

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE – ESCOLA GHC**  
**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO**  
**GRANDE DO SUL – CÂMPUS PORTO ALEGRE**

**Curso de Especialização em Gestão da Atenção à Saúde do  
Idoso**

**IDOSOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS: ASPECTOS QUE  
INTERFEREM NA ADESÃO AO TRATAMENTO**

**LARISSA TOBIA NAUE BECKER**

**ORIENTADORA: FGA. MS. MARÍLIA OLIVEIRA HENRIQUES**

**PORTO ALEGRE**

**2013**

**LARISSA TOBIA NAUE BECKER**

**IDOSOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS: ASPECTOS QUE  
INTERFEREM NA ADESÃO AO TRATAMENTO**

Projeto de pesquisa apresentado como pré-requisito de conclusão do Curso de Especialização em Gestão da Atenção à Saúde do Idoso. Parceria do Instituto Federal do Rio Grande do Sul com o Grupo Hospitalar Conceição.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Fga. Ms. Marília Oliveira Henriques

**PORTO ALEGRE**

**2013**

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus por esta oportunidade, por conseguir alcançar mais este objetivo e por estar tão próximo de mim em todos os momentos.

Agradecimento especial a minha querida família, sempre presente em minha vida, nas minhas decisões, nas alegrias, nas tristezas e nas conquistas. Enfim, em tudo!

Obrigada pela paciência meu amor Tiago, meus filhos amados Laís e Lorenzo e minha mãe Marli, pessoa radiante a qual tenho muito orgulho.

Agradeço imensamente a minha orientadora Marília Oliveira Henriques pelo carinho, dedicação e paciência. Obrigada pelas orientações e ensinamentos!

Obrigada professores pela dedicação, experiências e troca de sabedorias. Ensinamentos estes que serão muito bem utilizados ao próximo.

Agradeço a professora e Dra. Cristina Lemos pelas aulas explanadas, demonstrando um imenso amor pela sua profissão e cuidado ao idoso.

Agradeço a Deus pelas novas amizades, em especial às colegas Cirlene, Cristiane, Carine e Lidiani, amizades estas que com certeza serão para sempre.

Enfim, agradeço a todos que de uma forma ou outra contribuíram para esta minha conquista!

Só há duas maneiras de viver a vida: a primeira é vivê-la como se os milagres não existissem. A segunda é vivê-la como se tudo fosse milagre.

*Albert Einstein*

## RESUMO

As doenças crônicas não transmissíveis são as principais causas de morte e incapacidades no mundo, sendo que as doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, doenças respiratórias crônicas e o câncer representam 60% destas mortes. No Brasil, as doenças crônicas afetam principalmente adultos e idosos, responsáveis pelo alto custo econômico para o Sistema Único de Saúde, sociedade, portadores e seus familiares, sendo que a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus são as doenças de maior incidência. Pela alta relevância das doenças crônicas não transmissíveis e o aumento da expectativa de vida dos idosos, refletiu-se sobre a possibilidade de identificar e compreender a falta de adesão ao tratamento pelos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus em uma Unidade Básica de Saúde vinculada a um hospital de grande porte em Porto Alegre. A realização desta pesquisa justifica-se pela importância de entender os aspectos e fatores que interferem na adesão e comprometimento com o tratamento favorecendo a eficácia deste e mudanças no estilo de vida do paciente. Através desta pesquisa, objetiva-se contribuir com a saúde pública, abordando questões de interesse aos profissionais de saúde e portadores de doenças crônicas. **Objetivos:** Conhecer as dificuldades dos pacientes idosos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus para uma adequada adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa do tipo exploratório descritivo, cujos sujeitos serão os pacientes idosos com HAS e DM, usuários do serviço da Unidade Básica de Saúde Conceição. A coleta de dados será realizada através de uma entrevista semi-estruturada, com perguntas abertas e fechadas, após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelo participante. **Análise de dados:** Os dados serão analisados através de uma análise de conteúdos, proposta por Minayo (2002). Após a leitura do material coletado através das entrevistas, os dados serão ordenados e agrupados de acordo com o objetivo do estudo.

**Palavras-chave:** Doença crônica. Educação em saúde. Idoso.

## ABSTRACT

Chronic non-communicable diseases are the leading causes of death and disability worldwide, and that cardiovascular disease, type 2 diabetes mellitus, chronic respiratory disease and cancer account for 60 % of these deaths. In Brazil, chronic diseases affect mostly adults and the elderly, accounting for the high cost to the National Health System, society, patients and their families, with hypertension and diabetes mellitus are the diseases of greatest incidence. The high relevance of non-communicable chronic diseases and increased life expectancy of the elderly, has reflected on the possibility of identifying and understanding the lack of adherence to treatment by patients with hypertension and diabetes mellitus in a Basic Health Unit linked to a large hospital in Porto Alegre. This research is justified by the importance of understanding the aspects and factors that influence adherence and commitment to promoting the effectiveness of this treatment and changes in lifestyle of the patient. Through this research, we aim to contribute to public health by addressing issues of interest to health professionals and patients with chronic diseases. **Objectives:** To understand the difficulties of elderly patients with hypertension and diabetes mellitus for proper adherence to pharmacological and non-pharmacological. **Methodology:** This was a qualitative study exploratory and descriptive, whose subjects are elderly patients with hypertension and DM, service users of Basic Health Unit Conception. Data collection will be conducted through semi-structured interviews with open and closed questions, after signing an informed consent by the participant. **Data analysis:** Data will be analyzed through a content analysis proposed by Minayo (2002). After reading the material collected through the interviews, the data will be sorted and grouped according to the objective of the study. **Keywords:** chronic disease. Health education. Elderly.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNS/MS	Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DM1	Diabetes Mellitus Tipo 1
DM2	Diabetes Mellitus Tipo 2
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da Saúde
PA	Pressão Arterial
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio
SIS-HIPERDIA	Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da
Atenção Básica	
SUS	Sistema Único de Saúde
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por
Inquérito Telefônico	

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2 OBJETIVOS DO ESTUDO</b> .....	14
2.1 OBJETIVO GERAL .....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
<b>3 JUSTIFICATIVA</b> .....	15
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	16
4.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA POPULAÇÃO IDOSA.....	16
4.2 DIABETES MELLITUS NOS IDOSOS.....	18
4.3 ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA CORRELACIONADA À ADESÃO AO TRATAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS.....	19
4.4 IMPACTO GLOBAL DAS DOENÇAS CRÔNICAS NO BRASIL E NO MUNDO.....	22
<b>5 METODOLOGIA</b> .....	25
5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	25
5.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	25
5.3 PARTICIPANTES.....	26
<b>5.3.1 Critérios de inclusão</b> .....	26
5.4 COLETA DE DADOS.....	27
5.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	27
5.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	28
<b>6 ORÇAMENTO</b> .....	29
<b>7 CRONOGRAMA</b> .....	30
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	31
<b>APÊNDICE A-</b> Carta de apresentação à Coordenação da Saúde Comunitária.....	34
<b>APÊNDICE B-</b> Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Pacientes....	35
<b>APÊNDICE C-</b> Roteiro de entrevista com os (as) pacientes.....	37
<b>ANEXO A-</b> Taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares e suas diferentes causas no Brasil.....	38

<b>ANEXO B-</b> Estatísticas de indivíduos com diagnóstico de HAS e DM no Brasil.....	39
<b>ANEXO C-</b> Número e percentual de indivíduos com diagnóstico de HAS e DM por sexo e faixa etária no Brasil.....	40
<b>ANEXO D-</b> Percentual de indivíduos com diagnóstico de HAS e DM por sexo e ano de escolaridade no Brasil.....	41
<b>ANEXO E-</b> Percentual de indivíduos com HAS e DM por sexo, faixa etária e ano de escolaridade no Rio Grande do Sul.....	42

## 1 INTRODUÇÃO

De acordo com os resultados do Censo Demográfico de 2010, através dos indicadores e Dados Básicos do Brasil em 2011, publicado anualmente pelo Ministério da Saúde, o envelhecimento da população brasileira destaca sua importante relação entre a saúde e mudanças demográficas (BRASIL, 2011 a).

Nos últimos anos, o aumento da expectativa de vida dos brasileiros, aliado a diminuição da mortalidade e fecundidade, proporciona um aumento gradual da população com idade igual ou superior a 60 anos denominando-se como envelhecimento populacional. Em 1991 esta parcela da população idosa representava 7,3 % da população total, passando a representar 10,8% em 2010 (BRASIL, 2011 a).

A saúde do idoso e o envelhecimento são preocupações relevantes para o Ministério da Saúde, em que o Pacto pela Saúde, emitido em 2006, veio para fortalecer esses compromissos através do SUS e gestão com o intuito de qualificar a atenção à saúde das pessoas idosas, contribuindo para uma maior expectativa de vida brasileira assim como melhor qualidade dos anos vividos (BRASIL, 2010 a).

Como respostas ao desafio das doenças crônicas não transmissíveis, o Ministério da Saúde têm implementado importantes políticas para o enfrentamento destas, com destaque da Organização da Vigilância de DCNT, com objetivos de conhecer os fatores de risco, monitorar a morbidade e mortalidade das doenças específicas, respostas dos sistemas de saúde, incluindo políticas, gestão, planos, recursos humanos, infraestrutura, promoção da saúde e acesso a serviços de saúde além da capacitação dos profissionais da Atenção Básica em Saúde, para o atendimento, acolhimento e cuidado do idoso e de pessoas com condições crônicas (BRASIL, 2011 b).

Diante do contexto mundial, a Organização Mundial da Saúde ressalta que as doenças crônicas são as principais causas de morte e incapacidades no mundo, sendo que as doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, doenças respiratórias crônicas e o câncer representam 60% das mortes ocorridas a nível mundial e 80% destas ocorrem nos países de baixa e média renda (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

No Brasil as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tais como o infarto, hipertensão arterial, diabetes, câncer, doenças respiratórias crônicas e o acidente vascular cerebral constituem sério problema de saúde pública, destacando-se as doenças

cardiovasculares com 30% e o câncer com 15,6%, afetando os grupos mais vulneráveis como os idosos e a população de baixa renda e escolaridade (BRASIL, 2011 b).

Diante dos gastos com a assistência hospitalar no SUS e setor complementar, as DCNT são responsáveis pelo maior custo econômico para o sistema de saúde, para a sociedade, portadores e seus familiares (BRASIL, 2008).

Em relação aos agravos com estas doenças, destacam-se as doenças cerebrovasculares, ocupando o primeiro lugar de mortalidade no país, tanto da população geral quanto dos idosos e as doenças cardiovasculares em segundo lugar de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010 a).

Como fatores de risco biológicos modificáveis encontra-se a hiperglicemia, pressão alta, excesso de peso e colesterol alto. Entre os fatores de risco comportamentais enquadra-se o sedentarismo, uso do tabaco e álcool, ausência de uma dieta equilibrada e saudável e a inatividade física (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Dentre as doenças crônicas, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM), caracterizam-se como sendo as doenças crônicas de maior incidência na população brasileira, com crescente preocupação neste contexto, constituindo a primeira causa de hospitalização no sistema público de saúde (BRASIL, 2011 c).

A hipertensão arterial sistêmica destaca-se como um problema de saúde pública, sendo responsável por complicações cardiovasculares, coronarianas, encefálicas, vasculares periféricas e renais. Calcula-se que 40% dos acidentes vasculares encefálicos e em torno de 25% dos infartos ocorridos em pacientes hipertensos poderiam ser prevenidos através de uma terapia anti-hipertensiva adequada. Esta patologia atinge cerca de 22,3% a 43,9% da população brasileira, com estimativa de 15 milhões de brasileiros portadores desta enfermidade (BRASIL, 2011 c; BRASIL, 2010 b).

O diabetes mellitus caracteriza-se como epidemia mundial, sendo que 4 milhões de mortes por ano são determinantes desta patologia e suas complicações representam 9% do total de mortes, atingindo 11% da população com idade igual ou superior a 40 anos, correspondendo aproximadamente 5,5 milhões de portadores. Apresenta grande impacto econômico nos serviços de saúde, relacionados aos custos do tratamento e complicações da patologia, tais como doença cardiovascular, diálise por insuficiência renal crônica, cirurgias por amputações de membros inferiores, amaurose e óbitos (BRASIL, 2011 c; BRASIL 2006 a).

Na perspectiva de Alves e Calixto (2012), a prevenção e tratamento dessas doenças é um processo lento, sendo necessário ensinar a população a cuidar de sua saúde, com ações

educativas relacionadas a mudanças do estilo de vida, aceitação e adesão ao tratamento. Em se tratando da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus, a falta de adesão resulta na morte de 400 mil brasileiros hipertensos e 36 mil diabéticos por ano, acarretando complicações graves, necessidades de hospitalizações, custos elevados em internações de longa permanência, agravos sociais por absenteísmo no trabalho, invalidez, aposentadoria precoce, dentre outros.

No estudo realizado por Assunção e Ursine (2008) sobre os fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus, assistidos pelo Programa Saúde da Família em Belo Horizonte, estima-se 50% de adesão ao tratamento em relação às recomendações dos profissionais de saúde. Entre as estratégias para melhoria da adesão ao tratamento destacam-se a motivação do paciente, familiares e pessoas que convivem com os portadores de DM; participação em grupos de apoio; presença da equipe multidisciplinar com educação em saúde; apoio social e acesso à informação.

Ainda nos apoiando nestes autores, afirmam que o profissional de saúde apresenta papel importante no processo de adesão ao tratamento, atuando como agente facilitador e mobilizador, através da conscientização, mudança de comportamento e desenvolvimento da capacidade do indivíduo para o autocuidado (ASSUNÇÃO; URSINE, 2008).

Em outro estudo publicado por Daniel e Veiga (2013) sobre os fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos, conceituam como fatores dificultadores os de difícil seguimento do tratamento, tais como: esquecimento na tomada de medicamentos, efeitos colaterais dos medicamentos, falta de acesso aos medicamentos anti-hipertensivos, tempo de tratamento, receio do uso de medicamentos com bebidas alcoólicas, insegurança e interrupção do tratamento e modificações nos hábitos de vida. Neste estudo, o percentual de pacientes com insuficiente grau de adesão ao tratamento corresponde mais que a metade dos pacientes entrevistados, sendo que 44,93% destes aderem corretamente à terapêutica medicamentosa.

Pensando nesta questão de alta relevância determinante da saúde pública relacionada às doenças crônicas e aumento da expectativa de vida da população brasileira idosa, refletiu-se sobre a possibilidade de identificar e compreender a falta de adesão ao tratamento dos portadores de HAS e DM em uma unidade básica de saúde vinculada a um hospital de grande porte localizado na região metropolitana de Porto Alegre. Neste ambiente de trabalho a pesquisadora teve a oportunidade de conhecer o serviço realizado pelos profissionais de saúde, assim como acompanhar consultas médicas de pacientes portadores de doenças crônicas. Salienta-se que muitos usuários retornam para reconsultas e reavaliações médicas,

sendo que os mesmos recebem orientações pelos médicos e equipe de enfermagem sobre as condutas a serem realizadas no domicílio. Diante disto, a realização deste estudo poderá favorecer tanto a promoção de saúde quanto o fortalecimento da conscientização destes usuários em aderir o tratamento sendo este medicamentoso ou não, com o intuito de qualificar ainda mais o trabalho cotidiano realizado pelos profissionais desta Unidade Básica de Saúde.

Diante da realidade e prevalência das doenças crônicas que desfavorecem a qualidade de vida dos idosos, a utilização de um método coerente de orientações a este público em questão, poderá estimular o idoso à conscientização e aceitação de mudanças de hábitos impróprios? Quais as orientações primordiais que devem ser realizadas pelos profissionais de saúde para a prevenção, conscientização e tratamento destas patologias na terceira idade? De que forma a equipe de saúde pode intervir para qualificar ainda mais o retorno deste usuário ao domicílio?

Por esta razão, propõe-se como problema deste estudo investigar quais são as dificuldades encontradas pelos idosos portadores de HAS e DM na adesão ao tratamento.

Almeja-se com este estudo contribuir com a saúde pública, abordar questões de interesse aos profissionais de saúde, compreender as necessidades dos idosos relacionadas ao tratamento das doenças crônicas além de fomentar estudos nesta temática.

## **2 OBJETIVOS DO ESTUDO**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Conhecer as dificuldades dos pacientes idosos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus para uma adequada adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar as necessidades dos idosos relacionadas ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus em uma Unidade Básica de Saúde;
- Contribuir no trabalho dos profissionais que atuam nesta Unidade Básica de Saúde, trazendo as informações das necessidades dos usuários deste serviço.

### 3 JUSTIFICATIVA

Através do estágio realizado na Unidade Básica de Saúde Conceição tive a oportunidade de conhecer o trabalho exercido pelos profissionais aos usuários deste serviço, despertando-me o interesse em realizar o projeto de pesquisa neste local de trabalho com os pacientes hipertensos e diabéticos. Embora sejam realizadas orientações pela equipe de saúde a estes pacientes, muitos retornam para reconsultas médicas por alterações dos níveis pressóricos, hiperglicemia, dentre outras queixas. Salienta-se que nas consultas com a equipe médica, de enfermagem e de outras especialidades são abordadas orientações importantes a serem realizadas no domicílio e apesar da existência de grupos de hipertensos e diabéticos, grupo saúde no prato, grupo do peso, grupo dos idosos, em muitas situações observa-se um cuidado inadequado ao tratamento.

A melhoria da adesão ao tratamento não é uma tarefa fácil, necessitando de uma revisão sistemática de intervenções baseadas em recursos educativos, tecnológicos e comportamentais da população e do serviço de saúde, adaptadas às necessidades da população abrangente. As ações educativas coletivas realizadas pelos profissionais aumentam a adesão e eficácia do tratamento proporcionando incentivos satisfatórios para a melhoria na qualidade de vidas dos pacientes. Um dos principais problemas encontrados pelos profissionais de saúde é a adesão ao tratamento de maneira irregular e assistemática, devido ao longo prazo e dificuldades em alteração na rotina, necessitando da cooperação dos pacientes para alcançar as alterações necessárias no estilo de vida (ALVES; CALIXTO, 2012).

Por ser um tema relevante para o SUS, este projeto de pesquisa justifica-se pela importância de entender os aspectos e fatores que interferem na adesão e comprometimento com o tratamento, favorecendo a eficácia deste e mudanças no estilo de vida do paciente. Além disto, participar do trabalho realizado pela equipe de saúde neste serviço, contribuindo positivamente com o paciente, com a saúde pública, abordando questões de interesse relacionadas às doenças crônicas tanto para os profissionais de saúde quanto aos pacientes portadores de doenças crônicas.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

### 4.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA POPULAÇÃO IDOSA

De acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão a HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados de pressão arterial, associados a alterações funcionais e ou estruturais dos órgãos alvo, tais como coração, rins, encéfalo e vasos sanguíneos, assim como de alterações metabólicas, tendo como consequências o aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (BRASIL, 2010 b).

Diante do contexto brasileiro e mundial, a HAS é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública, com alta prevalência e baixas taxas de controle. Como limites de normalidade da pressão arterial, considera-se pressão sistólica menor que 130 mmHg e pressão diastólica menor que 85 mmHg. A partir destes valores classifica-se o normal limítrofe, a hipertensão leve, moderada e grave (BRASIL, 2010 b).

Em relação aos fatores de risco para a hipertensão arterial sistêmica, destaca-se uma relação direta e linear da PA com a idade, com prevalência acima de 60% em indivíduos com mais de 65 anos. Em relação ao gênero, prevalência semelhante entre homens e mulheres, com taxas mais elevadas no sexo masculino até os 50 anos, invertendo-se após a quinta década. Diante da etnia, duas vezes mais prevalentes em indivíduos de cor não branca; excesso de peso associado à obesidade com possibilidade de apresentar HAS desde idades jovens; ingestão de sal correlacionada com a elevação da PA. Ressalta-se que a população brasileira apresenta um padrão alimentar rico em sal, gorduras e açúcar. A ingestão de álcool por períodos prolongados pode aumentar a PA e a mortalidade cardiovascular em geral. Em relação ao sedentarismo, a realização da atividade física reduz a incidência de hipertensão arterial sistêmica, a mortalidade e o risco de doença cardiovascular (BRASIL, 2010 b).

Em se falando dos fatores de risco no Brasil, apenas 18,2% da população brasileira consomem 5 porções de frutas e verduras em 5 ou mais dias por semana, sendo que 34% consomem alimentos com elevado teor de gordura e 28% optam por refrigerantes em 5 ou mais dias por semana. Assim sendo, favorece a esta camada da população, o excesso de peso com 48% e obesidade com 14%. Em relação aos níveis de atividade física realizada pela população adulta, com baixa adesão em torno de 15% (BRASIL, 2011 b).

O aumento destes fatores de risco gera um crescimento contínuo da incidência, prevalência e controle inadequado da hipertensão arterial sistêmica, devendo ser abordados e controlados pela equipe de saúde em geral (BRASIL, 2006 b).

Diante dos fatores socioeconômicos no Brasil, a hipertensão arterial sistêmica é mais prevalente em indivíduos de baixa renda e escolaridade. A predisposição genética associada a fatores ambientais e estilos de vida pouco saudáveis contribuem para esta combinação em família, conforme a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010 b).

A hipertensão arterial sistêmica por ser uma doença prevalente em idosos, sendo considerada como fator determinante na morbidade e mortalidade, pode estar associada a outras doenças prevalentes nesta faixa etária, tais como o diabetes mellitus e a arteriosclerose, conferindo alto risco de morbimortalidade cardiovascular. Em consequência disto, o autor em questão ressalta a importância de uma correta identificação do problema e uma apropriada abordagem terapêutica (BRANDÃO *et al.*, 2006).

Em relação ao tratamento, a importância da avaliação de comorbidades, o uso de medicamentos e a estratificação de riscos objetiva a redução dos níveis pressóricos abaixo de 140/90 mmHg. Mesmo com uma adequada adesão ao tratamento, em pacientes muito idosos a redução da pressão torna-se difícil abaixo de 140 mmHg, aceitando reduções da pressão arterial sistólica de 160 mmHg (BRASIL, 2006 b).

A hipertensão arterial sistêmica, quando assintomática, com diagnóstico e tratamento negligenciado, associada à baixa adesão ao tratamento por parte do paciente são considerados os principais fatores determinantes em relação ao controle da HAS, aos níveis considerados normais no mundo, apesar das diversas recomendações e protocolos existentes, além da melhoria no acesso a medicamentos (BRASIL, 2006 b).

Ainda nos apoiando nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010 b) para a prevenção primária da hipertensão arterial, destaca-se como medidas não medicamentosas a alimentação saudável, com controle do consumo de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao tabaco e sedentarismo. Em relação às medidas medicamentosas, estas podem controlar a pressão arterial em populações jovens de alto risco, quando administradas corretamente pelos pacientes hipertensos.

A prevenção primária e a detecção precoce das doenças são efetivas, devendo ser metas prioritárias dos profissionais de saúde (BRASIL, 2010 b).

## 4.2 DIABETES MELLITUS NOS IDOSOS

Nos estudos das Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2009), os autores definem o diabetes mellitus como sendo um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos, apresentando em comum a hiperglicemia, a qual é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambos. A classificação não se baseia no tipo de tratamento e sim na etiologia, incluindo quatro classes clínicas: diabetes mellitus tipo 1 (DM1), diabetes mellitus tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de DM e diabetes mellitus gestacional. As categorias glicemia de jejum alterada e a tolerância à glicose diminuída, referidas como pré-diabetes são fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes mellitus e doenças cardiovasculares.

O diabetes mellitus tipo 1 é o resultado da destruição de células betapancreáticas das ilhotas de Langerhans com consequente deficiência da insulina em 5% a 10% dos casos, geralmente crianças. Em relação ao diabetes mellitus tipo 2 caracteriza-se por defeitos na ação e secreção de insulina, presente em 90% a 95% dos casos, podendo ocorrer em qualquer idade, mas geralmente diagnosticados após os 40 anos de idade (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

Ainda sob este enfoque, o diabetes mellitus tipo 2 é uma das doenças crônicas mais comuns em idosos. A prevalência em indivíduos com 60 anos de idade ou mais oscila entre 15 a 20%, com taxas mais elevadas em idosos com mais de 75 anos de idade (FREITAS, 2006).

Em se tratando do envelhecimento, Freitas (2006) destaca associação com o desenvolvimento da resistência insulínica, condição esta que predispõe os idosos a intolerância à glicose, dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica e síndrome metabólica, acelerando o aparecimento de doenças cardiovasculares. Ainda sob este enfoque, os idosos apresentam maior predisposição ao acúmulo de gordura abdominal, à obesidade, redução da atividade física e maus hábitos alimentares.

De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2009) o diabetes mellitus é uma doença onerosa para os indivíduos afetados e seus familiares, para o sistema único de saúde devido a sua natureza crônica, gravidades das complicações e os meios necessários para controlá-las. Os custos diretos com DM variam entre 2,5% e 15% do orçamento anual da saúde, dependendo do grau de sofisticação do tratamento disponível e de sua prevalência. Estimativas dos custos diretos para o Brasil oscilam em torno de 3,9 bilhões de dólares americanos.

Ainda se apoiando nestes autores, em decorrência de complicações crônicas desencadeadas pelo diabetes ou por alguma limitação no desempenho profissional, muitos indivíduos tornam-se incapazes de permanecer no trabalho (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

A prevenção primária quando efetiva, protege os indivíduos suscetíveis de desenvolverem DM, com o intuito de reduzir ou retardar a necessidade de atenção à saúde e de suas complicações agudas e ou crônicas. Os programas de prevenção primária do diabetes mellitus tipo 2 baseiam-se em intervenções na prática de atividades físicas e na dieta, pois estes fatores associados ao estilo de vida, acentuam a prevalência desta doença (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

Em relação à prevenção secundária, medidas importantes devem ser realizadas, tais como o controle metabólico; tratamento da hipertensão arterial e dislipidemia, reduzindo os riscos de complicação do DM; prevenção de úlceras nos pés e amputações de membros inferiores, reduzindo a frequência e incidência de hospitalizações em 50%; rastreamento para diagnóstico e tratamento precoces de retinopatia; rastreamento para microalbuminúria prevenindo e ou retardando a progressão de insuficiência renal; medidas para a redução do consumo do tabaco, auxiliando no controle do DM, da hipertensão arterial e doença cardiovascular (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009). Sabe-se que a prevalência de hipertensão arterial em diabéticos é no mínimo duas vezes maior do que na população em geral (BRASIL, 2006 b).

O diabetes mellitus envolve a capacidade de uma equipe multidisciplinar, atendendo as necessidades de um tratamento ideal para os idosos, apresentando um grande desafio para a saúde pública (FREITAS, 2006).

#### 4.3 ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA CORRELACIONADA À ADESÃO AO TRATAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS

A definição de adesão, do ponto de vista de Gusmão *et al.* (2009), significa o grau de concordância entre a orientação recebida relacionada à frequência de consultas, cuidados, terapias medicamentosas e não medicamentosas e a conduta do paciente, sendo que um dos métodos utilizados para a avaliação da adesão ao tratamento é o relato do paciente devido a sua simplicidade e baixo custo.

Em relação aos indivíduos com doenças crônicas, os fatores de risco que influenciam na adesão ao tratamento de forma negativa, podem estar relacionados à doença, cuidador, sistema de saúde, tratamento e o próprio paciente em questão. Diante da abordagem “paciente”, os fatores que podem interferir neste processo de comprometimento ao tratamento relacionam-se às características biossociais como o sexo, raça, idade, nível econômico, escolaridade, estado civil, ocupação profissional, crenças relacionadas à saúde e religião, aspectos culturais e hábitos de vida. Além destes fatores, o baixo nível sócio econômico, analfabetismo, pobreza, desemprego, suporte social ineficaz, alto custo de transporte e medicamentos, instabilidade relacionada à moradia, difícil acesso ou distância do local do tratamento, desestrutura familiar são significativos para a falta de adesão (GUSMÃO *et al.*, 2009).

Diante do tratamento da doença crônica a ser realizado pelo paciente, os principais fatores que interferem relacionam-se à complexidade da terapia, como quantidade de doses e comprimidos, horários administrados, falhas em tratamentos anteriores e duração do mesmo, mudanças frequentes no tratamento e influência na qualidade de vida. Como estratégias para o aumento da adesão pelo paciente, os profissionais de saúde devem conscientizá-lo dos malefícios gerados pela doença, riscos e benefícios inerentes ao tratamento, incentivando-o a se tornar elemento chave neste processo (GUSMÃO *et al.*, 2009).

Em se tratando de indivíduos idosos com comorbidades, algumas estratégias podem dificultar na melhoria do tratamento, tais como o comprometimento do cuidador e ou familiar, devendo este ser encorajado pela equipe de saúde a intervir para a eficácia do tratamento do paciente (GUSMÃO *et al.*, 2009).

Para o Ministério da Saúde, na última década, com a expansão da Atenção Básica, que atualmente cobre 60% da população brasileira, melhoria da assistência e redução do consumo do tabaco, que nas últimas duas décadas, caíram de 34,8% em 1989 para 15,1% em 2010, observou-se uma redução de 20% nas taxas de mortalidade pelas doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2011 b).

Em pacientes com doenças crônicas, a influência do sistema de saúde e da equipe multidisciplinar são fatores determinantes para a conquista na adesão ao tratamento. Aspectos de responsabilidade da instituição de saúde, tais como: serviços de saúde pouco desenvolvidos, sobrecarga dos profissionais de saúde, sistema de distribuição de medicamentos ineficaz, tempo de espera elevado, redução no período da consulta, dificuldades no acesso ao serviço de saúde, falta de treinamentos dos profissionais,

incapacidades do sistema de saúde para a educação dos pacientes podem influenciar nesta conquista (GUSMÃO, *et al.*, 2009).

É um desafio da Atenção Básica, com espaço prioritário da Saúde da Família, com atuação de uma equipe multiprofissional, onde o processo de trabalho crie vínculo com a comunidade e usuários do serviço, com abordagem individual e coletiva, levando-se em conta a diversidade cultural, racial, religiosa e os fatores sociais envolvidos (BRASIL, 2006 b). Ressalta-se a importância da estratégia da Saúde da Família como política prioritária da atenção primária, com condições favoráveis para a abordagem das doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2011 c).

As equipes que atuam na Atenção Básica em território definido, com ações de promoção, assistência, prevenção, vigilância em saúde e acompanhamento dos usuários auxiliam nas respostas ao tratamento das doenças crônicas, ressalta o Ministério da Saúde (2011 b).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, os programas de intervenção de base comunitária são pacotes completos com efeito sinérgico em se tratando das doenças crônicas. A abordagem da comunidade na prevenção destas doenças, apresenta forte relação custo-eficácia, devido à utilização de métodos de comunicação em massa, divulgando informações com sucesso através das redes comunitárias, influenciando as políticas ambientais, regulatórias e institucionais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

No contexto da prevenção e controle das doenças crônicas, a visão contemporânea da capacitação vai além da percepção convencional de formação, com construção e fortalecimento de organizações técnicas, aplicação de conhecimentos, experiências, melhores práticas, desenvolvimento e implementação de políticas nacionais e estratégicas, programas de prevenção de doenças crônicas, garantindo que os dados e informações sejam compartilhados. Além disto, a Organização Mundial da Saúde destaca que a capacitação e treinamentos dos profissionais são ingredientes chave para a prevenção e controle destas doenças (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

As equipes multiprofissionais, através de enfoques variados e reforços contínuos, conseguem esclarecer assuntos pertinentes às doenças crônicas assim como o papel do paciente no seu tratamento. Com estes entendimentos, o paciente é capaz de analisar a situação, organizar estratégia própria relacionada à modificação da dieta, ao uso de medicamentos e mudanças necessárias (GUSMÃO *et al.*, 2009).

Em relação às estratégias para a melhoria da adesão ao tratamento, partindo da boa relação médico-paciente é necessário o convencimento do paciente e familiar da existência do

problema, das necessidades do tratamento apresentando seus benefícios; explicação sobre o uso dos medicamentos e seus efeitos colaterais, reconhecendo os medos e preconceitos do paciente; estimular o paciente e seu cuidador; definir metas e resultados; monitorar o tratamento através das consultas frequentes, no início do tratamento (GUSMÃO *et al.*, 2009).

Ainda sob este contexto, os seguintes profissionais de saúde devem fazer parte da equipe multiprofissional para o atendimento da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus: médico, enfermeiro, auxiliar e ou técnico de enfermagem, nutricionista, psicólogo, professor de educação física, agente comunitário de saúde, farmacêutico, assistente social, dentista, auxiliar de consultório dentário. Dentre as ações comuns, destacam-se as seguintes: treinamento de profissionais; promoção à saúde através de ações educativas com ênfase em mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de risco e divulgação de material educativo; ações assistenciais individuais e em grupo; encaminhamento a outras especialidades quando necessário e gerenciamento do programa (BRASIL, 2006 a; BRASIL, 2006 b).

A manutenção da motivação do paciente relacionada ao não abandono do tratamento é uma das principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde diante do paciente hipertenso, que muitas vezes apresenta outras comorbidades como diabetes, obesidade e dislipidemia, trazendo implicações no gerenciamento das ações terapêuticas, cujo tratamento exige motivação, perseverança e educação continuada (BRASIL, 2006 b).

#### 4.4 IMPACTO GLOBAL DAS DOENÇAS CRÔNICAS NO BRASIL E NO MUNDO

As doenças crônicas não transmissíveis ameaçam a qualidade de vida de milhões de pessoas, representando o maior custo para os sistemas de saúde a nível mundial com impacto econômico para a sociedade em geral, para os portadores e suas famílias, representando um dos principais desafios de saúde para o desenvolvimento global nas próximas décadas (BRASIL, 2011 c).

Em relação às estimativas, as DCNT já são responsáveis por 45,9% da carga global de doenças e de 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo, segundo a Organização Mundial da Saúde. Destaca-se que em 2008 no Brasil responderam por 62,8% do total das mortes por causa conhecida, aumentando três vezes a proporção de mortes entre as décadas de 30 e de 90 (BRASIL, 2011 c).

Em se falando da hipertensão arterial sistêmica, estima-se que em torno de 25% dos infartos e 40% dos acidentes vasculares encefálicos ocorridos em pacientes hipertensos, poderiam ser prevenidos com uma adequada terapia anti-hipertensiva (BRASIL, 2011 c).

Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório, sendo registradas 1.157.509 internações por doença cardiovascular no Sistema Único de Saúde. As taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares e suas diferentes causas no Brasil (ANEXO A) é demonstrado pela VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010 b).

O diabetes mellitus atualmente configura-se como sendo uma epidemia mundial, com fortes consequências humanas, sociais e econômicas, determinantes para 4 milhões de mortes por ano e suas complicações com 9% do total de mortes. Com alto índice econômico dos serviços de saúde, como consequência dos custos do tratamento para DM e de suas complicações, como doença cardiovascular, diálise por insuficiência renal crônica e cirurgias para amputações dos membros inferiores (BRASIL, 2011 c).

Para a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio – PNAD de 2008, 14% da população geral referiram hipertensão e 3,6% diabetes. A Secretaria de Vigilância do Ministério da Saúde, desde 2006 realiza o VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, com o objetivo de realizar o contínuo monitoramento da frequência e distribuição de fatores de risco e proteção destas doenças nas capitais dos 26 Estados Brasileiros e no Distrito Federal, em adultos com dezoito ou mais anos de idade, residentes em domicílios com linha fixa de telefone nas capitais do Brasil. Embora úteis para a gestão do cuidado na rede de saúde, estes dados podem subestimar a frequência destes agravos na população, pela não inclusão de casos não diagnosticados (BRASIL, 2011b; BRASIL 2011c). Com os dados do Vigitel em 2009, estimam-se as estatísticas de indivíduos com diagnóstico médico de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus no Brasil (ANEXO B; ANEXO C; ANEXO D) e no Estado do Rio Grande do Sul (ANEXO E).

Ainda sob este enfoque, o Ministério da Saúde destaca o SIS- Hiperdia, sendo este um Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica, o qual objetiva possibilitar a gestão do cuidado com o vínculo do portador à unidade básica ou equipe de saúde, monitorando continuamente a qualidade do controle dos agravos da população assistida. Através de um sistema informatizado permite o cadastramento e acompanhamento dos portadores de hipertensão arterial e ou diabetes mellitus atendidos na rede primária do Sistema Único de Saúde, fornecendo assim, informações tanto para os

gestores das secretarias municipais e estaduais quanto para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011 c).

Para ampliar o acesso da população aos medicamentos básicos e essenciais, o governo brasileiro lançou em 2011 o Programa Farmácia Popular/ Saúde Não Tem Preço, ofertando medicamentos para hipertensão e diabetes para a população. Em média 17.500 farmácias privadas encontram-se cadastradas para a distribuição gratuita desses medicamentos (BRASIL, 2011 b).

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O estudo sobre a adesão da população idosa ao tratamento de doenças crônicas caracteriza-se por uma pesquisa exploratória descritiva com enfoque qualitativo dos dados.

De acordo com Gil (2007), o método exploratório envolve levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências com o problema do estudo em questão, assim como análise destas com o intuito de estimular a compreensão.

Para Creswell (2010) a pesquisa qualitativa caracteriza-se por explorar e entender o significado que os indivíduos ou grupos atribuem a um problema humano ou social. Este processo de pesquisa envolve procedimentos e questões que emergem os dados coletados no ambiente do participante, a análise de dados sendo uma construção das particularidades do tema e as interpretações realizadas pelo pesquisador acerca do significado dos dados, com estrutura flexível do relatório final.

### 5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa será desenvolvida na Unidade Básica de Saúde Conceição, vinculada a um hospital de grande porte e de referência localizada no município de Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul. Esta pesquisa será realizada após a entrega da carta de apresentação à Coordenação da Saúde Comunitária pela pesquisadora, para fins de autorização deste estudo (APÊNDICE A).

Esta Unidade Básica de Saúde foi inaugurada em 26/12/1982, dando origem ao Serviço de Saúde Comunitária, composto atualmente por 12 unidades de saúde, localizada na região norte de Porto Alegre, cobrindo a assistência de 130.000 pessoas. Como território compreende parte de três bairros, sendo estes o Cristo Redentor, Passo D'Areia e Vila Ipiranga.

A equipe de saúde é composta por 8 médicos com especialização em Saúde da Família, 5 enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem totalizando 10 profissionais, 13

agentes comunitários de saúde, 1 psicólogo, 1 assistente social, 2 dentistas, 1 nutricionista, 1 auxiliar de farmácia, farmacêutico, 4 secretários administrativos, serviço de higienização, vigilantes e residentes de medicina, enfermagem, nutrição e assistente social.

De acordo com os dados estatísticos de 2011 relacionados às doenças e agravos não transmissíveis, encontra-se 4.030 usuários deste serviço com HAS e 1.245 com DM.

### 5.3 PARTICIPANTES

Os sujeitos que farão parte desta pesquisa serão idosos com doenças crônicas. Para este estudo serão enquadrados usuários deste serviço com hipertensão arterial sistêmica e ou diabetes mellitus, assim como com ambas as patologias, que aceitarem e se dispuserem a participar do estudo, assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B), conforme Resolução 466/12 do CNS/ MS. Inicialmente farão parte deste estudo 10 pacientes com DM e 10 paciente com HAS, ou ambas patologias, sendo convidados a participarem deste estudo os usuários do serviço que realizarem consulta médicas no mês anterior às entrevistas. Por ser uma pesquisa qualitativa, nos apoiando no estudo de Turato, Fontanella e Ricas (2008), caso haja a saturação nas respostas relacionadas às perguntas esta variável pode ser modificada.

No campo da saúde, conforme Turato, Fontanella e Ricas (2008), a amostragem por saturação é uma ferramenta conceitual utilizada em pesquisas qualitativas, sendo utilizada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo. De acordo com a avaliação do pesquisador, suspende-se a inclusão de novos participantes quando os dados obtidos apresentarem certa redundância ou repetição, não sendo necessário persistir na coleta de dados.

#### 5.3.1 Critérios de inclusão

- Ser idoso. De acordo com o Ministério da Saúde (2010 a), para preencher este critério o paciente deverá ter idade igual ou superior a 60 anos.
- Ter diabetes mellitus ou hipertensão arterial sistêmica;

- Estar lúcido e orientado;
- Ser usuário do serviço desta Atenção Básica de Saúde;
- Estar disponível no momento da entrevista;

#### 5.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados será realizada pela pesquisadora após a aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética e Pesquisa. O instrumento para a coleta de dados será um questionário semi-estruturado com perguntas abertas e fechadas (APÊNDICE C), desenvolvidas pela pesquisadora, compostas por dados de identificação dos participantes desta pesquisa e uma “pergunta disparadora”, sendo que as respostas a esta questão gerarão outras questões de continuidade ao objetivo do estudo (TURATO, 2003).

As entrevistas serão previamente agendadas com os participantes e realizadas em uma sala disponível na Unidade Básica de Saúde, com duração média estimada de 90 minutos para cada entrevista, gravadas em áudio se autorizado pelo participante, após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B). As falas posteriormente serão transcritas pela pesquisadora, com o uso de um codinome para garantir o anonimato dos participantes.

#### 5.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados serão analisados através de uma análise de conteúdos, podendo alcançar a pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação dos resultados obtidos, seguidos pela proposta de Minayo (2002).

Conforme a pré-análise, o material que será analisado deve ser organizado de acordo com os objetivos do estudo, definindo unidades de contexto, trechos significantes e categorias. Na exploração do material, realiza-se a implantação da pré-análise, através da leitura de todo o material e resultados obtidos, a interpretação que ocorre a partir de uma análise quantitativa. Por ser um estudo qualitativo, deve-se desvendar o conteúdo subjacente

ao que está sendo manifesto, desvelando as buscas dos fenômenos que estamos analisando (MINAYO, 2002).

Diante de uma análise qualitativa Gil (2007) descreve que esta depende de fatores como a natureza dos dados a serem coletados, a extensão da amostra, os instrumentos de pesquisa e os pressupostos teóricos que norteiam a investigação, definindo-se como uma sequência de atividades. Para Minayo (2002), a análise qualitativa responde questões particulares, trabalhando com o universo de significados, motivos, crenças, valores, atitudes, aspirações correspondendo a processos e relações que não são reduzidos por variáveis.

## 5.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa será submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição. Neste sentido, os (as) participantes deste estudo serão convidados (as) a participarem da pesquisa, sendo utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido seguindo as normas da resolução 466/12 do CNS/MS, que preconiza normas a serem seguidas em pesquisas com o envolvimento de seres humanos. Este será lido e todos os itens explicados através de uma linguagem clara e minuciosa, assinado em duas vias, pelo pesquisador e participante. Uma via será fornecida para o entrevistado (a) e a outra será guardada pelo pesquisador em um local seguro por cinco anos e após, incinerado (APÊNDICE B).

Antes disso, aos participantes deste processo será esclarecido o tema, objetivos, a relevância deste estudo, assim como, lhes será assegurado à liberdade de participarem ou não da pesquisa, bem como de retirar-se a qualquer momento, sem prejuízos, se assim desejarem.

Os dados coletados e analisados serão utilizados exclusivamente para esta pesquisa, sendo que a produção desta será apresentada à instituição de ensino, bem como poderá ser utilizada para a elaboração de artigos científicos.

O relatório final do estudo será apresentado aos participantes e profissionais interessados, que atuam na Unidade Básica de Saúde Conceição, um exemplar entregue ao Centro de Documentação do Grupo Hospitalar Conceição para disposição no acervo. Além disto, os dados e resultados serão encaminhados para publicação em forma de artigo para uma revista científica.

## 6 ORÇAMENTO

<b>Material especificado</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Valor unitário (R\$)</b>	<b>Valor total (R\$)</b>
Folhas de ofício para impressão A4	500	0,028	14,10
<i>Notebook</i>	1	1500,00	1500,00
Impressora	1	400,00	400,00
Cartuchos de tinta preta	3	15,80	47,40
<i>Pen drive</i>	1	28,00	28,00
Gravador portátil com pilhas	1	147,00	147,00
Fita para gravador	5	5,70	28,50
Bloco para anotações	1	2,50	2,50
Lápis	2	0,80	1,60
Borracha	1	0,50	0,50
Encadernação	2	4,50	9,00
Horas técnicas para coleta de dados, análise e avaliação final	75	20,00	1500,00
Digitação e Impressão			150,00
Gasolina em litros	50	2,79	139,50
<b>Total do projeto</b>			<b>R\$ 3968,10</b>

Responsável: Larissa Tobia Naue Becker \_\_\_\_\_.

Todos os custos gerados com a realização da pesquisa serão arcados pela pesquisadora responsável.

## 7 CRONOGRAMA

Não é possível estabelecer um cronograma com data específica para início, pois depende de autorizações de diferentes instituições. Assim sendo, o processo será disparado a partir do recebimento das devidas autorizações.

<b>Etapas/Mês</b>	<b>Mês 1</b>	<b>Mês 2</b>	<b>Mês 3</b>	<b>Mês 4</b>	<b>Mês 5</b>	<b>Mês 6</b>	<b>Mês 7</b>
<b>Escolha do tema e objetivos</b>	X						
<b>Revisão do referencial teórico</b>	X	X	X	X	X	X	
<b>Encaminhamento ao Comitê de Ética e Pesquisa e Aprovação</b>			X	X			
<b>Coleta de dados</b>					X		
<b>Análise e Discussão dos Dados</b>					X	X	
<b>Relatório Final</b>						X	
<b>Elaboração do Artigo</b>							X
<b>Apresentação e Envio para Publicação</b>							X

## REFERÊNCIAS

ALVES, Bruna Araújo; CALIXTO, Amanda Aparecida Teixeira Ferreira. **Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma unidade básica de saúde no interior paulista**. J. Health Sei Inst, 30(3):255-60, 2012.

ASSUNÇÃO, Thaís Silva; URSINE, Priscila Guedes Santana. **Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte**. Ciência e Saúde Coletiva, 13: 2189-2197, 2008.

BRANDÃO, Ayrton Pires *et al.* Hipertensão arterial no idoso. In: FREITAS, Elizabete Viana de *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Cap. 46, p. 459-473.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica Saúde do Idoso. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília- DF, 2010 a. 44 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Cadernos de Atenção Básica n° 16. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Cadernos de Atenção Básica n° 15. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situações de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 b. 160 p.

\_\_\_\_\_. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Departamento de Hipertensão Arterial. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Rev. Bras. de Hipertensão. v. 17(1), p. 4-64, jan./mar. 2010 b.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Tradução Magda Lopes. 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 296 p.

DANIEL, Ana Carolina Queiroz Godoy; VEIGA, Eugenia Velludo. **Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos**. Einstein (São Paulo). v. 11(3). Jul/Set, 2013.

FREITAS, Elisabete Viana de. Diabetes Mellitus. In: FREITAS, Elisabete Viana de *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Cap.79, p. 776-786.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007. 175 p.

GUSMÃO, J. L.; GINANI, G. F.; SILVA, G. V.; ORTEGA, K. C.; MIRION, Jr. D. **Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada**. Rev. Bras. De Hipertensão. v. 16(1): 38-43, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSAs. **Folheto do IDB 2011**. Indicadores e Dados Básicos- Brasil, 2011 a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/folder.htm>. Acesso em: 26 de setembro de 2013.

Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2009**. 3. ed. Itapevi, São Paulo: A. Araújo Silva Farmacêutica, 2009. 400 p.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico- qualitativa: construção teórico- epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis: Vozes, 2003.

TURATO, Egberto Ribeiro; FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete. **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24(1): 17-27, jan, 2008.

World Health Organization – WHO. **Chronic diseases and health promotion**. Disponível em : <http://www.who.int/chp/en/index.html>. Acesso em: 25 de setembro de 2013.

## APÊNDICE A – Carta de apresentação à Coordenação da Saúde Comunitária

Porto Alegre, dezembro de 2013.

À Coordenação da Saúde Comunitária.

Venho por meio de este cumprimentar-vos e apresentar uma proposta de pesquisa que pretendo desenvolver na Unidade de Saúde Conceição, após análise e aprovação do projeto. A pesquisa intitulada: **Idosos hipertensos e diabéticos: aspectos que interferem na adesão ao tratamento**, que tem como objetivo principal conhecer as dificuldades dos pacientes idosos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus para uma adequada adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, fazendo parte dos requisitos para a obtenção do título de Especialista na Gestão da Atenção à Saúde do Idoso – Escola GHC.

O interesse pelo desenvolvimento deste projeto surgiu após realização do estágio realizado nesta Unidade Básica de Saúde. Para tanto, serão cumpridas normas e preceitos éticos à condução de pesquisas, em conformidade com a Resolução nº 466/12 do Ministério da Saúde – Conselho Nacional de Saúde. Neste sentido, após a análise e autorização para a realização deste projeto de pesquisa, o mesmo será encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição para fins de análise.

Certo de vossa compreensão agradeço pela oportunidade ofertada e coloco-me à disposição para esclarecimentos.

Atenciosamente,

---

Enf<sup>a</sup>. Larissa Tobia Naue Becker

Pesquisadora

---

Prof<sup>a</sup>. Fga. Ms. Marília Oliveira Henriques

Professora Orientadora

## **APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Pacientes**

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa de cunho acadêmico do Curso de Especialização em Gestão da Atenção à Saúde do Idoso do Grupo Hospitalar Conceição – Escola GHC, intitulada: **Idosos hipertensos e diabéticos: aspectos que interferem na adesão ao tratamento** que tem como objetivo principal conhecer as dificuldades dos pacientes idosos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus para uma adequada adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico.

O tema escolhido se justifica pela importância de entender os aspectos e fatores que interferem na adesão e comprometimento do tratamento, favorecendo mudanças no estilo de vida do paciente.

O trabalho está sendo realizado pela pós-graduanda do curso de Especialização em Gestão da Atenção à Saúde do Idoso, Larissa Tobia Naue Becker, sob a supervisão e orientação da Prof<sup>a</sup>. Fga. Ms. Marília Oliveira Henriques.

Para alcançar os objetivos do estudo será realizada uma entrevista individual, gravada em áudio se autorizada pelo participante, com duração estimada de 90 minutos, na qual você irá responder às perguntas pré-estabelecidas pela pesquisadora com questões fechadas e abertas. Posteriormente, as falas serão transcritas.

Seus dados de identificação serão preservados e suas respostas não serão identificadas. Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pela pesquisadora durante cinco anos e após totalmente destruídos.

Esta pesquisa não causa desconforto aos pacientes com dificuldades na adesão ao tratamento de HAS e DM.

EU \_\_\_\_\_ recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo.

Declaro que também fui informado:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa.
- De que minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e/ou profissional.
- Da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e

que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de intervenção.

- Sobre o projeto e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida ou novas perguntas poderei entrar em contato com a pesquisadora: Larissa Tobia Naue Becker, e-mail: [larissatobia@yahoo.com.br](mailto:larissatobia@yahoo.com.br) ou com a professora Marília Oliveira Henriques, e-mail: [hmarilia@ghc.com.br](mailto:hmarilia@ghc.com.br), telefone do setor 3357-2071.
- Se houver dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com Daniel Demétrio Faustino da Silva, Coordenador-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone 3357-2407, endereço Av. Francisco Trein 596, 3º andar, Bloco H, sala 11, das 09h às 12h e das 14h30min às 17h.

Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Porto Alegre, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

---

**Assinatura do entrevistado**

**Nome:**

---

**Assinatura da pesquisadora**

**Larissa Tobia Naue Becker**

## APÊNDICE C- Roteiro de entrevista com os (as) pacientes.

### 1) Dados de identificação para a pesquisa:

Entrevista n° \_\_\_\_\_

Codínome: \_\_\_\_\_

Sexo  F  M.

Idade: \_\_\_\_\_

Nível de escolaridade: \_\_\_\_\_

Estado civil  solteira  casada  divorciada  relação estável  separada

Procedência: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Aposentada  sim  não

Tem filhos?  sim  não. Quantos?

Renda familiar: \_\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_

### 2) Roteiro para a entrevista:

A entrevista será através de uma pergunta disparadora onde a resposta dará início a outras perguntas que serão realizadas aos entrevistados (as).

2.1 Em sua opinião, o senhor (a) adere ao tratamento para HAS ou DM adequadamente? Por quê?

2.1.1 Há quanto tempo o senhor (a) tem o diagnóstico de HAS, DM ou ambas as patologias?

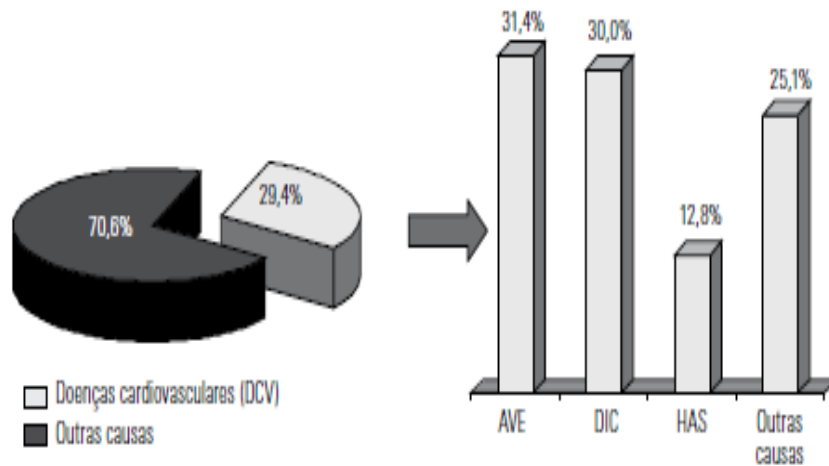
2.1.2 Quais são as dificuldades encontradas na adesão ao tratamento?

2.1.3 O senhor (a) acha que precisas mudar algo em relação aos cuidados realizados ou hábitos impróprios em se tratando do seu problema de saúde?

2.1.4 Você participa do grupo de hipertensos e diabéticos na Unidade Básica de Saúde?

2.1.5 As informações e orientações fornecidas pelo grupo de hipertensos e diabéticos e ou profissionais da Unidade Básica de Saúde são suficientes para manter o tratamento correto no domicílio?

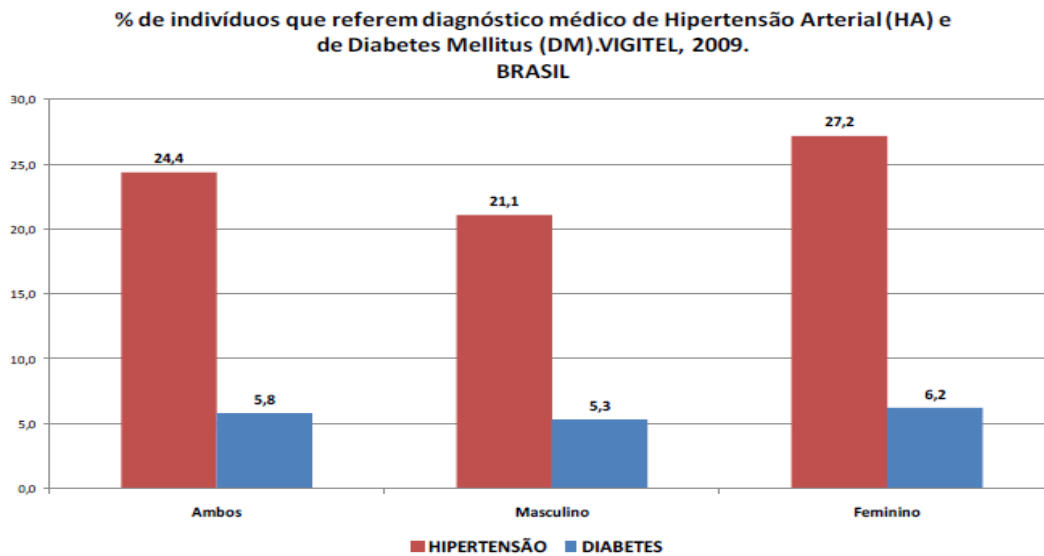
**ANEXO A- Taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares e suas diferentes causas no Brasil em 2007.**



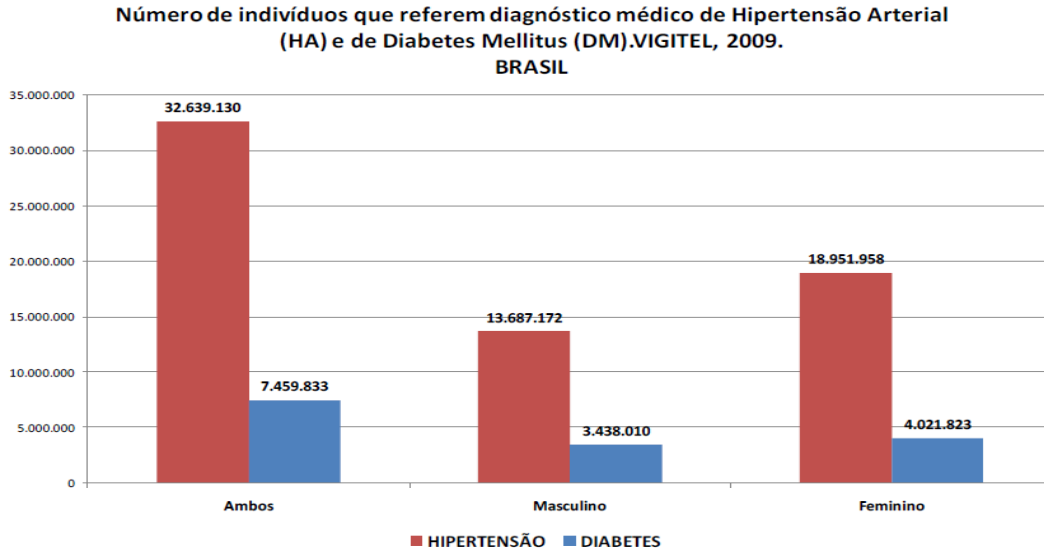
**Figura 1.** Taxas de mortalidade por DCV e suas diferentes causas no Brasil, em 2007 (AVE = acidente vascular encefálico; DIC = doença isquêmica do coração; HAS = hipertensão arterial sistêmica).

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Rev. Bras. de Hipertensão, 2010 b.

## ANEXO B- Estatística de indivíduos com diagnóstico de HAS e DM no Brasil.



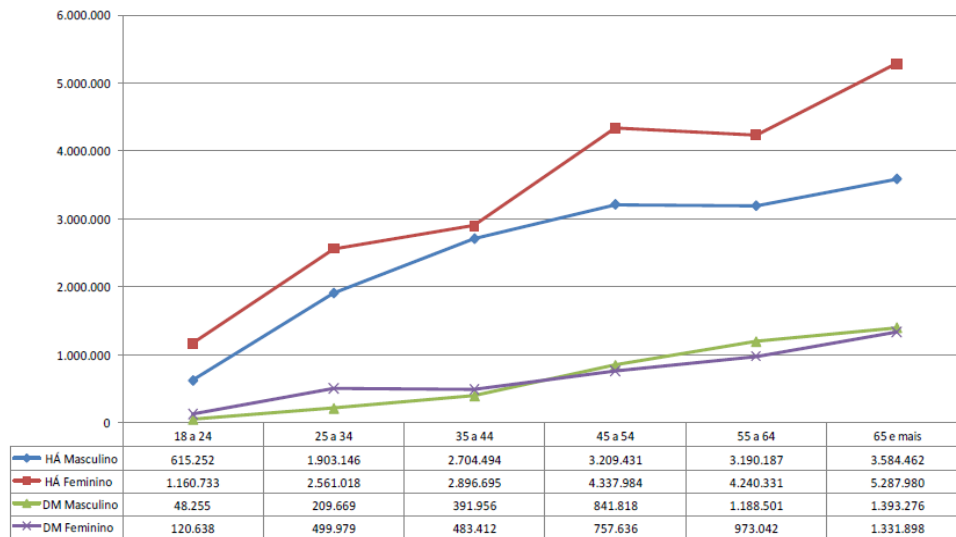
**Fonte:** Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 c.



**Fonte:** Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 c.

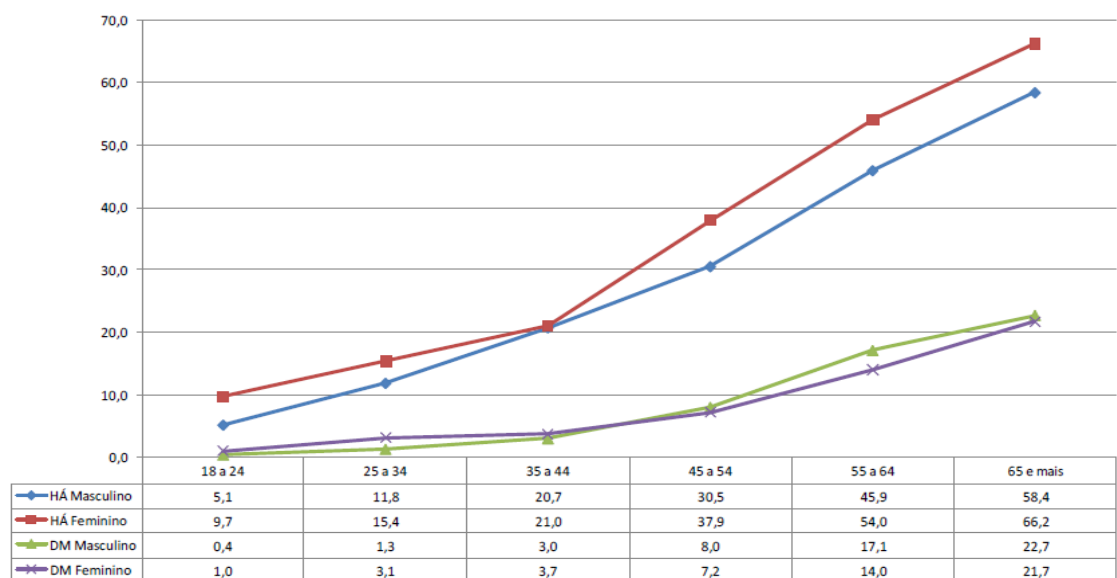
## ANEXO C- Número e percentual de indivíduos com diagnóstico médico de HAS e DM por sexo e faixa etária no Brasil.

Número de indivíduos que referem diagnóstico médico de Hipertensão Arterial (HA) e de Diabetes Mellitus (DM), por sexo e faixa etária. VIGITEL, 2009.  
BRASIL



**Fonte:** Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 c.

% de indivíduos que referem diagnóstico médico de Hipertensão Arterial (HA) e de Diabetes Mellitus (DM), por sexo e faixa etária. VIGITEL, 2009.  
BRASIL

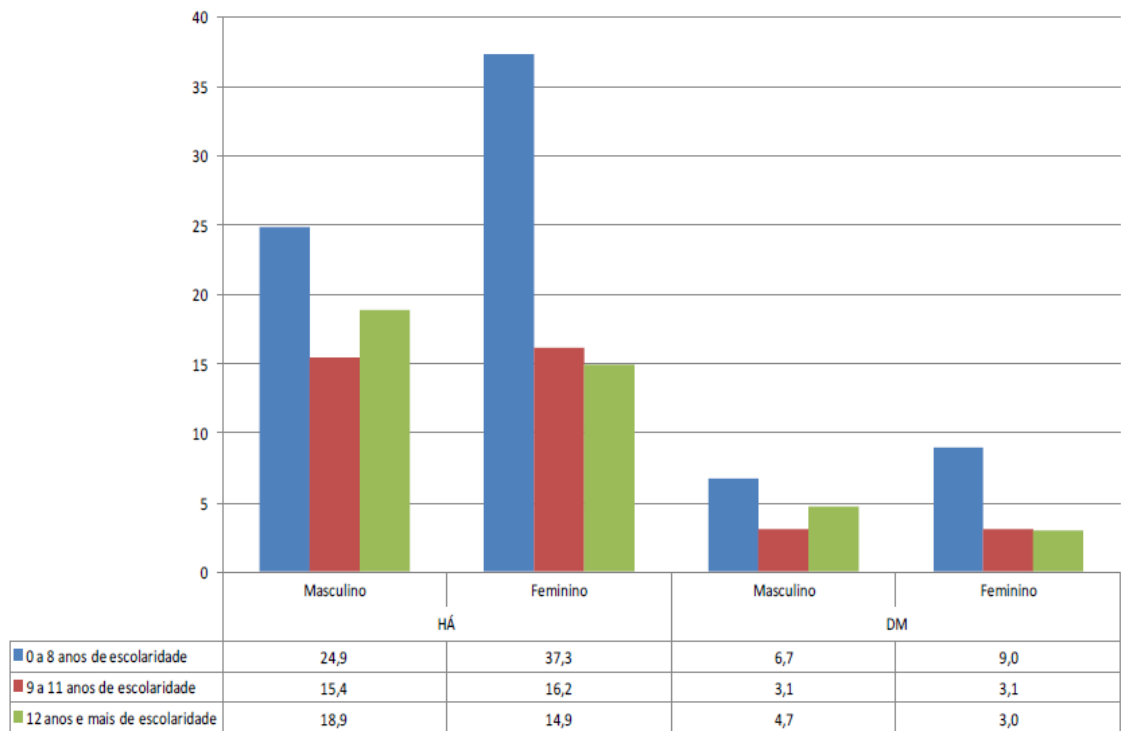


**Fonte:** Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 c.

**ANEXO D- Percentual de indivíduos com diagnóstico médico de HAS e DM por sexo e ano de escolaridade no Brasil.**

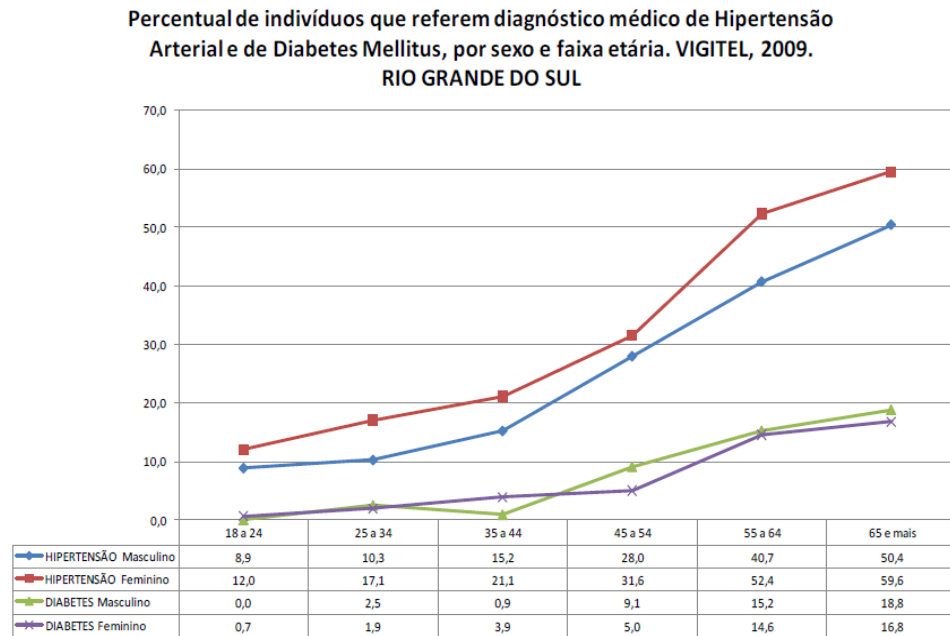
**% de indivíduos que referem diagnóstico médico de Hipertensão Arterial (HA) e de Diabetes Mellitus (DM), por sexo e ano de escolaridade. VIGITEL, 2009.**

**BRASIL**

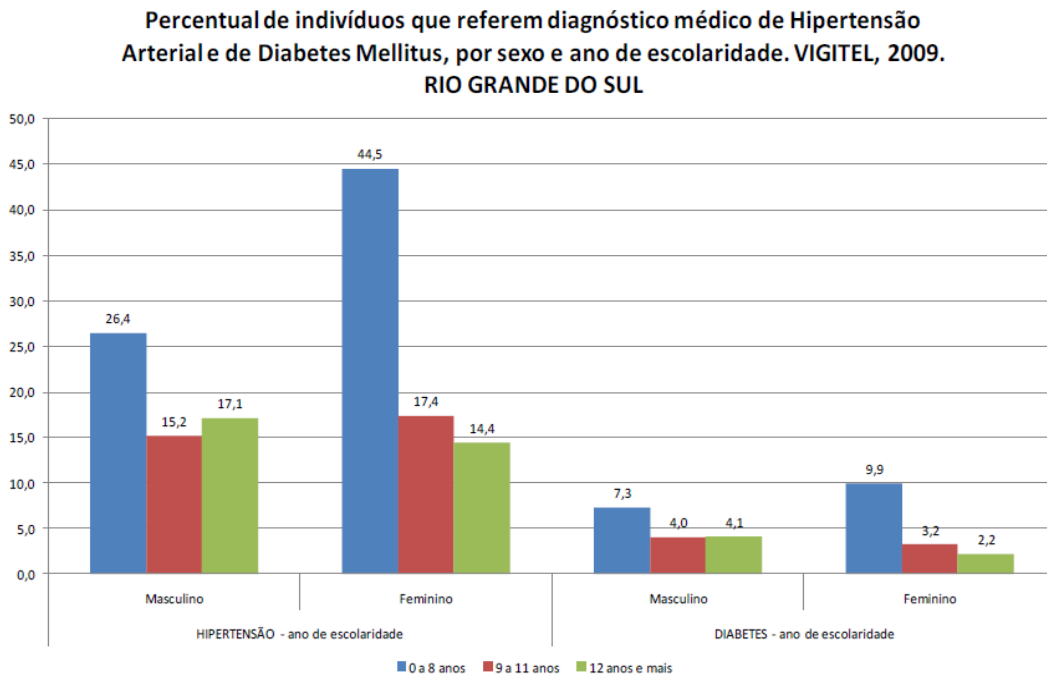


**Fonte:** Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 c.

**ANEXO E- Percentual de indivíduos com HAS e DM por sexo, faixa etária e ano de escolaridade no Rio Grande do Sul.**



**Fonte:** Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 c.



**Fonte:** Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 c.

