

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA COM ÊNFASE NA
INTERPROFISSIONALIDADE**

ADRIANA DE SOUZA SANTOS

**FATORES QUE INTERFEREM NA ADEÇÃO TERAPÊUTICA DE INDÍGENAS COM
HIPERTENSÃO E DIABETES EM UMA ALDEIA DO NORDESTE BRASILEIRO.**

Alagoas
2021

ADRIANA DE SOUZA SANTOS

FATORES QUE INTERFEREM NA ADESÃO TERAPÊUTICA DE INDÍGENAS COM HIPERTENSÃO E DIABETES EM UMA ALDEIA DO NORDESTE BRASILEIRO.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Pública com ênfase na Interprofissionalidade, Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof. Ms. Theresa Cristina de Albuquerque Siqueira.

Alagoas
2021

**Folha de Aprovação do Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do
título de Especialista em Saúde Pública pela Universidade Federal de
Alagoas (UFAL)**

Adriana de Souza Santos

Aluno concluinte

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado em 13 de Novembro de 2021.

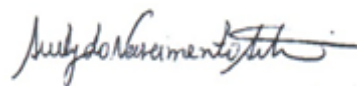
**FATORES QUE INTERFEREM NA ADESÃO TERAPÊUTICA DE INDÍGENAS COM
HIPERTENSÃO E DIABETES EM UMA ALDEIA DO NORDESTE BRASILEIRO.**

Situação: Aprovada.

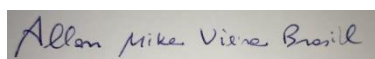
Banca Examinadora:



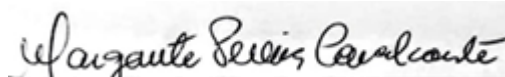
Prof^a Ms. Theresa Cristina de A. Siqueira
Professor orientador



Prof^a Msc. Suely do Nascimento Silva
Examinador 1



Prof^o Ms. Allan Mike Vieira Brasil
Examinador 2



Prof^a Dra. Margarete Pereira Cavalcante
Coord. do Cesp2019

DEDICATÓRIA

Ao meu esposo Leandro por seu apoio incondicional aos meus projetos.
Ao meu filho Theodoro que suporta minha ausência em tantos momentos de
trabalho e estudo.
Ao povo indígena por me acolher e me inspirar e a
Deus que torna possível todas as coisas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço as coordenadoras Margarete Cavalcante e Suely Nascimento além de todo o corpo docente pelos valiosos ensinamentos durante esta especialização.

A minha orientadora Theresa Siqueira por toda a dedicação e conhecimento compartilhado.

A Equipe de Saúde Indígena da aldeia pelo apoio e contribuição para construção deste projeto.

“Trata-se de uma provocação acerca do egoísmo: eu não vou me salvar sozinho de nada, estamos todos enrascados. E, quando eu percebo que sozinho não faço a diferença, me abro para outras perspectivas. É dessa afetação pelos outros que pode sair uma outra compreensão sobre a vida na terra.”

Ailton Krenak.

RESUMO

A hipertensão e diabetes são doenças crônicas que constituem um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, responsáveis por um grande número de óbitos e incapacidades. As populações indígenas também sofrem com os impactos decorrentes das transformações do mundo moderno que modificam seu perfil de saúde tornando-os mais vulneráveis às doenças crônicas não transmissíveis. Neste contexto, na aldeia selecionada, existe um grande número de pessoas com diabetes e hipertensão e em alguns casos com baixa adesão ao tratamento. A baixa adesão ao tratamento acarreta em complicações decorrentes como problemas renais, oculares e neuropáticos entre outros. Diante do exposto o objetivo deste trabalho é elaborar um projeto de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento desta população. Utilizaram-se os conceitos relativos ao Planejamento Estratégico Situacional para priorização do problema e definição dos nós críticos. Foi priorizada a “Baixa adesão terapêutica de hipertensos e diabéticos residentes na aldeia” sendo estabelecidos os seguintes nós críticos: hábitos e estilo de vida, não percepção do risco do descontrole dessas patologias e baixa escolaridade/entendimento do tratamento. Nesta proposta foram delineadas as operações para enfrentamento dos nós críticos, com vistas a melhorar a adesão terapêutica e conseqüentemente à qualidade de vida desses pacientes evitando as complicações decorrentes da diabetes e hipertensão.

Descritores: Hipertensão. Diabetes Mellitus. Adesão Terapêutica. Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Saúde Indígena.

ABSTRACT

Hypertension and diabetes are chronic diseases that constitute a serious public health problem in Brazil and worldwide, responsible for a large number of deaths and disabilities. Indigenous populations also suffer from the impacts resulting from the transformations of the modern world that modify their health profile making them more vulnerable to chronic non-communicable diseases. In this context, in the selected village, there is a large number of people with diabetes and hypertension and in some cases with low adherence to treatment. The low adherence to treatment leads to complications such as kidney diseases, eye and neuropathic problems among others. Given the above, the aim of this work is to develop an intervention project to improve treatment adherence of this population. The concepts related to Situational Strategic Planning were used to prioritize the problem and define the critical nodes. The "Low therapeutic adherence of hypertensive and diabetic patients living in the village" was prioritized and the following critical nodes were established: habits and lifestyle, non-perception of the risk of uncontrolled treatment of these diseases and low education/understanding of the treatment. In this proposal, the operations to address the critical nodes were outlined in order to improve therapeutic adherence and consequently the quality of life of these patients, avoiding complications arising from diabetes and hypertension.

Keywords : Hypertension. Diabetes Mellitus. Therapeutic Adherence. Chronic Noncommunicable Diseases. Indigenous Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Agentes Indígenas de Saúde
CASAI	Casa de saúde Indígena.
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível.
DM	Diabetes Mellitus.
DSS	Determinantes Sociais da Saúde.
EMSI	Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena.
FUNAI	Fundação Nacional do Índio.
FUNASA	Fundação Nacional da Saúde.
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica.
IDF	International Diabetes Federation.
LOS	Lei Orgânica da Saúde.
MS	Ministério da Saúde.
NASI	Núcleo de Apoio a Saúde Indígena.
NUSP	Núcleo de Saúde Pública.
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.
SASI	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.
SIASI	Sistema de Atenção à saúde indígena.
UBSI	Unidade Básica de Saúde Indígena.
UFAL	Universidade Federal de Alagoas.
WHO	World Health Organization.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 Fluxo de atendimento de saúde indígena38

QUADRO 1 – Desenho de Operações sobre os “hábitos e estilo de vida” relacionado ao problema “baixa adesão terapêutica de hipertensos e diabéticos residentes na aldeia”, na população sob responsabilidade da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena e Núcleo de Apoio a Saúde Indígena do Distrito Sanitário Especial Indígena.26

QUADRO 2 – Desenho de Operações sobre a “não percepção do risco do descontrole destas patologias” relacionado ao problema “baixa adesão terapêutica de hipertensos e diabéticos residentes na aldeia”, na população sob responsabilidade da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena e Núcleo de Apoio a Saúde Indígena do Distrito Sanitário Especial Indígena.27

QUADRO 3 – Desenho de Operações sobre o “Nível de informação- Baixa escolaridade/entendimento do tratamento” relacionado ao problema “baixa adesão terapêutica de hipertensos e diabéticos residentes na aldeia”, na população sob responsabilidade da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena e Núcleo de Apoio a Saúde Indígena do Distrito Sanitário Especial Indígena. .28

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	SITUAÇÃO PROBLEMA	15
3	JUSTIFICATIVA.....	16
4	OBJETIVOS.....	18
4.1	Objetivo geral	18
4.2	Objetivo específico	18
5	REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
6	PERCURSO METODOLÓGICO/CARACTERIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO	23
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
	REFERÊNCIAS.....	32

1 INTRODUÇÃO

As DCNT constituem a maior causa de óbitos no mundo e atingem as populações das diversas camadas sociais. Responsáveis por um grande número de mortes prematuras, afetam de forma expressiva as populações com maior vulnerabilidade socioeconômica. Essas doenças promovem limitações e incapacidades agravando as iniquidades e aumentando a pobreza. (MALTA, D.C. et al, 2019).

No Brasil as DCNT correspondem a 72% das causas de óbitos. Sendo, 31,3% por doenças do aparelho circulatório, 16,3% câncer e 5,2% diabetes. Tendo como principais fatores de risco o consumo prejudicial de álcool, o tabaco, hábitos alimentares e o sedentarismo que acarreta em sobrepeso e obesidade (MALTA, MORAIS NETO & SILVA JUNIOR, 2011)

A Hipertensão Arterial Sistêmica HAS é o principal fator de risco para as doenças isquêmicas do coração, e cerebrovasculares. A primeira é responsável por 16% de todos os óbitos no mundo, com aumento crescente passando de 2 milhões no ano 2000 para 8,9 milhões em 2019. O acidente vascular cerebral representa aproximadamente 11% do total de óbitos (WHO, 2020).

A Diabetes Mellitus DM tornou-se uma das principais causas de morte após aumento de 70% desde 2020 (WHO, 2020). É a principal causa de insuficiência renal e uma das principais causas de deficiência visual e cegueira em diversos países. As complicações do diabetes representam mais de 50% dos custos diretos para a saúde. Causas frequentes de deficiência, mortalidade prematura e ausência do trabalho devido à doença, são fatores importantes dos custos indiretos (IDF, 2019).

O processo de urbanização e industrialização levou a uma mudança no estilo de vida e ao aumento no consumo de alimentos industrializados contribuindo para maior incidência das DCNT (SOUZA FILHO Z.A.S et al, 2015).

As populações indígenas não ficaram alheias a este processo de transformação do mundo contemporâneo e hoje sofrem com as DCNT, especialmente a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM). Antes nas comunidades indígenas havia forte predominância das doenças infecciosas, nutricionais e parasitárias. Hoje, é possível evidenciar o crescimento das DCNTs entre os indígenas, caracterizando o processo de transição nutricional (SOUZA FILHO Z.A.S et al, 2015).

A saúde indígena passou a fazer parte do Sistema Único de Saúde SUS em 1999, com a promulgação da lei 9836/99 de autoria do deputado e sanitarista Sérgio Arouca que instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena SASI/SUS. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas PNASPI foi aprovada em janeiro de 2002 por meio da Portaria nº 254/MS (GARNELO L. PONTES A.L, 2012). A PNASPI tem por objetivo:

Garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política, de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura. (FUNASA, 2002).

Para alcance deste objetivo os serviços foram organizados na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Ao todo, são 34 no país, havendo, dentro desses, outras instâncias responsáveis pela assistência à saúde em diferentes níveis, como os polos bases, as Unidades Básicas de saúde Indígena (UBSI) e as Casas de Saúde Indígena (CASAI) (MENDES et al, 2018).

Em 2010 foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena com a missão de implantar um novo modelo de gestão da saúde indígena articulado com o SUS, descentralizado e que garantisse autonomia aos DSEI.

Os DSEI se caracterizam como uma rede interconectada de serviços de saúde, capazes de oferecer cuidados de atenção primária à saúde, adequados às necessidades sanitárias da maioria da população indígena. Estão distribuídos nas unidades federadas obedecendo características culturais e distribuição das terras indígenas, bem como a critérios demográficos que contribuem para a definição de suas localizações e áreas de abrangência (GARNELO L. PONTES A.L, 2012).

Cada DSEI conta com uma rede de serviços onde o atendimento é realizado segundo níveis de complexidade técnica das ações de saúde ali desenvolvidas. Partindo da menor complexidade onde os indígenas são assistidos nas UBSI ou Polo Base. A maioria dos problemas são resolvidos neste nível, porém quando da necessidade os indígenas são referenciados a rede de média e alta complexidade do SUS. Por fim, a CASAI tem por objetivo acolher os indígenas encaminhados das aldeias e polos-base, para receber algum tipo de tratamento de saúde na cidade (GARNELO L. PONTES A.L, 2012).

A Aldeia é composta por mais de 20 micro áreas com distâncias variáveis entre si e acesso por estradas de barro, geralmente ladeiras. As Micro áreas são: Gereba, Pedrinhas, Torre, Pedreira, Ipê, Cocal Velho, Santa Tercília, Fazenda Três Manos, Fazenda São Pedro, Serrinha, Urucuba, Boa Vista, Santa Paula, Padre Cícero, Rancho Alegre, Granja Padre Cícero, Bom Sucesso, Nossa Senhora de Fátima, Taquari, Boa Esperança e Itabira (OLIVEIRA, A. 2017).

As principais atividades desempenhadas pela Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) visam à atenção integral à saúde indígena e educação em saúde, em consonância com as políticas e os programas do SUS e observando as práticas de saúde tradicionais indígenas. Destacam-se entre essas atividades as preventivas aos agravos de saúde (visitas domiciliares, vacinação, consultas e solicitações de exames de rotina), bem como as de educação e promoção à saúde (ações de bem viver e grupos terapêuticos que focam no empoderamento, protagonismo, cidadania e qualidade de vida da comunidade). Além do tratamento em nível de atenção básica e referenciamento para serviços no âmbito de média e alta complexidade no SUS, assim como de saneamento básico (abastecimento de água tratada, orientações sobre o destino do lixo e dejetos humanos). A EMSI é composta por 5 técnicas em enfermagem, 2 enfermeiras, 1 médico, 1 odontóloga, 1 técnica em Saúde Bucal, 7 agentes indígenas de saúde (AIS) e 4 agentes indígenas de saneamento (AISAN). Sendo, os dois últimos profissionais indígenas residentes na aldeia que cumprem papel de suma importância, pois são o elo entre a comunidade e os outros membros da EMSI. Fazem parte ainda da equipe de saúde 3 profissionais que fazem parte do Núcleo de Apoio a Saúde Indígena (NASI): 1 Farmacêutica, 1 Assistente social e 1 Psicóloga (OLIVEIRA, 2017).

Para apoio ao desenvolvimento das ações, a EMSI conta com uma UBSI, dois veículos para as atividades dentro da Aldeia, um veículo para transporte de urgência dos usuários indígenas para atendimento no Hospital do município onde se localiza a Aldeia, bem como uma van para transporte dos usuários para atendimentos em saúde nos serviços de média e alta complexidade na capital do estado (OLIVEIRA A, 2017).

As principais morbidades da população adulta da Aldeia são hipertensão e diabetes. O número de indígenas com diagnóstico de HAS, DM ou ambos vem crescendo e hoje temos 279 usuários cadastrados no programa HIPERDIA na aldeia. O aumento destas doenças crônicas nas aldeias indígenas constitui um problema de saúde pública e um desafio para as equipes de saúde (SIASI, 2021).

No ano de 2020 ocorreram seis óbitos de indígenas residentes na aldeia: 3 óbitos foram por insuficiência cardíaca representando 50% do total de óbitos; 1 óbito ocasionado por diabetes mellitus não insulino-dependente correspondendo a 16,67% dos óbitos; 1 óbito por cirrose hepática não especificada 16,67% e 1 óbito por uso do tabaco 16,67% (SIASI, 2021).

2 SITUAÇÃO-PROBLEMA

Com o processo intenso de urbanização e a conseqüente mudança no estilo de vida, cresce a incidência das doenças crônicas não transmissíveis no mundo, incluindo a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus (BRASIL 2011). O impacto decorrente destas modificações é sentido também nas aldeias indígenas modificando o seu perfil de saúde, tornando-os mais suscetíveis às doenças crônicas e as comorbidades que as acompanham (TAVARES; COIMBRA JÚNIOR; CARDOSO, 2013, 2010; FÁVARO T.R, et al 2015).

O cuidado com portadores de DCNT incluindo hipertensos e diabéticos deve ser contínuo e se baseia em um plano terapêutico farmacológico e não farmacológico que engloba o uso correto e regular dos medicamentos prescritos além de mudanças no estilo de vida incluindo a prática de atividades físicas e dieta alimentar (PANCIERI, 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2014).

A baixa adesão ao tratamento é uma das principais causas no descontrole dos níveis pressóricos e glicêmicos aumentando o risco de morte, aumento no número de hospitalizações e crescimento nos custos para a família e serviços de saúde (BRASIL, 2016).

Nos atendimentos realizados aos usuários cadastrados no programa hiperdia da UBSI, observa-se o grande número de pessoas com níveis elevados de PA e glicemia mesmo com a disponibilização dos tratamentos e acompanhamento pela EMSI.

Diante da situação descrita questiona-se quais são os fatores que interferem na adesão terapêutica de hipertensos e diabéticos residentes na aldeia indígena em questão?

3 JUSTIFICATIVA

As doenças crônicas não transmissíveis incluindo a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus são as que mais afetam as populações do Brasil na atualidade, e com os indígenas desta aldeia esta realidade não é diferente. Com a mudança no estilo de vida e acesso aos alimentos industrializados este povo vem apresentando incidência crescente nos casos de HAS e DM o que constitui um grave problema de saúde pública e desafio para as EMSI.

É de suma importância conhecer os determinantes sociais da saúde (DSS) que impactam sobre uma comunidade para traçar estratégias efetivas a fim de reduzir os problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Os determinantes sociais das DCNT incluem as desigualdades sociais, as diferenças no acesso aos bens e aos serviços, a baixa escolaridade, as desigualdades no acesso à informação, além dos fatores de risco modificáveis (BRASIL, 2011).

As condições socioeconômicas precárias de boa parte dos moradores da aldeia, o desemprego e o fácil acesso aos alimentos industrializados contribuem para o crescimento das DCNT no território. A falta de ocupação, emprego e renda fomentam o sofrimento psíquico o consumo prejudicial de álcool e a violência.

Temos atualmente 279 pessoas cadastradas no programa hiperdia (SIASI, 2021) e os profissionais da equipe de saúde tem papel importante na identificação dos fatores que interferem na adesão terapêutica destes pacientes. A não adesão acarreta em problemas cardiovasculares e problemas relacionados à alta taxa de glicose no sangue como problemas renais, oculares e neuropáticos.

Conforme dados consolidados na produção mensal da aldeia enviada a Brasília, vemos que é grande o número de hipertensos e diabéticos descompensados no território e que as causas são multifatoriais (SIASI, 2021).

Em estudo transversal realizado em 2016, por Chagas e colaboradores, com indígenas adultos Krenak no leste de Minas Gerais, a prevalência de indígenas com HAS foi de 31,2%. Houve associação para o aumento da idade, obesidade abdominal e hiperglicemia. O estudo mostrou ainda elevada prevalência dos fatores modificáveis da HAS demonstrando a carência de ações eficazes de prevenção, de diagnóstico e acompanhamento frente a estes fatores.

Santos KM et al em 2012 realizaram estudo com indígenas Khisêdjê do Parque Indígena do Xingu que apresentaram prevalência de síndrome metabólica de 27,8%.

Quanto aos componentes da síndrome metabólica, as prevalências foram: hipertensão arterial, 6,8%; intolerância à glicose, 23,1%; obesidade central, 37,4%; hipertrigliceridemia, 43,5%; HDL-c reduzido, 66,2%.

A alta prevalência de síndrome metabólica é fator preocupante uma vez que está diretamente relacionado ao aumento do risco de doenças cardiovasculares e diabetes (IDF, 2020).

Estudos apontam que nos países desenvolvidos apenas 50% dos portadores de doenças crônicas aderem à terapia medicamentosa (WHO, 2021), nos países em desenvolvimento este número é ainda menor. Este fato acarreta em um aumento no risco dos problemas decorrentes das comorbidades associadas a estas patologias.

Nas consultas farmacêuticas realizadas na aldeia, é possível detectar um grande número de usuários não aderentes à terapia.

Assim, faz-se necessário à identificação e análise dos fatores que interferem no sucesso terapêutico destes comunitários para que a equipe de saúde possa traçar estratégias de intervenção que melhorem a adesão e conseqüentemente à qualidade de vida dos mesmos, evitando diversas complicações decorrentes desses problemas de saúde.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral:

Elaborar um projeto de intervenção para melhorar a adesão terapêutica de pacientes hipertensos e diabéticos residentes na aldeia.

4.2 Objetivos específicos:

Identificar os fatores que interferem na adesão terapêutica de hipertensos e diabéticos.

Dialogar com a equipe de saúde sobre o atendimento prestado, visando qualificar o atendimento, fornecendo informações que auxiliem na melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

Propor intervenções para alcançar uma maior adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos e diabéticos.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

No início do século passado as doenças infecciosas eram responsáveis por cerca de 50% das mortes no país. Hoje com a melhoria nas condições socioeconômico- culturais este padrão mudou passando então DCNT a serem as responsáveis pela principal causa de mortalidade e incapacidade prematura no mundo (WHO, 2011).

Em análise de série temporal da mortalidade prematura realizada por Malta e colaboradores em 2019, as doenças cardiovasculares ocuparam o primeiro lugar nas causas de óbito representando (29,7%) de óbitos corrigidos, seguidas das neoplasias (16,8%), das doenças respiratórias crônicas (5,9%) e do diabetes (5,1%). Essas doenças representam 85% dos óbitos por DCNT.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2021), HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de PA $\geq 140 \times 90$ mmHg medida com a técnica correta, em pelo menos duas ocasiões diferentes, na ausência de medicação anti-hipertensiva.

A HA associa-se a alterações funcionais e/ou estruturais do coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos, além das alterações metabólicas com risco de eventos cardiovasculares fatais. Devido a complicações nos órgãos alvo como doença arterial coronária, insuficiência cardíaca, fibrilação atrial, acidente vascular encefálico, demência e doença renal crônica causam grande impacto nos custos com despesas medicas hospitalares (BARROSO, 2021).

Souza Filho et al (2015), produziram por meio de uma revisão sistemática, pesquisa sobre a prevalência de hipertensão arterial em indígenas brasileiros. O estudo demonstrou prevalência combinada de 6,2%, no período de 1970 a 2014. Mostrou ainda, aumento de 12% na possibilidade de um indígena brasileiro apresentar hipertensão arterial a cada ano. Esses dados reforçam a necessidade de vigilância e ações que busquem a prevenção dos fatores de risco desta e de outras DCNT, especialmente nas comunidades indígenas que sofrem hoje com a transição nutricional e outras mudanças decorrentes do contato com a sociedade não indígena.

A DM é uma condição crônica que ocorre quando os níveis de glicose no sangue de uma pessoa estão elevados porque seu corpo não consegue produzir o

hormônio insulina ou não o produz suficiente ou ainda, quando não pode usar eficazmente (IDF, 2019).

Um estudo realizado por Freitas e colaboradores em 2016 com 385 mulheres indígenas residentes nas aldeias Jaguapiru e Bororó, no município de Dourados/MS, demonstrou que 7% das mulheres entrevistadas apresentaram glicemia capilar sugestiva de DM, 37,7% eram portadoras de HAS, 10% eram tabagistas e consumiam bebida alcoólica, 30,9% eram obesas e 40,3% apresentavam sobrepeso. Dentre as indígenas que apresentaram glicemia capilar alterada, 42,8% não faziam uso de medicamentos para o diabetes mellitus (FREITAS, SOUZA e LIMA, 2016).

No Brasil, dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), demonstrou que nas 27 cidades do país, a frequência de diagnóstico médico de hipertensão arterial foi de 24,5%, sendo maior entre mulheres (27,3%) do que entre homens (21,2%). A frequência do diagnóstico médico de diabetes foi de 7,4%, sendo maior entre as mulheres (7,8%) do que entre os homens (7,1%). Em ambos os sexos, essa frequência aumentou com a idade e diminuiu com o nível de escolaridade.

Não obstante o grande esforço envidado pela comunidade científica no manejo dessas doenças considera-se que um dos maiores desafios se constitui no controle dessas morbidades, a fim de se obter a adesão dos hipertensos e diabéticos para garantir o sucesso terapêutico e, por conseguinte, o adiamento de complicações agudas e crônicas (SOARES et al, 2014 p.312).

Segundo LEITE e VASCONCELOS (2003), O conceito de adesão é variável, mas, de forma geral, pode ser entendido como a utilização dos medicamentos e/ou procedimentos prescritos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses e tempo de tratamento. Corresponde a etapa final do que se propõe como uso racional de medicamentos.

Distintos fatores podem influenciar a adesão ao tratamento: aqueles ligados ao paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico); os relacionados à doença (cronicidade, ausência de sintomas e de complicações); os concernentes às crenças de saúde (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e auto-estima) e os ligados ao tratamento, que englobam a qualidade de vida (custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos), os relacionados à instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera versus tempo de atendimento) e ao relacionamento com a equipe de saúde (LIMA, MILWARD & SOLER, 2010).

Em trabalho realizado no município de Água Branca/AL com hipertensos, as seguintes causas relacionadas à má adesão terapêutica: Falta de percepção do risco

da doença; desorganização do sistema de saúde e dificuldades do trabalho da equipe de saúde (PUPO, 2015).

Em estudo efetuado em 33 UBS na cidade de Maringá, foi identificada a baixa adesão (39%) à terapia medicamentosa nos pacientes diabéticos, hipertensos e os portadores das duas doenças ao mesmo tempo. A irregularidade no uso dos medicamentos de uso contínuo compromete seriamente a eficácia do tratamento, tornando-se uma questão crítica para a saúde da população, tanto do ponto de vista econômico, quanto da qualidade de vida (SÁ, 2019).

Em análise para avaliação do perfil socioeconômico e da adesão terapêutica de 400 usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina no ano de 2010 revelou a falta de informação da maioria dos entrevistados sobre sua doença e seu tratamento e por consequência, a não adesão. Dos 400 entrevistados, 223 (55,75%) desconheciam o nome do medicamento usado, 291 (72,75%) a dose administrada, 26 (6,5%) o intervalo e 293 (73,25%) não sabiam até quando iriam tomá-los. Quanto a avaliação pelo teste de Morisky-Green, as principais causas para a não adesão a terapia medicamentosa foram o esquecimento e a perda do horário de utilização dos medicamentos (CARVALHO A.L.M. et al 2012).

Remondi, Cabrera e Souza (2014), em entrevista identificaram descuido no horário de tomada dos medicamentos em 45,9% dos usuários de medicamento contínuo, 32,3% relataram esquecer-se de toma-los e 19,7% afirmaram interromper o tratamento após se sentirem melhores.

Em um estudo realizado com 561 usuários no município de Curitiba de abril a junho de 2014, mais de 99% dos usuários atendidos em primeira consulta farmacêutica estavam vivenciando algum problema relacionado ao uso dos medicamentos. No mesmo estudo foi possível identificar 20 problemas relacionados à farmacoterapia: Omissão de dose pelo paciente em 54% dos usuários, descontinuação indevida do medicamento pelo paciente em 34,2%, sobredosagem em 21,4% dos pacientes, automedicação inadequada em 14,3% dos pacientes foram alguns dos problemas identificados (BRASIL, 2015).

Os fatores associados à não adesão ao tratamento farmacológico podem estar ligados a diversas condições culturais, aspectos biossociais, processos comportamentais de adaptação, a compreensão da doença, além do reconhecimento do paciente sobre a importância do tratamento adequado (DANIEL & VEIGA, 2013).

Diante do exposto é de suma importância o acompanhamento farmacêutico dos pacientes portadores de HAS e DM a fim de promover a utilização adequada dos medicamentos e a otimização dos resultados de saúde, através do cuidado farmacêutico. A adesão farmacoterapêutica pode reduzir de maneira importante os riscos cardiovasculares e a redução econômica a longo prazo. Ressalta-se também a importância do estímulo a práticas e hábitos de vida saudáveis contextualizados com a cultura indígena.

6 PERCURSO METODOLÓGICO/CARACTERIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Para a elaboração do presente projeto de intervenção utilizou-se os conceitos relativos ao Planejamento Estratégico Situacional para priorização do problema e definição dos nós críticos. A proposta surgiu devido a detecção através da observação na prática clínica de pacientes portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus descompensados sendo uma das principais causas observada a não adesão terapêutica.

Primeira etapa: Foram definidos 3 descritores (Hipertensão; Diabetes Mellitus; Adesão Terapêutica) para facilitar a seleção de artigos nas plataformas *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), edições do Ministério da Saúde entre outros.

Após seleção das publicações foi feita a leitura criteriosa com a finalidade de selecionar os textos que atendiam ao objetivo para favorecer a construção teórica do projeto.

Segunda etapa: Foi extraída listagem nominal dos portadores de hipertensão e/ou diabetes residentes na aldeia cadastrados no SIASI. Sendo 186 Hipertensos, 27 Diabéticos e 66 Hipertensos e diabéticos.

Terceira etapa: Fez-se necessário uma nova etapa de buscas nas plataformas adicionando mais dois descritores a fim de encontrar publicações relacionadas à saúde indígena: População indígena e Doenças crônicas não transmissíveis. Foram selecionadas 18 publicações relevantes ao tema proposto.

Quarta etapa: Foram discutidos com a equipe de saúde sobre o problema prioritário “Baixa adesão terapêutica de hipertensos e diabéticos residentes na aldeia” e relevância do projeto de intervenção, bem como o estabelecimento dos nós críticos e definição do público alvo. Nesta etapa utilizou-se como instrumento de planejamento o Brainstorming (tempestade de ideias).

Quinta etapa: Foi convocada reunião com o CLSI para apresentação do projeto e solicitação de anuência para execução.

Sexta etapa: Foi requisitada a Fundação Nacional do Índio FUNAI, anuência para execução do projeto conforme solicitação do Distrito Sanitário Especial Indígena como condicionalidade para obtenção da anuência do gestor.

Método: A partir das etapas descritas anteriormente, foi possível realizar a apreciação do projeto de intervenção, a fim de uma melhor compreensão acerca dos

entraves para a realização do mesmo, no que se refere à, adesão terapêutica de indígenas hipertensos e diabéticos residentes na aldeia, uma vez que a equipe de saúde encontrava-se pronta para descrever as operações para enfrentamento dos nós críticos, pensando nos recursos necessários e produtos esperados. Contudo, no que se refere a anuência pleiteada junto a FUNAI, foi solicitado que se realizasse todas as etapas concernentes a um projeto de pesquisa científica em área indígena, refreando o cumprimento das mesmas em tempo hábil para execução do projeto.

Cenário/local: Para execução do projeto será necessário realizar reuniões na aldeia com os atores envolvidos para traçar as estratégias a serem aplicadas no público alvo.

Atores sociais: Os envolvidos no projeto serão os seguintes membros da equipe de saúde: Farmacêutica, Médico, Enfermeira, Psicóloga, Assistente Social, Odontóloga e AIS, além de Educador físico e Nutricionista do município de Joaquim Gomes/AL.

Instrumentos pedagógicos: Recursos audiovisuais e materiais informativos impressos para realização de atividades de educação em saúde; materiais de papelaria para construção de caixas organizadoras de medicamentos como instrumento para facilitar o uso seguro e correto especialmente para os usuários de polifármacos.

Monitoramento: Será realizado pelos atores envolvidos em seus atendimentos domiciliares ou na UBSI.

Avaliação: Será realizada mensalmente através de reuniões com os atores envolvidos no projeto.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 Plano de Intervenção

Essa proposta refere-se ao problema priorizado baixa adesão terapêutica de hipertensos e diabéticos residentes na aldeia, devido ao seu grau de importância uma vez que a adesão interfere diretamente na morbimortalidade destas patologias.

O estímulo para desenvolvimento do projeto advém da angústia partilhada pelos membros da equipe de saúde que atua no território indígena e presenciam o aumento das DCNT entre os moradores da aldeia, especialmente a Hipertensão e diabetes, incluindo as complicações decorrentes destas patologias.

É necessário corrigir as causas relacionadas ao problema priorizado, para isso, a equipe analisou dentre as causas quais as mais importantes para origem do problema estabelecendo desta forma os nós críticos.

Os nós críticos são as causas fundamentais de um problema. Quando as ações recaem sobre um nó crítico, é possível impactar e transformar efetivamente um problema (CAMPOS et al, 2010).

Foram estabelecidos pela equipe de saúde os seguintes nós críticos para o problema priorizado:

- Hábitos e estilo de vida;
- Não percepção do risco do descontrole destas patologias;
- Nível de informação- Baixa escolaridade/entendimento do tratamento.

7.2 Público-alvo

Hipertensos e/ou diabéticos maiores de 18 anos, cadastrados no programa SIASI e residentes na aldeia em questão.

7.3 Desenho da operação

QUADRO 1 – Desenho de Operações sobre os “hábitos e estilo de vida” relacionado ao problema “baixa adesão terapêutica de hipertensos e diabéticos residentes na aldeia”, na população sob responsabilidade da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena e Núcleo de Apoio a Saúde Indígena do Distrito Sanitário Especial Indígena.

Nó crítico 1	Hábitos e estilo de vida.
Operação	Modificar hábitos e estilo de vida.
Projeto	Bem estar indígena.
Resultados esperados	Estimular a prática de atividade física e alimentação saudável reduzindo o sedentarismo melhorando a qualidade de vida.
Produtos esperados	Programa de caminhada orientada, rodas de diálogo abordando a alimentação saudável e atividades funcionais.
Atores sociais/ responsabilidades	Farmacêutica, Enfermeira, psicóloga e RT da UBSI.
Recursos necessários	Estrutural/Organizacional: Para organizar as caminhadas. Local para rodas de diálogo e prática de atividades
	Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação.
	Financeiro: Para impressos e folheto explicativo. Transporte para deslocamento dos profissionais convidados, confecção de camisas para dar maior visibilidade ao projeto.
	Político: Articulação com município para participação de profissional Nutricionista e Educador físico.
Recursos críticos	Financeiro Transporte para locomoção dos profissionais convidados.
	Político Articulação para viabilizar a participação de Nutricionista e educador físico.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: DSEI e Secretário de Saúde.
	Motivação: Indiferente.
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto.
Responsáveis:	Farmacêutica.
Cronograma / Prazo	Três meses para o início das atividades.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	A gestão e acompanhamento serão feitos pela EMSI e NASI em articulação com a secretaria municipal de saúde. Avaliada mensalmente.

QUADRO 2 – Desenho de Operações sobre a “não percepção do risco do descontrole destas patologias” relacionado ao problema “baixa adesão terapêutica de hipertensos e diabéticos residentes na aldeia”, na população sob responsabilidade da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena e Núcleo de Apoio a Saúde Indígena do Distrito Sanitário Especial Indígena.

Nó crítico 2	Não percepção do risco do descontrole destas patologias.
Operação	Aumentar o conhecimento sobre os riscos da HAS e DM através de palestras educativas nas 07 micro áreas.
Projeto	Educa + saúde.
Resultados esperados	População conhecedora sobre ambas as patologias e conscientes dos riscos, compreendendo a importância do tratamento para evitar as possíveis complicações.
Produtos esperados	Maior conhecimento da população sobre essas patologias, obtendo maior controle e conseqüentemente diminuir o número de complicações e internação hospitalar.
Atores sociais/ responsabilidades	EMSI e NASI
Recursos necessários	Estrutural/Organizacional: Local para realização das palestras.
	Cognitivo: Conhecimento dos profissionais sobre o tema.
	Financeiro: Recursos audiovisuais e transporte para deslocamento até as micro áreas.
	Político:
Recursos críticos	Financeiro Transporte para deslocamento dos profissionais pelas micro áreas.
	Político
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: DSEI
	Motivação: Favorável.
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto.
Responsáveis:	Farmacêutica e Odontóloga.
Cronograma / Prazo	Início em um mês e término em dois meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Acompanhamento semanal pela EMSI e NASI e avaliação mensal.

QUADRO 3 – Desenho de Operações sobre o “Nível de informação- Baixa escolaridade/entendimento do tratamento” relacionado ao problema “baixa adesão terapêutica de hipertensos e diabéticos residentes na aldeia”, na população sob responsabilidade da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena e Núcleo de Apoio a Saúde Indígena do Distrito Sanitário Especial Indígena.

Nó crítico 3	Baixa escolaridade/entendimento do tratamento.
Operação	Aumentar o entendimento sobre o tratamento através de estratégias lúdicas utilizando símbolos e pictogramas.
Projeto	Entendendo o meu tratamento.
Resultados esperados	Indivíduos capazes de entender seu esquema terapêutico evitando o uso incorreto dos medicamentos.
Produtos esperados	Grupo operativo (alegria de viver) promotor de informação e saúde utilizando-se de atividades lúdicas. Prescrições adaptadas. Caixas organizadoras de medicamentos para usuários de polifármacos.
Atores sociais/ responsabilidades	Profissionais prescritores e demais membros da equipe de saúde.
Recursos necessários	Estrutural/Organizacional: Local para realização do encontro com o grupo. Cognitivo: Conhecimento sobre o tema e sobre estratégias pedagógicas. Financeiro: Material de papelaria, Toner para impressora. Político:
Recursos críticos	Financeiro: Material de papelaria, Toner para impressora. Político
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: DSEI Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentação do projeto.
Responsáveis:	Farmacêutica, psicóloga e odontóloga.
Cronograma / Prazo	Início em um mês.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Encontro bimestral com o grupo alegria de viver. O acompanhamento será feito pelos prescritores, psicóloga e enfermeira com avaliação bimestral.

7.4 Resultados Esperados

Conjectura-se que a aplicação do projeto, ampliará a reeducação para os hábitos de vida saudável e consequentemente oportunizará o protagonismo e autonomia dos portadores de DCNT's, especialmente hipertensos e diabéticos, envolvendo práticas perenes e contextualizadas com o meio em que estão inseridos e favorecerá a compreensão acerca do uso seguro e racional de medicamentos com vistas a necessidade de cada indivíduo assistido.

7.5 Viabilidade

Diante da necessidade da anuência da FUNAI para execução do projeto de intervenção na Terra Indígena, não foi possível implementar o mesmo uma vez que a referida anuência está condicionada aos trâmites legais que dependem tempo e esforços inviáveis para o momento. Reitera-se que a autora deste projeto ressalta a relevância da obtenção da anuência para realização do mesmo, uma vez que é profissional da saúde indígena e atua no Núcleo de Apoio à Saúde Indígena- NASI da referida aldeia.

7.6 Orçamento Estimado

Quantidade	Material	Valor unitário	Valor total
2	Folha de ofício	R\$ 28,00	R\$ 56,00
50 L	Combustível para deslocamento dos profissionais convidados	R\$ 7,00	R\$ 350,00
100	Camisas	R\$ 15	R\$ 1.500,00
50	Cartolina	R\$ 1,00	R\$ 50,00
50	Cola de silicone	R\$ 0,70	R\$ 35,00
2	Toner	R\$ 30,00	R\$ 30,00
			Total =2.021,00

7.7 Financiamento

Financiamento próprio e parcerias junto ao Município e Distrito especial Indígena.

7.8 Parcerias Estabelecidas/Responsáveis

Parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, com a EMSI e NASI local.

7.9 Recursos Necessários

Camisas, combustível, impressos e material de papelaria, recursos audiovisuais.

7.10 Resultados do Trabalho Interprofissional e Discussão

Promover um olhar multiprofissional sobre os portadores de DCNT's a fim de realizar um cuidado mais qualificado vislumbrando a integralidade dos sujeitos, melhorando os fluxos de serviço e estimulando o caráter proativo da equipe.

7.11 Cronograma de execução

Discriminação	MESES					
	Jan/2022	Fev/2022	Mar/2022	Abr/2022	Mai/2022	Jun/2022
Bem estar indígena.						
Educa + saúde.						
Entendendo o meu tratamento.						
Avaliação do Projeto.						

7.12 Gestão, acompanhamento e avaliação

A gestão e acompanhamento das ações serão realizados pela EMSI e NASI local semanalmente e avaliada pela equipe junto com os Conselhos: Local de Saúde Indígena e Tribal com periodicidade mensal.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus são as doenças crônicas mais prevalentes da aldeia e constituem um grande desafio para a equipe de saúde. Essas doenças crônicas são responsáveis por complicações cardiovasculares, renais e cerebrovasculares muitas vezes ocasionando incapacidades e óbitos.

Uma das principais causas da baixa adesão ao tratamento refere-se à dificuldade em mudar os hábitos e estilo de vida e a falta de compreensão ou desconhecimento sobre os riscos decorrentes do descontrole destas patologias e o entendimento sobre o tratamento.

Sob este enfoque, buscaram-se estratégias com vistas a melhorar a adesão terapêutica na perspectiva de trabalharmos os fatores de risco modificáveis incluindo a oferta e estímulo a atividades físicas e alimentação saudável para combater o sedentarismo e a obesidade.

A utilização de pictogramas e outros recursos visuais que facilitem a adesão como a confecção de caixa organizadora de medicamentos para usuários de polifármacos também serão aplicadas.

Nesta perspectiva procura-se também aumentar o conhecimento dos comunitários sobre os riscos da HAS e DM através da realização de palestras nas 07 microáreas e nas atividades com grupo operativo promovendo informação e saúde através de metodologias lúdicas aumentando a compreensão sobre a importância da adesão terapêutica.

Estima-se que, com a implantação deste projeto no território, possamos reduzir os fatores de risco modificáveis e conseqüentemente as morbimortalidades que acompanham estas DCNTs, promovendo maior entendimento dos pacientes sobre a doença e o tratamento e realização de práticas de autocuidado, tornando-os indivíduos mais autônomos e saudáveis.

REFERÊNCIAS

BARROSO, W. K.S., et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arq Bras Cardiol. 2021; 116(3):516-658

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de vigilância em Saúde. Departamento de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**, Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência T e IE, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Caderno 4. **Resultados do projeto de implantação do cuidado farmacêutico no Município de Curitiba**. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. DSEI AL/SE-SIASI- **Relatório Demográfico Listagem Padrão** 12 fev. 2021.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Saúde Indígena, DSEI AL/SE- SIASI- **Relatório óbito quantitativo por CID**, ano 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel-Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Síntese de evidências para políticas de saúde: Adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos . Planejamento e avaliação das ações em saúde. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p. Acesso em 19 de ago. 2021.

CARVALHO A.L.M. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(7):1885-1892, 2012.

CHAGAS C.A, et al. Prevalência estimada e fatores associados à hipertensão arterial em indígenas adultos Krenak do Estado de Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2020; 36(1):e00206818

DANIEL, Ana Carolina Queiroz Godoy; VEIGA, Eugenia Velludo. Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. **Einstein**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 03, p. 331-337, fev. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/eins/v11n3/a12v11n3.pdf>>. Acesso em: 11 maio. 2021.

FÁVARO T.R, et al Obesidade e excesso de peso em adultos indígenas Xukuru do Ororubá, Pernambuco, Brasil: magnitude, fatores socioeconômicos e demográficos associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 31(8):1685-1697, ago, 2015

FREITAS G.A, SOUZA M.C.C, LIMA R.C, Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados em mulheres indígenas do Município de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [online], v. 32, n. 8, ago. 2016

FREITAS. D. L.; SILVA. J. A. C.; SCALCO. T. Resultados negativos associados à medicação em idosos hipertensos e diabéticos J. Health NPEPS; 4(2): 118-131, jul.-dez. 2019.

FUNASA. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2002b.

GARNELO L. PONTES A.L, Saúde Indígena: uma introdução ao tema. - Brasília: MEC-SECADI, 2012. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_uma_introducao_tema.pdf, acesso em: 21 ago. 2021.

International Diabetes Federation. The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome. <https://www.idf.org/component/attachments/attachments.html?id=705&task=download> acesso em 21 jul. 2021.

International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 9ª ed. Bruxelas, Bélgica: 2019. Disponível em: <https://www.diabetesatlas.org>, acesso em 21 ago. 2021.

LEITE, S. N. & VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura Adherence to prescribed therapy: points for concepts and presuppositions discussion **Ciência & Saúde Coletiva**, 8(3):775-782, 2003.

LIMA T.M, MILWARD M.M, SOLER O, Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, Brasil **Rev Pan-Amaz Saude** 2010; 1(2):113-120

MALTA D.C., et al. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Rev bras epidemiol** 2019; 22: e190030

MALTA D.C., MORAIS NETO O.L. & SILVA JUNIOR J.B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 20(4):425-438, out-dez 2011.

MENDES. A.M. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2018;42: e 184. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.184>

OLIVEIRA, Aldjane de. Povo Wassu Cocal: terra, religiões e conflitos. 2017. 197 f. Dissertação (Pós-Graduação em Antropologia) - Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2017.

PUPPO, D. P. Projeto de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento de hipertensão no PSF Estreito município Água Branca, Maceió/Al 2015. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Projeto_interven%C3%A7%C3%A3o_para_aumentar_interven%C3%A7ao.pdf. Acesso em: 27 jan. 2021.

PANCIERI., B.A. **Projeto de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento de Diabetes Mellitus e o controle da doença**, UNASUS/ UERJ ES, 2016.

Disponível:

<https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7985/1/Brunela%20Marino%20Pancieri.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2021.

REMONDI., F.A, CABRERA MAS, SOUZA RKT. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. **Cad saúde pública**. 2014;30(1):126–136

SANTOS K.M. et al. Grau de atividade física e síndrome metabólica: um estudo transversal com indígenas Khisêdjê do Parque Indígena do Xingu, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(12):2327-2338, dez, 2012

SOARES., D. A. et al, adesão ao tratamento da hipertensão e do diabetes: compreensão de elementos intervenientes segundo usuários de um serviço de atenção primária a saúde. **Rev. APS**. 2014 jul/set; 17(3): 311 – 317.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. Diretrizes brasileiras de hipertensão. Volume 107, Nº 3, Suplemento 3, Setembro 2016. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf acesso em: 13 jan. 2021

SOUZA FILHO. Z.A.S., et al. Prevalência de hipertensão arterial em indígenas do Brasil: uma revisão sistemática com meta-análise. **Rev Esc Enferm USP** - 2015; 49(6):1016 1026

TAVARES, F. G.; COIMBRA-JUNIOR, C. E. A.; CARDOSO, A. M. Níveis tensionais de adultos indígenas Suruí, Rondônia, Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, p. 1399-1409, Rio de Janeiro, 2013.

_____. **Epidemiologia da Hipertensão Arterial e níveis tensionais em adultos indígenas Suruí, Rondônia, Brasil**. 53f. Dissertação (Mestrado). Mestrado em Ciências na área de Epidemiologia em Saúde Pública. Programa de Pós-Graduação da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, rio de Janeiro, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: WHO, 2011. Disponível: https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/. Acesso em: 22 jun. 2021

_____. (WHO). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/01-07-2003-failure-to-take-prescribed-medicine-for-chronic-diseases-is-a-massive-world-wide-problem>. Acesso em: 17 jul. 2021.

_____. (WHO). Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: WHO, 1999.

.



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Vice-Presidência de Educação,
Informação e Comunicação



APÊNDICE

APÊNDICE – Termo de Aceite e Compromisso de Orientação

TERMO DE ACEITE DE ORIENTAÇÃO

Eu, Theresa Cristina de Albuquerque Siqueira, RG nº 1237754 AL, declaro que aceito o compromisso de (orientar / co-orientar) o Projeto de Intervenção à ser desenvolvido pelo(a) profissional especializando/a Adriana de Souza Santos como Projeto de Intervenção do Curso de Especialização Lato Sensu em Saúde Pública com Ênfase na Interprofissionalidade, do Núcleo de Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Alagoas(NUSP/FAMED/UFAL)- no período 2020-2021.

Maceió, 20 de agosto de 2021.

Nome e assinatura do orientador

Nome e assinatura do Discente

ANEXO

Figura 1- Fluxo de atendimento de Saúde Indígena



Fonte: Ministério da Saúde <https://antigo.saude.gov.br/noticias/676-assuntos/saude-indigena/41324-sobre-a-area>.