2012) consideraram que as metas da educação em saúde para o indivíduo portador de HAS devem incluir a apropriação de meios para o desenvolvimento de seu autocuidado e autonomia, a ampliação de seu nível de conhecimento e apreensão sobre os processos de saúde-doença-adoecimento e o desenvolvimento de estratégias para seu empoderamento e libertação.

Desse modo, esse estudo justifica-se por entender-se que as complicações advindas da hipertensão e do diabetes são em grande parte evitáveis se houver assistência ou prevenção oportuna. Uma ação educativa eficiente é aquela que resulta em promoção da saúde, redução de riscos e agravos e proporciona satisfação pessoal e que contribuem para o bem-estar do indivíduo e da comunidade.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de intervenção para melhorar a adesão e a permanência da população ao tratamento da hipertensão e diabetes, como forma de diminuir os casos de doenças cardiovasculares em especial o acidente vascular encefálico.

2.2 Objetivos Específicos

- Sugerir novas propostas ou atividades que estimulem os usuários a aderirem às ações de promoção e prevenção como estratégia de redução da mortalidade por doenças cardiovasculares.
- Estimular os usuários diabéticos e hipertensos a aderirem às ações de promoção e prevenção, a fim de reduzir a mortalidade por doenças cardiovasculares;
- Mostrar a importância do autocuidado para o controle da pressão arterial e do diabetes.

3 MÉTODOS

Foi realizada uma revisão narrativa da literatura. A pesquisa de estudos foi realizada nas bases de dados eletrônicos do *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), além de manuais do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais e também banco de dados do DATA-SUS.

A pesquisa buscou estudos sobre doenças cardiovasculares com ênfase no AVE e os fatores de risco de grande importância, como a hipertensão e diabetes.

Os descritores utilizados para a busca dos artigos foram: hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), tratamento anti-hipertensivo, adesão ao tratamento, acidente vascular encefálico (AVE) e plano de ação.

Após a seleção das publicações, procedeu-se a leitura criteriosa com a finalidade de selecionar os textos que atendiam ao objetivo do trabalho.

4 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

De acordo com Censo de 2010, o município de Pedra do Anta tem 3.365 habitantes, sendo 1.173 pessoas residentes na zona rural, e 2.192 pessoas na zona urbana. A cidade localiza-se na Zona da Mata de Minas Gerais, fazendo parte da microrregião de Viçosa e da Macrorregião Leste do Sul com sede em Ponte Nova. Conta com uma Unidade da Equipe de Saúde da Família que abriga equipes I e II, uma Unidade Básica de Saúde (UBS), localizadas no centro da cidade.

A economia é basicamente rural de subsistência, para fins econômicos tem-se o cultivo do café e granjas. O maior empregador formal do município é a prefeitura. Possui três escolas, uma estadual e duas municipais. A cidade dispõe de poucas opções de lazer e emprego, o que levou à diminuição do número de habitantes na cidade nos últimos anos, principalmente de jovens que em busca de melhores condições, migram para cidades maiores da região, principalmente Viçosa. Com isso, vem-se observando mudança no perfil demográfico do município, apresentando o crescimento da população acima de sessenta anos, que já chega próximo aos 20% da população total. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um dos menores do estado de Minas Gerais, devido à renda *per capita* baixa, alto índice de analfabetismo e saneamento básico precário.

Quanto ao abastecimento de água na zona urbana é fornecido pela COPASA; na zona rural a maioria das residências é abastecida por poços e nascentes, sendo o uso da água contaminada um dos problemas encontrados. Há falta de abastecimento de água e escassez de água potável em determinados lugares, sendo que a falta de informação pode também ser um determinante do uso dessas águas.

O lixo na zona urbana é coletado, e depositado a céu aberto em terreno próximo à cidade. O da zona rural, em sua maioria, é queimado e uma minoria fica a céu aberto, o que causa um grave problema, pois polui o meio ambiente, atrai roedores, insetos. O destino de fezes e urina na zona urbana é a rede de esgoto, já a zona urbana é fossa e céu aberto, sendo este último em sua maioria. O céu aberto leva ao surgimento de verminose, diarreia, sendo seus determinantes os hábitos culturais.

Quanto à escolaridade, a população idosa, em sua maioria, é analfabeta, os jovens possuem baixo nível de escolaridade devido à evasão escolar, e uma minoria da população jovem/adulta com apenas ensino fundamental completo. Pode-se inferir que o analfabetismo é determinante para a falta de adesão aos planos de governo.

Assim como no Brasil, no município de Pedra do Anta o problema de maior relevância na causa de mortes foi a doença cardiovascular, tendo seu descritor maior a HAS (com novecentos e sessenta hipertensos confirmados) e diabetes (trezentos e quarenta e seis).

Refletindo sobre o diagnóstico situacional, quase 90% da população acima de 30 anos possui apenas dois a três anos de estudo e 100% da população idosa é analfabeta, e possuem alto índice de hipertensos e diabéticos que não adere ao tratamento. Desse modo, observa-se que o maior desafio enfrentado no controle da hipertensão arterial e diabetes é a adesão dos pacientes ao seu tratamento.

Diante desse contexto, faz-se necessário a realização de um trabalho de revisão de literatura que contextualiza o desenho de uma intervenção que busque conscientizar os pacientes hipertensos e diabéticos sobre a importância da adesão ao tratamento a eles prescrito, proporcionando assim melhor saúde e qualidade de vida.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Benefícios da adesão ao programa de tratamento terapêutico

Boas (2011) definiu adesão autocuidado 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 não pode ser pensada como um construto unitário, mas, sim, multidimensional, pois as pessoas podem aderir muito bem a um aspecto do regime terapêutico, mas não aderir aos outros.

A Organização Mundial da Saúde publicou um documento que descreve cinco fatores principais que podem influenciar a adesão ao autocuidado: características pessoais; condição socioeconômica e cultural; e aspectos relacionados ao tratamento, à doença, ao sistema de saúde e à equipe profissional (BOAS 2011).

Boas (2011) afirmou que, embora os achados da literatura acrescentem que a gravidade da doença possa ser um fator que contribui com a adesão ao autocuidado, reconhece-se que mesmo para as doenças graves, a não adesão, em algum grau, é universal. Estimativas de não adesão ao tratamento de doenças crônicas, em especial, chegam a 50% ou mais.

Segundo Boas (2011), o tratamento do Diabetes Mellitus (DM) visa à manutenção do controle metabólico e comprehende, basicamente, a terapia não medicamentosa e medicamentosa, sendo a primeira relacionada às mudanças de comportamento associadas à alimentação saudável e à atividade física. A terapia nutricional, baseada na orientação e no estabelecimento de um plano alimentar individualizado, associada à prática de exercício físico, é considerada de primeira escolha para o controle do DM e seus benefícios tem sido evidenciada na literatura.

Ribeiro *et al.* (2012) acreditam que as ações educativas, junto ao paciente, família e comunidade, têm um papel essencial no controle dessa enfermidade, uma vez que as complicações estão estritamente ligadas ao conhecimento para o cuidado pessoal diário adequado e ao estilo de vida saudável. O idoso, em especial, necessita

ser estimulado pelos profissionais de saúde a manter uma vida independente, adaptando-se da melhor forma possível às modificações exigidas para o controle metabólico. As ações educativas terão muito a contribuir para uma melhor qualidade de vida, devendo-se considerar, para se obter resultados efetivos, a fase do ciclo vital e suas peculiaridades.

Desse modo as Equipes Saúde da Família são de grande relevância na redução dos indicadores de doenças crônicas na sua área de abrangência.

O processo de envelhecimento da população no Brasil está ocorrendo de modo acelerado, e, associadamente, a crise econômica, as desigualdade e os problemas sociais contribuem para impedir que o idoso tenha uma vida saudável e satisfatória. Neste sentido, as doenças crônicas são responsáveis pelas principais causas de morte entre os idosos (TEIXEIRA *et al.*, 2006).

Ribeiro *et al.* (2012) destacam também o Programa do Diabetes, que tem como meta diminuir a prevalência desta enfermidade, utilizando-se da educação em saúde, buscando prevenir as complicações que podem surgir. De acordo com o Ministério da Saúde, o Diabetes é uma das principais causas de mortalidade (27,4%) por problemas cardiovasculares em pessoas idosas. Alguns fatores que potencializam o desencadeamento constante da doença na população e que dificultam as medidas de prevenção são o desconhecimento da patologia por parte dos pacientes portadores e comunidade em geral, a não adesão ao tratamento, dificuldades de acesso ao Centro de Saúde, falta de monitoramento dos níveis glicêmicos, entre outros.

O Diabetes Mellitus, segundo Ribeiro *et al* (2012), é uma doença endócrina, com causas multifatoriais, está relacionado diretamente à produção insuficiente de insulina, falta desta ou incapacidade da mesma de exercer sua função com êxito. Geralmente ocasiona hiperglicemia constante e outras complicações. Pode lesionar em longo prazo, o coração, os olhos, os nervos, os rins e a rede vascular, sobretudo a periférica. Sua classificação determina vários tipos de diabetes, como Diabetes Mellitus tipo I, tipo II, Diabetes gestacional e outras formas, porém os mais conhecidos são o tipo I e II, onde o segundo demonstra maiores números, pois tem origens definidas.

5.2 Dificuldades de adesão dos pacientes ao programa terapêutico

De acordo com Santos *et al.* (2005) uma das dificuldades encontradas no atendimento a pessoas hipertensas é a falta de adesão ao tratamento, pois 50% dos hipertensos conhecidos não fazem nenhum tratamento e dentre aqueles que o fazem, poucos têm a pressão arterial controlada.

A não adesão do paciente ao tratamento tem constituído um grande desafio para os profissionais que o acompanha, e possivelmente, tem sido responsável pelo aumento dos custos sociais com absenteísmo ao trabalho, licenças para tratamento de saúde, e aposentadorias por invalidez, haja vista que a hipertensão arterial tem sido responsável pelo aumento destes custos.

Ribeiro *et al* (2012) destacam como fatores dificultadores da adesão a falta de informação sobre a doença, a passividade do indivíduo em relação aos profissionais de saúde e à escolha do esquema terapêutico, e as representações negativas relacionadas à doença e ao tratamento. No caso da hipertensão arterial sistêmica (HAS), vários motivos são apontados como causa para a resistência à mudança de hábitos de vida, dentre eles o curso assintomático da doença, a subestimação de suas reais consequências e a dificuldade de mudança de padrões comportamentais construídos ao longo do tempo.

Santos *et al* (2005) consideram que a problemática da adesão ao tratamento é complexa, pois vários fatores estão associados: individuais (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico); doenças (cronicidade, sintomatologia); crenças, hábitos culturais e de vida (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença, contexto familiar, conceito saúde-doença, autoestima); tratamento (custo, efeitos indesejáveis, esquemas complexos, qualidade de vida); instituição (política de saúde, acesso, distância, tempo de espera e de atendimento); e relacionamento com equipe de saúde (envolvimento e relacionamento inadequados). Por conseguinte, a adesão do usuário deve ser apreciada com vista a esses fatores.

5.3 A importância da adesão dos pacientes aos programas de tratamento e prevenção da hipertensão e do diabetes

Vitor *et al* (2011) compreendem a adesão ao regime terapêutico como o comportamento do paciente coincidente com as orientações prescritas pelos profissionais de saúde. Isso significa uma relação colaborativa entre as duas partes envolvidas no processo. Adaptar-se ao tratamento constitui a tarefa mais difícil, e é responsável pela enorme resistência encontrada pelos profissionais para a adesão do paciente ao regime terapêutico. A não adesão é um grande obstáculo no controle da doença.

A adesão terapêutica pode ser compreendida como um comportamento relacionado com a saúde/doença, de tal forma que a compreensão dos fatores que levam as pessoas a aderir ou não às recomendações médicas enquadra-se, assim, no âmbito da psicologia (Brannon & Feist, 1997a; Horne, 1997 apud Klein e Gonçalves, 2005), sendo a não adesão o conceito tradicionalmente empregue para designar a falha em seguir as prescrições médicas.

Klein e Gonçalves (2005) retiram desta definição que o conceito de adesão não se circunscreve apenas a desvios no plano de tratamento, mas a comportamentos como faltar às consultas, esquecer-se de tomar a medicação prescrita, tomar medicação a mais, ingeri-la fora do tempo certo, não conhecer o nome dos fármacos a tomar, terminar o tratamento antes do prazo recomendado, entre outros aspectos; mas também com a manutenção de práticas saudáveis recomendadas pelos profissionais de saúde como comer adequadamente, fazer exercício físico suficiente, não abusar de bebidas alcoólicas, abster-se de fumar, evitar o stress.

Vitor *et al* (2011) também elencam vários fatores a influenciar no grau de adesão do paciente ao seu tratamento anti-hipertensivo. Entre eles: o sexo, a idade, o grau de instrução, a condição socioeconômica, o estado civil, o conhecimento e as crenças sobre as doenças, o seu estilo de vida, a presença do paciente na unidade de saúde e o apoio familiar. Além disso, somam-se fatores relacionados ao tratamento farmacológico e não farmacológico, como quantidade, dosagem, horários, efeitos

colaterais e custo dos medicamentos, mudança de hábitos seguidos de restrições alimentares, de lazer e de trabalho. Finalmente, as políticas de saúde, a disponibilidade de medicamentos no serviço de saúde, a facilidade de marcar consultas e a presença de uma equipe de saúde multidisciplinar são fatores decisivos na adesão ao tratamento.

A não adesão gera sério problema de saúde pública desencadeando um grande entrave para a sociedade e para os cofres públicos, visto que, a hipertensão e diabetes quando não diagnosticadas e tratadas precocemente levam a danos irreversíveis para os órgãos alvos incluindo o sistema nervoso central, que pode ser predisposto ao Acidente Vascular Encefálico (AVE), cuja ocorrência pode ocasionar sequelas permanentes, aumentar o risco de um novo evento ao sobrevivente de AVE, acarretar isolamento social, podendo levar à invalidez ou morte. Adicionalmente, podem exigir internações, exames e tratamentos dispendiosos, cuja intervenção às vezes é apenas paliativa. Em contrapartida, no início, a hipertensão e o diabetes podem apresentar sintomas leves, podendo ser revertidos ou controlados apenas com mudança no estilo de vida, por meio de escolhas mais saudáveis.

As doenças cardiovasculares (DCV) representam a primeira causa de morte no Brasil.

Um fato que agrava esse quadro é que, aproximadamente, um terço dos óbitos por DCV ocorrem precocemente em adultos na faixa etária de 35 a 64 anos. Nessa faixa etária, as principais causas de óbitos por doenças do aparelho circulatório são as doenças do coração, as doenças cerebrovasculares e as doenças hipertensivas (ISHITANI *et al.*, 2006).

A obesidade e o diabetes mellitus estão geralmente relacionados ao estilo de vida. Entre os fatores de risco considerados de maior importância para o AVE, destacam-se a hipertensão arterial, as dislipidemias, a presença de hipertrofia ventricular esquerda, como dieta rica em calorias, gorduras saturadas, colesterol e sal, consumo de bebida alcoólica, tabagismo e sedentarismo (CERVATO *et al.*, 1995).

Os altos níveis pressóricos são fatores de risco responsáveis pelo desenvolvimento do AVE (CHAVES, 2000), sendo a hipertensão arterial considerada fator de risco mais importante para a doença cerebrovascular no Brasil. Em torno de 85% dos pacientes com AVE são hipertensos. A queda de apenas 5 a 6 mmHg da

pressão arterial sistólica se associa à redução de 40% dos casos de AVE (MINAS GERAIS, 2013). A causa mais comum de hemorragia cerebral espontânea é resultante da hipertensão arterial sistêmica, sendo que o risco aumenta quando associada ao tabagismo e ou ao diabetes mellitus (MELO; SILVA, 2013).

Dessa forma, a Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais reforça que a Hipertensão Arterial Sistólica é:

Um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e renais (insuficiência cardíaca, coronariana, acidente vascular encefálico e a insuficiência renal), sendo que estudos demonstram que o tratamento adequado dos pacientes idosos reduz em 70% a ocorrência de acidente vascular encefálico (MINAS GERAIS, 2006, p.145).

O diabetes mellitus (DM) constitui o segundo fator de risco mais importante para AVE, depois da hipertensão. Isso porque essa patologia possibilita o desenvolvimento de doenças cerebrovasculares, especialmente através do infarto cerebral aterotromboembólico (CHAVES, 2000). O DM está relacionado à importante queda na qualidade de vida e representa um desafio dentre os problemas de saúde pública. As complicações decorrentes da doença, tais como doença arterial coronária (DAC), doença vascular periférica (DVP), AVE, neuropatia diabética, amputação, doença renal crônica (DRC) e cegueira apresentam altos custos para o sistema de saúde bem como ocasionam elevada morbimortalidade, redução da expectativa de vida, absenteísmo ao trabalho e aposentadoria precoce (BRASIL, 2011).

Um terço dos doentes que sobrevivem ao AVE agudo apresentam importante incapacidade e ficam impossibilitados de viver na comunidade, necessitando dos cuidados de terceiros (PEREIRA et al, 2004).

A prevenção é a forma mais eficaz, barata e gratificante de tratar os agravos das doenças cardiovasculares (BRASIL, 2011). Para Ishitani et al (2006), as causas de óbito por doenças do aparelho circulatório são em grande parte evitáveis, diante da probabilidade da redução da ocorrência dessas mortes, se houver assistência ou prevenção oportuna. Segundo Chaves (2000) a queda da mortalidade por AVE acontecerá se as medidas preventivas direcionadas para os fatores de risco primários,

principalmente pressão arterial, forem efetivos. Para esse mesmo autor, em nenhuma idade e em nenhum sexo, a pressão sistólica acima de 160 mmHg e a diastólica acima de 90 mmHg são aceitáveis.

De acordo com Vitor *et al* (2011), como integrante fundamental da equipe de saúde, o enfermeiro assume a responsabilidade das ações do cuidado para a promoção da saúde e prevenção desta doença. Por meio do conhecimento científico e do seu papel de educador, ele tem a possibilidade de instrumentalizar o portador da doença para o tratamento, melhorando sua qualidade de vida.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Pelo diagnóstico situacional realizado pela equipe de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Pedra do Anta, foi detectado o problema de hipertensão arterial e diabetes.

O grande número de hipertensos e diabéticos cadastrados, os altos valores pressóricos e glicêmicos apresentados pelos usuários, além de várias pessoas apresentando sequelas por AVE, chamou a atenção da equipe no sentido da necessidade de realizar ações que possibilitem a conscientização da importância da adesão dos pacientes ao tratamento da hipertensão e do diabetes.

Desse modo, foram selecionados três problemas a serem enfrentados, uma vez que não será impossível resolver todos ao mesmo tempo, principalmente pela escassez de recursos (humanos, materiais, financeiros, políticos).

Após analisar os dados contidos no diagnóstico situacional, ficha A e prontuários dos pacientes, foram identificados entre as várias causas, aquelas consideradas mais relevantes e condicionantes do problema encontrado, os chamados “nós críticos”.

Para Cardoso (2010), o conceito de “nós críticos” é um tipo de causa de um problema, que quando “atacada” é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo, trazendo uma ideia também de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, está dentro do meu espaço de governabilidade.

Os “nós críticos” selecionados pela equipe foram:

- Baixo nível de informação da população acerca da hipertensão e diabetes;
- Dificuldade no uso do medicamento proposto, devido o alto índice de analfabetismo;
- Hábitos e estilos de vida inadequados que favorecem o aparecimento de problemas cardiovasculares.

A partir dos “nós críticos” foram identificados, as operações/projetos necessários para a sua solução, os produtos e resultados esperados dessas operações e os recursos necessários à sua execução.

Os quadros 1, 2 e 3 apresentam o desenho das operações, a análise de viabilidade do plano e o plano operativo.

QUADRO 1: Operações relacionadas a dificuldades de adesão ao tratamento de hipertensão arterial na ESF de Pedra do Anta-MG

Nó Crítico	Operação/Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Baixo nível de informação da população acerca da hipertensão arterial e diabetes	Multiplicando o conhecimento Aumentar o nível de informação da população hipertensa e diabética	População mais informada sobre a hipertensão arterial e diabetes. (tratamento medicamentoso e não medicamentoso)	Aumento de informação sobre a hipertensão arterial e diabetes, e adesão ao tratamento anti-hipertensivo.	Cognitivos: Conhecimento sobre o tema. Políticos: parceria, mobilização social. Financeiros: Disponibilização De materiais educativos relacionados a hipertensão arterial e diabetes.
Dificuldade no uso do medicamento proposto, devido alto índice de analfabetismo	Apoio Fundamental: -Familiar -Farmácia de Minas Aumentar o nível de conhecimento dos familiares sobre a importância da adesão ao tratamento anti-hipertensivo e antidiabéticos. Entregar os medicamentos já fracionados em pacotinho com símbolos (Sol, Lua), diretamente da farmácia de Minas aos usuários analfabetos (polifarmácia) sem auxílio familiar	Incluir o grupo familiar no contexto do tratamento e acompanhamento dos hipertensos e diabéticos. Conscientizar os farmacêutico, técnico de farmácia (TF) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sobre a importância do fracionamento dos medicamentos para hipertensos e diabéticos sem auxílio familiar e com dificuldade de uso dos mesmos.	Maior número de família participando e acompanhando o tratamento da hipertensão e da diabetes dos seus familiares. Farmacêuticos TF e ACS comprometidos com as tarefas de fracionamento dos medicamentos	Cognitivos: Conhecimento sobre o tema. Políticos: parceria, mobilização social. Financeiros: Disponibilização de materiais: -Saquinho plástico -Seladora de saco plástico - Contração de técnico de farmácia - Computador e impressora - Disponibilização de materiais educativos. Organizacionais: - Organização da Agenda
Hábitos e estilo de vida inadequados que favorecem o aparecimento de	Cuidar melhor	- Diminuição do número de AVE de hipertensos e diabéticos	Programa de caminhada orientada: Programa de	Organizacionais: Para organizar as caminhadas. Cognitivo: informação

problemas cardiovasculares.	Modificar hábitos e estilo de vida população hipertensa e diabética	descompensados em 80%. - Espera-se em 80% as mudanças de hábitos e estilo de vida.	“olho no Peso” Programa de alimentação saudável.	sobre o tema. Político: conseguir espaço local e articulação intersetorial. Financeiros: Folhetos educativos, recursos áudio visuais relacionados a alimentação saudável.
------------------------------------	---	---	---	---

QUADRO 2: Análise de viabilidade do plano, relacionadas a dificuldade de adesão ao tratamento de hipertensão na ESF de Pedra do Anta - MG

Operações/Projetos	Recursos Críticos	Controle dos Recursos críticos		Ações Estratégicas
		Autor que controla	Motivação	
Multiplicando conhecimento Aumentar o nível de informação da população hipertensa e diabética	Cognitivos: Conhecimento sobre o tema, parceria, mobilização social disponibilização de materiais educativos. Financeiros: compra de materiais áudio visuais. Organizacionais: Organização da agenda.	- Equipe de Saúde da Família. - Secretaria Municipal de Saúde.	-Favorável	- Apresentar o Projeto para a equipe. - Estruturação das Redes
Apoio familiar e da farmácia é fundamental Aumentar o nível de conhecimento dos familiares sobre a importância da adesão ao tratamento anti-hipertensivo e antidiabético. Conscientização dos profissionais da farmácia da importância do fracionamento	Organizacionais: Organização da agenda. Cognitivos: Conhecimento sobre o tema, parceria, mobilização social disponibilização de materiais	-Equipe de Saúde da Família. -Secretaria Municipal de Saúde.	-Favorável	- Apresentar o Projeto para a equipe. -Estruturação das Redes

do medicamento dispensados aos usuário com hipertensos e diabéticos com dificuldade de uso.	educativos. Financeiros: compra de materiais áudio visuais.			
Cuidar melhor Modificar hábitos e estilos de vida da população hipertensa e diabética.	Cognitivos: Conhecimento sobre o tema. Organizacionais: para Organizar as caminhadas. Políticos: conseguir espaço local e articulação intersetorial. Financeiro: folhetos educativos, recursos áudio visuais , balança portátil.	-Equipe de Saúde da Família. -Secretaria Municipal de Saúde.	-Favorável	- Apresentar o Projeto para a equipe e comunidade. -Estruturação das Redes

QUADRO 3: Elaboração do plano operativo, relacionadas a dificuldades de adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes no Município de Pedra do Anta-MG.

Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Operações estratégicas	Responsável	Prazo
Multiplicando o conhecimento Aumentar o nível de informação da população hipertensa e diabética	População mais informada sobre a hipertensão e diabetes e das consequências da não adesão ao tratamento proposto	Avaliar os níveis de informação sobre a hipertensão arterial, diabetes e adesão ao tratamento.	- Apresentar o Projeto para a equipe. - Estruturação das Redes	- Equipe de Saúde da Família. - Secretaria Municipal de Saúde.	Dois meses para inicio das atividades
Apoio familiar e da farmácia é fundamental Aumentar o nível de conhecimento dos familiares sobre a importância da adesão ao	Grupo familiar comprometidos com o tratamento e acompanhamento dos seus membros familiares	Maior número de familiares participando e acompanhando o tratamento da hipertensão	- Apresentar o Projeto para a equipe. - Estruturação das Redes	- Equipe de Saúde da Família. - Secretaria Municipal de Saúde.	Dois meses para inicio das atividades

<p>tratamento anti-hipertensivo e antidiabético.</p> <p>Conscientização dos profissionais da farmácia da importância do fracionamento do medicamento para os usuários hipertensos e diabéticos com dificuldade de uso.</p>	<p>portadores de hipertensão e diabetes Profissionais da farmácia conscientes dos benefícios dispensados saúde hipertensos diabéticos</p>	<p>arterial e da diabetes de seus membros familiares portadores das referidas patologias.</p> <p>Maior conscientização dos profissionais da farmácia em relação aos benefícios dispensados aos hipertensos e diabéticos.</p>			
<p>Cuidar melhor</p> <p>Modificar hábitos e estilos de vida da população idosa hipertensa e diabética</p>	<p>Diminuir o número de hipertensos e diabéticos descompensados em 90 %.</p> <p>Diminuir o número de internações por hipertensão e diabetes descompensados para 0%.</p> <p>Reducir ao Máximo o número de internações por AVE.</p>	<p>Avaliação do nível de informação da população sobre habito de vida saudável.</p> <p>Avaliação: sobre participação da população hipertensa e diabética nas caminhadas orientadas.</p> <p>Avaliação: sobre valores pressóricos e glicêmicos dentro dos limites da normalidades.</p>	<p>-Apresentar Projeto para a equipe.</p> <p>-Estruturação das Redes</p>	<p>-Equipe de Saúde da Família.</p> <p>-Secretaria Municipal de Saúde.</p>	<p>Dois meses para inicio das atividades</p>

7 CONCLUSÃO

As ações de promoção da saúde para a prevenção de AVE exigem mudança de estilo de vida. Em função disso, Ishitani *et al* (2006) afirmam que programas com esse objetivo podem resultar em baixa adesão dos usuários na fase pré-clínica do problema. Muitos pacientes procuram por intervenções curativas, quando já apresentam sinais de complicações cardiovasculares. O profissional de saúde deve descobrir novas alternativas no cuidado com a saúde do hipertenso e do diabético. Especialmente, em relação às ações de prevenção, tendo em vista que mesmo conhecedores dos riscos de se manterem valores pressóricos e glicêmicos elevados, esses pacientes evitam ações educativas, consulta médica e uso de medicamento.

Conclui-se que, a partir da elaboração deste Plano de Intervenção para a assistência que é prestada aos usuários portadores de hipertensão e diabetes na área de abrangência da ESF do município de Pedra do Anta foi extremamente importante para traçar as ações que devem ser executadas pela equipe multiprofissional, juntamente com as parcerias, visando atingir o objetivo final dentro dos prazos estabelecidos, visto que a hipertensão e a diabetes se tornaram problemas de saúde pública. O levantamento de dados a partir do diagnóstico situacional possibilitou a identificação de três principais fatores de risco (baixo nível de informação da população acerca da hipertensão e diabetes, dificuldade no uso do medicamento proposto, devido o alto índice de analfabetismo e os hábitos e estilos de vida inadequados que favorecem o aparecimento de problemas cardiovasculares) contribuintes para a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo e antidiabético, eventos esses desencadeantes do desenvolvimento de doenças cardiovasculares, especialmente o AVC, e que colaboram negativamente na qualidade de vidas dessa população.

Desse modo é necessário que se coloque em prática as medidas de promoção e prevenção, visto que os fatores condicionantes dos problemas são passíveis de atuação pela equipe da Estratégia de Saúde da Família. Lembrando que todo plano deve ser avaliado e implementado anualmente ou de acordo com as necessidades e ser alterado quantas vezes se fizer necessário.

Espera-se que a partir da implantação do plano de intervenção seja atendido o propósito que é manter os níveis pressóricos e glicêmicos dos usuários dentro dos limites preconizado pelo Ministério de Saúde, a fim de reduzir as incidências de doenças cardiovasculares principalmente o AVC e melhorar desse modo a qualidade de vida dos usuários hipertensos e diabéticos.

REFERÊNCIAS

BOAS, Lilian Cristiane Gomes-Villas et al . Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 2, jun. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000200008&lng=pt&nrm=iso>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de Reorganização da atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CARDOSO, F.C. et al. **Modulo3: Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, [Ceoopmed](#), 2010.

CHAVES, M.L. Acidente Vascular Encefálico: Conceituação e Fatores de Risco. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Porto Alegre, RS, v.7, n.4, out/dez, 2000. Disponível em: departamentos.cardiol.br/dna/revista/7-4/012.pdf.

CERVATO, A. M. et al. Dieta Habitual e Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.13, n.3, p.228, jun. 1997. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50034-89101997003000038&script=sci_arttext.

ISHITANI, L.H; FRANCO, G. C; PERPÉTUO, I. H. O; FRANÇA, E. Desigualdade Social e Mortalidade Precoce por Doenças Cardiovasculares no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.40, n.4, ago. 2006.

KLEIN, John Manuel; GONCALVES, Alda da Graça André. A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. **Psico-USF (Impr.)**, Itatiba, v. 10, n. 2, dez. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712005000200002&lng=pt&nrm=iso>.

PEREIRA, F; COELHO, F.B; BARROS, H. Acidente Vascular Cerebral Hospitalização, Mortalidade e Prognóstico. **Acta med Port**. Porto, n.17, p. 187-192, abr. 2004. Disponível em: www.actameddicaportuguesa.com.pdf/2004-17/3/87.192.pdf.

MELO, Maria do Carmo Barros de; SILVA, Nara Lúcia Carvalho da . **Urgência em atenção básica em saúde**. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 137p. Disponível em: http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo_6/3.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a Saúde do Adulto: Conteúdo técnico da linha-guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica**. Belo Horizonte:SAS/MG, 2013.

RIBEIRO, Amanda Gomes et al . Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. **Rev. Nutr.**, Campinas , v. 25, n. 2, abr. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732012000200009&lng=pt&nrm=iso>.

SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo et al . Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 3, set. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000300003&lng=pt&nrm=iso>.

TEIXEIRA, E.R. et al. O Estilo de Vida do Cliente com Hipertensão Arterial e o Cuidado com a Saúde. **Revista de Enfermagem**. V. 10, n. 3, p. 380 dez. 2006. Disponível: www.scielo.br/pdf/ean?v10n3a04.

VITOR, Allyne Fortes et al. Perfil das condições de seguimento terapêutico em portadores de hipertensão arterial. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, jun. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000200006&lng=pt&nrm=iso>.