



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Alcino Ferreira da Cruz Neto

Adesão ao tratamento de doenças crônicas: uma análise
do processo de trabalho na Atenção Básica em
Cariacica - ES

Florianópolis, Março de 2023

Alcino Ferreira da Cruz Neto

Adesão ao tratamento de doenças crônicas: uma análise do
processo de trabalho na Atenção Básica em Cariacica - ES

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

Orientador: André Lucas Maffisoni
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Alcino Ferreira da Cruz Neto

Adesão ao tratamento de doenças crônicas: uma análise do processo de trabalho na Atenção Básica em Cariacica - ES

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

Profa. Dra. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

André Lucas Maffisoni
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: a adesão ao tratamento por usuários com doenças crônicas é um desafio no contexto nacional. Pessoas com Diabetes Mellitus do tipo II e Hipertensão Arterial Sistêmica, consideradas as duas doenças crônicas de maior prevalência no Brasil, acabam abandonando o tratamento da patologia por diversos fatores. Para incentivar a adesão ao tratamento, é fundamental que as equipes de saúde do nível primário de atenção possam compreender seu processo de trabalho e apreender de que forma ele pode ser aperfeiçoado para realizar o estímulo e a conscientização popular sobre a importância de seguimento no tratamento das duas doenças. **Objetivo:** qualificar o processo de trabalho da equipe da Unidade Básica de Saúde de Novo Brasil, do município de Cariacica, Estado do Espírito Santo, no que diz respeito à assistência ofertada aos usuários com diagnóstico médico de Diabetes Mellitus do tipo II e Hipertensão Arterial Sistêmica. **Metodologia:** para a realização do projeto de intervenção será utilizado como base o Planejamento Estratégico Situacional. A partir desta metodologia serão cumpridas etapas de pesquisa na literatura e de discussão com a equipe de saúde, de modo a construir um plano de ação focado em transformações no processo de trabalho da unidade. **Resultados esperados:** diminuição dos níveis pressóricos em pacientes hipertensos, indivíduos com níveis glicêmicos dentro dos padrões de normalidade e redução de usuários com sobrepeso/obesidade. Espera-se que o plano de ação seja reconhecido como uma estratégia relevante para qualificar a atenção em saúde ofertada pela unidade.

Palavras-chave: Adesão ao tratamento medicamentoso, Atenção Primária à Saúde, Diabetes Mellitus Tipo 2, Doença Crônica, Hipertensão

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

O município de Cariacica está localizado na região metropolitana do Estado do Espírito Santo (ES), possui uma extensão territorial de 279.98 km² e aproximadamente 400 mil habitantes. Caracteriza-se por uma gestão pública responsável, comprometida com o serviço público e com o zelo pelos valores republicanos da administração pública. Contudo, abriga uma população grande e de alta vulnerabilidade socioeconômica, com uma parcela significativa de residentes em áreas rurais e de difícil acesso, inviabilizando a cobertura de saúde via Sistema Único de Saúde (SUS) de 100% da população.

O nível de escolaridade da população é majoritariamente baixo, com pouca qualificação e escasso acesso à informação. Com número expressivo de comunidades carentes que se localizam periféricamente e de maneira aglomerada, representando mais de 60% da população local, há um número elevado de pessoas desempregadas, alta taxa de doenças infectocontagiosas, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez na adolescência e de criminalidade e homicídios. Apesar do grande volume populacional, o município não possui uma arrecadação de tributos considerável e apenas 17,3% da arrecadação total é destinada para a área de saúde.

O município possui 28 Unidades Básicas de Saúde (UBS), distribuídas de acordo com características geográficas e perfis populacionais. A UBS de Novo Brasil está localizada no extremo oeste do município, cerca de 12 quilômetros da região municipal central. A equipe de trabalho é formada por 17 profissionais, sendo dois médicos do programa Mais Médicos, um enfermeiro, uma vacinadora, três técnicos de enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde, três auxiliares administrativos, um profissional da limpeza, um porteiro, e a coordenadora geral. Há uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com uma abrangência de aproximadamente sete mil pessoas (quatro mil do próprio bairro e três mil de bairros circundantes que não possuem unidade própria).

A UBS atende um entorno bastante desassistido, vários bairros vizinhos que não têm UBS migram para a unidade, gerando alta demanda espontânea, de pré-natal e atendimentos agendados. Estruturalmente a UBS é pequena e está composta por dois consultórios médicos, um consultório para o enfermeiro, que divide com toda a equipe da ESF, uma sala para aferição de sinais vitais e demais procedimentos, como teste do pezinho e avaliação antropométrica, uma farmácia, uma sala de vacina e mais dois espaços destinados a alimentação dos trabalhadores e limpeza do espaço. Na unidade são realizados atendimentos para os diversos ciclos de vida, desde a pediatria, população adulta em geral até os idosos. Além disso, são realizados atendimentos ginecológicos e obstétricos, bem como atendimento domiciliar e atendimento à população privada de liberdade, tanto em atendimentos eletivos como na demanda espontânea.

Por se tratar de um bairro populoso, zona rural e de vulnerabilidade social, a procura

pelos serviços de saúde se faz de forma massiva, constante e repetitiva. Em situações normais a procura ao serviço de saúde é alto, com demandas espontâneas clássicas, poucos casos de atendimento de urgência/emergência, grande busca por realização de pré-natal, devido ao alto número de gravidez/natalidade na população, consultas de puericultura, realização do teste do pezinho e controle e acompanhamento de doenças crônicas não transmissíveis, que ocupam a maior carga de trabalho da equipe e, por conseguinte, de consultas com o médico para renovação de prescrições, reavaliação e acompanhamento.

As queixas mais comuns são: cefaleia occipital, dor crônica generalizada e inespecífica, incapacidade para conciliar e manter o sono de qualidade, tontura e dores por polineuropatia periférica decorrente da Diabetes. Os agravos mais prevalentes são: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus tipo II (DM II), dislipidemias, doenças infectocontagiosas (hanseníase, tuberculose, sífilis), transtornos psiquiátricos (depressão e esquizofrenia), doenças reumáticas e dengue.

Nota-se ascensão gradativa de novos casos relacionados às doenças crônicas, principalmente HAS e DM II. De acordo com dados do e-SUS, foram registrados 31 novos pacientes de DM e/ou HAS. Além dos novos casos, os profissionais enfrentam grande dificuldade para sensibilizar os usuários no sentido de aderir melhor ao tratamento, para que possam garantir a qualidade de vida e minimizar os eventos de descompensação relacionados aos agravos.

A baixa adesão ao tratamento ocorre em função de diversos fatores e implica uma cascata de consequências tão daninhas para uma sociedade quanto não tratar a doença. Essa condição de não adesão pode sobrecarregar o sistema de saúde, tendo em vista que o paciente que poderia fazer o controle da patologia na UBS, no nível primário de atendimento e porta de entrada preferencial do SUS, acaba, muitas vezes, demandando do sistema uma complexa e longa necessidade assistencial, em níveis secundários e terciários de atenção (TAVARES et al., 2016).

Importa salientar que as doenças crônicas representam o maior número de demandas para o sistema de saúde, tanto na Atenção Básica (AB) como Atenção Especializada; as doenças crônicas cardiovasculares são a primeira causa de morte no mundo. Uma boa gestão das doenças crônicas gera uma série de benefícios para o sistema: diminuição do número de atendimentos nos estabelecimentos de saúde, diminuição do número de cirurgias decorrentes de complicações, diminuição dos gastos do sistema com essas doenças, implicando em maior uso desses recursos para prevenção e profilaxia, diminuição do número de óbitos por essas causas e, conseqüentemente, aumento da sobrevivência da população e de trabalhadores da População Economicamente Ativa (PEA) (SCHMIDT et al., 2011). Tudo isso implica em menor gasto por parte da União, podendo resultar no aumento de reservas para outras áreas inevitáveis, melhoria e ampliação dos serviços de saúde, construção de novas UBS e manutenção das equipes de ESF dentre outros, contribuindo para melhoria da qualidade de vida da população.

Neste sentido, acredita-se que investigar o processo de continuidade do cuidado ofertado pela ESF no âmbito das doenças crônicas, especialmente HAS e DM II, bem como a adesão ao tratamento por parte dos usuários, é de grande relevância para contribuir para a qualificação da assistência e para a otimização dos gastos em saúde. O estudo deste tema é importante para os profissionais da saúde, para a população e para os gestores dos três âmbitos de governo, beneficiando tanto a UBS onde se pretende realizar a intervenção como a sociedade de modo geral.

A análise da dinâmica assistencial por meio de um parâmetro, qual seja a doença crônica, implica em desobstruir o sistema de saúde em seus diversos níveis de atenção. Portanto, em épocas atípicas como a atual crise que o mundo vivencia, causada pela COVID-19, onde é preciso um sistema de saúde que consiga lidar com a superlotação, com o colapso da dinâmica de trabalho e a concomitância com as demais doenças, é fundamental pensar em modos capazes de mais bem gerir o cuidado e a assistência em saúde no caso das doenças crônicas.

Além disso, o tema é extremamente importante para mim, porque mexe com a estrutura do sistema que estou inserido dentro da AB e amplia minha visão acerca da melhoria do SUS. Vislumbro diminuição de complicações associadas às doenças crônicas, diminuição do uso da rede hospitalar, redução no número de óbitos relacionados à falta de adesão ao tratamento e melhoria da qualidade de vida da população.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Qualificar o processo de trabalho da equipe de saúde da UBS de Novo Brasil, no que diz respeito à assistência ofertada aos usuários com diagnóstico médico de HAS e DM tipo II.

2.2 Objetivos Específicos

- Compreender o processo de trabalho na UBS;
- Identificar as dificuldades, as fragilidades e os desafios que permeiam o cuidado em saúde para usuários com HAS e DM II, na perspectiva dos profissionais;
- Elaborar ações que promovam o aperfeiçoamento do processo de trabalho da equipe de saúde;
- Estimular a atuação multiprofissional e colaborativa entre os profissionais, com foco na longitudinalidade do cuidado e na resolutividade das ações realizadas.

3 Revisão da Literatura

Conceito de Processo de Trabalho

Processo de trabalho é a forma como um trabalho é realizado ou como se desenvolve determinada atividade profissional. Trata-se do conjunto de ações e procedimentos pelos quais o ser humano atua - por meio da produção e transformação - com o objetivo de se alcançar um produto, um serviço, um fim específico, palpável ou abstrato (PEREIRA et al., 2002).

Para Horácio 2002, em um processo de trabalho, os objetivos ou as finalidades (todo processo de trabalho é realizado para se atingir uma finalidade) são projeções de resultados que visam satisfazer as necessidades e as expectativas dos seres humanos, conforme sua organização social, em dado momento histórico. O objetivo do processo de trabalho é a produção de um objeto ou condição que determina o produto específico de cada processo (PEREIRA et al., 2002).

Todo processo de trabalho é desenvolvido com o uso de meios específicos para cada condição particular; todo processo de trabalho se realiza sobre algum objeto; e todo processo de trabalho tem um sujeito que executa as ações, estabelece os objetivos e as relações de adequação para transformação do objeto.

Essas características são muito presentes na Atenção Primária à Saúde (APS). Por isso, é fundamental que os profissionais desenvolvam habilidades para a aplicação de instrumentos que possibilitem a reflexão crítica e possam produzir o fim esperado, qual seja, a qualidade de vida da população (PEREIRA et al., 2002).

Conceito de Processo de Trabalho em Saúde

O termo “processo de trabalho em saúde” foi elaborado no final da década de 1960, das mãos de Maria Cecília Ferro Donnangelo, que iniciou os estudos sobre a profissão médica, o mercado de trabalho em saúde e a medicina como prática técnica e social (DONNANGELO, 1975).

Para DONNANGELO (1976), a vida social e a prática médica estão intrinsecamente relacionadas, portanto, a estruturação da assistência, as políticas de saúde pública, os estudos sobre o mercado, as profissões e as práticas em saúde convergem em um mesmo conceito: o de processo de trabalho.

Posteriormente, Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, discípulo de Donnangelo, desenvolveu o conceito de “Processo de Trabalho em Saúde”, segundo o qual, a atividade do homem opera uma transformação no objeto sobre o qual atua, por meio de instrumentos de trabalho para a produção de produtos, estando subordinado a um determinado fim. Neste sentido, os três elementos componentes do processo de trabalho são: a atividade adequada a um fim, o objeto de trabalho e os instrumentos ou meios do trabalho (GONÇALVES, 1992).

Os desafios para atuar no controle de doenças crônicas

A baixa adesão ao tratamento ocorre em função de diversos fatores e implica uma cascata de consequências tão daninhas para uma sociedade quanto não tratar a doença. Essa condição de não adesão pode sobrecarregar o sistema de saúde, tendo em vista que o paciente que poderia fazer o controle da patologia na UBS, no nível primário de atendimento e porta de entrada preferencial do SUS, acaba, muitas vezes, demandando do sistema uma complexa e longa necessidade assistencial, em níveis secundários e terciários de atenção (TAVARES et al., 2016).

Para TAVARES et al. (2016), entre os fatores que influenciam diretamente nos resultados terapêuticos, destaca-se a adesão ao tratamento medicamentoso, que é definida como grau de concordância entre o comportamento de uma pessoa e as orientações do profissional de saúde, corroborando com a ideia de que entregar ao paciente toda a responsabilidade do sucesso de seu tratamento é errôneo e contraditório, uma vez que o paciente depende do profissional como pilar de sustentação para alcançar a plenitude terapêutica.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que a não adesão aos tratamentos propostos pode chegar a 50%. Em revisão sistemática que reuniu estudos publicados em 50 anos, a taxa de não aderentes ao tratamento foi de 24,8% (DIMATTEO, 2004). Analisando estudos e artigos sobre o tema e associando a prática clínica diária, percebe-se que a baixa adesão aos tratamentos propostos sempre existirá, em maior ou menor medida. Diante disso, o objetivo dos profissionais da saúde é diminuir essa porcentagem a níveis ínfimos, demonstrando ao paciente a importância de se realizar uma correta execução das metas pactuadas nas consultas.

No clássico modelo paternalista, a relação médico-paciente era unilateral. O médico, dotado de razão e de poder, decidia o que era melhor para o paciente, sem que ele tivesse qualquer voto nem escolha no seu tratamento. Essa forma impositiva de abordagem terapêutica, ao ignorar a importância do protagonismo do paciente durante o seu tratamento, pode gerar consequências danosas aos efeitos clínicos desejáveis (BAGATTOLI, 2000).

Em oposição ao modelo paternalista emerge o modelo biopsicossocial com o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), onde o paciente ganha lugar de destaque no tratamento, ocupa uma posição de agente de mudança da sua condição clínica e se obtém desse modo melhores resultados terapêuticos (RIBEIRO et al., 2008).

O método clínico centrado na pessoa, aceito nacional e internacionalmente, preconiza a elaboração de planos terapêuticos singulares entre o profissional clínico e a pessoa que recebe o cuidado. Sabe-se que quando a pessoa é agente de sua própria saúde e compartilha com os profissionais de saúde o processo de tomada de decisão acerca do seu plano de cuidados, existe maior sucesso terapêutico. O termo comumente utilizado na prática clínica e nas publicações científicas em português é adesão (CORRER et al., 2013).

O DM e a HAS atingem, respectivamente, 6,3% e 23,3% dos adultos brasileiros. Essas doenças representam a primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, sendo apon-

tadas como responsáveis por mais da metade dos diagnósticos primários em pessoas com insuficiência renal crônica, submetidas à diálise no SUS. As doenças cardiovasculares constituem a maioria delas, sendo a HAS a mais prevalente, aumentando progressivamente com a idade (BRASIL, 2016).

Além da mortalidade, as doenças crônicas apresentam forte carga de morbidades relacionadas, sendo responsáveis por muitas internações, bem como estão entre as principais causas de amputações e de perdas de mobilidade e de outras funções neurológicas. Envolvem também perda significativa da qualidade de vida, que aprofunda à medida que a doença se agrava.

Cabe lembrar que os determinantes sociais também impactam fortemente na prevalência das doenças crônicas. As desigualdades sociais, as diferenças no acesso aos bens e aos serviços, a baixa escolaridade e as desigualdades no acesso à informação determinam, de modo geral, maior prevalência das doenças crônicas e dos agravos decorrentes da evolução dessas doenças (BRASIL, 2013).

Por outro lado, o impacto econômico que as doenças crônicas geram ao país não está relacionado somente com os gastos por meio do SUS, mas com as despesas em função do absenteísmo, das aposentadorias e da morte da população economicamente ativa. Segundo estimativas, em 2025, o Brasil terá mais de 30 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, e a maioria deles, cerca de 85%, apresentará pelo menos uma doença crônica (BRASIL, 2016).

A falta de adesão ao tratamento pelo paciente é considerada por alguns autores como um problema de saúde pública, e tem sido denominada de “epidemia invisível”, variando de 15 a 93% para portadores de doenças crônicas, com média estimada de 50%, dependendo do método empregado para a medida. Já a adesão é compreendida como a utilização de pelo menos 80% dos tratamentos prescritos, observando horários, doses e tempo de tratamento (BRASIL, 2013)). Estudo demonstra que a baixa adesão aos tratamentos terapêuticos é considerada barreira importante para o controle das doenças crônicas (GONÇALVES, 1992).

A adesão ao plano de cuidado é um termo amplo e se refere ao uso do medicamento prescrito e a adoção de medidas não farmacológicas como mudanças no estilo de vida (dieta equilibrada, atividade física, cessação do tabagismo, padrões de sono, lazer, habilidades sociais, sexo seguro etc.) (CORRER et al., 2013).

Alguns autores também consideram determinados comportamentos, como participar de processos terapêuticos longitudinais com profissionais de saúde, incluindo a realização de exames periódicos, parte do conceito de adesão. Quando se trata exclusivamente ao uso de medicamentos, o termo adesão à terapia medicamentosa (farmacoterapia) é mais apropriado. Para os mesmos autores, a adesão à farmacoterapia envolve a administração adequada do medicamento referente à quantidade e administração recomendadas (com alimento, em jejum, com intervalo de 12 horas, ao deitar-se). Considera-se que o paciente

adere à farmacoterapia quando utiliza de mais de 80% da quantidade de medicamento prescrito (CORRER *et al.*, 2013).

Existem dois tipos de pacientes não aderentes: os involuntários, que devido a falhas de conhecimento ou de interpretação das instruções da equipe de saúde, esquecimento dos horários e desorganização na ingestão medicamentosa, fazem subutilização medicamentosa, e os voluntários, aqueles que optam por não tomar, parcialmente ou totalmente os medicamentos, por múltiplos motivos. O abandono do tratamento está ligado à experiência do paciente com os medicamentos (atitude, crenças, expectativas, medos, reações adversas, conhecimento, interferentes sociais, religiosos e culturais), que deve ser compreendido pela equipe de saúde, em especial pelo farmacêutico, com risco de perda de efetividade no aconselhamento para seu uso correto. Nesse caso, não há regra e a adesão farmacoterápica dependerá muito do acordo com o paciente, da capacidade deste em assumir o controle sobre seu cuidado e da qualidade do relacionamento entre profissional e paciente (CORRER *et al.*, 2013).

Conforme manuais do Ministério de Saúde (MS), a abordagem para adesão em casos de abandono do tratamento deve ser centrada a partir da realidade do paciente, levando em consideração aspectos éticos importantes e peculiaridades da doença. A não adesão ao tratamento pode ser determinada por aspectos de diferentes naturezas: socioeconômicos e culturais, psicológicos, institucionais e advindos da relação profissional de saúde com o usuário (BRASIL, 2013).

Processo de Trabalho em doenças crônicas

A implantação da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas do MS tem como objetivo a estruturação do processo de trabalho em todas suas dimensões. O programa aborda uma série de dimensões que influenciam na dinâmica do trabalho: acolhimento, atenção centrada na pessoa e na família, cuidado longitudinal, atenção multiprofissional, apoio matricial, acompanhamento não presencial, atendimento coletivo, autocuidado, estratificação de risco e educação permanente.

Esses parâmetros são os principais pilares do processo de trabalho em saúde dirigido às pessoas com doenças crônicas, são critérios estabelecidos pelo próprio MS, por meio de estratégias como a ESF, Mais Médicos para o Brasil, programa de Agente Comunitário de Saúde (ACS) (BRASIL, 2013).

Desta forma, compreender o processo de trabalho e como ele tem sido desenvolvido explica o modo como se produz saúde para essa população. O produto vai depender de como se estimula o paciente, dotado de família, crenças, costumes, padrão socioeconômico, raça e singularidades, dentro da estrutura institucional, de modo que se consiga qualificar o cuidado e elevar a qualidade de vida destas pessoas.

A efetivação do cuidado em saúde nas situações de agravos crônicos, em especial HAS e DM, passa pela compreensão do processo de trabalho que se constrói na execução das ações em saúde, pois ele pode influenciar sobremaneira na adesão ou na não adesão à

terapêutica proposta. Daí a importância de investir em um processo de trabalho com núcleos de sentidos coerentes, capazes de apreender o objeto de trabalho (ser humano), meio de trabalho (cuidado em saúde) e finalidade do trabalho (qualidade de vida) de tal forma que possam gerar transformações efetivas na vida dos usuários, estimulando a conscientização e, conseqüentemente, ampliando a adesão das diversas formas de tratamento implementadas (BRASIL, 2013).

4 Metodologia

Para a realização do presente projeto de intervenção, será utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES). Essa estratégia foi idealizada e desenvolvida pelo economista chileno Carlos Matus, em 1970, e, posteriormente, aperfeiçoada por outros autores e estudiosos (TANCREDI; CASTIGLIONI, 2014). Trata-se de um corpo teórico-metodológico-prático sólido, sistemático e rigoroso desenvolvido para lidar com a complexidade da realidade social (SANTANA; TAHARA, 2008) .

A intenção do idealizador do PES foi de justificar e desenvolver um conjunto de técnicas, métodos, destrezas e habilidades que permitam ao ator-protagonista em situação aumentar suas capacidades de direção, gerência, administração e controle do sistema social no qual está inserido (SANTANA; TAHARA, 2008). Para Tancredi e Castiglioni (2014), o PES privilegia a ideia de momento e situação considerando que uma mesma realidade pode ser explicada mediante situações diferentes, porque os atores do jogo social participam dele com diferentes propósitos.

Detalhadamente, o projeto de intervenção se iniciará com uma revisão da literatura a respeito do tema proposto. Para tanto, serão utilizadas as bases de dados SciELO, MedLine, PubMed e LILACS. Serão recuperados artigos originais escritos em língua portuguesa, disponíveis de forma online em *full text*. Os seguintes descritores oriundos do DeCS serão utilizados: cooperação e adesão ao tratamento, doença crônica, atenção primária à saúde, pessoal de saúde e mão de obra em saúde, conjugados pelo operador booleano "AND". A partir dos dados da revisão será construído um arcabouço teórico, que norteará a produção e a implementação das ações de intervenção.

Uma vez revisada a literatura, será criado um grupo de trabalho na unidade básica de saúde com o nome "Planejamento do Cuidado". O objetivo do grupo é de estudar o processo de trabalho na unidade local, identificar as características do atendimento ao usuário com doença crônica, compreender a abordagem desse paciente (como ele é atendido, acompanhado, quais os mecanismos utilizados para que exista adesão ao tratamento proposto, como é a agenda desse paciente dentro da unidade etc.), identificar qual o número de pacientes com doenças crônicas na área de abrangência, dentre outros.

A partir do primeiro encontro serão traçadas metas a serem alcançadas, com divisão de funções para cada membro da equipe e com elaboração de cronograma para execução. Todas as variantes acima citadas serão agrupadas por características em comum e será criado um cronograma para a análise dos tópicos.

O "Planejamento do Cuidado" será feito ao longo de 6 meses, com reuniões quinzenais. Em cada reunião será abordado um tópico de relevância e terá duração média de duas horas, uma hora para discussão da equipe e uma hora para elaboração de um documento escrito. O documento escrito visa garantir uma ação prática sobre o problema ou desafio

discutido, assim, será composto por uma breve descrição do problema e pelo plano de ação para melhoria daquele tópico, onde será estabelecido o local de realização da ação, número de participantes, duração, dinâmica de trabalho, parâmetro a ser alcançado e objetivo final.

Os participantes do grupo de trabalho serão todos os profissionais da unidade de saúde, desde a recepção, triagem (acolhimento), pessoal de enfermagem, pessoal da medicina, ACS e coordenação. Acredita-se que o estímulo para a adesão ao tratamento não é atribuição de uma categoria profissional específica, mas de todos os trabalhadores que de algum modo entram em contato com os usuários, portanto, é fundamental a participação de todos.

No 12º encontro, serão planejadas as ações dirigidas aos pacientes com doenças crônicas. Serão estabelecidas as melhores formas de intervenção em pacientes crônicos, visando abranger um elevado percentual da população-alvo, com características inovadoras, pouco cansativas, que gerem entusiasmo, que se propague entre os candidatos e que tenham efeito potencializador sobre a meta esperada. O público-alvo das ações serão todos os pacientes com doenças crônicas.

Todas as reuniões deverão ser registradas de forma descritiva em formulário próprio para efeito de pesquisa e investigação. Todas as ações e intervenções serão registradas, pelo responsável por executar o projeto de intervenção, quanto ao número de envolvidos, análise da dinâmica de trabalho, opiniões dos participantes, eventualidades e incidentes e outras notas julgadas como importante para a elaboração do presente trabalho.

5 Resultados Esperados

O "Planejamento do Cuidado" concluiu que na área de abrangência foram encontrados 339 pacientes com HAS e DM, sendo 187 pacientes com diagnóstico confirmado de HAS e 152 pacientes com DM. Observou-se que 121 pacientes são, concomitantemente, hipertensos e diabéticos, 12 pacientes com Doença Renal Crônica, 27 pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, 41 pacientes apresentaram neoplasias em *status* de cura, ativa ou remissão, totalizando 419 pacientes com doenças crônicas não transmissíveis.

O grupo chegou a conclusões que se relatam:

1. Os fatores de risco presentes na maioria dos pacientes com doenças crônicas são: atividade física insuficiente, hábitos alimentares não saudáveis, tabagismo e uso nocivo do álcool;
2. De 362 pacientes analisados, 298 se encontram em descontrole da doença, com índices e indicadores fora dos parâmetros ótimos de cada doença, descompensados ou na fase ativa da doença;
3. Um total de 129 pacientes não realiza acompanhamento da doença com o médico da unidade de saúde com a frequência preconizada pelo MS.

Foi proposto como medidas de intervenção:

1. Criar um documento em formato Excel® para armazenar o nome de todos os pacientes com doenças crônicas presentes na área de abrangência da unidade, com nome da doença, data da última consulta, tipo de intervenção a ser realizada, data da próxima consulta, se está em fase ativa da doença, se a doença está controlada e metas a serem alcançadas;
2. Os pacientes serão submetidos a intervenções multiprofissionais: MEV (modificação do estilo de vida) por três, seis e nove meses com uma nutricionista; terapia comportamental com psicólogo com uma consulta a cada 15 dias; tratamento farmacológico; exercício físico três vezes por semana, durante 50 minutos com orientação por um educador físico e em grupo; acompanhamento pelo médico e enfermeira, alternando a consulta mensalmente. Além disso, a ACS fará busca ativa no domicílio para realização de questionários, pesquisa de satisfação e as técnicas de enfermagem, por meio de planilha própria, anotarão dados antropométricos e parâmetros biofísicos: peso, altura, glicemia capilar, pressão arterial, circunferência abdominal etc.

Ao final de um ano se espera encontrar:

1. Controle de parâmetros com 45% dos pacientes hipertensos com níveis pressóricos menores do que 160/120 mmHg, 30% com níveis pressóricos menores do que 140/100 mmHg e 20% com níveis menores do que 130/90 mmHg;
2. Um total de 60% com glicemia capilar menor do que 200 mg/dL em mais de 80% das medições no último mês, 40% com glicemia capilar menor do que 150 mg/dL em mais de 80% das medições no último mês e 25% com glicemia capilar menor do que 126 mg/dL em mais de 80% das medições no último mês;
3. Um total de 15% com sucesso na redução de peso, eliminando mais do que 15 quilogramas em um ano, 25% com uma redução de peso de 10 a 15 quilogramas no último ano e 40% com redução de peso entre 5 e 10 quilogramas;
4. O "Planejamento do Cuidado" como uma estratégia que gerou resultados positivos para qualificar o processo de trabalho e para oferecer ações com resolutividade para a população assistida.

Referências

- BAGATTOLI, R. M. Estudo de adesão ao tratamento do hipotireoidismo. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica*, p. 483–487, 2000. Citado na página 16.
- BRASIL, M. D. S. *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 18.
- BRASIL, M. D. S. *Síntese de evidências para políticas de saúde: Adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas*. Brasília: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, 2016. Citado na página 17.
- CORRER, C. J. et al. *Prática Farmacêutica na Farmácia Comunitária*. Paraná: Artmed, 2013. Citado 3 vezes nas páginas 16, 17 e 18.
- DIMATTEO, M. R. Variations in patients' adherence to medical recommendations: A quantitative review of 50 years of research. *MedCare*, p. 200–209, 2004. Citado na página 16.
- DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e Sociedade*. São Paulo: Editora Duas Cidades, 1975. Citado na página 15.
- DONNANGELO, M. C. F. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Editora Duas Cidades, 1976. Citado na página 15.
- GONÇALVES, R. B. M. *Práticas de Saúde: Processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Caderno Cefor, 1992. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 17.
- PEREIRA, H. F. et al. *O processo de trabalho e seus componentes*. Belo Horizonte: UFMG, 2002. Citado na página 15.
- RIBEIRO, M. M. F. et al. Medicina centrada no paciente e ensino médico: A importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, p. 90–97, 2008. Citado na página 16.
- SANTANA, R. M.; TAHARA Ângela T. S. *Planejamento em enfermagem: aplicação do processo de enfermagem na prática administrativa*. Ilhéus: Editus, 2008. Citado na página 19.
- SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *The Lancet*, v. 377, n. 1, p. 61–74, 2011. Citado na página 10.
- TANCREDI, C. T.; CASTIGLIONI, J. A. de M. *Organização Empresarial: Conceitos, modelo, planejamento, técnicas de gestão e normas de qualidade*. São Paulo: Érika, 2014. Citado na página 19.
- TAVARES, N. U. L. et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 50, n. 2, p. 1–10, 2016. Citado 2 vezes nas páginas 10 e 16.