



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Amanda Tessaro Moreira

Adesão ao tratamento de pacientes diabéticos e hipertensos atendidos na Estratégia de Saúde da Família Mar Grosso, Laguna - SC.

Florianópolis, Abril de 2017

Amanda Tessaro Moreira

Adesão ao tratamento de pacientes diabéticos e hipertensos
atendidos na Estratégia de Saúde da Família Mar Grosso, Laguna -
SC.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Julia Estela Willrich Boell
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Abril de 2017

Amanda Tessaro Moreira

Adesão ao tratamento de pacientes diabéticos e hipertensos
atendidos na Estratégia de Saúde da Família Mar Grosso, Laguna -
SC.

Essa monografia foi julgada adequada para
obtenção do título de “Especialista na aten-
ção básica”, e aprovada em sua forma final
pelo Departamento de Saúde Pública da Uni-
versidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Julia Estela Willrich Boell
Orientador do trabalho

Florianópolis, Abril de 2017

Resumo

Introdução: As doenças crônicas não transmissíveis são um conjunto de patologias que incluem diversas alterações metabólicas . As DCNTs mais frequentes na Estratégia Saúde da Família de Mar Grosso são o diabetes mellitus e a hipertensão arterial. A hipertensão é uma doença que atinge 36 milhões de brasileiros e causa 50% das mortes por doenças cardiovasculares. O diabetes se caracteriza por hiperglicemia, se não controlada causa lesões vasculares, resultando em complicações irreversíveis. Em nossa comunidade mais da metade das pessoas com DCNT não aderem ao tratamento, principalmente quando se trata de hipertensão e diabetes. A adesão ao tratamento requer a compreensão e cooperação do paciente, mostrando a importância dos profissionais da saúde fornecer informações e incentivos para que a adesão plena ao tratamento se torne realidade. **Objetivo:** Melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso pelos portadores de doenças crônicas. **Metodologia:** Primeiramente haverá reuniões com a equipe para ajustes nos questionários e planejamento das palestras com temas sobre diabetes e hipertensão. Serão aplicados questionários para avaliar a adesão dos participantes. As palestras serão marcadas com pacientes cadastrados na unidade com as respectivas doenças crônicas em datas separadas segundo sua patologia. No primeiro encontro os indivíduos responderão o questionário, será realizada medidas da cintura/quadril e pressão arterial. Serão quatro encontros, os três primeiros semanais e o quarto um mês depois para reaplicação do questionário, medidas da cintura/quadril e pressão arterial. Os dados iniciais e finais serão comparados para verificar se houve aumento significativo na adesão ao tratamento após as palestras. **Resultados esperados:** Esperamos que com a aplicação deste projeto o conhecimento sobre tais doenças aumente significativamente e através deste, pretende-se conscientizar os pacientes sobre a importância de sua participação no controle da patologia; proporcionando o aumento da adesão ao tratamento e diminuição do abandono.

Palavras-chave: Doenças crônicas não transmissíveis, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica, Adesão ao tratamento

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
3.1	Hipertensão Arterial Sistêmica	16
3.2	Diabetes Mellitus	17
3.3	Adesão ao tratamento nas doenças crônicas	17
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	25
	REFERÊNCIAS	29

1 Introdução

A Cidade de Laguna, situada na Região Sul do Estado de Santa Catarina com 44.316 habitantes, possui faixa litorânea com extensão de 28.706 metros, conta com diversas Unidades Básicas de Saúde (UBS); uma delas é a UBS do Mar Grosso localizada no bairro Mar Grosso atuante na Estratégia da Saúde da Família (ESF), atende pacientes de todas as idades, dado que sua maioria são adultos maiores e idosos aposentados (LAGUNA, 2017).

Este município foi fundado há 340 anos, sua primeira colonização foi por volta de 1740 no século XVIII, onde foi colonizada na região costeira da Lagoa Santo Antônio dos Anjos. A segunda colonização foi causada pelo crescimento do porto, o qual promoveu desenvolvimento na economia da cidade(LAGUNA, 2017).

Grande contribuinte para a transformação da vila foi Giuseppe Garibaldi que possibilitou através de estratégias a entrada até o mar, o que revolucionou a cidade. Outra contribuição foi o incentivo da Coroa Portuguesa em 1748 e 1756 para os imigrantes Açorianos, com interesse de desenvolver com aumento da população as vilas litorâneas do Sul do Brasil. Depois vieram os imigrantes europeus e a exploração do carvão (metade do século XIX), o que garantiu grande desenvolvimento econômico, e Laguna chega ao 4º lugar no estado em movimentação portuária. Os centros históricos registram atualmente a grande riqueza que a cidade desfrutou nesta época (LAGUNA, 2017).

O desenvolvimento urbano e intelectual surgiu na virada do século com a fundação de teatro, jornal, hospital e cinema. Em 1925 é inaugurada a biblioteca pública e desde então houve muitas inaugurações e progressos (LAGUNA, 2017).

No bairro do Mar Grosso a tempos atrás era habitado por sua maioria de pescadores, atualmente os moradores deste bairro tem como maioria aposentados e pessoas que buscam qualidade de vida e tranquilidade para passarem férias em seus apartamentos que habitam no verão.

Atualmente a cidade não sobrevive somente da pesca, o turismo também traz grande sustento econômico para a cidade. Na ‘alta temporada’ (verão) a população principalmente deste bairro, que é muito próximo do mar, aumenta muito com uma mescla de pessoas com todas as idades, pessoas que vêm para seus apartamentos de férias ou se hospedam em hotéis.

O bairro oferece alguns programas para incentivo a qualidade de vida dos moradores e turistas, estes são: academia ao ar livre monitorada por uma educador físico realizada duas vezes por semana; clube dos idosos que é um lugar de lazer para os idosos do bairro e também existem mais de dez escolas neste bairro.

Em relação a estrutura do bairro; o saneamento básico do Mar Grosso (bairro) é adequada, as condições de moradia muito boa, casas geralmente de alvenaria; renda familiar

de 1 a 5 salários mínimos. Áreas de risco ambiental estão próximos as praias e também o morro próximo ao ESF abrigam muitos usuários de drogas ilícitas o que aumenta o risco de violência.

O diagnóstico geral encontrando durante o curso e os atendimentos na ESF, foram a alta frequência de pacientes descompensando pelo diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS), mostrando a alta frequência de pacientes com síndrome metabólica e nesses indivíduos existe uma grande dificuldade na adesão ao tratamento.

Os problemas psiquiátricos também são causas frequentes nos atendimentos e a quantidade reduzida de médicos psiquiatras e psicólogos resulta na baixa adesão ao tratamento. Em 2016 os atendimentos mais frequentes nesta ESF foram de pacientes com DM e HAS descompensados que é um problema comumente frequente na melhor idade. Logo atrás vem a depressão, que em sua maioria são casos de depressão de longa data buscando a continuidade do tratamento. Logo após, em ordem de frequência vêm pacientes que buscam uma alternativa para o abandono do vício do tabaco.

Esses dados abrem uma exceção para o mês de junho de 2016, que a maior frequência nos atendimentos foram resfriados comuns na população infantil, seguido de dores crônicas que são agravadas pelo inverno em pacientes idosos.

Dentre os problemas apontados no diagnóstico a intervenção será feita nos pacientes com falta de adesão aos tratamentos de doenças crônicas. Voltando principalmente para pessoas com diabetes e hipertensão.

Nota-se que em nossa comunidade mais da metade das pessoas portadoras de doenças crônicas como DM, HAS, DPOC e hipercolesterolemia, não aderem ao tratamento medicamentoso e mudança do estilo de vida. Essa realidade não ocorre somente nesta comunidade, mas sim na maioria dos ESF.

Para o paciente aderir ao tratamento é preciso que compreenda as orientações recomendadas pelo profissional de saúde, além disso, o paciente precisa ser corresponsabilizado pelo seu tratamento, assumindo postura ativa frente ao seu tratamento, evidenciado com a ajuda do médico e da equipe de saúde. Existem inúmeros fatores que podem estar relacionados a falta de adesão, diferentes abordagens explicam a relação comportamental do indivíduo com seu tratamento de saúde, podendo estar a falta de adesão relacionada com aqueles pacientes que não apresentam o cuidado compartilhado, o qual realizam a auto-administração dos medicamentos e a realização dos cuidados relacionados a doença (DIAS et al., 2011).

As complicações de uma doença crônica não tratada (não controlada) são diversas: como acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), frequência muito aumentada de internações e invalidez. Causa também diminuição na produtividade laboral e qualidade de vida. Dentre muitas consequências das mais diversas dependendo da doença crônica (SANTOS; MOREIRA, 2012).

Observando a descrição acima percebemos a importância da adesão ao tratamento.

Essa importância se vê numa amplitude de benefícios ao paciente, aos familiares e para sociedade em geral. Em relação aos custos para o governo, sabe-se que a nível mundial a adesão ao tratamento chega diminuir os gastos governamentais, dado a diminuição dos custos com internações, cirurgias e medicamentos adicionais ([MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2011a](#)).

O aparecimento de uma doença crônica implica, frequentemente, a modificação dos hábitos de vida e também a necessidade de recorrer a métodos terapêuticos. Muitas vezes a pessoa não é capaz de integrar estas mudanças no seu dia a dia, resultando em riscos para a sua saúde. O regime que o doente deve seguir pode apresentar-se complexo, sendo fundamental o papel do profissional de saúde junto deste. Por isso a intervenção multidisciplinar e pensar em estratégias de como aumentar a adesão ao tratamento se torna fundamental no trabalho de uma equipe que busca a saúde e bem estar para a população. ([DIAS et al., 2011](#), p. 206)

A realização deste projeto é totalmente possível, pois contarei com a ajuda da equipe de enfermagem e agentes comunitários; dentro de um esforço conjunto para elaborar projetos que levarão informação, serviços necessários e acompanhamento bastante direcionado aos pacientes. Neste projeto serão elaboradas estratégias com ênfase em palestras educativas, tudo dentro das possibilidades da ESF para aumentar a adesão desses pacientes.

As doenças crônicas são causas mais frequentes de consultas, internação, invalidez e óbito a nível mundial, nacional e regional; e é evidente que existe uma certa dificuldade e falta de estratégias pensadas especificamente para uma comunidade. Por isso projetos voltados para este fim acarretarão em melhora na qualidade de vida do paciente e menor custo ao governo.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Contribuir para melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso pelos portadores de doenças crônicas do ESF do bairro Mar Grosso.

2.2 Objetivos Específicos

- Diminuir o abandono ao tratamento de doenças crônicas na comunidade.
- Aumentar o nível de conhecimento dos portadores de doenças crônicas de suas patologias e os agravos que os acometem.
- Melhorar a relação entre o profissional da saúde e paciente.

3 Revisão da Literatura

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são um conjunto de patologias que incluem diversas alterações metabólicas no organismo humano; incluindo a resistência a insulina como fator mais importante; as dislipidemias, que causam sérios transtornos ao coração e patologias vasculares. As doenças de maior frequência desse grupo no Brasil segundo o ministério da saúde são: doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes mellitus e doenças respiratórias crônicas, respectivamente nessa ordem de frequência (OPAS; OMS, 2017).

Essas doenças vêm trazendo grande impacto na saúde pública em diversos aspectos incluindo setor financeiro, laboral e grandes desafios na prevenção e tratamento dessas patologias. O número de pacientes com pelo menos uma das patologias crônicas somam hoje por volta de 59, 5 milhões de pessoas segundo o Pnad. A hipertensão arterial (HAS) e o diabetes mellitus (DM) são as mais frequentes, alguns estudos mostram que a HAS tem prevalência em pacientes acima de 40 anos de até 50% (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2011b).

As doenças crônicas além de ser um problema de saúde Pública, também diminui a sobrevida do individuo e pode impactar na expectativa de vida de um país. Em 2008 a WHO estimou que 36 milhões de pessoas morreram por DCNT o que corresponde a 63% da população mundial. Em torno de 80% das mortes por doenças crônicas estão nos países em desenvolvimento. No Brasil em 2011 o número de mortes foi em torno de 800 mil , que corresponde a 68,3% do total de óbitos que ainda foram corrigidos para 72,7% após investigação de óbitos mal definidos. No sul uma média de 366,9 pessoas para cada 100 mil habitantes morrem por algum tipo de DCNT (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2015); (MALTA et al., 2014).

O estilo de vida e hábitos alimentares são os fatores de maior importância na determinação das doenças crônicas não transmissíveis. Pesquisas apontam o sobrepeso e obesidade como fatores importantes no risco de doenças crônicas não transmissíveis e estas vêm aumentando de maneira alarmante no Brasil e no mundo. No Brasil 50% da população adulta com mais de 20 anos está acima do peso e dessas em torno de 15% já são obesas. Outra particularidade é que a maioria dessa população se encontra nos grupos de menor renda e são mulheres. A mudança nos hábitos alimentares dos últimos anos tem sido apontada como principal agente causador dessa condição (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2011b).

Outros hábitos no estilo de vida que determinam a causa de doenças crônicas como o sedentarismo que indiretamente é causa de morte por aumentar a propensão a diabetes, hipertensão e doenças isquêmicas. A OMS aponta o sedentarismo como causa de até 2 milhões de mortes no mundo. O tabaco embora seu consumo venha diminuindo no

Brasil, é causa importante de doenças crônicas pulmonares e câncer. Segundo a Vigitel em 2014 o percentual de fumantes maiores de 18 anos nas capitais brasileira foi em média 10,8% e Florianópolis capital de Santa Catarina ficou acima do percentual médio (12,1%) ([MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2015](#)).

São diversos os fatores de risco que podem ser modificáveis e não modificáveis. Os fatores modificáveis estão ligados ao estilo de vida, os principais são tabagismo, alimentação não saudável, uso nocivo de álcool e inatividade física. Os fatores não modificáveis são a idade, sexo e genética. Mas já é bastante evidente em pesquisas que mudanças nos fatores modificáveis diminuiriam dramaticamente o número dessas doenças, suas complicações e mortes. Resultando assim numa melhor qualidade de vida a população e menor custo ao setor da saúde pública ([BRASIL, 2014](#)).

3.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica é uma condição dos vasos sanguíneos a qual há um aumento na resistência a passagem do sangue nas artérias, onde essa pressão pode ser medida em mmHg e os valores da pressão sistólica acima de 140 mmHg e/ou pressão diastólica maior ou igual a 90 mmHg definem uma hipertensão arterial. É uma doença multifatorial que aumenta os risco cardiovasculares e causou 18% das mortes a nível mundial em 2010. Segundo a OMS quase 1 bilhão de pessoas no mundo são hipertensas ([WHO; GHO, 2017](#)); ([MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2013](#)).

Já se sabe que quanto mais alta a pressão arterial maior o risco de morte por doenças cardiovasculares, são somadas cifras de 1,6 milhões de morte ao ano nas Américas. É uma doença que atinge 36 milhões de brasileiros adultos e causa 50% das morte por doenças cardiovasculares (DCV). As principais doenças e eventos cardiovasculares causados pela HAS são: cardiopatia hipertensiva, cardiopatia isquêmica por aterosclerose, trombose, insuficiência cardíaca; dentre outras doenças crônicas não transmissíveis causadas pela HAS. O que a torna um problema de saúde publica de grande extensão no Brasil e no mundo ([MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2013](#)).

Os agentes causadores de HAS na maioria das vezes são causados por fatores modificáveis relacionados ao estilo de vida como o alto consumo de álcool, a alimentação, no qual o excesso de sódio na dieta é o principal fator de risco direto para HAS, no Brasil o consumo de sódio dia é de 4,7g/dia tendo em conta que o consumo adequado é de 2g/dia, não descartando o alto consumo de gorduras saturadas que causam doenças que levam a pressão arterial; e a atividade física que segundo o PNS 46% dos brasileiros são sedentários. Este fato sugere que mudanças gerais nos hábitos de vida poderiam prevenir a HAS ou ser controlada em pacientes já hipertensos, visto que as patologias causadas são geralmente pela hipertensão mal controlada ([MALACHIAS et al., 2016](#)).

O tratamento da HAS geralmente é feito com a combinação de medicamentos e mu-

danças de hábitos do cotidiano, o que exige um esforço e conhecimento do paciente. No tratamento não farmacológico orienta-se a mudança alimentar que corresponde principalmente a diminuição do sal dos alimentos, redução do consumo de gorduras saturadas, normalização do peso se esse estiver acima do recomendado, atividade física de maneira regular e orientada, e a eliminação do tabaco e consumo de álcool. O controle com medicamentos o pacientes deve ser orientado pelo seu médico como usar e sua importância. Porém todas essas orientações parecem simples é de fácil adesão, mas não é a realidade que encontramos nos consultórios médicos, a maioria dos pacientes em torno de 50% não conseguem aderir ao tratamento e a HAS não é controlada, aumentando os riscos de complicações e morte ([MANFROI; OLIVEIRA, 2006](#))([FIGUEIREDO; ASAKURA, 2010](#)).

3.2 Diabetes Mellitus

O diabetes mellitus é uma doença metabólica de grande importância na saúde pública por seu elevado número de acometimento e o crescimento constante do número de diagnóstico, principalmente o DM2, faz com que seu controle e prevenção sejam muitas vezes a principal estratégia para evitar as complicações inerentes da doença e diminuir seus custos. É uma condição que se apresenta com vários tipos de distúrbios metabólicos que tem como principal característica a manifestação da hiperglicemia causada por defeitos na secreção de insulina, resistência periférica à sua ação ou ambas as situações. Em longo prazo, a hiperglicemia causa lesões micro e macrovasculares, podendo resultar em complicações irreversíveis ([SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016](#)).

Existem dois tipos principais e mais conhecidos de diabetes que são o diabetes mellitus tipo 1 (DM1) e o diabetes mellitus tipo 2 (DM2). No DM1 a maioria dos casos é causada quando o sistema imunológico ataca equivocadamente as células beta. Logo, pouca ou nenhuma insulina é liberada para o corpo. Como resultado, a glicose fica no sangue, em vez de ser usada como energia. Ocorre em 5 e 10% do total de pessoas com a doença. O Tipo 1 aparece geralmente na infância ou adolescência, mas pode ser diagnosticado em adultos também ([SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016](#)).

O diabetes Tipo 2 aparece quando o organismo não consegue usar adequadamente a insulina que produz; ou não produz insulina suficiente para controlar a taxa de glicemia. Cerca de 90% a 95% das pessoas com diabetes têm o Tipo 2. Ele se manifesta mais frequentemente em adultos, mas crianças também podem apresentar ([SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016](#)).

O DM é uma condição em que o paciente deve cumprir diversas tarefas de autocuidado para que haja controle glicêmico constante e assim evitar complicações, que são as doenças secundárias ao diabetes. Por isso o paciente deve ter um bom relacionamento com a equipe de saúde que o acompanham; e assim estar bem informado sobre suas tarefas, que se resumem em controle da alimentação, atividade física assistida, monitoramento do

índice glicêmico e cuidado com os pés (MICHELS et al., 2010).

3.3 Adesão ao tratamento nas doenças crônicas

Nota-se que em nossa comunidade mais da metade das pessoas portadoras de doenças crônicas como DM, HAS, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e hipercolesterolemia, não aderem ao tratamento medicamentoso e mudança do estilo de vida. Essa realidade não ocorre somente nesta comunidade, mas sim na maioria dos serviços de saúde do país. Estima-se que de maneira geral 30 a 50% dos doentes, independentemente da doença, do tratamento e do prognóstico, não aderem ao regime terapêutico (DOSSE et al., 2009).

A adesão ao tratamento requer a compreensão e cooperação do paciente que também deve assumir uma posição ativa em seu tratamento, que deixa evidente a importância não só da ajuda do médico como de toda equipe e de próprio paciente.

A falta de adesão ao tratamento de doenças crônicas é uma problemática de muitas causas e diversas interferências com difícil controle, o que gera muitas suposições sobre o tema para explicar os comportamentos de adesão ou não aos tratamentos de saúde. Os problemas da adesão verificam-se em todas as situações em que existe autoadministração do tratamento, independentemente do tipo de doença, qualidade e/ou acessibilidade aos recursos da saúde (DIAS et al., 2011).

O sucesso do tratamento e o controle da doença dependem de uma boa assimilação e cumprimento das orientações dadas pelo médico ou outro profissional da saúde; mas estas orientações são influenciadas por aspectos psicológicos, crenças, nível cultural do indivíduo assim como o meio social de convivência, condições socioeconômicas e escolaridade. Outros fatores importantes são os efeitos adversos dos medicamentos e também o acesso à saúde (LUSTOSA; ALCAIRES; COSTA, 2011); (GIROTTI; ANDRADE; CABRERA, 2008).

As complicações de uma doença crônica não tratada (não controlada) são diversas: como acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), frequência muito aumentada de internações e invalidez. Causa também diminuição na produtividade laboral e qualidade de vida. Dentre muitas consequências das mais diversas dependendo da doença crônica (GOULART, 2011). Considerando o exposto torna-se relevante desenvolver esse projeto de intervenção na ESF do bairro Mar Grosso, buscando melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso pelos portadores de doenças crônicas.

4 Metodologia

Local do projeto

Este estudo será realizado com pacientes cadastrados no ESF MAR GROSSO, localizado na Avenida João Pinho, no bairro Mar Grosso, cidade de Laguna no Estado de Santa Catarina. A equipe desta unidade conta com 1 médica, 1 enfermeira, 2 técnicas de enfermagem, 1 técnica em vacina, 1 educador físico, 1 dentista, 1 auxiliar de dentista, 7 agentes comunitários de saúde e 1 responsável por serviços gerais. Toda esta equipe terá participação diretamente ou indiretamente neste projeto.

Neste local serão realizadas todas as etapas do projeto, desde a elaboração, reuniões e as palestras com os pacientes.

População de estudo

O total de pacientes adultos cadastrados nesta unidade é de 3.672. Destes 356 tem somente hipertensão arterial (HAS) e 136 somente diabetes mellitus (DM). A partir desta lista de cadastros encontrada pelo número do CID (Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde) serão selecionados aleatoriamente 50 pacientes de cada patologia que podem ser adultos ou idosos para o convite as palestras. Espera-se o comparecimento de um número em torno de 30 indivíduos. Os indivíduos deverão ter idade acima de 18 anos, ambos os sexos, com diagnóstico de HAS ou DM tipo 1 ou tipo 2 a pelo menos 6 meses. Como já explicado na introdução foi realizado diagnóstico de frequência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) através dos cadastros e atendimentos; as mais frequentes foram diabetes e hipertensão e também estas se destacam pela difícil adesão do paciente. Por isso foram selecionadas como objeto desta pesquisa para representar as DCNTs.

Como critérios de exclusão, foram considerados indivíduos que não apresentavam diagnóstico de DM1, DM2 ou HAS há pelo menos seis meses, com HAS ou DM secundários a outras doenças, pacientes que apresentarem algum tipo de demência e/ou confusão mental e alterações psiquiátricas. Serão excluídos também crianças e adolescentes.

Etapas para elaboração e execução do projeto

A equipe de saúde desta ESF (me incluo) constatou que a falta de adesão esta ligada a dificuldade do paciente em compreender o que é orientado pelos profissionais de saúde, mesmo as orientações sendo detalhadas, que pode ser causado porque muitos dos pacientes têm pouca escolaridade ou são até analfabetos ou muitas vezes pelo baixo número de vezes de contato com os profissionais e também por saber pouco sobre sua doença. A equipe concluiu que devemos estar mais vezes com estes pacientes para orientá-los. E a maneira possível e eficaz de atingir este objetivo é proporcionando palestras educativas sobre o tema, para aumentar o conhecimento e proporcionar uma consciência real sobre seu estado de saúde, riscos e mudanças necessárias.

Os convites aos indivíduos serão feitos 15 dias antes por telefone pelas técnicas de enfermagem que já se disponibilizaram espontaneamente para esta etapa. Serão informados a data e o horário para o comparecimento e haverá também informações sobre a importância da participação a um projeto de ação educativa para benefícios próprios e melhorar a ESF; os detalhes serão explicados no dia da palestra. As agentes comunitárias também farão os convites nas visitas domiciliares. Os grupos de convidados serão separados um dia para o grupo de pacientes com DM e em uma data diferente os indivíduos com HAS com 30 pacientes para cada grupo; assim foi decidido por se tratar de doenças diferentes que darão mais especificidade nos temas das palestras. O comparecimento será confirmado um dia antes da palestra por telefone para saber a quantidade de indivíduos que comparecerão. Serão convidados 50 pacientes com expectativa de atingir pelo menos o número de 30.

No dia e horário da palestra, ao chegarem ao ESF Mar Grosso indivíduos serão recebidos pelos profissionais de saúde e receberão todo o esclarecimento necessário sobre este projeto e decidirão se querem participar e assinar o termo de consentimento. Neste momento também ficará claro que por ser uma pesquisa com dados controlados a ausência em um dos quatro encontros acarretará na exclusão do participante.

Antes do início das palestras os indivíduos preencherão um questionário geral sobre a doença; com o intuito de obter dados sobre atividades de autocuidado, condição econômica, nível de instrução, conhecimento sobre a doença, estilo de vida e medicamentos utilizados. Este dará uma visão geral do grau de conhecimento sobre o assunto e nível de adesão geral ao tratamento, o que ajudará a detectar as maiores dificuldades dos pacientes. Este questionário ocorrerá na data e horário marcados para a primeira palestra; será minutos antes do início da palestra.

Encontros com pacientes diabéticos

O questionário para os pacientes com DM será baseado no Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD) (MICHELS *et al.*, 2010) e no Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) readaptado por Faria (avalia a adesão ao tratamento medicamentoso) (FARIA; ZANETTI, 2008), mas estes serão ajustados a uma linguagem e forma para que seja possível o próprio paciente preenche-lo, por causa do tempo, número de pacientes que participarão da palestra e disponibilidade dos profissionais de saúde; as dúvidas que surgirem durante o preenchimento do questionário poderá ser sanada com o profissional disponível no momento. Este avaliará alimentação, atividade física, monitoração da glicemia, cuidado com os pés, tabagismo e adesão ao tratamento medicamentoso. Junto a este questionário também serão incluídos dados sócios demográficos que serão: sexo, idade, procedência, ocupação, escolaridade, estado civil, número de moradores na residência e renda familiar. O questionário não terá intenção de análise por pontos com é proposto pelo autor. Outros dados incluídos serão a pressão arterial, medida da cintura e do quadril para obtenção da relação cintura-quadril (RCQ) que será mensurado por profissionais da

saúde da ESF assim que o indivíduo chegar e anotado no próprio questionário que será entregue ao mesmo.

Os pacientes que se declararem analfabetos ou com alguma limitação visual terão ajuda dos profissionais da ESF para responder o questionário.

As palestras serão divididas por temas para uma boa assimilação do conteúdo. Todo o conteúdo será passado aos pacientes numa linguagem popular de fácil entendimento. Será montado pela equipe de saúde um material que contará com Datashow para expor a palestra com partes escritas e imagens para esclarecer muito bem o tema e materiais lúdicos que serão elaborados pelo grupo que montará a palestra de cada tema. Serão distribuídos panfletos como resumo do tema.

A equipe multidisciplinar da ESF do bairro mar grosso realizará reuniões para discutir sobre o ajuste dos questionários ao método de autopreenchimento, para isto será usada a experiência e conhecimento de toda a equipe sobre a população atendida pelo ESF em um esforço para torná-lo o mais simples possível. Após as reuniões de elaboração dos questionários será feita uma reunião com a equipe para selecionar pequenos grupos ou duplas para elaborar e realizar as palestras; esses grupos serão selecionados dado a melhor formação, competência e experiência para área de cada tema das palestras. Provavelmente as palestras sobre a doença e sobre tratamento farmacológico serão elaboradas e realizadas por mim, médica dessa unidade, a enfermeira e um dos auxiliares de enfermagem. As palestras que abordam estilo de vida serão ministradas pelo educador físico e um profissional nutricionista que é o mais habilitado para este tema. No ESF do Mar Grosso não existe uma nutricionista contratada, buscaremos um profissional nutricionista para trabalho voluntário. Mas a separação exata de cada grupo por tema será decidido na reunião.

Os encontros ocorrerão semanalmente, exceto o quarto encontro que será feito 30 dias após a terceira palestra. Essas palestras terão duração máxima de 40 minutos para que ocorra o máximo de assimilação do conteúdo exposto. Ao final de cada palestra serão distribuídos panfletos com resumo sobre tema exposto no dia, serão impressos em papel sulfite na própria unidade.

Temas das palestras com os diabéticos

No primeiro encontro o objetivo será aumentar os conhecimentos sobre a patologia, os assuntos abordados:

- O que é DM
- Implicações na saúde do indivíduo
- Complicações ocorridas com o DM mal controlado

No segundo encontro o objetivo será incentivar as mudanças de hábitos e mostrar a importância do estilo de vida saudável, os tópicos abordados serão:

- Estilo de vida saudável,
- Importância da atividade física, quais são as atividades mais indicadas e seus benefícios para o DM
- Alimentação: mudanças necessárias para o controle da DM, os alimentos mais prejudiciais e os mais indicados.
- Enfatizar a grande importância de o controle alimentar, controle de peso e os prejuízos da obesidade nesta condição.
- Tabagismo

O terceiro encontro terá como objetivo incentivar e esclarecer a importância da adesão ao tratamento medicamentoso. Segue com os tópicos:

- Controle glicêmico: como fazer e por que fazer, sua importância no tratamento da doença.
- Medicamentos: será discutido e explicado sobre os medicamentos mais utilizados no diabetes, sua importância e papel no tratamento.
- Será abordada também a importância do comparecimento regular as consultas ao médico.
- Insulinoterapia: os tipos de insulina, como elas funcionam, quais são distribuídas nas UBS e quais devem ser adquiridas em farmácias convencionais. Será enfatizada a importância do seu uso, os cuidados na utilização excessiva.

Ao final de todas as palestras os pacientes terão a chance de fazer perguntas sobre qualquer dúvida em relação aos temas abordados e caso necessário de dúvidas particulares poderá ser esclarecido individualmente por um profissional da equipe.

Haverá um quarto encontro 30 dias após as palestras. Será ministrada uma palestra curta de revisão geral dos outros encontros e aberto espaço para alguns depoimentos sobre mudanças e dificuldades mesmo depois de mais informados sobre o assunto com as palestras. No início deste encontro haverá novamente medidas da cintura e quadril para comparação. Neste encontro será aplicado o mesmo questionário respondido antes do início da primeira palestra e neste será incluso um espaço para o indivíduo descrever o que ele mais gostou das palestras, quais são suas dificuldades em aderir ao tratamento mesmo tendo o conhecimento e críticas sobre esse trabalho. Neste dia também poderão ser esclarecidas dúvidas.

Temas das palestras com os hipertensos

O método e a ordem das palestras ministradas serão iguais aos encontros com os diabéticos, à única diferença serão os temas dos encontros e o questionário utilizado que

será baseado no formulário para coleta de dados elaborada por Girotto 2008 (GIROTTO; ANDRADE; CABRERA, 2008). Esse formulário será ajustado e simplificado para possibilitar que os indivíduos respondam sem que haja um entrevistador. Haverá profissionais da equipe para tirar dúvidas o questionário e ajudar quando há alguma limitação do paciente.

No primeiro encontro o objetivo será aumentar os conhecimentos sobre a patologia, os assuntos abordados, que são:

- O que é HAS
- Implicações na saúde do indivíduo
- Complicações ocorridas quando a PA se eleva com frequência ou fica continuamente elevada

No segundo encontro o objetivo será esclarecer a importância dos hábitos saudáveis, incentivar a mudança no estilo de vida e aumentar a adesão ao tratamento não medicamentoso. Os tópicos abordados serão:

- Estilo de vida saudável;
- Importância da atividade física, quais são as atividades mais indicadas e seus benefícios para HAS
- Alimentação: mudanças necessárias para o controle da HAS, os alimentos mais prejudiciais e os mais indicados.
- Enfatizar a grande importância de o controle alimentar, controle de peso e os prejuízos da obesidade nesta condição.
- Orientar como reduzir o consumo de sal
- Consumo de bebidas alcoólicas
- Tabagismo

O terceiro encontro terá o objetivo de esclarecer sobre os sobre medicamentos e melhorar a adesão ao tratamento farmacológico. Serão abordados assuntos como:

- Monitoramento adequado da pressão arterial
- Importância dos medicamentos e do seu uso contínuo mesmo se a pressão estiver controlada
- Importância do acompanhamento médico

O quarto encontro será 30 dias depois da terceira palestra, com o mesmo método aplicado para os pacientes com diabetes.

Ao final de todas as palestras os pacientes terão a chance de fazer perguntas sobre qualquer dúvida em relação aos temas abordados e caso necessário em dúvidas particulares poderá ser esclarecido individualmente por um profissional da equipe.

Análises Estatísticas

Os testes estatísticos serão de comparação de cada item que pode ser modificável do questionário inicial e questionário final (após a intervenção educativa).

Será utilizado o teste t-Student e qui- quadrado (2). Para todas as análises, será utilizado um nível de significância de 5%.

Aspectos Éticos

Para a aplicação das escalas mencionados será solicitada a aprovação do comitê de ética da Universidade Federal de Santa Catarina e/ou da Secretaria de Saúde do Município, e somente após aprovado da pesquisa serão aplicados os questionários aos pacientes do ESF do Mar Grosso. Cada participante deverá assinar um termo de consentimento livre e esclarecido. O projeto tem previsão de início das preparações e reuniões com a equipe do ESF para execução no mês de abril.

5 Resultados Esperados

A adesão de pacientes com DCNT ao tratamento medicamentoso e mudança de estilo de vida tem sido um grande desafio aos profissionais da saúde. Estratégias para a melhoria nesta área vêm sendo exaustivamente estudadas e trabalhadas. Introduzir o conhecimento juntamente com a consciência do indivíduo, com a corresponsabilização para o controle de sua doença é de extrema importância. No ESF Mar Grosso não é diferente muitos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis tem grande dificuldade em aderir ao tratamento. A maior frequência neste ESF de DCNTs são DM e HAS.

Dentro deste contexto, da minha experiência profissional e revisão de literatura a escolha foi aumentar o conhecimento em relação a essa temática e enfatizar a importância do autocuidado com palestras aplicadas pelo ESF. Esta estratégia já mencionada em outros trabalhos tem encontrado resultados positivos. Por isso espera-se com este projeto proporcionar educação em saúde e assim, melhorar o conhecimento sobre tais doenças, conscientizar esse grupo sobre a importância de sua participação no tratamento e no controle da patologia; espera-se também aumentar a adesão ao tratamento e consequentemente diminuir o abandono ao tratamento, todo esse processo refletirá no aumento do vínculo entre os profissionais de saúde e o paciente.

Com a aplicação dos questionários no início do ciclo das palestras e ao final espera-se obter um resultado comparativo com melhoras significativas no grau de adesão ao tratamento no questionário final; incluindo aumento do conhecimento sobre a patologia, estilo de vida, alimentação e uso adequado dos medicamentos. No questionário final espera-se também obter dados sobre dificuldades mais frequentes dos pacientes para a adesão ao tratamento, o que aumentará a visibilidade sobre o que ainda é preciso melhorar e delinear novas estratégias para aumentar adesão ao tratamento.

Este projeto também tem a intenção de ser expandido a todos os pacientes com DCNT do ESF Mar Grosso e detectar ajustes necessários no método para melhorar os resultados também será importante.

CRONOGRAMA DE AÇÕES

Elaboração do projeto

02/01/2017 a 10/03/2017

- Delimitação do problema a ser trabalhado
- Revisão de literatura
- Delineamento da metodologia a ser aplicada
- Resultados esperados

- Finalização do conteúdo teórico do projeto

Comitê de ética UFSC

Março/abril de 2017

- Ajuste do projeto e submissão ao comitê de ética

Execução do projeto

Maio a julho de 2017

Primeira etapa - Reuniões com a equipe do ESF

01/05/2017 até 31/05/2017

- Esclarecimento sobre o projeto
- Buscas e seleção através do CID dos pacientes diabéticos e hipertensos
- Ajuste dos questionários
- Definição dos grupos para cada palestra
- Esclarecimento de dúvidas e dificuldades
- Convites por via telefônica aos pacientes

Segunda etapa – Encontros com os pacientes diabéticos e hipertensos

01/06/2017 até 31/07/2017

- Esclarecimento sobre o projeto aos pacientes
- 2 Medidas da cintura e quadril (inicial e final)
- Toma da PA (inicial e final)
- Aplicação dos questionários (inicial e final)
- 4 Palestras para cada grupo (grupo dos hipertensos e grupo diabéticos)

Resultados

01/08/2017 até 31/08/2017

- Compilação dos dados obtidos
- Testes estatísticos

ORÇAMENTO

O projeto será feito basicamente com os recursos do ESF Mar Grosso, com o mais baixo custo possível.

- Datashow e notebook emprestados por mim R\$ 0,00

- 1 pacote de folha sulfite A4 500fl (folhetos com resumo de cada palestra) R\$ 21,90
- 16 folhas de cartolina (para trabalhos lúdicos nas palestras) R\$ 2,00 por folha (R\$ 32,00)
- 20 canetas e lápis diversos (uso conforme necessidade) previsão de R\$ 50,00

Valor total previsto : R\$ 103,90 (sujeito a alterações no caso de imprevisto, se trata apenas de uma estimativa).

Referências

- BRASIL, P. da Saúde – Ministério da Saúde do. *Vigilância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis*. 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/671-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/14125>>. Acesso em: 23 Jan. 2017. Citado na página 16.
- DIAS, A. M. et al. Adesão ao regime terapêutico na doença crônica: Revisão da literatura. *Millenium*, v. 40, p. 201–219, 2011. Citado 3 vezes nas páginas 10, 11 e 18.
- DOSSE, C. et al. Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 17, n. 2, p. 1–7, 2009. Citado na página 18.
- FARIA, H. T. G.; ZANETTI, M. L. Fatores relacionados a adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. Ribeirão Preto, n. 146, 2008. Curso de Programa de Pós- Graduação em Enfermagem Fundamental, Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Citado na página 20.
- FIGUEIREDO, N. N.; ASAKURA, L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 23, n. 6, p. 782–787, 2010. Citado na página 17.
- GIROTTTO, E.; ANDRADE, S. M. de; CABRERA, M. A. S. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo e fatores associados na Área de abrangência de uma unidade de saúde da família, Londrina, pr. Londrina - PR, n. 189, 2008. Curso de programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina. Citado 2 vezes nas páginas 18 e 22.
- GOULART, F. A. de A. *Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Estratégia de Controle e Desafios para os Sistemas de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Citado na página 18.
- LAGUNA, P. M. de. *História de Laguna*. 2017. Disponível em: <<http://www.laguna.sc.gov.br/historia.php>>. Acesso em: 18 Jan. 2017. Citado na página 9.
- LUSTOSA, M. A.; ALCAIRES, J.; COSTA, J. C. da. Adesão do paciente ao tratamento no hospital geral. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, v. 14, n. 2, p. 27–49, 2011. Citado na página 18.
- MALACHIAS, M. V. B. et al. 7ª diretriz brasileira de hipertensão arterial: Arquivos brasileiros de cardiologia. *Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia*, v. 107, n. 3, p. 1–83, 2016. Citado na página 16.
- MALTA, D. C. et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 23, n. 4, p. 599–608, 2014. Citado na página 15.

- MANFROI, A.; OLIVEIRA, F. A. de. Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 2, n. 7, p. 165–176, 2006. Citado na página 17.
- MICHELS, M. J. et al. Questionário de atividades de autocuidado com o diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabologia*, v. 54, n. 7, p. 54–57, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 20.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (dcnt) no brasil 2011-2022. Ministério da Saúde, Brasília, n. 1, 2011. Citado na página 11.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Plano nacional de saúde – pns : 2012-2015. Ministério da Saúde, Brasília, n. 1, 2011. Citado na página 15.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - hipertensão arterial sistêmica. Ministério da Saúde, Brasília, n. 1, 2013. Citado na página 16.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquéritos telefônicos. Ministério da Saúde, Brasília, n. 1, 2015. Citado na página 15.
- OPAS, O. P.-A. da S.; OMS, O. M. da S. *Doenças Transmissíveis e Não-Transmissíveis*. 2017. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=569>. Acesso em: 22 Jan. 2017. Citado na página 15.
- SANTOS, J. C. dos; MOREIRA, T. M. M. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, n. 5, p. 1125–1132, 2012. Citado na página 10.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes (2015-2016). A.C. Farmacêutica, São Paulo, n. 1, 2016. Citado na página 17.
- WHO, W. H. O.; GHO, G. H. O. *Raised blood pressure*. 2017. Disponível em: <http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/blood_pressure_prevalence_text/en/>. Acesso em: 25 Jan. 2017. Citado na página 16.