

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA.  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Anderson de Almeida Amaral**

**ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR COMO FERRAMENTA PARA UMA MELHOR  
ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NAS UNIDADES  
BÁSICAS DE SAÚDE: PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**Estrela do Sul**

**2020**

**Anderson de Almeida Amaral**

**ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR COMO FERRAMENTA PARA UMA MELHOR  
ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NAS UNIDADES  
BÁSICAS DE SAÚDE: PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Professor (a) Dra. Márcia Christina Caetano Romano

**Estrela do Sul**

**2020**

**ANDERSON DE ALMEIDA AMARAL**

**ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR COMO FERRAMENTA PARA UMA MELHOR  
ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NAS UNIDADES  
BÁSICAS DE SAÚDE: PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Professor (a) Dra. Márcia Christina Caetano Romano

Banca examinadora

Professor (a). Márcia Christina Caetano Romano, Doutora, UFSJ

Professor (a) . Alba Otoni, Titulação, Instituição

Aprovado em Belo Horizonte, em (em (00) de (mês) de 2020

## RESUMO

As doenças crônicas têm acometido frequentemente grande parte da população em todo o mundo. A hipertensão arterial sistêmica está entre essas doenças, associando-se a outras patologias cardiovasculares, renais e cerebrovasculares. É encontrada diariamente nos serviços da atenção primária e faz parte das linhas de cuidado das estratégias de saúde da família no país. Acredita-se que pessoas hipertensas devem ser abordadas e acompanhadas por uma equipe multidisciplinar para melhor adesão ao tratamento e obtenção de resultados favoráveis na qualidade de vida dos usuários portadores dessa doença. O projeto tem como objetivo a elaboração de um plano de ação com vistas a favorecer a adesão de pacientes crônicos aos tratamentos propostos na ESF 01, Unidade Básica de Saúde Policlínica Dr Amaury Ferreira da Silva, município de Estrela do Sul/ MG. Para a realização do plano foram realizadas pesquisas na *Scientific Electronic Library OnLine* (SciELO) e na Biblioteca Virtual de Saúde, utilizando os seguintes descritores: cooperação e adesão ao tratamento, estratégia saúde da família, sistema único de saúde e para a elaboração da proposta de intervenção utilizou-se o planejamento estratégico situacional. Por meio desse plano de intervenção espera-se utilizar a abordagem multidisciplinar como ferramenta para uma melhor adesão ao tratamento da hipertensão arterial.

Palavras-chave: Cooperação e Adesão ao Tratamento. Estratégia Saúde da Família. Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

Chronic diseases have frequently affected a large part of the population worldwide. Arterial hypertension is among these diseases, associated with other cardiovascular, renal and cerebrovascular diseases. It is found daily in primary care services and is part of the lines of care of family health strategies in the country. It is believed that hypertensive people should be approached and monitored by a multidisciplinary team for better adherence to treatment and obtaining favorable results in the quality of life of users with this pathology. The project aims to develop an action plan with a view to favor the adherence of chronic patients to the treatments proposed in ESF 01, Dr Amaury Ferreira da Silva Basic Polyclinic Health Unit, municipality of Estrela do Sul / MG. For the realization of the plan, research was carried out in the *Scientific Eletronic Library On Line* (SciELO) and in the Virtual Health Library, using the following descriptors: cooperation and treatment adherence, family health strategy, single health system and for the elaboration of the proposal of intervention, situational strategic planning was used. Through this intervention plan, it is expected to use the multidisciplinary approach as a tool for better adherence to the treatment of arterial hypertension.

Keywords: Treatment Adherence and Compliance. Family health strategy. Unified Health System.

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b>  | <b>07</b> |
| 1.1 Aspectos gerais do município   | 07        |
| 1.2 O sistema municipal de saúde   | 07        |
| 1.3 Aspectos da comunidade   | 08        |
| 1.4 A Unidade Básica de Saúde Policlínica Dr Amaury Ferreira da Silva                                  | 09        |
| 1.5 A Equipe de Saúde da Família 01 da Unidade Básica de Saúde Policlínica Dr Amaury Ferreira da Silva | 10        |
| 1.6 O funcionamento da Unidade Básica de Saúde Policlínica Dr Amaury Ferreira da Silva                 | 10        |
| 1.7 O dia a dia da Equipe Saúde da Família 01  | 10        |
| 1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)               | 11        |
| 1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)        | 11        |
| <b>2 JUSTIFICATIVA</b>   | <b>13</b> |
| <b>3 OBJETIVOS</b>   | <b>15</b> |
| 3.1 Objetivo geral   | 15        |
| 3.2 Objetivos específicos  | 15        |
| <b>4 METODOLOGIA</b>   | <b>16</b> |
| <b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>   | <b>17</b> |
| 5.1 Adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes com doenças crônicas                              | 17        |
| 5.2 Papel da ESF na adesão ao tratamento medicamentoso   | 18        |
| <b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO</b>  | <b>20</b> |
| 6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)   | 20        |
| 6.2 Explicação do problema (quarto passo)  | 20        |
| 6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)  | 20        |
| 6.4 Desenho das operações (sexto passo)  | 20        |
| <b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>  | <b>24</b> |
| <b>REFERÊNCIAS</b>   | <b>25</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Aspectos gerais do município

Estrela do Sul é uma cidade com 7.978 habitantes, localizada na região Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba e distante 520 km da capital do Estado (IBGE, 2020).

A cidade criada em 1854 com a denominação de Diamantino da Bagagem, subordinada ao município de Patrocínio, recebeu *status* de cidade em 1861. A partir de 1901 recebeu a sua denominação atual mediante homenagem ao diamante Estrela do Sul encontrado nessa região. O município comporta algumas indústrias de fabricação de paletes e agropecuária, porém ainda existem diversas práticas de garimpo praticadas pela população mais idosa. Como em várias cidades brasileiras, esse crescimento não foi acompanhado do correspondente crescimento econômico, de infraestrutura, e, muito menos, de desenvolvimento social (PREFEITURA ESTRELA DO SUL, 2020).

Devido à sua situação geográfica estratégica, pela proximidade com municípios com mais renda e estrutura, existe uma parceria entre os municípios para melhoria de subsídios da população, principalmente, no que se refere à saúde. A cidade vive basicamente da indústria de fabricação de paletes, agricultura e pecuária.

A atividade política partidária é polarizada entre dois grupos políticos tradicionais que vêm se revezando à frente da administração municipal ao longo de décadas. Algumas lideranças novas têm aparecido e conseguido, a partir da Câmara de Vereadores, fazer um contraponto às práticas políticas tradicionais de cunho clientelista/assistencialista. A população está extremamente vinculada à política, pois há diversas manifestações em redes sociais, ficando clara a preocupação com a forma de investimento e projetos derivados da câmara dos vereadores.

### 1.2 O sistema municipal de saúde

O município possui quatro equipes de Saúde da Família (ESF), sendo uma alocada na zona urbana e três na zona rural, o que resulta em uma cobertura de 86,95% da população. Além disso, o município conta com duas clínicas odontológicas, sendo uma localizada na zona urbana e outra na zona rural. Há

também um Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) tipo dois, composto por profissionais de nível superior de diferentes áreas da saúde, como nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, farmacêutico e assistente social.

Os serviços de média e alta complexidade de referência para o município correspondem àqueles contemplados pelas pactuações por meio do Programa de Pactuação Integrada (PPI), sendo as cidades de Montes Carmela, Patrocínio e Uberlândia os municípios de referência.

Em relação à referência para nossa unidade temos a regional de Uberlândia, Monte Carmelo e Patrocínio.

### 1.3 Aspectos da comunidade

A ESF Dr. Amaury Ferreira Silva tem como área de abrangência o município de Estrela do Sul contando com duas equipes de saúde, três postos de atendimento e uma unidade mista, contamos também com unidade de saúde bucal. Temos como abrangência o número de 3.827 usuários cadastrados na nossa equipe.

Trata-se de uma comunidade de cerca de 7936 habitantes, com elevado número de desempregados e aposentados, bem como pessoas que vivem na zona rural. A estrutura de saneamento básico na comunidade se apresenta de boa qualidade e a coleta do lixo é feita três vezes por semana. Além disso, parte da comunidade vive em moradias bastante precárias, característica que não foge à regra de uma população com baixo IDH, sendo este 0,696.

A taxa de escolaridade de seis a 14 anos atinge 96,7%, sobretudo entre os maiores de 50 anos. Existem várias iniciativas de trabalho na comunidade por parte das igrejas, centros espíritas e secretaria de saúde. Esses trabalhos têm como finalidade se aproximar a população e fazer com que façam parte do desenvolvimento do município.

A população conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas, em particular as festas juninas. Em Estrela do Sul, trabalham duas Equipes de Saúde da Família – Equipe de Estrela do Sul, Equipe de Dolearina, e uma Equipe de Saúde Bucal.



Quadro 1: Aspectos demográficos da comunidade da ESF 01, Minas Gerais, 2019.

| <b>FAIXA ETÁRIA/ANO</b> | <b>MASCULINO</b> | <b>FEMININO</b> |
|-------------------------|------------------|-----------------|
| < 1                     | 23               | 17              |
| 1-4                     | 86               | 76              |
| 5-14                    | 240              | 413             |
| 15-19                   | 130              | 117             |
| 20-29                   | 467              | 524             |
| 40-49                   | 251              | 237             |
| 50-59                   | 273              | 256             |
| 60-69                   | 368              | 349             |
| <b>TOTAL</b>            | <b>1838</b>      | <b>1989</b>     |

Fonte: eSUS (2019)

#### 1.4 A Unidade Básica de Saúde Policlínica Dr Amaury Ferreira da Silva

A Unidade Básica de Saúde Policlínica Dr Amaury Ferreira da Silva, que abriga a equipe 01, foi inaugurada há cerca de 18 anos e está situada na rua principal do bairro que faz a ligação com o centro da cidade. É uma casa própria, reformada, com salas apropriadas para ser uma Unidade de Saúde. A estrutura é nova, bem conservada. Apresenta um ótimo espaço físico para realizar o acolhimento dessas famílias.

A área destinada à recepção é adequada para a necessidade da população, nos horários de atendimento (manhã e tarde), evidenciando a comodidade dos usuários em relação ao espaço adequado na unidade. Há uma sala de reuniões, utilizada todas as segundas-feiras para discussão dos casos e projeto de aprendizagem continuada com a equipe de saúde.

As reuniões com a comunidade (os grupos operativos, por exemplo) são realizadas na sala de reunião onde comporta todos os pacientes nos grupos. A população tem muito apreço pela Unidade de Saúde, fruto de anos de luta da associação. A Unidade, atualmente, está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe. Estão disponíveis para a população sala para

curativo, sala para medicação, sala de espera, sala de vacinação, além do espaço para atendimento da saúde bucal. A Unidade sempre está bem provida das medicações e material para bom funcionamento das atividades propostas.

#### 1.5 A Equipe de Saúde da Família 01 da Unidade Básica de Saúde Policlínica Dr Amaury Ferreira da Silva

A equipe é composta por: um médico, uma enfermeira, três técnicas de enfermagem, dezesseis agentes comunitários de saúde, um dentista, uma técnica em saúde bucal, um nutricionista e uma psicóloga.

#### 1.6 O funcionamento da Unidade Básica da Equipe de Saúde da Família 01

A Unidade de Saúde funciona das sete às dezessete horas e, para tanto, é necessário o apoio dos agentes comunitários, que se revezam durante a semana, segundo uma escala, em atividades relacionadas à assistência, como recepção e arquivo.

#### 1.7 O dia a dia da equipe da Equipe de Saúde da Família 01

O processo de trabalho está organizado em: acolhimento, atendimento à demanda espontânea e programada, atividades de educação em saúde e de educação permanente, visitas domiciliares, trabalhos com grupos e outras atividades ofertadas no cuidado em saúde.

O tempo da Equipe de Saúde da Família 01 está ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento da demanda espontânea (maior parte) e com o atendimento de alguns programas, como: saúde bucal, pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos, e acompanhamento de crianças desnutridas.

A equipe desenvolve ações de saúde, como por exemplo, grupos de hipertensos, diabéticos e grupo de tabagismo que, com o tempo, vem ganhando espaço e confiança da população. Em relação aos grupos de hipertensos e diabéticos, a equipe resolveu condicionar a “troca das receitas” à participação nas reuniões. Essa estratégia vem mostrando bons resultados e participação da

população no grupo. Aproveitando essa oportunidade, realizamos ainda palestras para mostrar como é o funcionamento da unidade com o intuito de implementar o agendamento de consulta em 100 % do tempo. O baixo índice da cobertura das famílias e visitas pelos agentes comunitários de saúde têm sido motivo de alguns conflitos entre os membros da equipe. Uma queixa geral é a falta de tempo, devido à demanda de atendimento.

#### 1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

Não adesão ao tratamento proposto para hipertensão arterial sistêmica.

Altos índices de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

Altos índices de pessoas com Diabetes *Mellitus*(DM).

Uso crônico de álcool dos pacientes com comorbidades crônicas.

Altos índices de pessoas com hábitos de Tabagismo.

Complicações crônicas do descontrole dos níveis pressóricos.

Falta de conhecimento sobre as comorbidades crônicas.

Contexto social atrelado às condições físicas e mentais dos pacientes com agravos crônicos.

A não adequação da equipe de saúde sobre as determinações do Ministério da Saúde em relação ao acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos.

#### 1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

O Quadro 2 identificado como classificação das prioridades da equipe de saúde demonstra as complicações de maior urgência na equipe 01, tendo como um ordenamento decrescente no que se refere à prioridade. A não adesão ao tratamento medicamentoso toma destaque bem como, em seguida, a condição mais prevalente (HAS). Em seguida temos altos índices de DM, tabagismo e etilismo.

Quadro 2: Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde 01, Unidade Básica de Saúde Policlínica Dr Amaury Ferreira da Silva, município de Estrela do Sul, estado de Minas Gerais.

| Problemas  | Importância* | Urgência** | Capacidade de enfrentamento*** | Seleção/Priorização**** |
|--|--------------|------------|--------------------------------|-------------------------|
| Não adesão ao tratamento proposto para hipertensão arterial sistêmica. | Alta         | 8          | Dentro                         | 1                       |
| Altos índices de pessoas com Hipertensão Arterial sistêmica            | Alta         | 8          | Dentro                         | 2                       |
| Altos índices de pessoas com Diabetes mellitus tipo 2                  | Alta         | 7          | Dentro                         | 3                       |
| Altos índices de pessoas com hábito de Tabagismo                       | Médio        | 6          | Parcial                        | 4                       |
| Altos índices de pessoas com hábito de Etilismo                        | Médio        | 6          | Pacial                         | 5                       |

Fonte: Autoria Própria (2019)

\*Alta, média ou baixa

\*\* Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

\*\*\*Total, parcial ou fora

\*\*\*\*Ordenar considerando os três itens

## 2 JUSTIFICATIVA

O envelhecimento rápido da população brasileira vem sendo enfatizado, particularmente no que se refere às suas implicações clínicas, sociais e da perspectiva de saúde pública. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2013) a faixa etária com 60 ou mais, em 1960, representava apenas 5% da população mundial.

Com o aumento de idosos, aumenta a prevalência de doenças crônicas, sendo as maiores causas de morbidade e mortalidade no mundo. Entre essas doenças destacam-se a HAS, o DM e o Acidente Vascular Encefálico (AVE). No Brasil, as doenças cardiovasculares representam a principal causa de mortalidade, revelando dificuldades em seu controle, sobretudo quando são assintomáticas, como é o caso da HAS (SANTOS et. al, 2013).

Os índices são alarmantes e respondem por uma das principais causas de morte no país. A taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório sofre aumento a cada ano. Entre os períodos de 2000 a 2011 o número de óbitos elevou-se em 28,6% e no ano de 2011, as doenças isquêmicas do coração e as cerebrovasculares foram responsáveis por 61% de óbitos nessa categoria. Além disso, as doenças cardiovasculares são responsáveis por complicações e sequelas graves que comprometem o desempenho desses cidadãos na própria vida, na vida familiar e em última análise na sociedade como um todo (BRASIL, 2011; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010)

Um aspecto importante que influencia na atenção às pessoas com doença crônica está relacionado com os termos aderência e adesão. A adesão do paciente ao tratamento de uma doença significa seguir o tratamento exatamente da forma que foi proposto pelos profissionais de saúde (SANTOS, 2013).

Por ser uma doença crônica insidiosa, a HAS evolui de forma silenciosa, contribuindo para o surgimento de doença cerebrovascular, insuficiência cardíaca (IC) e doença arterial coronariana (DAC). Há, portanto, necessidade de tratamento adequado com mudanças dietéticas e comportamentais, além da manutenção rigorosa da terapêutica medicamentosa, pois com esses cuidados é possível prevenir consequências a longo prazo como lesão de órgãos alvo e mortalidade. (GUSMAO et. al, 2009)

Os pacientes podem deixar de aderir à terapia anti-hipertensiva prescrita por vários motivos como ausência de sintomas associados à doença, complexidade do esquema de dosagem de medicação ou custo (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005)

Diante desses argumentos, destaca-se a relevância da adesão ao tratamento pelos pacientes com HAS. Sabe-se que grande parte dos pacientes apresenta dificuldade no controle pressórico e uma má adesão ao tratamento medicamentoso, além de dificuldade em seguir as orientações de medidas não medicamentosas feitas pela equipe. Com a realização desse projeto, acredita-se que se pode melhorar a adesão ao tratamento de hipertensão e assim o controle dos agravos que essa doença acarreta.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

- Elaborar um plano de ação com vistas a favorecer a adesão de pacientes crônicos aos tratamentos propostos na ESF 01, Unidade Básica de Saúde Policlínica Dr Amaury Ferreira da Silva, município de Estrela do Sul/ MG.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Conhecer as dificuldades de cada paciente em relação à condição clínica apresentada;
- Caracterizar a faixa etária de menos adesão ao tratamento de doenças crônicas;
- Analisar aspectos sociais inseridos na condição de saúde de cada paciente;
- Compreender a influência das equipes de saúde na adesão do tratamento medicamentoso dos pacientes.

#### 4 METODOLOGIA

Realizou-se uma pesquisa nas bases de Dados *Scientific Eletronic Library OnLine* (SciELO) e na Biblioteca Virtual de Saúde, utilizando os descritores: cooperação e adesão ao tratamento, estratégia saúde da família, sistema único de saúde.

Para a elaboração da proposta de intervenção utilizou-se o Planejamento Estratégico Situacional (PES). Essa etapa contou com a participação de toda equipe de saúde da Equipe de Saúde da Família 01, onde foi possível conhecer melhor as demandas apresentadas pela unidade. O método utilizado foi o Planejamento Estratégico Situacional (PES), onde foi utilizado os dez passos: identificação dos problemas, classificação e priorização de problemas, explicação do problema selecionado, descrição do problema selecionado, seleção dos “nós críticos”, desenho das operações sobre os nós críticos (operações, projeto / resultados esperados, produtos esperados, identificação dos recursos necessários / recursos críticos / controle dos recursos críticos, análise de viabilidade do plano – controle de recursos críticos: atores, motivação e ação estratégica ,elaboração do plano operativo e gestão do plano (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).



## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes com doenças crônicas

As doenças crônicas são um problema de saúde pública tanto no Brasil como no mundo e grande parte dessas doenças podem ser controladas através do tratamento medicamentoso, tendo no acesso e na utilização adequada requisitos fundamentais para o sucesso terapêutico (TAVARES, et al., 2016). A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2015, destaca que ocorrem 38 milhões de mortes anuais por doenças crônicas não transmissíveis, e que essas mortes têm maior representatividade em países de baixa e média renda (WHO,2014).

As doenças crônicas são consideradas um problema de saúde pública, uma vez que estão relacionadas a elevados índices de internações hospitalares, mortalidades e da incapacidade do indivíduo de realizar atividades sejam elas da sua rotina pessoal ou do trabalho. A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) descreve que a HAS é uma dessas doenças que mais apresenta elevada incidência na população brasileira, acompanhada do DM, sendo que a primeira atinge cerca de 22,3% a 43,9 % da população.

A maior carga de morbimortalidade no Brasil é representada pelas chamadas doenças crônicas não transmissíveis (DNCT). Duncan et. al., (2012) descreve que devido a esses números elevados de morbimortalidade que são causados pelas DNCT, em 2011 foi lançado pelo Ministério da Saúde um Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Nesse plano foram enfatizadas ações populacionais que envolviam o controle para as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doença respiratória crônica.

O uso de medicamentos acompanhado de uma mudança de estilo de vida é capaz de controlar as complicações ocasionadas por essas doenças, porém entre os fatores que influenciam a adesão ao medicamento são evidentes por duas vertentes, uma comportamental e a outra referente às orientações do profissional de saúde (BEN; NEUMANN; MENGUE,2012).

Em um estudo de Tavares et. al (2016), os fatores encontrados para a não adesão medicamentosa envolviam características individuais dos usuários, o tipo da doença, os medicamentos utilizados, a interação entre o paciente e os serviços de saúde. Dependendo da patologia, os usuários podem ter dificuldade no uso regular da medicação, e/ou falta de informação sobre a doença em curso.

No estudo de Giroto et.al (2011) os resultados encontrados relacionados a não adesão farmacológica são: esquecimento, achar que a pressão arterial estava controlada, os efeitos adversos dos medicamentos e não apresentar sintomas, motivos de indisponibilidade de medicamentos na unidade de saúde, não querer tomar medicamentos pelo resto da vida, utiliza-os apenas quando se sente mal e ingestão de bebidas alcoólicas.

Em um estudo realizado em Porto Alegre/RS demonstra-se que a adesão medicamentosa no DM é a que apresenta menor taxa de adesão, e que a partir dessa baixa adesão o comprometimento a saúde do indivíduo é maior. Fatores como esquecimento, entendimento da prescrição médica, assim como dificuldades motoras e visuais dificultam no processo de adesão ao tratamento medicamentoso (SILVA et.al.,2016).

O estudo de Garcia et.al (2018), avaliou o uso de medicamentos contínuos, automedicação e a adesão ao tratamento em participantes idosos e não idosos. Os dois grupos estudados mostraram não serem aderentes ao uso de medicamentos, não tendo diferenças significativas entre os grupos no que se refere aos fatores encontrados para a não adesão como diferença cultural, estado de saúde.

Nota-se que na literatura as evidências para não adesão medicamentosa estão relacionadas ao autocuidado do usuário, informação quanto a medicação e na disponibilidade dos fármacos nos serviços de saúde. Dessa forma a atenção primária com o seu princípio de criação de vínculo e de continuidade do cuidado do usuário pode ter um papel importante na adesão medicamentosa (BRASIL,2017).

## 5.2 Papel da ESF na adesão ao tratamento medicamentoso

A Atenção Primária a Saúde tem sido considerada a melhor estratégia para o enfrentamento da maioria das DCNT. Devido aos seus atributos norteadores, é possível desenvolver tecnologias consideradas mais efetivas, capazes de influenciar não apenas o processo de cura e reabilitação, mas também nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, visando à integralidade do cuidado (MENDES, 2012).

No entanto, cuidar de pessoas com doenças crônicas na atenção primária a saúde é um desafio para os profissionais envolvidos, visto que são condições

multifatoriais, que trazem consigo fatores biológicos e socioculturais (TAVARES et.al., 2013).

A adesão ao tratamento medicamentoso vai além do profissional que prescreve o medicamento, e sim a necessidade de uma equipe multiprofissional, pois inseridas dentro da atenção primária e são capazes de um olhar além do cuidado individual pautado na doença (BRASIL, 2013).

O sucesso no tratamento das doenças crônicas depende do envolvimento do usuário e do serviço de saúde, não dependendo apenas da prescrição profissional, mas sim da equipe de Saúde da Família conscientizar o usuário sobre sua condição de saúde e como se relacionar com ela (BRASIL, 2013).

Dessa forma a equipe de saúde é capaz de elaborar e implementar planos de cuidados para esses usuários. O plano de cuidado é capaz de envolver o usuário, a família e a equipe de saúde, e dessa forma contribui no processo da adesão ao tratamento, seja ele medicamentoso ou de mudança de estilo de vida (BRASIL,2013).

Entre as ações multidisciplinares que buscam fortalecer o vínculo e adesão aos usuários aos tratamentos, a ESF, em parceria com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que traz como proposta o matriciamento, a corresponsabilização e aumento da oferta de escuta e acolhimento atuam junto aos usuários. A ESF equipe de saúde da família desenvolve ações que envolvem a educação em saúde, a promoção da saúde e uma assistência humanizada aos usuários (BRASIL, 2009).

Para Mendes (2012) os profissionais da estratégia de saúde da família são fundamentais na persuasão de mudança de estilo e comportamento da vida das pessoas. A estratégia de saúde da família é capaz de realizar ações educativas em saúde e que colaboram no processo de mudança de comportamento das pessoas. Almeida; Moutinho; Leite, (2014) descrevem que grupo educativo representa uma estrutura de apoio a quem enfrenta a doença crônica. Há coexistência de pedagogias divergentes, como as dialógicas e as tradicionais visando um espaço plural.

A estratégia de saúde da família tem como papel fundamental compreender o indivíduo e seus contextos, o estilo de vida e o comportamentodos usuários, e assim ser capaz de criar tecnologias capazes de colaborar no processo de adesão ao tratamento das doenças (PINTO-JUNIOR et al.,2018).

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Não adesão ao tratamento medicamentoso proposto para hipertensão arterial sistêmica”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

### 6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Após a priorização dos problemas apontados pela equipe de Saúde 01, o problema não adesão ao tratamento medicamentoso proposto para hipertensão arterial sistêmica foi escolhido como o principal problema, levando também em consideração o conhecimento da equipe diante do problema e seu elevado grau de importância, além viabilidade da equipe de enfrentamento do problema.

### 6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Na população assistida pela ESF 01 existe um elevado número de usuários sem adesão ao tratamento medicamentoso proposto para hipertensão arterial sistêmica. Durante as consultas médicas realizadas e nos relatos dos agentes comunitários de saúde (ACS) durante as reuniões de equipe, observa-se esse problema. Os usuários realizam as consultas, porém não aderem ao tratamento, o que dificulta a melhoria da sua condição de saúde. Destaca-se que os usuários que menos aderem ao tratamento são os que têm condições crônicas e principalmente os idosos com hipertensão, diabetes.

### 6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

1. Baixo nível de informação.
2. Elevado número de medicamentos a se ingerir diariamente.
3. Dificuldade de acesso aos medicamentos.

## 6.4 Desenho das operações (sexto passo)

**Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Não adesão ao tratamento medicamentoso proposto para hipertensão arterial sistêmica”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 01, do município de Estrela do Sul, estado de Minas Gerais.**

|   |   |
|---|---|
| <b>Nó crítico 1</b>   | Baixo nível de informação.  |
| <b>6º passo: Operação (operações)</b>                             | Melhorar o conhecimento dos usuários em relação ao uso dos medicamentos prescritos.   |
| <b>6º passo: Projeto</b>  | <b>CONHECENDO E MEDICANDO</b>   |
| <b>6º passo: Resultados esperados</b>                             | Melhorar o conhecimento dos usuários sobre o uso correto dos medicamentos e sobre a importância da continuidade do tratamento através do tratamento medicamentoso.  |
| <b>6º passo: Produtos esperados</b>                               | Melhora da utilização dos medicamentos prescritos evitando a má adesão.   |
| <b>6º passo: Recursos necessários</b>                             | Estrutural: Espaço para as ações de educação em saúde. Mobilizar a equipe de saúde, capacitação da equipe.<br>Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação<br>Financeiro: Aquisição de recursos para organizar as atividades e produção dos folhetos, aquisição dos materiais necessários.<br><br>Político: apoio da secretária de saúde |
| <b>7º passo: Recursos críticos</b>                                | Estrutural: Espaço para as ações de educação em saúde. Mobilizar a equipe de saúde, capacitação da equipe.<br>Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação<br>Financeiro: Aquisição de recursos para organizar as atividades e produção dos folhetos, aquisição dos materiais necessários.<br><br>Político: apoio da secretária de saúde |
| <b>8º passo: Controle dos recursos críticos</b>                   | Secretária de Saúde-Favorável<br>Equipe de Saúde: Favorável   |
| <b>8º passo: Ações estratégicas</b>                               | Apresentação do projeto para equipe e para a secretária de saúde  |
| <b>8º passo: Prazo</b>  | 30 dias para apresentação / 60 dias para início da atividade com a população  |
| <b>9º passo: Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações</b>  | Médico da Equipe<br>Coordenador NASF  |
| <b>10º passo: Processo de monitoramento e avaliação das ações</b> | Avaliar as atividades propostas semestralmente através de levantamento de dados e questionário de satisfação com os usuários.   |

Fonte: Autoria Própria

**Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Não adesão ao tratamento medicamentoso”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 01, do município de Estrela do Sul, estado de Minas Gerais.**

|   |  |
|---|--|
| <b>Nó crítico 1</b>   | Elevado número de medicamentos a se ingerir diariamente  |
| <b>6º passo: Operação (operações)</b>                             | Avaliar uma forma da redução da quantidade de medicamentos utilizados pelo usuário.  |
| <b>6º passo: Projeto</b>  | <b>REDUZINDO AS MEDICAÇÕES</b>   |
| <b>6º passo: Resultados esperados</b>                             | Avaliar os usuários com polifarmácia e verificar a possibilidade da redução dos medicamentos para melhorar a adesão medicamentosa.   |
| <b>6º passo: Produtos esperados</b>                               | Melhora da utilização dos medicamentos prescritos evitando a má adesão.  |
| <b>6º passo: Recursos necessários</b>                             | Estrutural: Espaço no agendamento para marcação de consultas para os usuários/ confecção de um diário da medicação<br>Cognitivo: Conhecimento do profissional médico e farmacêutico<br>Financeiro: Aquisição de medicamentos<br>Político: Apoio da secretária de saúde |
| <b>7º passo: Recursos críticos</b>                                | Estrutural: Espaço no agendamento para marcação de consultas para os usuários<br>Cognitivo: Conhecimento do profissional médico e farmacêutico<br>Financeiro: Aquisição de medicamentos<br><br>Político: Apoio da secretária de saúde                                  |
| <b>8º passo: Controle dos recursos críticos</b>                   | Secretária de Saúde: Favorável<br>NASF: Favorável<br>Equipe de Saúde: Favorável<br>Setor de Compras: Favorável   |
| <b>8º passo: Ações estratégicas</b>                               | Apresentação do plano na Secretária de Saúde<br>Agendamento das consultas para os usuários   |
| <b>8º passo: Prazo</b>  | 30 dias para apresentação/ Início imediato após apresentação do agendamento de consultas.  |
| <b>9º passo: Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações</b>  | Médico<br>Enfermeira da Equipe   |
| <b>10º passo: Processo de monitoramento e avaliação das ações</b> | Avaliação do projeto 90 dias após o início, através do levantamento dos usuários atendidos e da avaliação da redução dos fármacos.   |

Fonte: Autoria Própria

**Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Não adesão ao tratamento medicamentoso”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 01, do município de Estrela do Sul, estado de Minas Gerais.**

|   |   |
|---|---|
| <b>Nó crítico 1</b>   | Dificuldade de acesso aos medicamentos  |
| <b>6º passo: Operação (operações)</b>                             | Compreender quais medicamentos os usuários utilizam que não fazem parte da farmácia básica da unidade.  |
| <b>6º passo: Projeto</b>  | <b>ACESSA MEDICAMENTOS</b>  |
| <b>6º passo: Resultados esperados</b>                             | Identificar os usuários que fazem o uso de medicamento comprado e organizar uma forma da mudança da medicação ou da aquisição do medicamento na farmácia básica.  |
| <b>6º passo: Produtos esperados</b>                               | Ofertar acesso aos medicamentos aos usuários  |
| <b>6º passo: Recursos necessários</b>                             | Estrutural: Realização de levantamento dos dados dos usuários<br>Cognitivo: Conhecimento do profissional médico e farmacêutico<br>Financeiro: Aquisição de medicamentos<br>Político: Apoio da secretária de saúde |
| <b>7º passo: Recursos críticos</b>                                | Estrutural: Realização de levantamento dos dados dos usuários<br>Cognitivo: Conhecimento do profissional médico e farmacêutico<br>Financeiro: Aquisição de medicamentos<br>Político: Apoio da secretária de saúde |
| <b>8º passo: Controle dos recursos críticos</b>                   | Secretária de Saúde: Favorável<br>Farmacêutica: Favorável<br>Equipe de Saúde: Favorável<br>Setor de Compras: Favorável  |
| <b>8º passo: Ações estratégicas</b>                               | Apresentação do plano na Secretária de Saúde<br>Levantamento dos dados através dos prontuários  |
| <b>8º passo: Prazo</b>  | 30 dias para apresentação/ Início imediato do levantamento dos dados  |
| <b>9º passo: Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações</b>  | Médico<br>Farmacêutico  |
| <b>10º passo: Processo de monitoramento e avaliação das ações</b> | Avaliação do projeto 90 dias após o início.   |

Fonte: Autoria Própria

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As doenças crônicas têm aumentado significativamente nos últimos anos e é preciso que a atenção primária com a sua equipe multiprofissional e interdisciplinar aplique estratégias e ações destinadas à melhoria da saúde, levando em consideração que essas ações devem ser voltadas não apenas para as doenças.

As doenças crônicas não transmissíveis devem estar na agenda das ações da Atenção Primária, não somente em um foco de um atendimento curativo, mas principalmente, de prevenção e promoção a saúde a população.

A adesão ao tratamento medicamentoso é possível através da criação de vínculo do usuário com a equipe de saúde de família, pois a partir desse processo de aproximação dos usuários aos serviços de saúde, os profissionais além de os acompanharem de uma forma continuada, são capazes de ensinar aos usuários melhores formas de compreender o seu processo saúde doença.

É notório que um cuidado ampliado, com uma equipe multiprofissional, é capaz de garantir um atendimento de qualidade ao usuário e uma integralidade do cuidado, e dessa forma através de ações em saúde é capaz da realização da troca de experiências e de uma vivência diária com os usuários, a equipe aprende, os usuários aprendem e assim criamos um vínculo, que é capaz de ser transformador no cuidado em saúde.



## REFERENCIAS

ALMEIDA, E. R.; MOUTINHO, C.B; LEITE, M.T.S.A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. *Saúde Debate*. 38, 101, p. 328-337. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0328.pdf>>. Acesso em: 15 de jan.2020.

BEM, A.J; NEUMANN, C.R; MENGUE, S.S. Teste de Morisky- Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(2):279-89.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. *Diretrizes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede interagencial de informações para a saúde. DATASUS. 2011. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/matriz.htm>>. Acesso em: 15 de jan.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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) .2017. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html) Acesso em: 15 de jan.2020.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em: 29 de jun. de 2019.

DUNCAN, B. B. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, supl. 1, p. 126-134, Dez. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102012000700017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 de jan.2020.

GARCIA, A.L. de F. et al. Automedicação e adesão ao tratamento medicamentoso: avaliação dos participantes do programa Universidade do Envelhecer. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 691-700, 2018. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-). Acesso em: 15 de jan.2020.

GIROTTO, E. et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1763-1772, jun. 2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232013000600027&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013000600027&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 15 de jan.2020.

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE @Cidades. Panorama Estrela do Sul.2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/estrela-do-sul/panorama>. Acesso em: 15 de jan.2020.

MENDES, E.V.O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Organização Pan Americana da Saúde. Brasília, 2012. Disponível em <[http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/cronicas/pdf/2012Redes%20de%20Aten%C3%7%C3%A3o%20condi%C3%A7%C3%B5es%20cr%C3%B4nicas\\_OPAS.pdf](http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/cronicas/pdf/2012Redes%20de%20Aten%C3%7%C3%A3o%20condi%C3%A7%C3%B5es%20cr%C3%B4nicas_OPAS.pdf)>. Acesso em: 15 de jan.2020.

OSTERBERG, L; BLASCHKE, T. Adherence to medication. *N Engl J Med*. 2005;353(5):487-97.

PINTO JUNIOR, E. P. et al. Efeito da Estratégia Saúde da Família nas internações por condições sensíveis à atenção primária em menores de um ano na Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000205003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000205003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 de jan.2020.

PREFEITURA ESTRELA DO SUL. História. Disponível em: <http://estreladosul.mg.gov.br/municipio/historia>. Acesso em: 15 de jan.2020.

SANTOS, M.V; OLIVEIRA, D.C; ARRAES, L.B; OLIVEIRA, D.A, MEDEIROS, L; NOVAES, M.A. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. *Rev Bras Clin Med*, 2013;11(1):55-61.

SILVA, A. B. da; et al. Prevalência de diabetes mellitus e adesão medicamentosa em idosos da Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre/RS. *Cad. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 308-316, Sept. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-). Acesso em: 15 de jan.2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. *Rev Bras Hipertensao*. 2010; 95(1 Supl 1):1-51.

TAVARES, N. U. L; BERTOLDI, A. D; THUMÉ, E.; FACCHINI, L. A.; FRANÇA, G.V. A. MENGUE, S.S. Fatores associados a baixa adesão ao tratamento

medicamentoso em idosos. *Rev Saúde Pública*, v. 47, n. 6, p. 1092-1101, 2013.. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102013000601092&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000601092&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 15 de jan.2020.

TAVARES, N.U.L; et al. Factors associated with low adherence to medicine treatment for chronic diseases in Brazil. *Revista de Saúde Pública*. 2016, v. 50, suppl 2. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2016.v50suppl2/10s/pt#>. Acesso em: 15 de jan.2020.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis. World Health Day 2013. Geneva: World Health Organization; 2013.

WHO.WORLD HEALTH ORGANIZATION GLOBAL STATUS REPORT on non communicable diseases. 2014. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854\\_eng.pdf;jsessionid=10AA57E88224C00B8623C6BF92D5A1E3?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf;jsessionid=10AA57E88224C00B8623C6BF92D5A1E3?sequence=1) . Acesso em: 15 de jan.2020.