

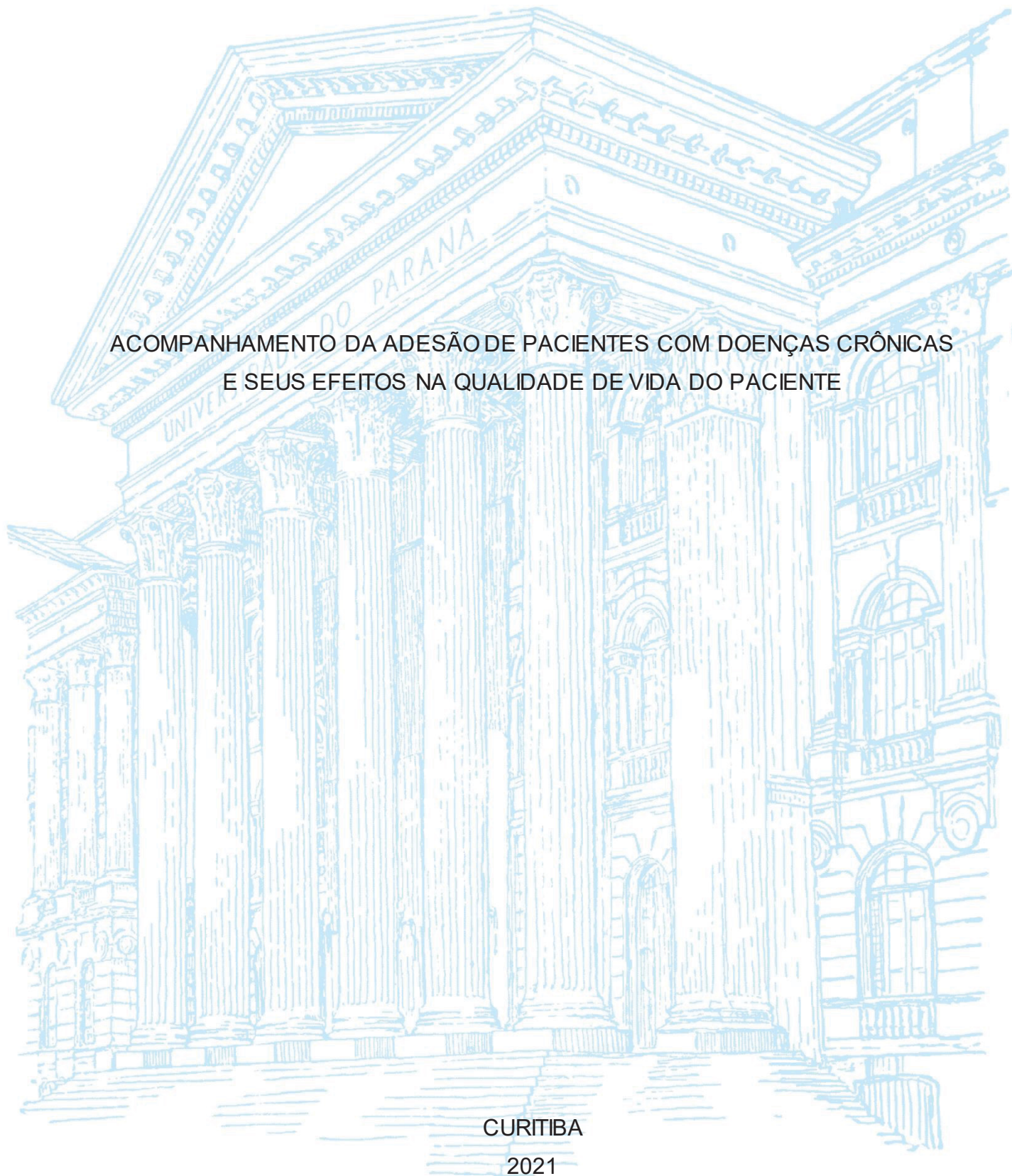
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

JARBAS BARRETO RIBEIRO FILHO

ACOMPANHAMENTO DA ADESÃO DE PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS
E SEUS EFEITOS NA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE

CURITIBA

2021



JARBAS BARRETO RIBEIRO FILHO

ACOMPANHAMENTO DA ADESÃO DE PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS
E SEUS EFEITOS NA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE

Apresentação do Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título em Atenção Básica.

Orientadora: Profa. Dra. Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt.

CURITIBA

2021

TERMO DE APROVAÇÃO

JARBAS BARRETO RIBEIRO FILHO

ACOMPANHAMENTO DA ADESÃO DE PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS
E SEUS EFEITOS NA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE

apresentação ao curso de Especialização em Atenção Básica, Setor de Medicina Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título em Atenção Básica.

Curitiba, 02 de outubro de 2021

A minha querida família, que tanto admiro, dedico o resultado do esforço realizado ao longo deste percurso.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a Deus, que fez com que meus objetivos fossem alcançados, durante todo o tempo de estudo.

Aos familiares, que sempre estiveram ao meu lado, pelo amor incondicional e pelo apoio demonstrado ao longo desse período em que me dediquei a este trabalho.

A todos aqueles que contribuíram, de alguma forma, para a realização deste trabalho.

“Há, verdadeiramente, duas coisas diferentes: saber e crer que se sabe. A ciência consiste em saber; em crer que se sabe está a ignorância.”

(HIPÓCRATES)

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo geral de verificar a adesão ao tratamento de doenças crônicas da UBS - Unidade Iguazu do município de Céu Azul- PR, bem como acompanhar, orientar e educar na utilização medicamentos de uso controlado. Os objetivos específicos foram: Educar o paciente ao consultar para alterar possíveis medicações que causam efeitos colaterais; Estimular a conscientização sobre a melhoria que trará a adesão ao tratamento. A metodologia foi a da observação da realidade e consequente intervenção. Os resultados deste estudo mostraram que 40% da população não adere ao tratamento destas patologias, sendo este dado desafiador e preocupante, resultado de diversos fatores, como ambientais e estilo de vida. Foi criado projeto na UBS em conjunto com a comunidade para acompanhamento da adesão ao tratamento, que envolve ações educativas, clínicas, consultas, visita domiciliar, assim como promoção de atividades saudáveis, como atividade física. Foram destacadas o encorajamento dos pacientes a atividades como para a adoção de cuidados, autocuidado e promoção da saúde. As intervenções propostas visam oferecer à comunidade investida suporte a necessidades mais amplas, além das que rotineiramente são constatadas na prática clínica, trata-se de efetivar a atenção à saúde, evitando, circunstâncias e consequências deletérias das doenças crônicas. As atividades desenvolvidas possibilitaram melhoria da qualidade de vida das pessoas, mediante depoimentos apresentados nos atendimentos na UBS, bem como possibilitou informações relevantes para o tratamento eficaz. É de suma importância que a população tenha consciência dos seus problemas, e principalmente, aceite e enfrente as condições de saúde e doença, para tanto, otimizar o acesso a informações, atendimento especializado e medicamentos é imprescindível. A inserção do cuidado a saúde na atenção primária à saúde, pode contribuir de forma eminente para o favorecimento de diagnóstico das doenças mencionadas, possibilitar melhor condição e qualidade de vida individual e coletiva.

Palavras chave: Adesão ao tratamento. Atenção Primária à Saúde. Doenças Crônicas. Tratamento.

ABSTRACT

The general objective of this study was to verify adherence to the treatment of chronic diseases at the UBS - Iguaçú Unit in the city of Céu Azul, PR, as well as to monitor, guide and educate in the use of controlled medications. The specific objectives were: Educate the patient when consulting to change possible medications that cause side effects; Stimulate awareness of the improvement that adherence to treatment will bring. The methodology was the observation of reality and subsequent intervention. The results of this study showed that 40% of the population does not adhere to the treatment of these pathologies, and this data is challenging and worrying, as a result of several factors, such as environmental and lifestyle. A project was created at the UBS together with the community to monitor adherence to treatment, which involves educational activities, clinics, consultations, home visits, as well as the promotion of healthy activities, such as physical activity. The encouragement of patients to activities such as the adoption of care, self-care and health promotion were highlighted. The proposed interventions aim to offer the investee community support for broader needs, in addition to those that are routinely observed in clinical practice, it is about providing effective health care, avoiding harmful circumstances and consequences of chronic diseases. The activities developed made it possible to improve the quality of life of people, through statements presented in the consultations at the UBS, as well as providing relevant information for effective treatment. It is extremely important that the population is aware of their problems, and mainly, accepts and faces the conditions of health and disease, therefore, optimizing access to information, specialized care and medicines is essential. The insertion of health care in primary health care can eminently contribute to favoring the diagnosis of the aforementioned diseases, enabling better conditions and quality of individual and collective life.

Keywords: Treatment adherence. Primary Health Care. Chronic Diseases. Treatment.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - ATENDIMENTO UBS	13
QUADRO 2 - DESCRIÇÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO.....	17
QUADRO 3 - INDICAÇÃO DOS RECURSOS EDUCACIONAIS UTILIZADOS.....	18

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 PROBLEMA	14
1.2 OBJETIVOS	15
1.2.1 Objetivo Geral	15
1.2.2 Objetivos específicos	15
2 METODOLOGIA	16
3 REVISÃO DE LITERATURA	19
3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAUDE	19
3.2 EPIDEMIOLOGIA DE DOENÇAS CRÔNICAS E ADESÃO AO TRATAMENTO	23
4 IMPLEMENTAÇÃO, RESULTADOS DA INTERVENÇÃO	29
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

O município de Céu Azul-PR localizado na Mesorregião Oeste Paranaense com 11.649 habitantes (IBGE, 2020), uma região de características de produção agroindustrial, principalmente de produtos alimentícios. Céu Azul é a terceira maior produtora desse gênero no Estado, além de possuir a quarta maior concentração de emprego formal do Paraná segundo o Instituto de pesquisa econômica aplicada (IPEA) (PREFEITURA MUNICIPAL DE CÉU AZUL, 2020).

O município teve origem do desmembramento da cidade de Matelândia, oeste do Estado do Paraná (PR), com data de instalação em 22/12/1968, com uma área territorial de mais de 1.176,598 quilômetros quadrados. A composição familiar é em sua maioria de duas pessoas, seguida das famílias de três pessoas, com uma população estimada em 11.819 habitantes. A Distribuição da população por sexo é de 5.413 homens e 5.619 mulheres, sendo que 2.378 são adolescentes e crianças (abaixo de 15 anos), 7.876 adultos e 968 idosos. A população é dividida em moradores em área urbana sendo 8.387 (76%) e 2.648 em área rural (24%) (IPARDES, 2021).

O município de Cerro Azul, está distante da capital a 542,10 quilômetros, tem como municípios limites, ao norte a cidade de Santa Tereza do Oeste, ao Sul Capanema; a Oeste, Matelândia; a Leste, Lindoeste. A taxa de escolarização é de 95% da população em idade escolar. A cidade não apresenta atração turística (IPARDES, 2021).

As estruturas em termos políticos, sociais e entidades representativas no município de Céu Azul são o Conselho Municipal de Assistência Social de Céu Azul, Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente, o Conselho Tutelar, Conselho Municipal de Segurança Alimentar e o Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa.

O Sistema Educacional Brasileiro compreende três etapas da Educação Básica, de responsabilidade pública: a educação infantil (para crianças de zero a 05 anos), o ensino fundamental (para alunos de 6 a 14 anos) e o ensino médio (para alunos de 15 a 17 anos). Estes compõem 12 estabelecimentos educacionais do município, sendo oito Centros de Educação Infantil, nove Escolas Municipais e duas Escolas Estaduais.

Além dos eventos tradicionais, a Secretaria de Esportes, Cultura e Lazer realiza programas como o “Atletas do futuro” que visa formar novos atletas e promover

transformações nos cidadãos através do esporte. O programa existe há três anos e é realizado no Ginásio de esporte Ivar Ranzi, no bairro São Cristóvão, no bairro Boa Vista e no Colégio Monteiro Lobato, no total atende cerca de 300 alunos, embora sua capacidade seja para 350 crianças (IPARDES, 2021). Em virtude da pandemia de COVID-19, esses atendimentos estão suspensos.

A principal potencialidade do município acima relatado é seu poder econômico, visto que é um município altamente produtivo, circundado por indústrias do setor agrícola ou de produção alimentar sendo que a não observando até o momento áreas vulneráveis, até por ser um município de pequeno porte e com uma economia privilegiada.

Todos os bairros são atendidos por uma Unidade Básica de Saúde (UBS), sendo que alguns contam ainda com Clínica de Fisioterapia Pública, Piscina Térmica - CIESCA, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Centro de Especialidades, e Laboratório de Análises Clínicas. Apenas o Hospital Geral Bom Samaritano realiza internamentos pelo SUS, sendo uma Associação Filantrópica e o único estabelecimento no Município que conta com 36 leitos sendo 29 destinados ao SUS. Destes 29 leitos, 10 são para atendimentos clínicos, oito são cirúrgicos, quatro obstétricos e seis destinados à pediatria.

Céu Azul possui ainda uma clínica de fisioterapia com cinco salas e três fisioterapeutas. Localizada em espaço cedido por um clube municipal, a piscina pública fornece, gratuitamente, atividades de hidroterapia, além de atividades multidisciplinares de reabilitação para pacientes nas mais diversas áreas. O Município conta ainda com um laboratório de análises clínicas, inserido junto ao Centro de Especialidades de Saúde.

Estão assim distribuídos os estabelecimentos de saúde;

- UBS: 4
- Clínica especializada / Ambulatório especializado: 3
- Consultórios: 6
- Hospital geral: 1 (IPARDES, 2021).

Venho realizando um acompanhamento a essa comunidade, mais em especial o bairro Iguaçu e São Cristóvão, A unidade Iguaçu atende uma comunidade de 2785 pessoas, sendo que 892 possuem alguma doença crônica que o leva a ser acompanhado na UBS.

A equipe é formada, por um médico generalista, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e três Agentes comunitárias de Saúde (ACS), que desempenham um papel de suma importância na relação entre gestão municipal de saúde e comunidade. A equipe se destaca pela sua organização, sua disponibilidade e a responsabilidade para com o próximo, onde não medem esforços para de alguma forma melhorar a qualidade de vida do munícipe.

A unidade tem uma média de 40 consultas com clínico geral / dia, onde as maiores buscas são por analgesia para dores ortopédicas (artralgias, lombalgias), desconfortos de PA, problemas metabólicos (HGT descompensada), infecções das vias aéreas superiores (IVAS) e infecções do trato urinário (ITU). A unidade Iguazu atende uma comunidade de 2785 pessoas sendo que 892 possuem alguma doença crônica que o leva a ser acompanhado na UBS, no ano de 2020.

A taxa de mortalidade geral no município cresceu nos últimos anos, assim como no Oeste Paranaense e no Paraná passando de 5,29 a cada mil habitantes para 5,64 demonstrado no plano diretor datado de junho de 2018. A partir de dados do IPARDES, sobre as causas de óbito mais frequentes em Céu Azul, verifica-se que a maior causa de óbito se relacionou às doenças do aparelho circulatório, conforme informado pela secretária de saúde municipal, estes óbitos se relacionam, principalmente, à hipertensão arterial.

Observa-se, entretanto, que estes casos vêm diminuindo gradativamente, tendo sido registrados 26 óbitos. As Neoplasias (tumores) se constituíram como o segundo item de maior causa de óbitos no município, com 18 casos registrados. As causas externas de mortalidade também representam grande parcela do número de óbitos em Céu Azul no período analisado, quando foram registrados 16 casos. Os infartos agudos do miocárdio compreendem outra grande parcela das causas de óbitos, 14 casos e também vem decaindo, as complicações da Diabetes são a Quinta causa de mortes com 12 casos registrados (IPARDES, 2021).

Verificando a frequência de algumas doenças na comunidade do bairro Iguazu, é observado que a Sífilis congênita e sarampo não houveram casos a serem notificados, já a dengue, 86 casos foram notificados no Bairro Iguazu sendo que nenhum óbito registrado (IPARDES, 2021).

Quanto aos casos de tuberculose foram notificados 4 casos sendo que 3 ainda se encontram em tratamento. Realizando novas classificações para pacientes com comorbidades crônicas foram identificados 442 pacientes com HAS (Hipertensão

arterial sistêmica) na unidade citada (IPARDES, 2021).

A cobertura vacinal da unidade Iguazu corresponde a 98% das crianças de até 1 ano de idade. De acordo com os registros do município, 92% das gestantes acompanhadas na Unidade Iguazu conta com 7 ou mais consultas de pré-natal (sendo estas, divididas entre as gestantes com alto risco que são juntamente acompanhadas nos centros de especialidades) (IPARDES, 2021). Visto que Céu azul é uma cidade de características de produção agroindustrial, a utilização de agrotóxicos evidenciam um alto índice de crises alérgicas (aumentando as consultas por IVAS) e alterações da glândula tireoidiana, mostrando nos exames de controle com alterações nos níveis séricos de TSH e T4.

A mortalidade infantil em Céu Azul, ou seja, a mortalidade em menores de 01 ano de idade, subiu de 6,7 a cada mil nascidos vivos para 7,69 (IPARDES, 2021).

Durante esse período de trabalho foram observados algumas dificuldades e problemas na comunidade sendo a mais evidenciada a difícil adesão aos tratamentos devido ao grande número de medicamentos para enfermidades crônicas.

QUADRO 1 – ATENDIMENTO UBS

PROBLEMA	MAGNITUDE	TRANSCENDÊNCIA	VULNERABILIDADE	URGÊNCIA	CUSTO	TOTAL
ADESAO AO TRATAMENTO	03	03	03	00	1	10
DEMANDA LIVRE DE CONSULTAS	02	02	02	01	00	07
LESOES ORTOARTICULARES	03	03	02	01	03	11
ANTIDEPRESSIVOS SEM CRITÉRIO	02	02	02	00	00	06

FONTE: O autor (2020).

Como a comunidade que atuo tem predominância por trabalhadores do setor industrial, muitos pacientes não conseguem adequar as administrações medicamentosas em horários corretos, devido a turnos extensos, associado ao fator de familiares idosos passarem longos períodos sozinhos em sua residência, muitas vezes acompanhados por vizinhos ou amigos, causando assim descompensações hemodinâmicas aumentando a busca por consultas na UBS.

A dificuldade de adesão aos tratamentos para doenças crônicas, em que afeta a grande maioria dos pacientes diabéticos e hipertensos (cerca de 800 pacientes em uso de mais de 1 medicamento ao dia) que por muitas vezes apresentam outras comorbidades. Esses pacientes durante todo o acompanhamento enfrentam

dificuldade de aderir o tratamento devido a efeitos colaterais, o grande número de medicações diferente que são associadas em horários diferentes.

Sendo esse um problema de tipologia de natureza atual com grande potencial, a governabilidade de baixo controle e sua complexidade quase estruturada.

Iniciamos uma intervenção na renovação das receitas para tratamento de enfermidades crônicas onde junto aos prontuários analisamos as últimas buscas pela unidade de saúde para confirmar se a adesão está correta e eficiente. Sendo que quando apresentam alterações recorrentes solicitamos uma consulta para ajustes e orientações para uso correto das medicações. Outro ponto importante é o trabalho realizado com coordenação da equipe de enfermagem que junto com sua equipe (técnicas de enfermagem e ACS) levantam diariamente dados clínicos dos usuários de medicações para tratamento de doenças crônicas.

Vendo a importância dessa intervenção para melhoria da perspectiva e qualidade de vida dos portadores de doenças crônicas, iniciamos logo após a percepção da possibilidade de agir para evitar o agravamento das mesmas, tendo em vista a pandemia do coronavírus que demonstrava o maior risco para portadores de comorbidades.

Através desta intervenção a comunidade se sente mais segura tendo em vista a menor busca no serviço de saúde por alterações agudas evitando assim se expor a contaminações que poderiam agravar o estado crônico.

Durante as reuniões de equipe observam-se as melhorias no controle das alterações hemodinâmicas após a adesão aos tratamentos e conseqüentemente a melhoria da qualidade de vida e a diminuição da incidência de crises agudas.

1.1 PROBLEMA

Dificuldade para organizar e orientar adesão aos tratamentos medicações crônicas.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Verificar a adesão de tratamento de doenças crônicas da UBS - Unidade Iguazu do município de Céu Azul - PR, bem como acompanhar, orientar e educar na utilização medicamentos de uso controlado.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Educar o paciente ao consultar para alterar possíveis medicações que causam efeitos colaterais;
- Estimular a conscientização sobre a melhoria que trará a adesão ao tratamento.

2 METODOLOGIA

Foram realizadas as seguintes ações diante do levantamento do cenário:

Descrição das fases da pesquisa-ação

- Renovação das receitas para tratamento de enfermidades crônicas, em que, junto aos prontuários, analisamos as últimas buscas pela unidade de saúde para confirmar se a adesão está correta e eficiente.
- Atuação da equipe de enfermagem no levantamento diário de dados clínicos dos usuários de medicações para tratamento de doenças crônicas;
- Foram desenvolvidas ações no sentido de ampliar a cobertura de identificação de pacientes com doenças crônicas;
- Diante da ação anterior, a otimização da qualidade de atendimento das pacientes junto ao Programa de Saúde da Família;
- Além de otimizar registro de informações e manter registro de pacientes portadores de doenças crônicas que são atendidos na UBS.

Detalhamento da etapa “elaboração da proposta

- Identificar pacientes que não aderiram o tratamento conforme a prescrição médica;
- Buscar a ampliação de cobertura para a identificação de pacientes portadores de doenças crônicas na população atendida para um índice > 80%;
- Monitoramento das ações anteriores e avaliação das ações descritas.

QUADRO 2 - DESCRIÇÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO

Objetivo	Estratégia	Envolvidos e população atendida	Data
<p>Identificar pacientes que não aderiram o tratamento conforme a prescrição médica; tem como objetivo aumentar a cobertura de atendimento de pacientes com doenças crônicas, como também, reforçar a importância de adesão ao tratamento.</p> <p>A segunda das etapas, buscar a ampliação de cobertura para a identificação de pacientes portadores de doenças crônicas na população atendida para um índice > 80%; o objetivo é o de ampliar a população atendida, bem como a adesão ao tratamento, de modo a reduzir custos à saúde pública, bem como promover a qualidade de vida do paciente.</p>	<p>Identificar pacientes que não aderiram o tratamento conforme a prescrição médica; tem como objetivo aumentar a cobertura de atendimento de pacientes com doenças crônicas, como também, reforçar a importância de adesão ao tratamento.</p> <p>Serão buscadas a contribuição de equipes de Saúde da Família de modo a identificar estes pacientes, convocando-os para consultas e consequentes tratamentos</p>	<p>Profissionais da saúde da UBS e pacientes atendidos pela UBS</p>	<p>Junho de 2021</p>
<p>Monitoramento das ações anteriores e avaliação das ações descritas, com o objetivo de avaliar a eficácia das ações e correção das mesmas</p>	<p>Serão realizadas reuniões de equipe para se constatar o controle das alterações hemodinâmicas após a adesão aos tratamentos e consequentemente a melhoria da qualidade de vida e a diminuição da incidência de crises agudas, todas os conflitos ao longo das ações, bem como deficiências serão ajustas conforme as necessidades observadas.</p>	<p>Profissionais de saúde da UBS e integrantes do programa Saúde da Família de modo a identificar estes pacientes</p>	<p>Segundo semestre de 2021</p>
		<p>Equipes de profissionais de saúde da UBS</p>	<p>Segundo semestre de 2021</p>

Fonte: autores (2021)

QUADRO 3 -INDICAÇÃO DOS RECURSOS EDUCACIONAIS UTILIZADOS

Objetivo	Estratégia	Duração	Envolvidos	População alvo/ amostra	Data	Recursos Educacionais utilizados	Locais de divulgação dos recursos educacionais
Identificar e recrutamento de pacientes que não aderiram o tratamento conforme a prescrição médica	Reuniões com equipes de enfermagem e integrantes de equipe de Saúde da família	30 dias	Profissionais de saúde	Pacientes da UBS	Junho de 2021	Visitas a domicílio e abordagem dos pacientes na própria UBS, dos quais serão orientados da importância da adesão do tratamento.	Unidade Básica Saúde de
Ampliar a cobertura de atendimento de pacientes portadores de doenças crônicas na população atendida para um índice > 80%;	Reuniões com equipes de enfermagem e integrantes de equipe de Saúde da família, para avaliar o alcance da meta destacada	Segundo semestre de 2021	Profissionais de saúde da UBS e integrantes do programa Saúde da Família de modo a identificar estes pacientes	Pacientes da UBS	A partir de junho de 2021	Visitas a domicílio e abordagem dos pacientes na própria UBS, dos quais serão orientados da importância da adesão do tratamento.	Unidade Básica Saúde de
Monitoramento das etapas anteriores	Reuniões quinzenais com equipes de enfermagem e integrantes de equipe de Saúde da família, para avaliação da adesão dos pacientes aos tratamentos, bem como o controle das alterações hemodinâmicas consequentemente a melhoria da condição de saúde destes pacientes. correção das deficiências das ações conforme necessidades surgidas.	Segundo semestre de 2021	Profissionais de saúde da UBS e integrantes do programa Saúde da Família de modo a identificar estes pacientes	Profissionais de saúde da UBS e integrantes do programa Saúde da Família de modo a identificar estes pacientes	Segundo semestre de 2021	Dados levantados ao longo do monitoramento por meio de planilha específica e prontuários dos pacientes	Unidade básica saúde. de

Fonte: autores (2021)

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um modelo conceitual que se refere tanto aos processos quanto às crenças sobre as formas pelas quais a assistência à saúde é estruturada. A APS engloba os cuidados primários, prevenção de doenças, promoção da saúde, saúde da população e desenvolvimento da comunidade dentro de uma estrutura holística, com o objetivo de fornecer cuidados de saúde essenciais à comunidade (MENDES, 2012).

Assim, a Atenção Primária à Saúde é compreendida como sendo provisão de serviços de saúde integrados e acessíveis a profissionais de saúde que são responsáveis por atender a grande maioria das necessidades de cuidados pessoais de saúde, desenvolvendo uma parceria sustentada com pacientes e praticando no contexto da família e da comunidade (FAUSTO et al., 2017).

Assim, o termo Atenção Primária à Saúde, na perspectiva global, reflete a compreensão do atendimento a nível ambulatorial não especializado. Que comumente é oferecido em unidades de saúde inseridas em sistema mais amplo, que se caracteriza pela dinamização do conjunto de ações clínicas multivariadas a nível de saúde pública, outrossim, é consenso que estas unidades configuram-se como espaço em que se efetiva, em sua maior parte, o primeiro contato dos pacientes ao sistema de saúde, bem como se trata do ambiente em que se deve ter a capacidade de solução da maior parte das adversidades de saúde de uma comunidade (LAVRAS, 2018).

A Organização Mundial da Saúde, na “Conferência Interna sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978, trouxe o seguinte conceito para a Atenção Primária à Saúde:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares

onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (LAVRAS, 2018, p. 868).

A orientação da APS para a prestação de serviços de saúde reconhece as experiências individuais, familiares, comunitárias e populacionais de saúde e doença, bem como as maneiras pelas quais a saúde e os cuidados de saúde estão situados em contextos sociais, históricos e políticos específicos. (LAVRAS, 2018).

Assim, os esforços para melhorar a saúde devem valer-se do conhecimento de cada uma das profissões da saúde, bem como dos conhecimentos situados nas disciplinas cognatas e nos demais atores da atenção à saúde, criando um diálogo dinâmico que reflita a vitalidade dos esforços interdisciplinares (TURCI, 2008)⁹. Assim sendo, a APS visa à promoção da saúde e bem-estar e busca prevenir patologias por meio de ações de prevenção e atenção às primeiras necessidades. É mais do que prestar serviços de saúde. Trata-se de criar condições que ajudem as pessoas a se tornarem e a se manterem saudáveis e bem. Trata-se também de ampliar o alcance dos provedores de assistência médica para as comunidades (LAVRAS, 2018).

A APS é essencialmente reconhecido como elemento determinante dos sistemas de saúde, tal reconhecimento encontra fundamento nos sinais de seu impacto e no desenvolvimento de sociedades das nações que adotaram tal perspectiva como base para os seus sistemas de saúde, como o Brasil, por exemplo, em que se pode identificar indicadores otimizados de saúde, maior fluência de usuários na essência do sistema, tratamento mais efetivo de patologias crônicas, eficiência aprimorada do cuidado, otimização de ações preventivas, como campanhas de vacinação, uma maior satisfação dos usuários, redução das desigualdades no acesso a serviços e, por fim, do estado geral de saúde (OLIVEIRA, PEREIRA, 2013).

Especificamente ao que se refere ao Brasil, a inclinação a se combater as situações de iniquidades em saúde situou a APS a uma posição que visa uma reorganização da atenção à saúde, contrapondo a posição assumida por muitas nações que concebem a atenção primária como um conjunto de dinâmicas de baixa complexidade voltada para pessoas de baixa renda, com o fito de mitigar a exclusão sócio-econômica produzidas pelo capitalismo moderno (TAKEMOTO, SILVA, 2007).

Dentro destas conceituações, a APS está apoiada em pilares, sendo estes o acesso, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação (FAUSTO et al., 2007). A acessibilidade objetiva garantir que os serviços de atenção primária estejam disponíveis, acessíveis e fornecidos igualmente a todos os indivíduos,

independentemente de seu sexo, idade, etnia ou localização, mais especificamente compreende-se que esse princípio se trata do primeiro contado, ou seja, a porta de entrada aos serviços de saúde. Esta perspectiva traz a concepção de que não restrição à aos serviços de saúde, bem como a capacidade de oferecer e produzir serviços que vão ao encontro das necessidades da população, permitindo ao usuário a obter cuidados de saúde quando necessitar de forma eficaz e segura (CUNHA, 2011).

O conceito de acesso traz consigo a ideia de não restringir a entrada nos serviços de saúde, enquanto a acessibilidade diz respeito à oferta de serviços, à capacidade de produzir serviços e responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Acessibilidade pode ser conceituada então como a capacidade do usuário obter cuidados de saúde sempre que necessitar e de maneira fácil e conveniente (SHIMAZAKI, 2011).

Destarte, a APS caracteriza-se por ser a primeira porta de entrada à saúde, de modo que se tem a expectativa de que os serviços prestados sejam de acesso fácil e resolutivo diante das necessidades trazidas pelos indivíduos, de modo que, a viabilização de ferramentas específicas e adequadas de gestão, como a multidisciplinariedade, planejamento de ações, organização de trabalho e compartilhamento de decisão sejam inequívocos (OLIVEIRA, PEREIRA, 2013).

Outro princípio é o da longitudinalidade, na qual representa a existência de uma condição regular de atenção e sua utilização ao longo do tempo, mesmo na existência de adversidades associadas à saúde, isto é, mesmo na evidência de interrupção na continuação da atenção básica, não representa que a relação entre usuários e profissionais de saúde seja interrompida (CUNHA, GIOVANELLA, 2011).

O princípio da longitudinalidade, quando aplicado, implica na produção de diagnósticos e tratamentos mais eficazes, com isso reduzindo encaminhamentos sem necessidades para serviços especializados, consequentemente, de realização de procedimentos mais complexos. A formação de profissionais de saúde desvinculados da realidade social em termos de condições de vida e saúde, resulta em profissionais destituídos de preparo para o trabalho com pacientes com diferentes aspectos socioculturais, refletindo-se como óbices à efetivação da longitudinalidade na APS, foi pensando nesta perspectiva que o Ministério da Saúde criou em 2004 o Programa Nacional de Humanização que, dentre seus pressupostos, traz a estratégia de alteração do processo de trabalho em saúde, em que uma das ferramentas

preconizadas é o acolhimento, configurando-se como uma forma de alteração do processo de trabalho em saúde, com a capacidade de ampliar as práticas de cuidado, não se caracterizando como uma ação em si, mas sim um comportamento que integra toda ação assistencial (OLIVEIRA, PEREIRA, 2013).

Em relação à integralidade, se trata de uma das estruturas da elaboração do Sistema Único de Saúde e traz em sua essência quatro dimensões: prioridade das dinâmicas de promoção e prevenção, existência de uma rede de serviços em diferentes níveis de complexidade e de competências, articulação das ações de promoção, proteção e prevenção, por fim uma abordagem integral do indivíduo e das famílias (OLIVEIRA, PEREIRA, 2013). Assim sendo, este princípio pressupõe o redelineamento de ações, a fim de propiciar vínculo e autonomia, condição esta que valoriza as subjetividades comuns ao trabalho de saúde e as necessidades específicas dos indivíduos como para qualquer intervenção, permitindo, com isso uma atenção voltada para o usuário. O exercício da integralidade exige a reconfiguração de ações e conformações na prestação de serviços de saúde, ainda evidenciados pela descontinuidade (SALA et al., 2011).

As ações de coordenação entre setores assistenciais é compreendido como a articulação entre os serviços e ações de saúde, sendo este outro princípio associado à APS, de modo a estarem harmonizados e sincronizados, inclinados para se atingir um fim comum, não importante o local em que sejam efetivados. Tal perspectiva tem como pressuposto proporcionar ao usuário a prestação de um conjunto de serviços que vão ao encontro das necessidades de saúde, individual e coletiva, de forma integrada por intermédio de distintos pontos da rede de atenção à saúde (CUNHA, GIOVANELLA, 2011).

Estes princípios supras destacados são determinantes para que a APS possa refletir uma condição de ações coordenadas para que a atenção à saúde seja consubstanciada, no entanto, a coordenação tem relevância precípua, visto que sem a sua efetivação o contato inicial se configuraria como uma mera função administrativa; a longitudinalidade teria pouca eficácia e a integralidade comprometida (OLIVEIRA, PEREIRA, 2013).

Os espaços de atenção em saúde compreendem as unidades de APS (ou equipe da Estratégia de Saúde da Família, cuja função é o de dinamizarem-se em ações de atendimento, prevenção e encaminhamento, conforme cada necessidade constatada, bem como em ações de diagnóstico e tratamento, dentre estes locais

estão as Unidades Básicas de Saúde que, muitas vezes, atuam em circunstâncias de urgência e emergência.

As Unidades de Saúde pré-hospitalar são parte integrante de redes de assistência e responsável por parcelas de atendimentos de urgência e emergência, de modo que associado à Política Nacional de Atenção Básica, a Portaria nº 2.048/2002 do Ministério da Saúde, preconiza distintos níveis de atenção que se associam complementarmente por intermédio de instrumentos organizados, em que se deva reconhecer cada serviço como integrado neste sistema, acolhendo o paciente e atendendo às necessidades de forma ideal, bem como com a responsabilidade de encaminhar a outros níveis quando a Unidade não dispor de recursos necessários para atendimento (OLIVEIRA, PEREIRA, 2013).

3.2 EPIDEMIOLOGIA DE DOENÇAS CRÔNICAS E ADESÃO AO TRATAMENTO

Globalmente, aproximadamente um em cada três adultos sofre de múltiplas doenças crônicas. O termo doença crônica se refere à doença cujo curso dura mais de três a seis meses. As principais condições que contribuem para a mortalidade e morbidade combinadas em países de alta renda incluem doença isquêmica do coração, acidente vascular cerebral, depressão, diabetes e dor nas costas e pescoço. Em países de baixa renda e países de renda média, como o Brasil, as principais doenças também incluem doença isquêmica do coração, derrame, diabetes e depressão, mas também doenças transmissíveis como diarreia, HIV e malária e lesões causadas pelo trânsito. Tornaram-se extremamente notáveis como taxas de mortalidade e carga de doenças. Continua a ser a principal causa de morte no mundo (HAJAT, STEIN, 2018).

Especificamente em relação ao Brasil, as doenças crônicas são as manifestações de maior impacto no país, em 2018, 54,7% de óbitos foram representados por essas patologias, e 11,5% de mortes por outros agravos, atingindo, especialmente, as populações mais vulneráveis, como as de baixa renda e escolaridade (BRASIL, 2020).

A hipertensão é uma das doenças mundiais mais comuns que afetam os seres humanos e é um importante fator de risco para acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio, doença vascular, doenças crônicas e doença renal. Apesar de extensa pesquisa nas últimas décadas, a etiologia da maioria dos casos de hipertensão ainda é desconhecida e o controle da pressão arterial é subótimo na população em geral.

Devido à morbimortalidade e custos associados à sociedade, a prevenção e o tratamento da hipertensão é um importante desafio à saúde pública (RIVERA, MARTIN, LANDRY, 2019). A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018) tem estimativa de que mais de 600 milhões de pessoas seja acometida pela hipertensão, cujo crescimento pode ser de até 60% em cinco anos, com aproximadamente mais de sete milhões de óbitos anuais. (OMS, 2018)

A patogênese da hipertensão essencial é multifatorial e complexa. Vários fatores modulam a pressão arterial, incluindo mediadores humorais, reatividade vascular, volume sanguíneo circulante, calibre vascular, viscosidade sanguínea, débito cardíaco, elasticidade dos vasos sanguíneos e estimulação neural. Uma possível patogênese da hipertensão essencial foi proposta, na qual múltiplos fatores, incluindo predisposição genética, ingestão excessiva de sal na dieta e tônus adrenérgico, podem interagir para produzir hipertensão. Embora a genética pareça contribuir, os mecanismos exatos subjacentes à hipertensão essencial não foram estabelecidos (JAMES et al. 2014).

A hipertensão é difícil de diagnosticar até que ocorram complicações médicas, uma vez que os pacientes raramente apresentam sintomas específicos. os estágios iniciais da doença. A hipertensão também é difícil de gerenciar efetivamente, assim como o tratamento consistente após o diagnóstico, devido à falta de conscientização e adesão do paciente (YANG et al., 2017).

A hipertensão é um importante fator de risco modificável para doenças cardiovasculares e acidente vascular cerebral. O tratamento adequado da hipertensão pode reduzir o risco de derrame em até 42% e o risco de doença cardíaca coronária em cerca de 14% ; no entanto, vários fatores do estilo de vida estão associados a doenças cardiovasculares e hipertensão, como tabagismo, obesidade, diabetes, dislipidemia , e outros.

O estilo de vida é uma questão vital no gerenciamento da hipertensão, uma vez que a terapia ideal da doença envolve a consideração da idade, sexo, raça, dieta, exercício, uso de tabaco, condições comórbidas, uso de tratamento anti-hipertensivo, conformidade e realização do controle da pressão arterial (WEE et al., 2013). Bruno et al., (2016) estudaram a prevalência de hipertensão arterial sistêmica e sua associação com fatores de risco modificáveis em adultos jovens. Sexo masculino, adiposidade e hábitos alimentares foram identificados como os principais determinantes dos valores pressóricos elevados e, portanto, identificados como

fatores para intervenções no estilo de vida saudável. (WEE et al., 2013). (Bruno et al., 2016)

A diabetes tipo 2 (DM2) é uma doença que afeta mais de 400 milhões de pessoas em todo o mundo. Estima-se que em 2040, haverá mais de 640 milhões de pessoas com diabetes em todo o mundo. Há a previsão de que a prevalência da DM2 duplique nos próximos 20 anos, devido ao aumento da idade, obesidade e número de grupos étnicos de alto risco na população, com aumentos significativos na doença cardiovascular, doença renal em estágio primário, retinopatia e neuropatia. Além disso, para alcançar um bom controle metabólico na diabetes e manter a longo prazo, é necessária uma combinação de mudanças no estilo de vida e tratamento farmacológico (MARÍN-PEÑALVER, et al., 2016).

Entre 2010 e 2030, os países desenvolvidos projetaram um aumento de 27% e os países em desenvolvimento um aumento de 67% nos gastos com diabetes. Essas estimativas provavelmente subestimam substancialmente os custos futuros do diabetes tipo 2, especialmente para os países em desenvolvimento, porque eles assumem gastos constantes com a saúde per capita. Como os países de renda baixa e média com baixos gastos anuais médios per capita para diabetes desenvolvem-se economicamente, a demanda e o custo per capita dos cuidados com o diabetes aumentam substancialmente, se os custos permanecerem sem controle, terá o potencial de levar à falência os sistemas de saúde e, de fato, as economias nacionais em virtude disso, programas de prevenção e tratamento são determinantes. (HERMAN, 2017).

Os principais fatores de risco para diabetes mellitus tipo 2 são os seguintes: idade maior que 45 anos (embora, como observado acima, o diabetes mellitus tipo 2 esteja ocorrendo com frequência crescente em indivíduos jovens); peso maior que 120% do peso corporal desejável; história familiar de diabetes tipo 2 em um parente de primeiro grau (por exemplo, pai ou irmão); história de intolerância à glicose (IGT) ou glicemia de jejum alterada (IFG); hipertensão (> 140/90 mm Hg) ou dislipidemia (nível de colesterol HDL <40 mg / dL ou nível de triglicérides > 150 mg / dL); história de diabetes mellitus gestacional ou de parto de um bebê com peso ao nascer acima de quatro quilos e cem gramas; síndrome do ovário policístico (que resulta em resistência à insulina) (O'KEEFE, 2009)

Embora a fisiopatologia da doença seja diferente entre os tipos de diabetes, a maioria das complicações, incluindo microvascular, macrovascular e neuropática, é semelhante, independentemente do tipo de diabetes. A hiperglicemia parece ser o

determinante das complicações microvasculares e metabólicas. A doença macrovascular pode estar menos relacionada à glicemia. O desgaste dos telômeros pode ser um marcador associado à presença e ao número de complicações diabéticas; se é uma causa ou uma consequência de diabetes continua a ser visto (TESTA et al., 2011).

O risco cardiovascular em pessoas com diabetes está relacionado, em parte, à resistência à insulina, com as seguintes anormalidades lipídicas concomitantes: níveis elevados de partículas de colesterol pequenas e densas de lipoproteínas de baixa densidade (LDL); baixos níveis de colesterol das lipoproteínas de alta densidade (HDL) e níveis elevados de lipoproteínas remanescentes ricas em triglicérides (ROCHA, 2015).

O tratamento do diabetes é realizado de duas formas: farmacológico, por meio de medicamentos, e não farmacológico, por meio de mudança de hábitos cotidianos, adotando hábitos saudáveis, como uma dieta equilibrada e a prática de atividade física, dentre outras perspectivas (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION NATIONAL DIABETES, 2011).

A alteração do estilo de vida, como a dieta e o exercício físico, são os dois principais determinantes do balanço energético (MARÍN-PEÑALVER, et al., 2010) e são considerados como base básica no tratamento de pacientes com diabetes. O descanso adequado também é muito importante para manter os níveis de energia e o bem-estar, em que o dormir sete horas por noite é considerado essencial (GARBER, et al., 2016). Evidências sustentam uma associação de 6 a 9 horas de sono por noite com uma redução nos fatores de risco cardiometabólico, enquanto a privação de sono agrava a resistência à insulina, hipertensão, hiperglicemia e dislipidemia (CAPPUC-CIO, et al., 2011).

A atividade física é um componente importante para o tratamento da diabetes, visto que tem o potencial facilitar o controle do nível de glicose no sangue. As pessoas com diabetes tipo 2 têm muita glicose no sangue, seja porque seu corpo não produz insulina suficiente para processá-lo, seja porque seu corpo não usa insulina adequadamente (resistente à insulina). Os músculos podem usar glicose sem insulina quando você está se exercitando. Em outras palavras, não importa se o paciente é resistente à insulina ou se não tem insulina suficiente: quando o organismo se exercita, os músculos recebem a glicose de que precisam e, por sua vez, o nível de glicose no sangue diminui (CAPPUC-CIO, et al., 2011).

O exercício físico aumenta a sensibilidade à insulina, reduz os níveis de açúcar no sangue, reduz a gordura corporal e melhora a aptidão física. As recomendações para o exercício de resistência são: atividade física aeróbica de intensidade moderada (40-60% do VO (2) máximo ou 50 -70% da frequência cardíaca máxima) durante pelo menos 150 min/semana e/ou pelo menos 90 min/semana de exercício aeróbico vigoroso (> 60% do VO (2) máx ou > 70% da frequência cardíaca máxima). A atividade física deve ser distribuída em pelo menos 3 dias/semana e não mais que 2 dias consecutivos sem atividade física. As recomendações para o exercício resistido são: o exercício resistido deve ser realizado pelo menos 3 vezes por semana, incluindo todos os grupos musculares principais, progredindo para 3 séries de 8-10 repetições com um peso que não pode ser elevado > 8-10 vezes (KÖNIG, BERG, 2012).

As doenças cardiovasculares (DCV) tornaram-se a principal causa de morte, com rápido desenvolvimento econômico e mudanças adversas no estilo de vida. A dislipidemia foi claramente identificada como um importante fator de risco importante para doenças cardiovasculares, que são a primeira causa de morte nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. A Organização Mundial da Saúde (2012) relatou recentemente que a dislipidemia está significativamente associada a mais da metade dos casos globais de cardiopatia isquêmica. (NAJAFIPOUR et al., 2016)

O uso de medicamentos hipolipemiantes, como estatina e fibrato, é importante para o tratamento da dislipidemia, principalmente em pacientes de alto risco. No entanto, as intervenções no estilo de vida também são importantes para o manejo da dislipidemia e são consideradas inicialmente após o diagnóstico, uma vez que os fatores alimentares podem influenciar os níveis lipídicos e o exercício regular melhora o perfil lipídico, enquanto o tabagismo tem um efeito prejudicial.

Há combinação de fatores de proteção, incluindo índice de massa corporal normal (IMC), não tabagismo e consumo de álcool, dieta prudente e atividade física regular foi associada a uma prevalência significativamente menor de dislipidemia; literalmente, foi demonstrado que um número notável de indivíduos tem níveis totais de colesterol acima de 200 mg / dL, e a maioria dos afetados possui níveis superiores a 240 mg / dL, o que é considerado um nível alto que requer tratamento (SON et al., 2011).

Infelizmente, indivíduos com as piores escolhas de estilo de vida têm maiores probabilidades de desenvolver hipertensão, diabetes e dislipidemia, em virtude

principalmente de uma dieta inadequada, sedentarismo e hábitos como tabagismo e álcool. Estas patologias, além do cenário epidemiológico e do comprometimento da qualidade de vida do paciente, implica em um grande custo para a saúde pública em decorrência de medicamentos, internação e tratamento, de modo que a busca por intervenção preventiva e tratamento é fundamental. O estilo de vida saudável é uma questão vital no gerenciamento destas doenças.

As doenças crônicas estão desperdiçando mais recursos nos sistemas de saúde; estima-se que essas consequências econômicas aumentem no futuro. A adesão ao tratamento seria melhorada pela modificação do estilo de vida para reduzir os sintomas e complicações da doença, bem como nas deferências à prescrição médica, muitas vezes abandonada pelo paciente (MIRKARIMI et al., 2020; BRASIL, 2013).

A adesão inadequada ao tratamento pode limitar a eficácia do regime terapêutico prescrito; em consequência, leva a resultados de tratamento não alcançados que são esperados. A promoção da adesão é uma forma de prevenir consequências preocupantes das doenças crônicas. É reconhecido que o controle das doenças crônicas não está diretamente nas mãos dos profissionais de saúde; de alguma forma, está nas mãos dos pacientes. Assim, é necessário que os profissionais de saúde apoiem os pacientes para aumentar a adesão e proporcionar-lhes uma vida mais saudável com sucesso (BRASIL, 2013).

4 RESULTADOS DA INTERVENÇÃO

Em relação ao primeiro objetivo, conforme quadro de Descrição do plano de intervenção, “Identificar pacientes que não aderiram o tratamento conforme a prescrição médica”. A atividade foi realizada no mês de março e abril de 2021 e constou das intervenções realizadas:

Foi realizado levantamento de prontuários dos pacientes atendidos na UBS por meio da diligência de equipes de enfermagem, visando verificar a ausência de comparecimento à unidade, comprometendo-se com o acompanhamento do tratamento das patologias crônicas diagnosticadas.

Após a identificação dos pacientes, com contribuição de agentes comunitários, foi realizado visitas domiciliares para verificar a adesão ao tratamento, bem como agendar nova consulta de acompanhamento.

Também foram realizadas consultas pelo médico da UBS para os pacientes, constatando-se a não adesão ao tratamento de doenças crônicas em parcela significativa dos pacientes, média de 40%. Este dado é importante e desafiador visto que as doenças crônicas necessitam de acompanhamento, monitoramento e auto cuidado, incitando evitar complicações. Considerando o dado identificado, todos os pacientes que não estavam aderindo ao tratamento foram encaminhados para a realização de novos exames e verificação do estado clínico de cada paciente, posteriormente, foi avaliado se a prescrição deveria ser mantida ou trocada.

Além disso foi realizado atualização dos prontuários e registros de acompanhamentos dos pacientes com DCNT atendido na UBS.

Em relação ao segundo objetivo: “Buscar a ampliação de cobertura para a identificação de pacientes portadores de doenças crônicas na população atendida para um índice > 80%”. A intervenção foi realizada no mês de abril de 2021, após a identificação dos pacientes, encaminhamentos para consultas, verificação e otimização do tratamento para as patologias crônicas nele diagnosticadas, foram realizadas atividades pedagógicas junto à comunidade, com foco nesta população específica. A intenção era desenvolver ações educativas comunitárias que possibilitassem promoção da saúde e fortalecimento da adesão ao tratamento.

Foi criado projeto específico pelos profissionais da UBS, visando educar o paciente sobre a importância da adesão ao tratamento a doenças crônicas, do qual foi

apresentado à comunidade ao final das consultas, convidando as pessoas a participar do projeto.

No primeiro encontro do projeto educativo, o médico fez palestra dialogada explicando detalhadamente os objetivos do projeto, os benefícios a qualidade de vida e longevidade aos participantes, suporte e acompanhamento.

Depois foram realizadas palestras educativas mensais que, dependendo da aderência e sucesso, poderão ser ampliada, com abordagem dos seguintes temas: doenças crônicas, consequências delas quando da não adesão ao tratamento; foi abordado sobre a importância da adoção de hábitos saudáveis, como: sono adequado; dieta saudável, a base de legumes, verduras, peixes, carnes magras, azeite e oleaginosas, outrossim, dentro do possível individualizar as necessidades de cada indivíduo com suporte da nutricionista do NASF, na qual irá orientar formas de preparação de dieta saudável em casa.

Também foi destacada a importância da atividade física, como parte de tratamento de doenças crônicas, com acompanhamento da Educadora Física do NASF com protocolos de atividades físicas, aeróbica e anaeróbicas, destacando a importância de 150 minutos de atividades físicas semanais, realizando 45min de atividade supervisionada no dia do encontro e estimulando a formação de grupos para a realização das atividades nos outros dias, além do abandono de hábitos deletérios para a saúde, como tabagismo, álcool e drogas.

Em relação ao terceiro objetivo, “Monitoramento das ações anteriores e avaliação das ações descritas, com o objetivo de avaliar a eficácia das ações e correção das mesmas”, o mesmo foi desenvolvido em abril e maio de 2021, com a criação de protocolo para acompanhamento dos pacientes (que serão realizados a partir de junho de 2021). Os protocolos consistem em realização de consultas mensais para verificação do estado clínico do paciente em relação à sua patologia, bem como da verificação da adesão do paciente ao tratamento, esta última ação será verificada junto à farmácia pública do município, onde os medicamentos serão retirados.

Além das atividades de avaliação clínica também serão computadas a presença nas palestras e na realização de atividades físicas, considerados referências relevantes para o acompanhamento do paciente, bem como a participação nas atividades físicas, que serão verificadas por meio de lista de presença e de informações repassadas pelo educador físico.

As ações acima descritas foram organizadas e efetivadas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes de saúde além do apoio do NASF com suporte de Psicóloga, Nutricionista e Educadora física. Todas as atividades foram realizadas entre os meses de abril e maio de 2021. As palestras foram realizadas e continuaram sendo realizadas em um espaço cedido pela Prefeitura Local; as atividades físicas em espaço público da cidade.

A Atenção primária à saúde é essencialmente reconhecida como elemento determinante dos sistemas de saúde, tal reconhecimento encontra fundamento nos sinais de seu impacto e no desenvolvimento de sociedades das nações que adotaram tal perspectiva como base para os seus sistemas de saúde, como o Brasil.

Ao se identificar indicadores otimizados de saúde, pode-se desenvolver estratégias que viabilizam maior fluência de usuários no sistema, tratamento efetivo de patologias crônicas, eficiência aprimorada do cuidado, otimização de ações preventivas, como campanhas de vacinação, uma maior satisfação dos usuários, redução das desigualdades no acesso a serviços e, por fim, do estado geral de saúde, contudo, manifestações associadas à saúde mental, na maior parte das vezes passam despercebidas.

Considerando as ações já desenvolvidas e as planejadas para serem desenvolvidas na continuidade, almeja-se os seguintes resultados: com o acompanhamento dos pacientes espera-se monitorar a adesão ao tratamento das doenças crônicas diagnosticadas, conseqüentemente, verificar de forma mais constante o estado clínico do paciente, alterando a medicação ou o tratamento para promover melhor qualidade de vida do paciente.

Com a apresentação do projeto, a população alvo possa ser acutiladas pelas informações e possa aderi-lo de forma ampla e com presença contumaz nas reuniões a serem realizadas, oportunizando, com isso, a possibilidade de que os integrantes da comunidade possam a ter contato com subsídios cruciais para a promoção de uma qualidade de vida saudável, conseqüentemente, alterar hábitos de vida, a partir da adoção de uma dieta saudável, eliminar o sedentarismo por meio de prática de atividades físicas rotineiras; bem como preterir condutas como o tabagismo e o álcool.

A participação de nutricionista no projeto tem como pressuposto a oferta de parâmetros aos participantes ao que se refere à definição de uma dieta saudável, na descrição da característica e importância de alimentos que integram essa dieta e a contribuição de micro e macronutrientes a eles inerentes na oferta de uma condição

positiva ao indivíduo, com isso, espera-se que os participantes possam auferir informações que os levem a ter em sua realidade cotidiana uma alimentação mais saudável e equilibrada; de modo a prevenir e tratar patologias como a diabetes, hipertensão e dislipidimia; ao que se refere à participação do educador físico, espera-se que, a partir de protocolos de atividades físicas mencionadas nas ações, os participantes passem a adotar as atividades físicas como rotina em suas vidas, pois se trata de uma conduta crucial para a promoção de hábitos de vida saudáveis e no controle dos sintomas das patologias mencionadas.

Espera-se que os subsídios clínicos a partir dos resultados que foram e ainda serão auferidos e mensurados das ações a serem realizadas, possibilitando uma avaliação quanti-qualitativa, conseqüentemente, alteração dos processos quando for identificado algum desvio dos fins propostos, bem como deficiência nos resultados ao que se refere à prevenção das patologias tratadas, bem como na redução dos sintomas e promoção da qualidade de vida nos já diagnosticados.

As ações desenvolvidas nesta intervenção apresentaram resultado positivo para a qualidade de vida da população, confirmada mediante depoimentos na própria consulta, UBS ou visita domiciliar.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme se pode compreender da realidade apresentada, a prevalência de patologias crônicas é de incidência significativa na comunidade investigada, da qual impõe uma enorme carga à saúde pública e aos próprios pacientes, sendo uma das principais causas de mortalidade em todo o mundo.

Os resultados deste estudo mostraram que a não adesão ao tratamento destas patologias pelos pacientes é elevada, sendo que diversos fatores estão envolvidos, como ambientais e estilo de vida. Para aumentar o impacto por esses comportamentos, precisa-se superar a inércia a nível pessoal e social no que diz respeito à adoção de comportamentos saudáveis. Tão importante quanto, precisa-se encorajar atividades como para a adoção de cuidados, autocuidado e promoção da saúde. Portanto, o Projeto de Intervenção proposto sobressai como ferramenta fundamental na prevenção e controle das doenças crônicas nesta comunidade.

Estas intervenções propostas visam oferecer à comunidade investida suporte as necessidades mais amplas, além das que rotineiramente são constatadas na prática clínica, trata-se de efetivar a atenção à saúde, evitando, circunstâncias e consequências deletérias oportunizadas pelas doenças crônicas.

Nesse projeto espera-se alcançar resultados a fim de melhorar a qualidade de vida das pessoas, levando informações para mostrar que existe tratamento eficaz para cada caso. É de suma importância que a população tenha consciência dos seus problemas, e principalmente, aceite os mesmos, enfrentando as situações de doença. Para tanto, otimizar o acesso a informações, atendimento especializado e medicamentos é imprescindível.

As informações apresentadas ao longo deste trabalho, associadas à observação da realidade, evidenciaram o quanto é relevante à inserção do cuidado da saúde na atenção primária à saúde. De modo que, as ações apresentadas, podem contribuir de forma eminente para o favorecimento de diagnóstico das doenças mencionadas, viabilizando com isso intervenção adequada ao que se refere o tratamento junto à população já diagnosticada e prevenção na população de risco, contribuindo na promoção da qualidade de vida do paciente, em contrapartida, reduzir os gastos com saúde pública.

Esta proposta vai na contramão da realidade brasileira, a qual ainda enaltece o investimento nas patologias e não na prevenção e promoção da saúde. Além disso

o caráter pedagógico da proposta, destaca-se como relevante para melhoria na adesão ao tratamento, autocuidado e melhorias na qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico**. Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT). Brasília, 2020.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p.

BRUNO, R.M., et al. Association between lifestyle and systemic arterial hypertension in young adults: a national, survey-based, cross-sectional study. **High Blood Press Cardiovasc Prev**. n.23, p.31–40, 2016.

CAPPUCCIO, F.P., et al. Sleep duration predicts cardiovascular outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. **Eur Heart J**. n.32, p.1484–1492, 2011.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION NATIONAL DIABETES, Fact sheet: national estimates and general information on diabetes and prediabetes in the United States, 2011. Atlanta, Ga, U.S. **Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention**, 2011

CUNHA, G.T. Apoio matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde Soc** v.20, n.4, p.961-70, 2011.

CUNHA, E.M., GIOVANELLA, L.L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva** vol.16 supl.1 Rio de Janeiro 2011

FAUSTO, M.C.R, et al Evaluation of Brazilian Primary Health Care from the Perspective of the Users. **J Ambul Care Manage**. 2017 Apr; 40(2 Suppl): S60–S70.

GARBER, A.J., et al. Consensus statement by the american association of clinical endocrinologists and american college of endocrinology on the comprehensive type 2 diabetes management algorithm--2016 executive summary. **Endocr Pract**. n.22, p.84–113, 2016.

HAJAT, C., STEIN, E. The global burden of multiple chronic conditions: A narrative review. **Prev Med Rep**. n.12, p. 284–293, 2018.

HERMAN, W.H. The global agenda for the prevention of type 2 diabetes. **Nutr Rev**. v.75, n.1, p. 13–18, 2017.

IBGE, **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Céu Azul – PR. 2020. Disponível em:< <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr/ceu-azul.html>> Acesso em: 26 abr. 2021.

IPARDES, Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Município de Cerro Azul. 2021. Disponível em:<<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=85840>>Acesso em 29 abr. 2021.

JAMES, P.A. et al. Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth **Joint National Committee** (JNC 8). **JAMA**. v.3, n.5, p.507-20, 2014.

KÖNIG, D., BERG, A. Physical exercise as treatment of type 2 diabetes mellitus. **Internist (Berl)**. v.53, n.6, p.678-87, 2012.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc**. São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

MARÍN-PEÑALVER, J.J., et al. Update on the treatment of type 2 diabetes mellitus. **World J Diabetes**. v.7, n.17, p. 354–395, 2016.

MARÍN-PEÑALVER, J.J., et al. Update on the treatment of type 2 diabetes mellitus. **World J Diabetes**. v.7, n.17, p. 354–395, 2016.

MENDES, E.V. **Atenção primária à saúde**. São Paulo: Mimeo, 2012.

MIRKARIMI. A.. et al. Effect of life style modification on adherence to diet and hypertension in hypertensive patients. **Koomesh**. n.20, p.192–202, 2018.

NAJAFIPOUR, H., et al. Prevalence of dyslipidemia and its association with other coronary artery disease risk factors among urban population in Southeast of Iran: results of the Kerman coronary artery disease risk factors study (KERCADRS). **J Diabetes Metab Disord**. n.15, p. 49-55, 2016.

O'KEEFE, J.H. **Fundamentos em diabetes**. 4 ed. São Paulo: Artmed, 2009,

OLIVEIRA, M.A., PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da atenção Primária e a estratégia Saúde da família. **Rev Bras Enferm**. v.66, p.158-64, 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CÉU AZUL, **O município**. 2020. Disponível em:<<https://www.ceuazul.pr.gov.br/municipio/historia>> Acesso em: 29 abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE. **Global status report on noncommunicable diseases** [Internet]. Genebra: World Health Organization; 2018 Disponível em:http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/ Acesso em: 20 mai., 2021.

_____. **The world health report 2012**—reducing risks, promoting healthy life. Chapter 4. Geneva: World Health Organization; 2012.

RIVERA, S.L., MARTIN, J., LANDRY, J. Acute and chronic hypertension: what clinicians need to know for diagnosis and management. **Crit Care Nurs Clin North Am**. v.31, n.1, p. 97-108, 2019.

ROCHA, P. **Diabetes controlada**. 8 ed. São Paulo: Gente, 2015.

SALA, A, et al. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. **Saude soc.** [online]. vol.20, n.4, pp.948-960, 2011.

SHIMAZAKI MI. Atenção primária à saúde. **Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais**, 2011.

SON, J.I., et al. Treatment guidelines for dyslipidemia: summary of the expanded second version. **J Lipid Atheroscler.** n.1, p.45–59, 2011.

TAKEMOTO, M.L.S, SILVA, E.M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, **Cad. Saúde Pública** [online]. vol.23, n.2, pp.331-340, 2007.

TESTA, R., et al. Leukocyte telomere length is associated with complications of type 2 diabetes mellitus. **Diabet Med.** v. 28, n.11, p.2888-94, 2011.

TURCI, M.A. Avanços e desafios na organização da atenção básica à saúde em Belo Horizonte. Belo Horizonte: **Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA)**; 2008.

WEE, L.E. et al. Hypertension management and lifestyle changes following screening for hypertension in an Asian low socioeconomic status community: a prospective study. **Ann Acad Med Singapore.** n.42, p.451–465, 2013.

YANG, M.H, et al. The Effect of Lifestyle Changes on Blood Pressure Control among Hypertensive Patients. **Korean J Fam Med.** v.38, n.4, p. 173–180, 2017.