

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

ALINE DOS SANTOS PEREIRA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA O ENFRENTAMENTO DA HIPERTENSÃO E
DIABETES NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ARYL PONTES LYRA- SÃO
JOSÉ DA LAJE, ALAGOAS.**

São José da Laje/Alagoas

2016

ALINE DOS SANTOS PEREIRA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA O ENFRENTAMENTO DA HIPERTENSÃO E
DIABETES NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ARYL PONTES LYRA- SÃO
JOSÉ DA LAJE, 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: Especialista Tereza Angélica Lopes De Assis

São José da Laje/Alagoas

2016

ALINE DOS SANTOS PEREIRA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA O ENFRENTAMENTO DA HIPERTENSÃO E
DIABETES NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ARLY PONTES LYRA- SÃO
JOSÉ DA LAJE, ALAGOAS.**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Nome - Tereza Angélica Lopes De Assis, UFAL

Examinador 2 – Prof.Marília Rezende da Silveira, UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2016.

RESUMO

No Brasil, os altos índices de óbitos causados por doenças crônicas decorrem do estágio atual da transição demográfico/epidemiológica, resultando no envelhecimento populacional. Dentre elas, a hipertensão arterial e o diabetes mellitus são as mais comuns, cujo tratamento e controle exigem alterações de comportamento em relação à dieta, ingestão de medicamentos e o estilo de vida. A equipe de saúde elegeu a baixa adesão ao tratamento entre hipertensos e diabéticos como problema prioritário da área de abrangência a ser enfrentado, pois foi verificado o uso de subdoses da medicação, alimentação inadequada, expressivo número de obesos, sedentários e etilistas. O presente estudo objetivou propor um plano de intervenção que visa aumentar a aderência ao tratamento entre os usuários da unidade básica de saúde Aryl Pontes, localizada em São José da Laje, Alagoas. Foram obtidos dados sobre o município utilizando-se como fonte o IBGE e realizada pesquisa bibliográfica na base de dados SCIELO, BIREME e LILACS a partir de descritores: hipertensão arterial, diabetes, educação em saúde. Para intervir nesse grupo foi desenvolvida uma ficha cadastral e elaborados planos de ações direcionados a população alvo, são eles: Projeto Viva Mais, Projeto Sabe Tudo, Dose Certa, Posto 10. O manejo da hipertensão arterial e do diabetes mellitus deve ser feito dentro de um sistema hierarquizado de saúde, sendo sua base o nível primário de atendimento. A equipe de saúde da família é imprescindível neste processo, fazendo o levantamento epidemiológico e propondo medidas preventivas, de controle e tratamento.

Palavras-chave: Hipertensão Aterial- Diabetes Mellitus – Educação em saúde

ABSTRACT

In Brazil, the high death rates caused by chronic diseases stem the current stage of demographic / epidemiological transition, resulting in an aging population. Among them, high blood pressure and diabetes mellitus are the most common, the treatment and control require behavioral changes from the diet, medication intake and lifestyle. The health team chose the low adherence to treatment of hypertension and diabetes as a priority issue the coverage area to be faced because it was checked using doses of medication, inadequate nutrition, a significant number of obese, sedentary and alcoholics. This study aimed to propose an action plan aimed at increasing adherence to treatment among users of primary care unit Aryl Pontes Lyra, located in São José da Laje, Alagoas. Data were obtained on the municipality using as source the IBGE and literature held in SCIELO database, BIREME and LILACS from descriptors: blood pressure, diabetes, health education. To intervene in this group we developed a registration form and elaborate action plans aimed at the target population, they are: Project Live Longer, Project Knows Best, Dose One, Tour 10. The management of hypertension and diabetes mellitus must be made within a hierarchical health system, with its base the primary level of care. The health team of the family is essential in this process, making the epidemiological survey and proposing preventive measures, control and treatment.

Key words: Hypertension Aterial- Diabetes Mellitus – Health Education

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

UBS – Unidade Básica de Saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ESF – Equipe de Saúde da Família

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

DM – Diabetes Mellitus

HIPERDIA – Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes

SMS – Secretária Municipal de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 JUSTIFICATIVA.....	11
3 OBJETIVOS.....	13
4 METODOLOGIA.....	14
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	16
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	19
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	
9 ANEXO.....	

1 INTRODUÇÃO

O município de São José da Laje

O município de São José da Laje está localizado na região norte-nordeste do Estado de Alagoas, limitando-se a norte e oeste com o Estado de Pernambuco, a sul com União dos Palmares e Santana do Mundaú e a leste com Ibateguara. O acesso a partir de Maceió é feito através da rodovia pavimentada BR-104 mais um pequeno trecho da AL-110, com percurso total em torno de 88 km.

Segundo o censo 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população total residente é de 22.686 habitantes. A rede pública de saúde dispõe de 12 estabelecimentos de saúde pública, sendo 1 deles com internação hospitalar e os demais são estabelecimentos com atendimento ambulatorial. Na área educacional, existem 03 escolas de ensino pré-escolar, 40 escolas de ensino fundamental e 01 escola de ensino médio. No município existem 4.795 domicílios particulares permanentes, dos quais 3.970 (82,80%) possuem banheiro ou sanitário e destes, apenas 2.152 (44,90%) possuem banheiro e esgotamento sanitário via rede geral. Cerca de 60% são abastecidos pela rede geral de água, enquanto que 26,20% são abastecidos por poço ou nascente e 14% utilizam outras formas de abastecimento. Apenas 3.195 (66,60%) domicílios são atendidos pela coleta de lixo, evidenciando a existência de uma fonte de sérios problemas ambientais e de saúde pública para a população.

As principais atividades econômicas são: agropecuária e comércio. Atualmente conta com 136 empresas. Na área de pecuária, conta com os seguintes rebanhos (cabeças): Bovinos, suínos, eqüinos, asininos, muares, ovinos, caprinos, aves. Na área agrícola se destaca a produção de açúcar pela Usina Serra Grande, localizada na vizinhança da cidade.

Comunidade Armando Lira

O conjunto Armando Lira é uma comunidade que possui 1006 casas e apresenta cerca de 4000 habitantes localizado na periferia do município de São José da Laje. Foi inaugurado em dezembro 2011, e suas casas destinadas às vítimas da enchente de 2010.

A população empregada vive basicamente do trabalho no serviço público e na usina de cana-de-açúcar. É alto o número de desempregados e subempregados. As famílias são numerosas, demonstrando que não há nenhum planejamento familiar sequer.

A região dispõe de uma escola, uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e está sendo construída uma creche. Apesar de ser um conjunto habitacional novo, o calçamento das ruas está bastante precário, assim como a iluminação, o que facilita a ocorrência de crimes na região. A estrutura de saneamento é deficiente, sobretudo o sistema de esgoto. Outras dificuldades encontradas consistem na ausência de área para lazer e segurança pública.

Unidade de saúde

A UBS Aryl Pontes Lyra foi inaugurada há pouco mais de um ano, contudo apesar de nova apresenta deficiências quanto a sua infra estrutura. Está localizada na quadra C, no Conjunto Residencial Armando Lira e possui 3786 usuários cadastrados.

A unidade é composta por uma recepção, uma farmácia, sala de vacina, pré-consulta, de procedimentos, de reuniões e da direção administrativa, consultório clínico, de enfermagem, odontológico, copa, banheiros, almoxarifado. A equipe é composta por 1 médico, 1 enfermeira, 1 dentista, 2 técnicas de enfermagem, 8 Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A pequena variedade e quantidade de medicações disponibilizadas, ausência de ar-condicionado ou mesmo ventilador nos consultórios, inexistências de negatoscópio, escassez de material para curativo, são algumas das carências que prejudicam o atendimento à população.

A situação problema

Os problemas da unidade foram selecionados a partir da observação situacional durante as consultas médicas e também da análise das fontes de dados disponíveis a partir da produção mensal da Equipe de Saúde da Família (ESF) Aryl Pontes Lyra e da ficha A, alimentada semanalmente pelos agentes de saúde. De acordo os problemas identificados, a situação a ser abordada é: baixa aderência ao

tratamento farmacológico e não farmacológico de pacientes hipertensos e diabéticos.

Considerando que a população da UBS Aryl Pontes Lyra apresenta um número significativo de hipertensos e diabéticos – 356 e 109 respectivamente – tal fato interfere diretamente no número de complicações agudas e crônicas dessas doenças, o que acarreta em aumento da demanda espontânea, desta forma uma intervenção sobre esse grupo traria grandes benefícios à comunidade.

Foi possível identificar a baixa aderência ao tratamento de portadores dessas patologias: pacientes fazendo uso de subdoses da medicação, a posologia sendo feita de forma incorreta; ingestão de alimentos ricos em carboidratos e gordura; diabéticos com precária higienização, sobretudo das lesões ulceradas; expressivo número de pacientes com sobrepeso, obesidade e sedentários; número significativo de usuários etilistas e tabagistas.

O conhecimento da morbidade, assim como suas conseqüências, não são compreendidas por grande parte da população e isto pode ser explicado pela baixa escolaridade da maioria. Desta forma, a adoção de hábitos saudáveis e de higiene, eliminação de fatores que contribuem para as complicações da doença, adesão ao tratamento medicamentoso são alvos da intervenção.

Agindo em conjunto com a secretária municipal de saúde de São José da Laje, nutricionistas do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), a equipe da unidade de saúde Aryl Pontes Lyra visa estimular os usuários a adotarem alimentação mais saudável, incentivar a prática de atividade física; estimular redução do peso e abandono do etilismo e tabagismo; alertar sobre riscos de complicações das doenças; instruir sobre o tratamento medicamentoso. Esses estímulos e orientações serão transmitidos a população por meio de palestras educativas, distribuição de panfletos e orientações durante as consultas e visitas domiciliares.

2 JUSTIFICATIVA

Nas últimas décadas, houve uma importante mudança no perfil da mortalidade da população brasileira, com aumento dos óbitos causados por doenças crônico-degenerativas e causas externas. As doenças cardiovasculares são as causas mais comuns de morbidade e mortalidade em todo o mundo e, entre os fatores de risco para doença cardiovascular, encontram-se o diabetes mellitus e a hipertensão arterial, fatores independentes e sinérgicos (FISCHMANN *et al*, 2002).

O Estudo Multicêntrico sobre a Prevalência do Diabetes no Brasil evidenciou a influência da idade na prevalência de DM e observou incremento de 2,7% na faixa etária de 30 a 59 anos para 17,4% na de 60 a 69 anos, ou seja, um aumento de 6,4 vezes. Cerca de 50% dessas pessoas desconhecem o diagnóstico, e 25% da população diabética não fazem nenhum tratamento (MALERBI *et al*, 1992)

São muitos os fatores identificados que contribuem para a elevação dos níveis pressóricos, entre os quais se destacam idade avançada, etnia negra, obesidade, consumo excessivo de álcool, sedentarismo, dislipidemias, diabetes mellitus e alto teor de sódio na alimentação (GIROTTO *et al*, 2013). Deste modo, para tornar o controle da hipertensão mais eficaz, torna-se indispensável, além do seu tratamento, também o controle de seus fatores de risco.

A não adesão ao tratamento medicamentoso é a principal responsável pelas falhas no tratamento, pelo uso irracional de medicamentos e por agravos no processo patológico. Tendo como consequência maiores custos a saúde pública do país devido ao aumento no número de casos de intoxicações e internações hospitalares (BUSNELLO, 2001).

Na realidade da equipe do Armando Lyra são constantes os atendimentos de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) sem controle pressórico ou mesmo glicêmico, que freqüentemente buscam atendimento devido à descompensações ou mesmo complicações dessas patologias. É notória a falta de adesão dos usuários ao tratamento farmacológico e a mudança do estilo de vida, percebidas durante as consultas médicas e domiciliares. Dessa forma, devido ao significativo número de hipertensos e diabéticos na população da área de abrangência e ao baixo grau de aderência ao tratamento, que pode acarretar em graves complicações à saúde, acredita-se que o projeto de intervenção proposto

traria benefícios e melhoria das condições de saúde e qualidade de vida dos usuários.

3 OBJETIVOS

Geral:

- Elaborar um projeto de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento da hipertensão e diabetes na área de abrangência da Aryl Pontes Lyra.

Específicos:

- Estimular os usuários a adotarem alimentação mais saudável
- Incentivar a prática de atividade física
- Incitar a redução de sobrepeso, tabagismo e etilismo
- Alertar sobre riscos de complicações das doenças abordadas
- Instruir sobre o tratamento medicamentoso

4 METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão da literatura de apoio e análise de artigos científicos disponibilizados nos sites de estudos e pesquisas científicas SCIELO, BIREME e LILACS utilizando-se os seguintes descritores: “Hipertensão Arterial”- “Diabetes Mellitus” “ Educação em saúde”, “ Atenção Primária em Saúde”. Na busca inicial foram identificados 32 artigos na base de dados e, após exclusão de artigos que não abordavam o tema da pesquisa, foram selecionados 14 artigos.

Os dados iniciais sobre a cidade de São José da Laje –AL e da comunidade do Armando Lyra foram obtidos de descrições do IBGE no ano de 2010, de relatórios produzidos pela equipe da UBS Aryl Pontes Lyra e de informações extraídas junto a Secretária Municipal de Saúde (SMS).

Para abordar os pacientes hipertensos e diabéticos da área de abrangência, a proposta inicial consiste na realização do cadastro na unidade de saúde de todos os usuários que apresentem uma ou ambas as patologias. O cadastro será realizado após confirmação diagnóstica realizada durante as visitas domiciliares, consultas médicas e de enfermagem.

Para isso, será utilizada uma ficha, disponível no anexo 1, na qual serão preenchidos dados de identificação, antropométricos(peso, altura, circunferência abdominal,IMC), patologia (hipertensão e/ou diabetes), fatores de risco (tabagismo, etilismo,sedentarismo), frequência cardíaca,pressão arterial, pelo ACS, técnico de enfermagem e enfermeira.

Além disso, foram criados planos de ações para abordagem da população alvo, como: 1) Projeto Viva Mais, que visa estimular hábitos e estilo de vida saudável; 2) Projeto Sabe Tudo, com o intuito de aumentar o nível de compreensão dos pacientes sobre doenças e suas conseqüências; 3) Dose Certa, cuja pretensão é instruir o uso de medicação de forma contínua e correta; 4) Posto 10, melhorar os recursos e ambiente físico para atender pacientes com potencial para desenvolver hipertensão e diabetes.

As ações contarão com a participação de profissionais de saúde da equipe do ESF em questão e da equipe expandida, com o apoio do NASF e serão aplicados durante as consultas médicas e de enfermagem, visitas domiciliares, pré-consulta e por meio de palestras educativas e distribuição de panfletos na comunidade com informativos sobre alimentação e atividade física. A proposta é realizar abordagem

multidisciplinar, orientar, possibilitar a troca de experiências e esclarecimento de dúvidas.

Conta-se com o apoio da gestão municipal no sentido de fornecer subsídios e recursos para a execução das ações dos projetos.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Atualmente, pode-se observar que houve transformações quanto à incidência e à prevalência das doenças, bem como quanto às principais causas de morte. No Brasil, os altos índices de óbitos causados por doenças crônicas decorrem do estágio atual da transição demográfico/epidemiológica pela qual passa a população brasileira, resultando no envelhecimento populacional (MARTINS, 2007). Tais mudanças permitem que aspirem a uma vida mais longa, sem preocupação com limitações, incapacidades e dependências, próprias do envelhecimento (MIRANZI, 2008).

Dentre as doenças crônicas, a hipertensão arterial e o diabetes mellitus são as mais comuns, cujo tratamento e controle exigem alterações de comportamento em relação à dieta, ingestão de medicamentos e o estilo de vida. Estas alterações podem comprometer a qualidade de vida, se não houver orientação adequada quanto ao tratamento ou o reconhecimento da importância das complicações que decorrem destas patologias (LAU E NAU, 2004).

Apesar de serem doenças de baixa gravidade, caracterizam-se por sua cronicidade e pela pouca ou inexistência de sintomas específicos. Além de serem fatores de risco para um grande número de morbidades cardiovasculares, aos quais geram enormes danos socioeconômicos para o país. Portanto, o seu controle é um desafio para o sistema público de saúde (BRASIL, 2002).

A adesão corresponde à concordância entre a prescrição médica e a conduta do próprio paciente (LEITE, 2003). Porém, são muitos os fatores que contribuem para a falta de adesão, tais como as dificuldades financeiras, o maior número de medicamentos prescritos, o esquema terapêutico, os efeitos adversos dos medicamentos, a dificuldade de acesso ao sistema de saúde, a inadequação da relação médico-paciente, a característica assintomática da doença e a sua cronicidade (BUSNELLO, 2001).

A manutenção da aderência ao tratamento do diabetes é a estratégia chave para se alcançar o controle glicêmico adequado e os pacientes diabéticos utilizam, com frequência, um número elevado de medicamentos, não somente para essa patologia, mas também para as co-morbidades associadas, como a hipertensão arterial e a dislipidemia, o que tem tornado a aderência ao tratamento um grande desafio (PIERIN, 2001).

No Brasil, os estudos pontuais sobre adesão ao tratamento da hipertensão arterial registram índice de até 50% de abandono durante o primeiro ano em que o paciente se submete ao acompanhamento médico, e, após cinco anos, apenas 17% dos pacientes permaneciam em tratamento (MION E NOBRE, 2002).

Em relação ao conjunto de fatores de risco para as doenças cardiovasculares no Brasil, pode-se afirmar que eles são similares aos observados em qualquer outro país desenvolvido (BERTOLAMI E BERTOLAMI, 2006).

O tabagismo é um fator de risco cardiovascular importante, ainda que reversível, e sua prevalência no Brasil situa-se em torno de 20 a 30%, com predomínio no sexo masculino (BLOCH et al, 2006). Os homens e as mulheres que fumam 20 cigarros por dia, têm três e seis vezes mais chance, respectivamente, de serem acometidos de um infarto do miocárdio, em comparação com os não fumantes (MION E NOBRE, 2002).

A obesidade, por sua vez, também é um exponencial fator de risco para a doença cardiovascular. Cerca de dois terços da população americana encontra-se com sobrepeso ou obesidade, enquanto que no Brasil, 8% dos homens e 12,4% das mulheres são portadores de obesidade (GUIMARÃES et al, 2006).

A inatividade física tem sido identificada não só como um fator de risco independente para o desenvolvimento da DCV, mas, também, relacionada à maior prevalência de hipertensão, obesidade, diabetes e dislipidemia (MION E NOBRE, 2002).

Visando um acompanhamento constante, e devido ao aumento dos agravos em pacientes portadores de doenças cardiovasculares, foi criado em 2002, um Plano de Reorganização da Atenção à HAS e DM, denominado Hiperdia. Este programa objetiva atacar a fundo estes agravos, estabelecendo metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas patologias, através da reorganização do trabalho de atenção à saúde, das unidades da rede básica dos Serviços de Saúde (BRASIL, 2002). O bom relacionamento entre a equipe da Unidade de Saúde da Família (USF) e os pacientes cadastrados nesta, irá de maneira expressiva, melhorar o funcionamento deste programa (LIMA, 2012).

Existem muitas estratégias para avaliar a (não) adesão ao tratamento da hipertensão, no entanto, não há consenso sobre um padrão ouro (SANTA HELENA, et al, 2008). Vários métodos indiretos têm sido utilizados na avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes portadores de hipertensão arterial, tais

como contagem de comprimidos, relatório do usuário, opinião do profissional de saúde, resposta clínica, monitorização eletrônica da medicação; ou diretos, dosagem em líquidos corporais do princípio ativo/metabólito do fármaco (SOUZA, 2008).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Por meio do diagnóstico situacional da população adscrita pela equipe de Saúde Aryl Pontes Lyra foi possível identificar um significativo problema encontrado na comunidade: baixa aderência ao tratamento entre hipertensos e diabéticos.

Para abordar esse grupo, após o cadastrado na unidade de saúde, será iniciado durante as consultas médicas e de enfermagem, adequado tratamento, dada as devidas orientações para mudança do estilo de vida, encaminhamento a nutricionista e avaliada a necessidade de solicitar exames complementares.

Todos os usuários deverão comparecer as consultar no dia destinado ao Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes (HIPERDIA) pelo menos uma vez a cada dois meses e receber visita domiciliares pelo ACS uma vez ao mês.

“Quadro 1 – Operações sobre o “nó crítico x” relacionado ao problema” , na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Aryl Pontes Lyra, em São José da Laje, Alagoas

Nó crítico 1	Hábitos e estilo de vida inadequado
Operação	Viva Mais
Projeto	Estimular hábitos e estilo de vida saudável
Resultados esperados	Dieta personalizada de 20% dos hipertensos e diabéticos cadastrados Redução de peso de 10% em 6 meses Prática de atividade física diária
Produtos esperados	Programa caminhada diária Programa “menos sal, mais saúde” Dieta personalizada
Atores sociais/ responsabilidades	Médica, enfermeira, técnica de enfermagem,

Recursos necessários	Estrutural: divulgação por parte dos ACS na comunidade, distribuição de panfletos, palestras, consultas com a nutricionista Cognitivo: estímulo e informação Político: mobilização social, Financeiro: panfletos educativos, recursos audiovisuais.
Recursos críticos	Disponibilidade de nutricionista na unidade e recurso financeiro para imprimir panfletos e obter recursos áudio visual
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretária Municipal de Saúde e NASF Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Não é necessária
Responsáveis:	Médico, enfermeiro, nutricionista, educador físico, agentes comunitários de saúde
Cronograma / Prazo	6 meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	Em acompanhamento

“Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema” , na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Aryl Pontes Lyra, em São José da Laje, Alagoas

Nó crítico 1	Baixo nível de informação sobre a doença e suas complicações
Operação	Sabe Tudo

Projeto	Aumentar o nível de compreensão sobre a doença e suas conseqüências
Resultados esperados	Notificação ao médico sobre surgimento de qualquer sintoma suspeito Uso contínuo das medicações Controle dos níveis glicêmicos e pressóricos
Produtos esperados	Estratégia de autocuidado Prevenção do pé-diabético
Atores sociais/ responsabilidades	Médica, enfermeira, técnica de enfermagem
Recursos necessários	Estrutural: divulgação por parte dos ACS na comunidade, distribuição de panfletos, palestras Cognitivo: estímulo e informação Político: mobilização social Financeiro: panfletos educativos, recursos audiovisuais.
Recursos críticos	Recurso financeiro para imprimir panfletos e obter materiais áudio visuais
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretária Municipal de Saúde Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Não é necessária
Responsáveis:	Médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde

Cronograma / Prazo	6 meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	Em acompanhamento

“Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema” , na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Aryl Pontes Lyra, em São José da Laje, Alagoas

Nó crítico 1	Adesão ao tratamento medicamentoso
Operação	Dose certa
Projeto	Instruir o uso de medicação de forma contínua e correta
Resultados esperados	<p>Maior controle dos níveis tensionais e glicêmicos</p> <p>Menor ocorrência de complicações</p> <p>Redução da mortalidade</p>
Produtos esperados	<p>Medicação</p> <p>Métodos pedagógicos</p> <p>Materiais plásticos e escolares</p>
Atores sociais/ responsabilidades	Médica, enfermeira, técnica de enfermagem, Acs
Recursos necessários	<p>Organizacional: criação de métodos adaptativos de prescrição de medicação para analfabetos, distribuição de recipientes com nome de medicação, acompanhamento semanal do ACS dos usuários</p> <p>Cognitivo: uso de métodos pedagógicos</p> <p>Político: articulação entre equipe, professores da escola do bairro e usuários</p>

Recursos críticos	Disponibilidade de nutricionista na unidade e recurso financeiro para imprimir panfletos e obter recursos áudio visuais
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretária Municipal de Saúde Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Não é necessária
Responsáveis:	Médico, enfermeiro, dentista, agentes comunitários de saúde
Cronograma / Prazo	3 meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	Em acompanhamento

“Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema” , na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Aryl Pontes Lyra, em São José da Laje, Alagoas

Nó crítico 1	Estrutura na unidade de saúde
Operação	Posto 10
Projeto	Melhorar os recursos e ambiente físico para atender pacientes com potencial para desenvolver doença cardiovascular
Resultados esperados	Acolhimento adequado e eficaz por parte da equipe de saúde Disponibilidade de tensiômetro adequado para peso e idade, fitas e aparelho para medir glicemia capilar, fita métrica Distribuição de medicação de forma contínua
Produtos esperados	Capacitação da equipe Fornecimento de remédios

	Fornecimento de equipamentos e materiais
Atores sociais/ responsabilidades	Médica, enfermeira, técnica de enfermagem, ACS SMS
Recursos necessários	Político: recursos para estruturar unidade Financeiro: licitações para distribuição de equipamentos, medicação em materiais Organizacional: articulação entre equipe, diretor da unidade e SMS Cognitivo: elaboração e adequação
Recursos críticos	Envio de medicações, materiais e equipamentos por parte da SMS
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretária Municipal de Saúde Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Não é necessária
Responsáveis:	Médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde
Cronograma / Prazo	3 meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	Em acompanhamento

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de intervenção abordada neste estudo tem o intuito de melhorar um problema comum a diversas unidades de saúde do Brasil, que é a baixa adesão ao tratamento de pacientes hipertensos e diabéticos.

Por ser um tema de suma importância, é preciso que os profissionais de saúde compreendam as limitações e os aspectos negativos enfrentados pela comunidade, que impedem o tratamento adequado. Desta forma, torna-se imprescindível a criação de estratégias para amenizar ou sanar estas dificuldades como, por exemplo, facilitar o acesso a medicação, até mesmo levando a medicação no próprio domicílio, separar caixas coloridas para cada tipo de medicação, anotando os horários na frente de cada uma e a dosagem.

Além disso, o sucesso do tratamento vai depender de mudanças nos hábitos que proporcionem uma melhora na qualidade de vida: adesão a um plano alimentar saudável, prática de atividade física, redução do consumo de sal e o não consumo de tabaco e álcool.

É fundamental que o hipertenso e diabético esteja ciente de sua doença e importância do tratamento contínuo, para que os objetivos esperados sejam atingidos. Nesse ponto, a equipe de saúde torna-se responsável pelo processo de educação por meio do qual possa permitir modificações na rotina do paciente tanto em relação às doenças quanto em relação aos fatores de risco cardiovascular.

8 REFERÊNCIAS

BERTOLAMI, M. C; BERTOLAMI, A. **Epidemiologia das Dislipidemias**. Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, São Paulo, v.16, n. 1, p. 24-30, mês.2006.

BLOCH, K. V; RODRIGUES, C. S; FISZMAN, R. **Epidemiologia dos fatores de risco para a hipertensão arterial – uma revisão crítica da literatura brasileira**. Revista Brasileira de Hipertensão, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 134-143, fevereiro 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hiperdia – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – Manual de Operação**. Rio de Janeiro, 2002.

BUSNELLO RG, Melchior R, Faccin C, Vettori D, Petter J, Moreira LB, Fuchs FD. **Características Associadas ao Abandono do Acompanhamento de Pacientes Hipertensos Atendidos em um Ambulatório de Referência**. *Arq Bras Cardiol* 2001; 76(5):349-351.

COURI CEB. **Patogênese do diabetes tipo 1**. In: **Sociedade Brasileira de Endocrinologia (Org.)**. Proendócrino – módulo 3 do ciclo 1. São Paulo, Artmed. 2010.

FISCHMANN, A.; GUS, I.; MEDINA, C. **Prevalências de fatores de risco para a doença arterial coronária no estado do Rio Grande do Sul**. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 40-58, mar. 2002.

GIROTTTO, Edmarlon; ANDRADE, Selma Maffei de; CABRERA, Marcos Aparecido Sarria and MATSUO, Tiemi. **Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2013, vol.18, n.6, pp. 1763-1772. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000600027>.

GUIMARÃES HP, Avezum A, Piegas LS. **Obesidade Abdominal e Síndrome Metabólica**. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo 2006; 1: 41 – 7.

MARTINS JJ, Albuquerque GL, Nascimento ERP, Barra DCC, Souza WGA, Pacheco WNS. **Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio**. Texto Contexto Enferm. 2007 Abr-Jun; 16(2):254-62.

LAU, D. T; NAU, D. P. **Oral antihyperglycemic Medication Nonadherence and Subsequent Hospitalization Among Individuals With Type 2 Diabetes**. Diabetes Care, Michigan, v. 27, n. 9, p. 2149 – 2153, June 2004.

LEITE SN, Vasconcellos MPC. **Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura**. *Cien Saude Colet* 2003; 8(3):775-782.

LIMA A. S., et AL. **A importância do Programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família do município de Serra Talhada - PE, para adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso e dietético**. Saúde Coletiva em Debate, 2(1), 30-29, dez. 2012

MALERBI, Domingos A; FRANCO, Laercio J. **Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 yr**. Diabetes Care 1992; 15(11): 1509-16.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Censo IBGE/2010**, Departamento de Informática do Sistema único de Saúde – DATASUS, 2010

MION, J. D; NOBRE, F. **Risco Cardiovascular Global**. São Paulo: Lemos Editorial, 2002.

MIRANZI, Sybelle de Souza Castro et al. **Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família**. *Texto contexto - enferm*. [online]. 2008, vol.17, n.4,

PIERIN AMG. Adesão ao tratamento - conceitos. In: Nobre F, Pierin AMG, Mion Jr D. Adesão ao tratamento - o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos; 2001. p. 21-34.

SANTA HELENA, E. T.; Nemes, M. I. B.; Eluf-Neto, J. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não adesão ao tratamento com medicamentos. Rev Saúde Pública, v.42, n.4, p. 764-7, 2008.

SOUZA, W. A. Avaliação da adesão ao tratamento e dos resultados clínicos e humanísticos na investigação da hipertensão arterial resistente, Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP: 2008.

9 APÊNDICE

Ficha de cadastro e acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

Nome: _____

Endereço: _____

CNS: _____

Sexo: F() M()

Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____ C.A: _____

P.A.: _____X_____mmHg

HAS: () DM: ()

Fumo: () Nunca fumou Etilismo: () Sim Sedentário.: () Sim
() Ex-tabagista () Não () Não
() Fuma

Conduta: