

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MIRELLA BARBOSA OLIVEIRA

**FALHA TERAPEUTICA EM HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA UBS LUIS VIEIRA TIMÓTEO, EM
CAMPO ALEGRE -AL**

MACEIÓ-AL

2014

MIRELLA BARBOSA OLIVEIRA

**FALHA TERAPEUTICA EM HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA UBS LUIS VIEIRA TIMÓTEO, EM
CAMPO ALEGRE –AL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Alfenas, para obtenção de título de especialista.

Orientadora: Profa. Sabrina Joany Felizardo Neves

MACEIÓ-AL

2014

MIRELLA BARBOSA OLIVEIRA

**FALHA TERAPEUTICA EM HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA UBS LUIS VIEIRA TIMÓTEO, EM
CAMPO ALEGRE –AL**

Banca examinadora

Aprovado pela banca em _____, ____/____/____.

Maceió-AL

2014

Dedico este trabalho, inicialmente à minha família que sempre me apoia e me incentiva na conquista dos meus sonhos e me dá forças nos momentos em que o cansaço nos faz pensar em desistir. Dedico também ao meu noivo, por todo o amor e cuidado que tem por mim e por toda a compreensão pelos momentos em que preciso estar ausente.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à equipe de saúde da UBS Luis Vieira Timóteo do município de Campo Alegre-AL, pela forma atenciosa e carinhosa que me acolheram como um de seus integrantes. Agradeço ainda aos gestores de saúde do município por sempre tentar atender, dentro do possível, não apenas as necessidades da equipe de saúde, mas também dos usuários do SUS.

Agradeço ainda aos tutores do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, principalmente a minha orientadora, Professora Sabrina Joany Felizardo Neves.

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus tipo 2 (DM2) são os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, as quais, atualmente, são as principais causas de morbidade e mortalidade no mundo (29,2% da mortalidade). Devido a alta prevalência, a cronicidade, aos altos custos com internações hospitalares e ao alto grau de incapacitação por invalidez e aposentadoria precoce, a HAS e o DM2 são considerados graves problemas de saúde pública. Apesar de serem condições clínicas plenamente controláveis, o índice de falha terapêutica é alto, fato que aumenta o risco de complicações agudas e crônicas. Dessa forma o presente estudo objetivou identificar os fatores que contribuem para uma má adesão à terapia proposta pela equipe de saúde nestes pacientes e a partir desse conhecimento elaborar um projeto de intervenção para a resolução de tal problema.

Palavras chave: Atenção Primária à Saúde, Hipertensão arterial sistêmica, Diabetes Mellitus tipo 2.

ABSTRACT

The systemic arterial hypertension (HAS) and type 2 diabetes mellitus (DM2) are the major risk factors for cardiovascular disease, which, currently, are the main causes of morbidity and mortality worldwide (29.2% mortality). Due to high prevalence, chronicity, high cost of hospitalization and early retirement, hypertension and type 2 diabetes mellitus are serious public health problems. Despite being fully controlled as clinical conditions, the rate of treatment failure is high, which increases the risk of acute and chronic complications.

Knowing the factors that contribute to non-adherence to therapy is imperative. This will make it possible to build an intervention project to solve this problem.

Keywords: hypertension, type 2 diabetes mellitus, adherence, primary care, patient compliance

LISTA DE ABREVIATURS E SIGLAS

ACS	Agente comunitário de saúde
AL	Alagoas
DM	Diabetes mellitus
DCV	Doenças Cardiovasculares
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de desenvolvimento humano
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização mundial de saúde
PAS	Pressão arterial sistólica
PAD	Pressão arterial diastólica
PSF	Programa de Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
CAPS	Centro de Assistência Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 - População segundo Faixa Etária e Sexo na área de Abrangência da UBS Luis Vieira Timóteo. Campo Alegre, 2013.

Quadro 1 – Cronograma do Projeto de Intervenção

Quadro 2 – Resumo do Plano de Intervenção

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1. Estrutura física do local.....	10
1.2. Perfil da Comunidade Atendida.....	11
1.3. Dados norteadores da pesquisa.....	12
1.4. Situação Problema	12
2. JUSTIFICATIVA.....	13
3. OBJETIVOS.....	14
3.1. Objetivo geral.....	14
3.2. Objetivo específico.....	14
4. MÉTODOS.....	15
5. REVISÃO DE LETERATURA.....	16
5.1.1. Hipertensão Arterial Sistêmica.....	16
5.1.2. Diabetes Mellitus tipo 2.....	17
5.2. Tratamento e Controle.....	18
5.3. Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus tipo 2: fatores relacionados à falha terapêutica	19
6. PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	21
6.1. Acompanhamento e Resultados Esperados do Projeto de Intervenção...23	
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
8. REFERÊNCIAS.....	27

1. INTRODUÇÃO

O município de Campo Alegre se localiza a 101 km da capital de Alagoas e a 45 km do litoral. Possui uma população de 50.816 habitantes, sendo 25.025 homens e 25.791 mulheres (IBGE, 2010).

O município possui área total de 295.101 km²,(IBGE, 2010) sendo a taxa de urbanização de apenas 43,62%. A população é, portanto, predominantemente rural, sendo as principais atividades econômicas, o comércio e a agropecuária. O IDH registrado em 2013, segundo Atlas Brasil 2013 Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, foi de 0,570.

Dados de 2010 mostram que 55,7% dos moradores tinham acesso à rede de água geral com canalização em pelo menos um cômodo e apenas 24,0% possuíam adequadas formas de esgotamento sanitário. No município, ainda em 2010, 29,2% das crianças de 7 a 14 anos não estavam cursando o ensino fundamental. O percentual de alfabetização de jovens e adolescentes entre 15 e 24 anos, em 2010, era de 94,3%.(IBGE, 2010)

A rede pública de saúde dispõe de 01 hospital, 36 leitos, 06 Unidades Ambulatoriais, 08 UBS (PSF) e 02 Centros de Saúde. Não existem consultórios médicos ou odontológicos registrados no município.

A unidade básica de saúde Luis Vieira Timóteo está localizada no povoado Belo Horizonte, região central da cidade. A unidade funciona de acordo com os princípios do Programa de Saúde da Família que criou programas para doenças de maior impacto na população como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus tipo 2. A unidade possui os programas preconizados pelo mesmo, inclusive o HIPERDIA.

1.1 Estrutura Física do Local

A unidade básica de saúde (UBS) Luis Vieira Timóteo é responsável por uma grande área, dividida em 9microáreas. A unidade é equipada com computador para marcação de exames complementares e consultas médicas de outras especialidades não disponíveis no município, através do sistema tecnológico unificado, o que diminui o deslocamento dos pacientes.

A unidade básica de saúde também dispõe de consultórios médico e odontológico climatizados, sala de vacina, sala de procedimentos, sala de

nebulização, duas salas de espera, sala de consulta da enfermagem, copa, despensa, sala de reuniões, farmácia, sala da diretoria e recepção. Também dispõe de um automóvel, 1 vez por semana, para a realização das visitas domiciliares pela equipe de saúde.

O município dispõe de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e de um Centro de Assistência Psicossocial (CAPS). No entanto, ainda há dificuldade em se manter uma integração entre os setores, devido a inexistência de contra-referência entre os serviços e seus profissionais. Desta forma, não raro, tem-se que recorrer às informações, por vezes incompletas, fornecidas pelos próprios pacientes. Tal problema poderia ser sanado com um sistema computadorizado e integrado de prontuários multidisciplinares.

1.2. Perfil da Comunidade Atendida

Na área de abrangência da UBS Luis Vieira Timóteo existem cerca de 4.203 habitantes, divididos em 1.449 famílias. Destes, 420 são hipertensos com ou sem associação com DM2 e 149 são apenas diabéticos, sendo 10 deles, insulino-dependentes. Todos os hipertensos e diabéticos cadastrados são acompanhados pela equipe de saúde da família da referente UBS.

Tabela 1 - População segundo Faixa Etária e Sexo na área de Abrangência da UBS Luis Vieira Timóteo. Campo Alegre, 2013.

Faixa Etária	Masculino		Feminino	
	N	%	n	%
< 1 ano	98	2,33	95	2,26
1 a 4 anos	75	1,78	80	1,90
5 a 9 anos	104	2,47	125	2,97
10 a 14 anos	267	6,35	233	5,54
15 a 19 anos	253	6,01	237	5,63
20 a 39 anos	685	16,29	761	18,10
40 a 49 anos	214	5,09	215	5,11
50 a 59 anos	155	3,68	193	4,59
> 60 anos	204	4,85	209	4,97
Total	2055	48,89	2148	51,10

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

1.3. Dados Norteadores da Pesquisa

No Brasil, a prevalência da DM2 varia entre 5 e 12%, já a prevalência da HAS varia entre 22 a 44%. Na UBS Luis Vieira Timóteo, a prevalência de DM2 na população é aproximadamente 3,54% e de HAS, 10%. Apesar de ambas estarem abaixo da média nacional, constatou-se uma alta incidência de falha terapêutica entre os hipertensos e diabéticos cadastrados e acompanhados na referida UBS, atingindo o valor de 65%. Tal estimativa foi elaborada a partir de dados dos registros da equipe da UBS (prontuários, fichas de atendimento, relatórios).

Portanto, como prioridade, escolheu-se este problema para propor ações que visem reduzir este indicador, pois se observa ausência de ações para combater seu aumento dentro da comunidade.

1.4. Situação Problema

A falha terapêutica é definida como a não obtenção dos objetivos do tratamento proposto, estando o mesmo correto, dentro de diretrizes clínicas adequadas. Pode ser causada por: desvio de qualidade do medicamento, iatrogenia do paciente, administração incorreta, armazenamento inadequado, não adesão, entre outras.

A falha terapêutica verificada nos pacientes portadores de HAS e DM tipo 2 que são atendidos na UBS Luis Vieira Timóteo também tem etiologia multifatorial. Alguns nós críticos foram observados e catalogados pela equipe de saúde desta UBS. Dentre os principais fatores estão: baixo nível educacional da população, fato que dificulta o entendimento das prescrições; a polifarmácia; a cronicidade, que desestimula o paciente a seguir o tratamento proposto devido a impossibilidade de cura; a ausência de sintomas agudos, dificultando a lembrança do uso dos medicamentos; baixo nível socioeconômico e dificuldade em adquirir a medicação prescrita, quando há impossibilidade de aquisição na rede pública; o desconhecimento acerca de tais entidades clínicas e suas graves complicações; o sedentarismo e hábitos alimentares inadequados.

Tais fatores foram identificados após algumas discussões, em que todos os membros da equipe de saúde expuseram suas experiências e vivências sobre o tema em questão. Devido a sua importância, priorizou-se este problema para propor projetos e ações com o intuito de reduzir não apenas a falha terapêutica nos portadores de HAS e DM tipo 2, como a incidência de suas graves complicações.

2. JUSTIFICATIVA

Diabetes Mellitus tipo 2 e a Hipertensão Arterial Sistêmica são importantes problemas de saúde pública, não apenas pela alta prevalência e incidência, mas por possuírem alta morbimortalidade, fato que eleva de forma expressiva os gastos para a saúde pública brasileira. No entanto, são plenamente controláveis, na maioria das vezes, através do tratamento medicamentoso e de medidas comportamentais.

A não adesão ao tratamento é um dos principais fatores relacionados aos altos índices de falha terapêutica nesse grupo. Em concordância com a literatura, também se verificou baixa adesão ao tratamento proposto pela equipe pelos pacientes cadastrados no HIPERDIA da Unidade Básica de Saúde Luis Vieira Timóteo, baseando-se em dados coletados nos registros da equipe da UBS (prontuários, fichas de atendimento, relatórios e outros).

O presente estudo visa detectar quais os fatores que favorecem a baixa adesão ao tratamento, assim como os demais fatores responsáveis pela falha terapêutica em pacientes diabéticos e/ou hipertensos. Tais dados foram utilizados como embasamento para a elaboração de um plano de ação a fim de reduzir tal índice.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

1. Elaborar um projeto de intervenção a fim de reduzir o índice de falha terapêutica em hipertensos e diabéticos atendidos pelo programa HIPERDIAna Unidade Básica de Saúde Luis Vieira Timóteo, em Campo Alegre, AL.

3.2 Específicos

1. Propor estratégias para reduzir a falha terapêutica em hipertensos e diabéticos assistidos pela equipe de saúde da família da UBS Luis Vieira Timóteo;

2. Reduzir o índice de complicações de tais entidades clínicas na comunidade

4. MÉTODOS

A proposta de intervenção para reduzir o índice de falha terapêutica em hipertensos e diabéticos atendidos pelo programa HIPERDIAna Unidade Básica de Saúde Luis Vieira Timóteo, em Campo Alegre, AL, foi elaborada tomando-se como pilares as etapas de diagnóstico situacional, revisão bibliográfica da literatura e a estruturação de um plano de ação propriamente dito.

Durante análise situacional realizada pela equipe de saúde, dados sobre o índice de falha terapêutica em hipertensos e diabéticos foram coletados nos registros da equipe da UBS (prontuários, fichas de atendimento, relatórios e outros).

Após essa etapa de identificação do problema, elaborou-se um plano de ação a fim de reduzir este índice. Com este trabalho, desenvolveu-se uma proposta de intervenção com 4 (quatro) grandes ações que envolvem a modificação de hábitos alimentares inadequados e aquisição de um estilo de vida mais saudável; fornecimento de informações aos pacientes sobre a importância do tratamento regular e a diminuição da má adesão por falta de entendimento do tratamento, assim como melhorar a estrutura dos serviços de saúde para o atendimento aos pacientes hipertensos e /ou diabéticos.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1. Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus tipo 2: aspectos clínicos e epidemiológicos.

Atualmente, verifica-se uma importante mudança epidemiológica no Brasil. De forma geral, essa transição caracteriza-se pela substituição da morbimortalidade relacionada às doenças infectoparasitárias para àquelas relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis (CARMO; BARRETO; BARBOSA, 2003; LESSA et al, 2010). Nesse cenário, há substituição progressiva da mortalidade pela morbidade, uma vez que as enfermidades crônicas caracterizam-se justamente pela longa duração.

As doenças cardiovasculares (DCV) estão entre as principais causas de morbimortalidade no mundo (29,2% da mortalidade) (GOMES et al, 2006). No Brasil, também figuram como primeira causa de mortalidade nas últimas décadas, tendo sido responsáveis por 32% dos óbitos de indivíduos acima dos 30 anos em 2005 (Taylor L, 2010). Em 2011 ocorreram 335.213 óbitos por doenças do aparelho circulatório, e a taxa de mortalidade para 100.000 habitantes foi de 174,2 (DATASUS, 2012).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus tipo 2 (DM2) surgem nesse cenário como os principais fatores de risco para tais doenças. Em 1985, estimava-se que existissem 30 milhões de adultos com Diabetes no mundo; esse número aumentou para 135 milhões em 1995, atingindo 173 milhões em 2002, com projeção de chegar a 300 milhões no ano 2030 (LYRA et al., 2006). Na população abaixo de 60 anos, a prevalência da hipertensão arterial (HAS) varia de acordo com a região estudada (22% a 44% no Brasil), sendo de 60% a 80% entre os idosos. (CARVALHO, 2013)

5.1.1. Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica com alta prevalência e baixas taxas de controle, que se caracteriza por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), estando a PAS \geq 140 mmHg e/ou de PAD \geq 90 mmHg em medidas de consultório, em condições ideais, em pelo menos três ocasiões. (HIPERTENSÃO, 2004)

Segundo a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, em 2001, aproximadamente 7,6 milhões de óbitos no mundo foram atribuídos à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos.

Estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares. No Brasil, 14 estudos populacionais realizados nos últimos quinze anos com 14.783 indivíduos (PA < 140/90 mmHg) revelaram baixos níveis de controle da PA (19,6%). No entanto, essas taxas podem estar superestimadas. (HIPERTENSÃO, 2004)

A VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão define os principais fatores de risco para a HAS, dentre eles estão: fatores genéticos; idade, pois existe relação direta e linear da PA com a idade; raça, já que a HAS é 2 vezes mais prevalente em indivíduos de raça não branca; obesidade, estresse, vida sedentária, álcool, e alta ingestão de sódio. Outros fatores, também são destacados por estarem frequentemente associados a ela, como baixa escolaridade, dislipidemia e diabetes mellitus. (HIPERTENSÃO, 2004).

5.1.2. Diabetes Mellitus tipo 2

O Diabetes Mellitus é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia resultante de defeitos na secreção ou na ação da insulina, ou em ambos. Níveis glicêmicos altos e sustentados associam-se a danos e disfunções em diversos órgãos, principalmente olhos, rins, coração, vasos sanguíneos e nervos. (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2012).

No Brasil, em 1987, um estudo de portenação estimou sua prevalência em 7,6%. Desde então, várias outras estimativas foram obtidas e, em geral, confirmam prevalências entre 5% e 12%. Os inquéritos VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), do Ministério da Saúde, demonstraram um crescimento significativo entre 2006 e 2010 ($p < 0,01$), de 4,4% para 5,4%, nos homens, e de 5,9% para 7,0%, em mulheres. (FONTBONNE, 2013)

Apesar de fatores não modificáveis como idade e fatores genéticos estarem envolvidos na etiopatogenia do DM2,

os fatores modificáveis devem ser alvo de todas as intervenções. Dentre eles, destacam-se a obesidade, os hábitos alimentares inadequados, o sedentarismo, bem como o tabagismo. (SIQUEIRA et al, 2007). O stress psicossocial e episódios depressivos maiores podem estar associados a um aumento do risco para DM2 (LYRA et al, 2006).

5.2. Tratamento e Controle

A HAS e o DM2 possuem etiologias multifatoriais e de diagnósticos tardios, na maioria das vezes, por sua evolução lenta e silenciosa. Por elevarem o risco cardiovascular, podem provocar graves consequências em diversos órgãos, como coração, cérebro, rins, olhos. Sendo assim, pela cronicidade, pelos altos custos com internações hospitalares, pelo alto grau de incapacitação por invalidez e aposentadoria precoce são consideradas graves problemas de saúde pública.

Um dos objetivos do tratamento da HAS é a redução do risco cardiovascular (PADWAL et al., 2011). O tratamento farmacológico da hipertensão arterial geralmente requer o uso efetivo de regimes multidrogas. A combinação sequencial de agentes com diferentes mecanismos de ação é evidente e permanece a forma de tratamento geralmente recomendada (MARTINS et al., 2008).

Quando necessário à associação de medicamentos, a combinação deve ser a mais sinérgica possível. Apesar de não existir um número de estudos suficientes com associação de medicamentos, o médico deve sempre preferir as associações em que o efeito anti-hipertensivo seja o mais intenso levando em consideração a história de efeitos adversos, doenças concomitantes, como doença renal, diabetes e, em especial, as condições financeiras (PÓVOA; SCALA; MORENO, 2009).

Entre os fármacos mais estudados e que se apresenta eficaz em reduzir eventos cardiovasculares, cerebrovasculares e renais estão os diuréticos em baixas doses. Considerando ainda o baixo custo e ampla experiência de emprego, são indicados como primeira opção anti-hipertensiva para grande parte dos pacientes hipertensos (SANTA HELENA et al, 2007).

O tratamento atual do DM2 tem como objetivo diminuir a resistência à insulina e melhorar a função da célula beta pancreática através de dieta hipocalórica, prática regular de exercícios físicos, hipoglicemiantes orais, anti-hiperglicemiantes e/ou drogas anti-obesidade. (ARAÚJO et al, 2000)

5.3. Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus tipo 2: fatores relacionados à falha terapêutica.

A HAS e o DM2 são condições clínicas plenamente controláveis na maioria dos casos. No entanto, seus tratamentos envolvem, além da terapêutica medicamentosa, algumas medidas comportamentais que exigem disciplina e determinação. Desta forma, não raro, ocorre falha do tratamento proposto pela equipe de saúde.

Em 2007 foram registradas 1.157.509 internações por DCV no Sistema Único de Saúde (SUS). Em relação aos custos, em novembro de 2009 ocorreram 91.970 internações por DCV, resultando em um custo de R\$ 165.461.644,33 (DATASUS). A doença renal terminal, outra condição frequente na HAS e no DM2, ocasionou a inclusão de 94.282 indivíduos em programa de diálise no SUS e 9.486 óbitos em 2007. (HIPERTENSÃO, 2004).

O estudo clássico com hipertensos de Wilber e Barrow (1972), citado por Hart (1992), descreveu a regra das metades (value of halves). Demonstrou que metade dos pacientes hipertensos não sabe que o são, metade dos que sabem ser hipertensos não é tratada e metade dos que são tratados não estão controlados e se conclui que apenas 12% das pessoas com doenças crônicas mais prevalentes estão integralmente diagnosticadas, tratadas e acompanhadas. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE et al, 2009)

A adesão média à terapia de longo prazo para as doenças crônicas não transmissíveis em países em desenvolvimento é inferior a 50%. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) este índice é considerado baixo. (TOLEDO et al, 2013)

De acordo com estudos desenvolvidos sobre a adesão de pacientes aos modos saudáveis de vida, verificou-se que apenas 25% dos pacientes seguiam as orientações médicas relacionadas às mudanças no estilo de vida, com mudança de hábitos alimentares, cessação do tabagismo, entre outros. (TOLEDO et al, 2013)

Adesão ao autocuidado é conceituada como sendo a extensão na qual o comportamento do indivíduo se refere ao uso de medicamentos, ao seguimento de dietoterapias e à prática diária de atividades físicas para o favorecimento da adoção de hábitos de vida saudáveis. (VILLAS-BOAS et al, 2011)

O documento publicado pela Organização Mundial da Saúde descreve cinco fatores principais que podem influenciar a adesão ao autocuidado: características pessoais; condições socioeconômica e cultural; nível educacional e aspectos relacionados ao tratamento, à doença, ao sistema de saúde e à equipe profissional. (TOLEDO et al, 2013)

A não adesão ao tratamento do DM tipo 2 e da HAS deve ser considerada no momento diagnóstico. Esta medida é extremamente importante para a redução da morbimortalidade causadas por tais patologias. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE et al, 2009)

Em estudo com médicos da zona rural na Escócia, que atendem pacientes com diferentes doenças, abordando as variáveis compreensão, aceitação, nível do controle pessoal e motivação, foi demonstrado que conversar sobre a condição crônica em grupo com pessoas em situação semelhante pode melhorar a aderência. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE et al, 2009).

Dentre as estratégias para aumentar a adesão ao tratamento das doenças crônicas não transmissíveis, propõe-se um processo educativo que abranja os seguintes aspectos: conhecer anteriormente as atitudes, crenças e percepções dos pacientes da região em questão; incentivar uma maior participação dos pacientes em seu tratamento; considerar as necessidades e limitações de cada indivíduo e não apenas as indicações dos profissionais; estabelecer uma adequada comunicação e interação entre pacientes e profissionais da saúde. Para alcançar estas metas, uma abordagem interdisciplinar parece fundamental. (PERÉS et al, 2003)

No entanto, a falha terapêutica em hipertensos e diabéticos tem etiologia multifatorial. Pode ser causada não apenas pela má adesão, mas também por desvio de qualidade do medicamento, iatrogenia do paciente, administração incorreta, armazenamento inadequado, indisponibilidade das medicações na rede pública, entre outros. Dessa forma, várias estratégias devem ser implementadas para minimizar também esses fatores.

6.0 PROJETO DE INTERVENÇÃO

O projeto “Viver bem” tem o objetivo de reduzir a obesidade, o tabagismo e o sedentarismo entre hipertensos e diabéticos, reduzindo assim o risco cardiovascular nesta população. Dele fazem parte os programas: Dieta e Saúde, Saúde em Movimento e Controle do Tabagismo.

A intervenção nutricional no programa “Dieta e Saúde” tem como finalidade a orientação para que o paciente alcance o peso ideal por meio da seleção dos alimentos que compõem a sua dieta; manter os níveis sanguíneos de glicose dentro da normalidade e contribuir para a melhoria do seu estado de saúde geral, prevenindo ou retardando as complicações relacionadas à nutrição. A equipe de saúde fará as primeiras orientações sobre a importância de uma alimentação saudável e uma dieta equilibrada para o tratamento. Em seguida, os pacientes serão direcionados ao NASF para avaliação da nutrição e a construção de cardápios personalizados. Pacientes ansiosos ou depressivos que não conseguirem cumprir a dieta também serão encaminhados à psicologia para apoio e suporte ao tratamento. Também serão disponibilizadas pela equipe de saúde da UBS mudas de fruteiras, para estimular o consumo de frutas.

O programa “Saúde em Movimento” visa combater o sedentarismo, melhorar a resistência cardiovascular, controlar os níveis pressóricos e glicêmicos. Os mecanismos responsáveis pela queda pressórica pós-treinamento físico estão relacionados a fatores hemodinâmicos, hormonais e neurais. O exercício físico também está relacionado à redução da resistência periférica à insulina. O programa envolverá a participação não apenas da equipe de saúde da família, como de profissionais de educação física. O médico avaliará inicialmente quais pacientes estarão aptos para a atividade física, através da análise do controle glicêmico, o uso de medicamentos e de limitações físicas e complicações micro e macrovasculares. Em seguida, serão encaminhados ao Centro Esportivo, onde realizarão exercícios físicos sobre orientação e monitorização dos profissionais de educação física. A Sociedade Brasileira de Cardiologia recomenda que os indivíduos hipertensos

iniciem programas de exercício físico regular, de intensidade moderada, de três a seis vezes por semana, em sessões de 30 a 60 minutos de duração, realizadas com frequência cardíaca entre 60% e 80% da máxima.

O programa “Controle do Tabagismo” objetiva identificar indivíduos hipertensos e/ou diabéticos que fumem, orientá-los sobre os malefícios de tal prática e ajudá-los no processo de cessação do tabagismo. A identificação ocorrerá através do inquérito realizado durante as consultas médica e de enfermagem, bem como do rastreio promovido pelos agentes comunitários de saúde em suas áreas dentro da comunidade. Uma vez identificados, esse grupo receberá todas as informações sobre os malefícios do tabagismo e sobre os benefícios decorrentes do abandono de tal hábito, além de motivação para enfrentar este desafio. Para uma melhor abordagem terapêutica, a UBS deve se cadastrar no Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Desta forma, a equipe de saúde será capacitada para atender a esse público, receberá materiais de apoio e medicamentos para um tratamento mais adequado do tabagismo.

O projeto “Saber mais” pretende esclarecer ao paciente sua doença, complicações agudas e crônicas e como preveni-las, e ainda, sobre a importância do tratamento medicamentoso regular. Estudos evidenciam que o aumento da aderência terapêutica depende da melhoria da comunicação do médico com seu paciente, sobretudo quando aborda aspectos práticos da condição ou doença e seu tratamento, assim como aspectos fisiopatológicos e efeitos colaterais das medicações. A simplificação do regime terapêutico durante a prescrição e a participação da assistência farmacêutica na elaboração de estratégias personalizadas para aumentar a adesão ao tratamento proposto também são fundamentais. Serão elaboradas oficinas em grupo para discussão sobre o tema e compartilhamento de experiências entre os pacientes hipertensos e diabéticos, já que alguns estudos demonstraram que esta estratégia também aumenta a adesão. Para tanto, o conhecimento e práticas de educação em saúde adquiridos pelos profissionais da equipe de saúde, juntamente com aqueles adquiridos numa capacitação prévia, serão essenciais para acrescer as discussões dos encontros.

O projeto “Cuidar Melhor” tem em vista melhorar a estrutura dos serviços de saúde para o atendimento aos pacientes hipertensos e /ou diabéticos, garantir medicamentos e exames complementares previstos no protocolo e assegurar o encaminhamento do paciente à atenção secundária e terciária quando necessário.

6.1. Acompanhamento e Resultados Esperados do Projeto de Intervenção

Após a implementação da proposta de intervenção, serão realizadas avaliações semestrais do plano de ação. A avaliação será pautada na porcentagem de hipertensos e/ou diabéticos não-controlados, bem como no grau de assiduidade desses pacientes aos encontros em grupo, ao Centro Esportivo e ao NASF (psicologia e nutrição).

De cada um dos projetos elaborados, almejam-se os resultados abaixo descritos:

- “Viver bem”:
 - Instituição de hábitos alimentares saudáveis, mantendo os níveis glicêmicos e pressóricos controlados;
 - Redução da obesidade entre os participantes;
 - Diminuir o tabagismo entre os hipertensos e diabéticos;
 - Combater o sedentarismo;
 - Redução do risco cardiovascular.
- “Saber Mais”
 - Melhorar a adesão do tratamento medicamentoso através do esclarecimento ao paciente sobre sua doença e suas complicações, efeitos colaterais de medicamentos, simplificação do regime terapêutico, apoio da assistência farmacêutica e elaboração de oficinas para compartilhamento de experiências entre os participantes.
- “Cuidar Melhor”
 - Melhorar a estrutura dos serviços de saúde para o atendimento aos pacientes hipertensos e /ou diabéticos;
 - Garantia de medicamentos e exames complementares previstos no protocolo;
 - Assegurar o encaminhamento do paciente à atenção secundária e terciária quando necessário

No Quadro 1, detalha-se o cronograma do projeto de intervenção.

Quadro 1 – Cronograma do Projeto de Intervenção

Atividade	Mês											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Planejamento dos Programas e Capacitação dos Profissionais	x											
Programa “Dieta e Saúde”		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Programa “Saúde e Movimento”		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Cadastramento da UBS no Programa Nacional de Controle do Tabagismo e capacitação dos profissionais	x	x										
Programa “Controle do Tabagismo”			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Elaboração da Oficina Saber Mais	x											
Programa “Saber mais”	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Programa “Cuidar Melhor”	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Análise final dos encontros e dados recolhidos pela equipe										x	x	x

Quadro 2 – Resumo do Plano de Intervenção

Nó crítico	Operação/Objeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos e estilo de vida inadequados	Viver bem/ Modificar hábitos e estilo de vida	Diminuir o sedentarismo, tabagismo e alimentação inadequada.	Programa saúde em movimento; Programa de controle do tabagismo; Programa dieta e saúde; campanha educativa na rádio local.	Organizacional: organizar atividade física. Cognitivo: informações sobre os temas e estratégias de comunicação. Político: espaço na rádio local, Financeiro: disponibilização de alimentos como frutas e verduras, contratação de profissionais como professores de educação física, aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Nível de informação	Saber mais/ Esclarecimento ao paciente sobre a doença, consequências e prevenção dos agravos, e ainda, de como o tratamento deve ser feito.	Informação paciente sobre a importância do tratamento regular e diminuir a má adesão por falta de entendimento do tratamento	Programa de informação sobre hipertensão e diabetes	Organizacional: organização de oficinas e grupos de discussão. Apoio da assistência farmacêutica. Cognitivo: informações sobre o tema e estratégias de comunicação.
Estrutura dos serviços de saúde	Cuidar melhor/Melhorar a estrutura dos serviços de saúde para o atendimento aos pacientes	Garantia de medicamentos, exames complementares previstos no protocolo. Assegurar	Compra de medicamentos, disponibilização de exames complementares e serviços especializados.	Financeiro: aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos. Político:

	hipertensos e /ou diabéticos.	encaminhamento à atenção secundária e terciária quando necessário.		aumento de recursos para estruturação do serviço.
--	-------------------------------	--	--	---

7.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não raro, o tratamento de enfermidades crônicas como a HAS e DM2 apresentam alto índice de falha. Neste processo, estão envolvidas numerosas variáveis é pouco provável que abordagens para apenas uma delas dêem um bom resultado. Para tanto, é imprescindível a identificação dos fatores limitantes individuais e coletivos que favorecem ou permitem que isto aconteça.

Diante da experiência vivenciada pela equipe de saúde da UBS Luis Vieira Timóteo, os fatores mais prevalentes foram: falta de conhecimentos sobre a doença e suas complicações agudas e crônicas; a polifarmácia, que tanto dificulta o entendimento da prescrição quanto favorece o esquecimento de fazer uso das medicações em seu horário adequado; o alto índice de analfabetismo, também contribuindo para o entendimento da prescrição; hábitos alimentares inadequados e a falta de algumas medicações no serviço público.

Os projetos desenvolvidos através desse trabalho certamente se tornarão importantes instrumentos para a promoção de saúde e prevenção dos agravos agudos e crônicos promovidos pela HAS e DM2.

8.0 REFERÊNCIAS

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Revista Brasileira de Hipertensão, v. 17, n. 1, jan-mar. 2010. ISSN 1519-7522.

AGUIAR, O.B.; HALFOUN, V.L.R.C.; GOMES, R.C.F. Contribuição da intervenção nutricional no tratamento da hipertensão arterial: experiência de uma equipe interdisciplinar. **Rev Bras Med Fam e Com**, Rio de Janeiro, v.1, n. 4. 2006.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, v. 35, n. 35, jan. 2012.

ARAÚJO, L. M. B. et al. Tratamento do Diabetes Mellitus do Tipo 2: Novas Opções. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 44, n. 6. 2000.

CAMPO ALEGRE. **Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB**. Estratégia de Saúde da Família Luis Vieira Timóteo, Alagoas, 2013. 3

CARMO, E.H. et al. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 2, p. 63 – 75. 2003.

CARVALHO, M. V. et al. A Influência da Hipertensão Arterial na Qualidade de Vida. **Arq Bras Cardiol**, v. 100, n. 2, p. 164-174. 2013.

DATASUS. **Indicadores e Dados Básicos**. Brasil. 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idx2012/matriz.htm#mort>>. Acesso em: 30 jan. 2014.

FONTBONNE, A. Diabetes tipo 2: um cenário preocupante. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/opinioes/diabetes-tipo-2-um-cenario-preocupante/>>. Acesso em: 05 jan. 2014

GIORGI, D. M. A. Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Rev Bras Hipertens**, v. 13, n. 1, p. 47-50. 2006.

GOMES, M. B. et al. Prevalência de Sobrepeso e Obesidade em Pacientes com Diabetes Mellitus do Tipo 2 no Brasil: Estudo Multicêntrico Nacional. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 50, n. 1. 2006.

Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão, v. 7, n. 3. 2004.

IBGE. Censo Demográfico de 2010. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 22 dez. 2013.

IRIGOYEN, M. C. et al. Exercício físico no diabetes mellitus associado à hipertensão arterial sistêmica. **Rev Bras Hipertens**, v. 10, n. 2, abril-jun. 2003.

LESSA, I. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: tendência temporal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 1470-1471, ago. 2010.

MANTOVANI, R. M. A prática de exercício físico pelo diabético. 2009. Disponível em <<http://www.diabetes.org.br/colunistas-da-sbd/diabetes-tipo-1/1990>>. Acesso em: 05 jan. 2014.

MARTINS, L. C. et al. Tratamento medicamentoso do paciente com hipertensão de difícil controle. **Rev. Brasileira de Hipertensão**. São Paulo, v. 15, n. 1, p. 28-33. 2008.

MONTEIRO, M. F.; FILHO, D. C. F. Exercício físico e o controle da pressão arterial. **Rev Bras Med Esporte**, v. 10, n. 6, Nov-Dez. 2004.

NETTO, A. P. Principais fatores que dificultam o controle do diabetes. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/diabetes-baseado-em-evidencias/2079-principais-fatores-que-dificultam-o-controle-do-diabetes>>. Acesso em: 05 jan. 2014.

OLIVEIRA, T. L. et al. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta Paul Enferm**, v. 26, n. 2, p. 179-184. 2013.

PADWAL, R. et al. Cardiovascular risk factors and their impact on decision to treat hypertension: an evidence-based review. **British Medical Journal**, v. 322, p. 977-80. 2011.

PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. A. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 1, p. 35-45. 2006.

PÉRES, D.S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Rev Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 635-642, 2003.

POVOA, R. Tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Compacta – Temas em cardiologia**, v. 3, n. 2, p. 5-10, 2001.

RUY, L. Prevenção do Diabetes Mellitus Tipo 2. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 50, n. 2, Abril. 2006.

SANTA HELENA, E. T.; Adesão ao tratamento farmacológico de usuários com hipertensão arterial em unidades de saúde da família em Blumenau, SC. 2007. Tese (Doutorado em Ciências), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

SANTOS, M. V. R. et al. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. **Rev Bras Clin Med**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 55-61. 2013.

SIQUEIRA, A.F.A.; PITITTO, B.A.; FERREIRA, S.R. Doença Cardiovascular no Diabetes Mellitus: Análise dos fatores de risco clássicos e não-clássicos. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 51, n. 3. 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Aderência ao tratamento medicamentoso**. Projeto diretrizes s.2009.

STRELEC, M. A. M.; PIERIN, A. M. G.; JUNIOR, D. M. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial clássicos e não-clássicos. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 51, n. 3. 2007.

Taylor J. Cardiology in Brazil: a country in development. **Eur Heart J**, v. 31, n. 13, p. 1541-2. 2010.

TOLEDO, M. T. T.; ABREU, M. N.; LOPES, A. C. S. Adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento por profissionais de saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 47, n. 3, p. 540-548. 2013.

VAN DIJK, J. W. et al. Exercise Therapy in Type 2 Diabetes. **Diabetes Care**, v. 35, p. 948–954. 2012.

VILLAS BOAS, L. C. G. 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, Abr-Jun. 2011.