

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

ANDRÉ LARANJEIRAS GOMES

**PROMOÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS DOS
USUÁRIOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE MACAIA, BOM SUCESSO,
MINAS GERAIS**

**FORMIGA
2020**

ANDRÉ LARANJEIRAS GOMES

**PROMOÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS DOS
usuários da UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE MACAIA, BOM SUCESSO,
MINAS GERAIS**

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: Prof^a Dra. Maria José Cabral Grillo

FORMIGA

2020

ANDRÉ LARANJEIRAS GOMES

**PROMOÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS DOS
USUÁRIOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE MACAIA, BOM SUCESSO,
MINAS GERAIS**

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: Professora Maria José Cabral Grillo

Banca examinadora

Professora Maria José Cabral Grillo, doutora, Escola de Enfermagem da UFMG

Professora Nayara Ragi Baldoni Couto, doutora, Universidade de Itaúna

Aprovado em Belo Horizonte, em 07 de junho de 2020.

Dedico esse trabalho primeiramente a Deus por ser meu mentor e intervir das mais diversas formas na conclusão deste trabalho. Dedico também com muito carinho a minha esposa que não mediu esforços em ajudar, orientar e apoiar nos momentos de apreensão e indecisão que sugiram na concepção e conclusão desse trabalho. E a minha família que deram os alicerces necessários para poder concluir mais essa etapa da minha vida.

Agradeço

À Prof^a Dra. Maria José Cabral Grillo pela orientação, paciência e desprendimento em ajudar na elaboração deste TCC.

À comunidade e à equipe da Unidade Básica de Saúde de Macaia pelo apoio crucial e fornecimento de informações e materiais essenciais na construção deste trabalho.

Disse isso Hipócrates há 370 a.C.

'Não tenha planos de saúde, tenha saúde sem planos'.

A prevenção é a cura de praticamente todos os males
está no seu alimento, na natureza.

Mantenha-se lúcido, alimente-se de uma forma consciente
e veja por si próprio as mudanças que isso proporciona
em sua vida.

Emanuel Becker

RESUMO

O diagnóstico situacional do território foi realizado a partir de reuniões realizadas entre os demais membros da equipe de saúde, que analisaram os principais problemas e o seu impacto na comunidade e na qualidade de vida da população. De acordo com os dados levantados a partir do método de estimativa rápida, foi possível classificar a prioridade dos principais problemas de saúde enfrentados pela comunidade. A falta de adesão ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus foi considerado o problema prioritário. O presente projeto de intervenção tem como objetivo promover melhor aderência da população adscrita na Estratégia de Saúde da Família Macaia, do município de Bom Sucesso, Minas Gerais, aos tratamentos propostos, em especial aqueles relacionados a doenças crônico-degenerativas. O plano de ação fundamenta-se no diagnóstico situacional da comunidade contextualizada, ou seja, na população territorial e, como estratégias de intervenções, têm-se a educação em saúde voltada para a população e a educação continuada voltada para a equipe de saúde, além do monitoramento e controle dos pacientes com diagnóstico de doenças crônicas por meio do uso de uma fixa específica. Acredita-se que as intervenções para melhorar a adesão ao tratamento farmacológico da população contextualizada são de suma relevância para promover a prevenção e recuperação no estado de saúde desses pacientes.

Descritores: Adesão ao tratamento. Doenças Crônicas. Hipertensão. Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

The situational diagnosis of the territory was carried out through meetings held among the other members of the health team, who analyzed the main problems and their impact on the community and on the population's quality of life. According to the data collected from the rapid estimation method, it was possible to classify the priority of the main health problems faced by the community. The lack of adherence to drug treatment of Systemic Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus was considered the priority problem. This intervention project aims to promote better adherence by the population registered in the Family Health Strategy Macaia, in the municipality of Bom Sucesso, Minas Gerais, to the proposed treatments, especially those related to chronic-degenerative diseases. The action plan is based on the situational diagnosis of the contextualized community, that is, the territorial population and, as intervention strategies, health education aimed at the population and continuing education voted for the health team, in addition to monitoring and control of patients diagnosed with chronic diseases through the use of a specific fixed. It is believed that interventions to improve adherence to the pharmacological treatment of the contextualized population are extremely important to promote prevention and recovery in the health status of these patients.

Keywords: Adherence to treatment. Chronic diseases. Hypertension. Diabetes Mellitus.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	Erro! Indicador não definido.
1.1 Aspectos Gerais do Município	Erro! Indicador não definido.
1.2 O Sistema Municipal de Saúde.....	Erro! Indicador não definido.
1.3 Aspectos Gerais da Comunidade	12
1.4 Unidade Básica de Saúde de Macaia.....	13
1.5 Funcionamento da Unidade de Saúde de Macaia	14
1.6 O Dia a Dia da Equipe de Saúde da UBS de Macaia	14
1.7 Diagnóstico Situacional pelo Método de Estimativa Rápida (primeiro passo):	15
1.8 Priorização dos Problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	15
2. JUSTIFICATIVA.....	18
3. OBJETIVOS	Erro! Indicador não definido.
3.1 Objetivo Geral.....	20
3.2 Objetivos Específicos.....	Erro! Indicador não definido.
4. METODOLOGIA.....	Erro! Indicador não definido.
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	Erro! Indicador não definido.
5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica.....	Erro! Indicador não definido.
5.2 Diabetes Mellitus.....	Erro! Indicador não definido.
5.3 Adesão ao Tratamento	31
6. PLANO DE INTERVENÇÃO	33
6.1 Descrição do Problema Selecionado	33
6.2 Explicação do Problema	33
6.3 Seleção dos Nós Críticos.....	34
6.4 Desenho das Operações	35
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERENCIAS	40

1. INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos Gerais do Município

Bom Sucesso é uma cidade que tinha 17.243 habitantes de acordo com o senso demográfico de 2010 e com estimativa populacional para 2019 de 17.603 habitantes (IBGE, 2019). Localizada na região oeste de Minas Gerais, na microrregião de Oliveira, e distante 190 km da capital do Estado, está a 18 km da Rodovia Fernão Dias, que liga Belo Horizonte a São Paulo, e conta com um ramal ferroviário que a liga à principal malha de estrada de ferro do Brasil.

Apesar de sua privilegiada localização, o seu poder industrial é pequeno. A economia gira em torno da agropecuária, que conta com o plantio do café e uma cooperativa de laticínio que emprega parte da população ativa do município. Em 2016, o salário médio mensal era de 1.8 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 12.6%. Logo, há deslocamento, diariamente, para cidades vizinhas em busca de melhores condições de vida tanto financeira quanto profissional (PREFEITURA DE BOM SUCESSO, 2019). De acordo com o IBGE (2010), naquele ano, Bom Sucesso tinha um IDH¹ de 0, 692, um PIB *per capita* de R\$ 17.542,65 e taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade de 97,9 %.

A atividade política partidária é polarizada em dois grupos sendo um majoritário, do atual prefeito e que conta com o apoio da câmara municipal, e o outro que faz uma oposição ínfima. A população, em sua maioria católica, ainda preserva suas festas religiosas e sua imagem de cidade pacata, apesar de sofrer com a entrada das drogas e assaltos cíclicos em suas agências bancárias (PREFEITURA DE BOM SUCESSO, 2019).

¹ Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida comparativa usada para classificar os países pelo seu grau de "desenvolvimento humano". A estatística é composta a partir de dados de expectativa de vida ao nascer, educação e PIB (Paridade de Poder de Compra) per capita. O IDH também é usado por organizações locais ou empresas. No ranking 2018 o Brasil mantém a 79ª posição, com 0, 759. O país mais bem colocado é a Noruega, com 0, 953 (ONU, 2019).

1.2 O Sistema Municipal de Saúde

De acordo com a base de dados do Sistema Municipal de Saúde do município e do sistema eSUS, Bom Sucesso é composto de oito equipamentos de atenção à saúde, sendo sete Unidades Básicas de Saúde que atendem usuários da zona rural e urbana e uma Santa Casa, que é referência para urgência e emergência; não conta com Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), tendo que referir os pacientes para capital e cidades circunvizinhas. Ademais, conta com sete Equipes Saúde da Família (eSF) sendo que, destas, cinco estão completas e duas estão sem médico.

O município não conta com rede de atenção de alta complexidade e quando necessita desse nível de atenção os pacientes são encaminhados por meio de ambulância do município, acompanhados por equipe de saúde, para as cidades vizinhas como São João Del Rei e Belo Horizonte, ambas no Estado de Minas Gerais.

Para dar suporte às eSF o município tem dois laboratórios conveniados ao município, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e uma casa do idoso. Tem, ainda, uma farmácia municipal, um centro de reabilitação em fisioterapia, psicologia, fonoaudióloga, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), um centro odontológico, um laboratório municipal de análises clínicas, uma sala de vacinas e um ambulatório de especialidades médicas com atendimento ortopédico, pediatria, oftalmologia, otorrinolaringologia, cardiologia, psiquiatria, gastroenterologista, urologia e neurologia.

O acesso à atenção à saúde do indivíduo deve ser iniciado nas UBS para que assim, dependendo da avaliação do profissional médico, esse paciente seja encaminhado aos diversos setores da saúde do município. Em caso de urgências e emergências, em que o paciente busca o primeiro atendimento na Santa Casa, após a estabilização do seu quadro o paciente volta à sua UBS de origem para ser acompanhado e cuidado. Todas as UBSs do município possuem o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e as pessoas, para serem atendidas, necessitam ter o cartão de identificação dos usuários do SUS.

A organização dos Pontos de Atenção à Saúde é realizada por um sistema de referência e contrareferência municipal entre as UBS e o Hospital da Santa Casa. Pode-se dizer que a atenção à saúde disponibilizada pelo município é,

predominantemente, para atenção às condições agudas, pois desde o atendimento na UBS até na Santa Casa o objetivo é identificar, no menor tempo possível, com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e definir o ponto de atenção adequado para aquela situação. Considerase, como variável crítica, o tempo de atenção requerido pelo risco classificado do usuário. Para isso acontecer, as equipes realizam a triagem clínica para melhor atender e, dessa maneira, evidenciar de forma eficaz um quadro agudo ou uma reagudização de um quadro crônico.

1.3 Aspectos Gerais da Comunidade

A comunidade de Macaia está localizada a 20 km de distância da sede do município de Bom Sucesso. De acordo com o levantamento de dados em prontuários, as informações fornecidas pelos os agentes comunitários de saúde e com base nos dados do eSUS, a população dessa comunidade cadastrada corresponde a 1128 habitantes. Destes, em torno de 320 pessoas vivem em zona rural e possuem um acesso mais difícil à unidade de saúde onde é feito o atendimento pela equipe. A população está quase igualitária em relação ao gênero, com 547 homens e 581 mulheres, com predomínio de faixa etária de adolescentes/adultos jovens, de 15 – 29 anos, em um total de 347 pessoas. Da população com cadastro ativo, tem-se 137 pacientes portadores de Diabetes Mellitus (DM), 116 pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), 136 pacientes com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e 131 pacientes com episódios de infarto.

Em relação aos aspectos socioeconômicos, a comunidade e seu entorno são compostos de pessoas simples que vivem de forma pacata e com os tradicionais costumes de zona rural. Nos períodos de plantio e colheita do café, grande parte de sua população se desloca para esses cafezais a trabalho. Nesse sentido pode-se afirmar que a sua economia gira em torno predominantemente dos cafezais e, também, em menor parte, do sistema previdenciário e de uma fábrica de cimento na cidade vizinha de Ijaci - MG. Observa-se que a comunidade da área de abrangência, em sua zona urbana, conta com todo o aporte de saneamento básico; já em sua zona rural conta apenas com água encanada, sem sistema de esgoto.

Com base nas informações fornecidas pelos agentes comunitários de saúde, verifica-se que essa comunidade possui apenas uma escola de educação infantil e ensino fundamental I, a qual corresponde ao atendimento de crianças entre 3 a 11 anos. A comunidade não apresenta creches ou escolas do ensino fundamental II e ensino médio. Os estudantes do ensino fundamental II e ensino médio são deslocados diariamente por um ônibus escolar do município para as escolas municipais localizadas em área mais central do município, o que contribui para o índice de analfabetismo elevado na comunidade. Porém, existem trabalhos comunitários realizados por grupos pequenos da igreja que dispõem assistência às crianças, suas mães e aos idosos.

De acordo com o levantamento de dados realizado no sistema do eSUS, a população desempregada e subempregada está mais suscetível a problemas como sedentarismo, violência doméstica, alcoolismo e drogas, provavelmente em decorrência das condições socioeconômicas e culturais que exercem influência direta e indireta no modo de vida da comunidade.

No aspecto epidemiológico, se observa o predomínio de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), tendo 270 casos de diagnósticos de HAS, 180 casos de Diabetes *Mellitus* Tipo 2 (DM2) e 180 casos com diagnóstico de tabagistas. Como consequência, as principais causas de óbitos são as DCNT e aquelas decorrentes da senectude. Já as causas principais de internação são por complicações aguda de DM e crise hipertensiva.

1.4 Unidade Básica de Saúde de Macaia

A Unidade Básica de Saúde de Macaia abriga somente uma equipe de saúde que é composta por um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma odontóloga, duas agentes comunitários de saúde (ACS), uma recepcionista e um motorista. O prédio foi construído há 17 anos e está em boas condições físicas; é dividido internamente por recepção, sala de triagem, consultório médico, consultório odontológico, sala de curativo, cozinha, despensa e quatro banheiros. Todos os cômodos têm condições adequadas de saneamento básico.

A equipe atende a toda a população de Macaia, com um total de 326 famílias. São atendidas, diariamente, consultas agendadas e eventuais urgências. O acesso

à UBS, dos usuários da área urbana, está facilitado por sua localização central. A falta de alguns medicamentos dificulta o tratamento prescrito pelos profissionais da equipe, pois muitas vezes o usuário tem que se deslocar à sede do município para retirar o medicamento na farmácia municipal ou comprar na cidade vizinha de Ijaci - MG. No entanto, a população parece bem adaptada a essas circunstâncias, pois para eles é um grande avanço a presença de posto de saúde na localidade, visto que a unidade foi fruto de muita luta dessa comunidade. Pode-se afirmar que 90% da população de Macaia dependem exclusivamente da UBS para ter acesso a saúde, não tendo recursos financeiros para recorrer à saúde privada.

1.5 Funcionamento da Unidade de Saúde de Macaia

A Unidade começa a funcionar às 07h00min e termina às 16h00min, com intervalo de 30 minutos para almoço, não havendo o fechamento da unidade durante esse tempo. Durante o horário de funcionamento a população pode contar com serviços ofertados por uma equipe completa de saúde de família como, por exemplo, aferição de pressão arterial (PA), glicemia capilar, curativos, tratamento odontológico, dentre outros.

Os agendamentos das consultas são realizados pelo ACS da Unidade de acordo com a demanda da população adscrita da unidade; as ACS são responsáveis, também, por realizarem buscas ativas de várias naturezas e o serviço de recepção e arquivo. Nota-se a população agradecida e satisfeita com a volta do funcionamento da UBS com a equipe completa.

1.6 O Dia a Dia da Equipe de Saúde da UBS de Macaia

A equipe de Macaia tem seu atendimento ocupado em sua maior parte por consultas agendadas (inclui puericultura, pré-natal) e priorizando sempre a necessidade da população e o momento em que se encontram os mesmos. Mas, sempre disponibilizando consultas para possíveis emergências, de acordo com a demanda da população. Além disso, a UBS conta com os serviços de vacinas e exames preventivos, entre outros.

O acolhimento dos pacientes é realizado pelo ACS e pelo técnico de enfermagem para, posteriormente, receber o atendimento indicado. As atividades de educação para a saúde são realizadas na escola primária e no próprio posto e a equipe está engajada em aumentar o número de participantes nos grupos de pintura e costura, oferecido a toda comunidade local.

A educação continuada da equipe tem sido foco da atual gestão de saúde do município, disponibilizando cursos de atualização para dengue e testes rápidos, por exemplo. Assim, ajuda a melhorar a qualidade do atendimento da equipe e a satisfação dos pacientes.

1.7 Diagnóstico Situacional pelo Método de Estimativa Rápida (primeiro passo)

O diagnóstico situacional do território foi realizado a partir de reuniões realizadas entre os demais membros da equipe de saúde, que analisaram os principais problemas e o seu impacto na comunidade e na qualidade de vida da população. Assim, podemos citar como principais problemas encontrados:

- Não adesão dos pacientes ao tratamento medicamentoso para doenças crônicas, como HAS e DM;
- Uso e abuso frequente da automedicação;
- Falta de medicamentos básicos e insumos;
- Difícil acesso ao local de atendimento para os pacientes e equipe;
- Baixa escolaridade e analfabetismo;
- Pouca educação em saúde da população;
- Pouco treinamento dos ACS.

1.8 Priorização dos Problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

De acordo com os dados levantados a partir do método de estimativa rápida, foi possível classificar a prioridade dos principais problemas de saúde enfrentados na comunidade contextualizada. Conforme o quadro 1 citado abaixo, verifica-se que a falta de adesão ao tratamento medicamentoso da HAS e DM são os problemas de saúde considerados mais prioritários no contexto da UBS de Macaia.

Quadro 1 – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Macaia, Unidade Básica de Saúde de Macaia, município de Bom Sucesso, estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Não adesão ao tratamento para HAS e DM	Alta	9	Dentro	1
Uso e abuso frequente de medicamentos	Alta	8	Dentro	2
Falta de medicamentos básicos e insumos	Alta	3	Parcial	3
Difícil acesso/distância ao local de atendimento para pacientes e equipe	Alta	3	Fora	4
Pouca educação em saúde da população	Alta	3	Dentro	5
Baixa escolaridade e analfabetismo	Médio	3	Parcial	6
Pouco treinamento de ACS	Alto	1	Dentro	7

Fonte: elaborada pelo autor a partir das discussões realizadas pela equipe. Bom Sucesso, MG. 2019.

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

O quadro acima exemplifica de forma sucinta os problemas que a equipe de saúde da família de Macaia confronta diariamente. Dentre os problemas apresentados, os de maior relevância foram a não aderência ao tratamento

farmacológico de forma correta pelos pacientes hipertensos e diabéticos, além do uso abusivo da automedicação por parte da população contextualizada, tendo em vista as serias complicações que esses problemas acarretam à saúde da população, desde um simples mal-estar até uma intoxicação, principalmente nas faixas etárias mais suscetíveis, como das crianças e idosos.

Sendo assim, considerou-se como proposta de intervenção a elaboração de um plano de ação para promover a adesão ao tratamento medicamentoso por parte dos pacientes com diagnóstico de doenças crônicas da UBS de Macaia, fundamentado em uma intervenção possível de execução. Ou seja, como problema prioritário, a equipe de saúde, optou pela não adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com doenças crônicas não transmissíveis, especificamente a HAS e a DM da UBS de Macaia, no município de Bom Sucesso - MG. Além disso, verifica-se que os nós críticos para o enfrentamento desse problema de saúde consistem no uso abusivo de medicamentos sem prescrição médica, na pouca informação sobre a doença e sobre as consequências da não adesão ao tratamento, e a falta de capacitação dos ACS para o enfrentamento dessa problemática.

2. JUSTIFICATIVA

A adesão ao tratamento de uma doença se define por seguir rigorosamente a prescrição médica e orientações dos demais membros da equipe. Em relação ao tratamento farmacológico, a não adesão é efetiva quando existe o abandono da medicamentação sem a orientação médica ou quando a ingestão dos medicamentos é realizada de maneira incorreta (MANCIA *et al.*, 2014). Nesse sentido, a adesão terapêutica de um paciente ao seu tratamento é de suma importância para o desfecho ou manutenção favorável da evolução de sua doença.

Dessa maneira, o cuidado de pacientes com doenças crônicas torna-se um desafio para as equipes de Atenção Primária à Saúde (APS), pois o estado de saúde desses pacientes é determinado por condições multifatoriais que abrangem os aspectos biológicos, sociais, econômicos e culturais, assim como também, o aumento proporcional do envelhecimento da população (TAVARES *et al.*, 2013).

A adesão ao tratamento pode ser definida como o grau em que a conduta de uma pessoa o faz adotar novos hábitos alimentares e/ou adquirir um novo estilo de vida, seguindo sempre as orientações de um profissional de saúde. Sendo assim, pode-se dizer que a adesão ao tratamento está intimamente relacionada com a aceitação e entendimento do indivíduo doente das prescrições e orientações propostas pela equipe de saúde. Ou seja, para uma boa adesão do usuário à sua terapêutica deve existir uma relação de confiança e colaboração entre os profissionais de saúde-paciente, onde possam discutir e adequar o tratamento de forma individualizada, respeitando as diferenças entre pacientes e seus estilos de vida. É preciso buscar ativamente a participação do usuário no desenvolvimento e modelamento do plano de cuidado proposto (WHO, 2003).

A população de abrangência da Equipe Saúde da Família de Macaia convive, cotidianamente, com pessoas doentes que apresentam tal problemática. É comum a não adesão ao tratamento manifestada por alguns fatores como a dificuldade no início do tratamento, interrupção antecipada, omissões a sua posologia, objeção ao retorno nas consultas e a não modificação de hábitos de vida, também necessária, na maioria dos casos, para uma boa evolução da doença.

Portanto, a falta de aderência ao tratamento, medicamentoso ou não, é considerada um irrefutável problema de saúde, pois tende a apresentar grande

impacto clínico para o paciente, ocasionando a frustração do profissional de saúde, além de contribuir para o impacto social e econômico. Sendo assim, pode-se afirmar que a não adesão ao tratamento é caracterizada como um problema de saúde pública, principalmente quando envolve as doenças de caráter crônico e infeccioso. Há uma elevação dos gastos com o plano de cuidado, diminuindo a efetividade e a qualidade de vida do indivíduo e, posteriormente, o aumento da possibilidade de fracasso do tratamento, juntamente com o aumento de suas complicações, agudas ou crônicas.

Por este motivo, faz-se necessário um plano de ação que promova a adesão ao tratamento por parte de pacientes portadores de doenças crônicas. Também é importante difundir conhecimentos sobre a automedicação e suas complicações, tanto para a população quanto para todos os profissionais de saúde que estão na dianteira do atendimento desse público alvo.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Elaborar um plano de intervenção que promova melhor aderência da população adscrita na ESF Macaia, do município de Bom Sucesso - MG, aos tratamentos propostos, em especial aqueles relacionados a doenças crônico-degenerativas.

3.2 Objetivos Específicos

- Evidenciar à população a importância da consulta, prescrição e orientações sobre a terapêutica proposta;
- Promover atividades educacionais em saúde para que a população tenha o conhecimento dos males de um tratamento inadequado;
- Capacitar a Equipe Saúde da Família de Macaia, para que possam orientar de forma correta os pacientes quanto a uso dos medicamentos e as mudanças no estilo de vida para um melhor tratamento.

4. METODOLOGIA

Para a realização deste trabalho foi utilizado, como referência, o material sobre Planejamento Estratégico Situacional (PES), para estimativa dos problemas observados e a definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações a serem seguidas, acessível em consulta à Biblioteca Virtual em Saúde do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon) (FARIA, CAMPOS, SANTOS, 2018). Também foram referências informações fornecidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Bom Sucesso - MG sobre o município, sobre a Comunidade Macaia e sua UBS, com especial atenção para o que tem dificultado o pleno êxito do processo de trabalho da ESF e sua relação com a comunidade.

Do ponto de vista da estrutura do trabalho, foram respeitadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações contidas no módulo *Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso*, para a formatação do texto e sua produção (CORRÊA, VASCOCELOS e SOUZA, 2017).

Após levantamento de dados, foi feito o diagnóstico situacional a partir da identificação e listagem do que foi considerado como problema. Após, os problemas foram priorizados com o uso de uma planilha onde eles foram classificados quanto à importância, a urgência e a governabilidade da equipe (FARIA CAMPOS, SANTOS, 2018).

Ainda, foi realizada uma revisão narrativa da literatura para ajudar na contextualização dos problemas e buscar fundamentar o Plano de Ação da proposta de intervenção. A revisão foi feita a partir do levantamento de dados realizada na base de dados SCIELO (Scientific Electronic Library Online), MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), busca livre na Internet e em documentos disponíveis pelo Ministério de Saúde utilizando os descritores: adesão do paciente, adesão ao tratamento medicamentoso. Foram selecionados os documentos que, do meu ponto de vista, contribuiriam de forma mais efetiva com a intervenção a ser realizada. Finalmente, foram definidos os objetivos, as metas e o plano de ação, com cronograma de execução do Projeto de Intervenção.

O plano de ação foi orientado para a implementação de uma intervenção com ações simples e factíveis de promoção da adesão ao recurso terapêutico por parte dos usuários portadores de doenças crônicas adscritos à UBS Macaia. Além disso,

aspira promover estratégias de melhoramento referentes ao atendimento, o diagnóstico e o controle da PA dos pacientes com diagnóstico de HAS e, também, dos índices glicêmicos dos pacientes diabéticos.

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Desde a metade do século passado, a população brasileira vem passando por transformações a nível social, econômico, político e cultural que influenciam o perfil epidemiológico com o aumento das taxas de morbimortalidade em virtude das doenças crônicas (REINERS *et al.*, 2008). As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são consideradas um problema de saúde pública e, portanto, têm sido estabelecidos diversos programas e ações de prevenção e controle (ALLEYNE *et al.*, 2013). No caso deste projeto de intervenção, serão abordadas duas DCNT que fazem parte do problema priorizado pela equipe, ou seja, HAS e DM.

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A HAS é atualmente definida como sendo a pressão sistólica repetidamente maior que 140 mmHg ou a pressão diastólica de 90 mmHg ou superior (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). É caracterizada por pressão arterial sistêmica persistentemente alta, com base em várias medições. Segundo Correr (2017) os valores pressóricos de definição da PA sistólica e diastólica foram redefinidos após quatorze anos pelos Estados Unidos, os quais passam a ser considerados os valores pressóricos de 130mmHg da PA sistólica e 80mmHg da PA diastólica. De acordo com as diretrizes americanas as novas classes de PA são classificadas em:

- Normal: Menos de 120/80mmHg;
- Elevado: PA sistólica entre 120-129mmHg e a PA diastólica inferior a 80mmHg;
- Hipertensão Fase 1: Sistólica entre 130-129mmHg e diastólica entre 80-89mmHg;
- Hipertensão Fase 2: Sistólica pelo menos 140mmHg e diastólica pelo menos 90mmHg;
- Crise hipertensiva: Sistólica superior a 180mmHg e/ou Diastólica acima de 120mmHg, com pacientes que precisam de mudanças imediatas

no tratamento farmacológico em pacientes sem sintomas relevantes, ou hospitalização imediata se houver sinais de danos nos órgãos-alvo.

Entretanto, no Brasil ainda são seguidas as orientações da VII Diretriz Brasileira de Hipertensão, considerando os valores mencionados inicialmente. No Brasil a HAS acomete 32,5% da população adulta, o equivale a 36 milhões de pessoas, o que contribui de forma direta ou indireta com 50% dos óbitos por doenças cardiovasculares (DCV) juntamente com a DM (SCALA, MAGALHÃES e MACHADO, 2015). Segundo os dados do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Hipertensão, um em cada quatro brasileiros sofre de hipertensão, ou pressão alta, sendo que após os 60 anos essa proporção ultrapassa os 50% da população (SOUZA, 2002). Ainda de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia,

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não - fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p. 1).

A HAS é um problema de saúde mundial. Uma doença popularmente conhecida como “pressão alta”, ela é crônica e acomete pessoas de todas as idades, desde crianças a adultos. Quando a pressão ultrapassa os 140/90 mmHg, o coração faz um esforço maior que o normal para distribuir o sangue por todo o corpo, sendo assim, um dos principais fatores de risco para ocorrência de acidente vascular cerebral, infarto, aneurisma arterial e insuficiência renal e cardíaca (DALLACOSTA, DALLACOSTA e NUNES, 2010). É uma doença multifatorial que deve envolver um tratamento que engloba uma equipe multiprofissional com ações voltadas aos pacientes que possam de fato propiciar uma real motivação para que eles sejam saudáveis.

Compreende-se que o adequado tratamento e o controle da doença estão, necessariamente, na adesão ao tratamento, tanto os farmacológicos quanto as

mudanças de hábitos de vida. Considerando diversos estudos sobre conhecimento, tratamento e controle, e comparando dados do Brasil com amostras obtidas em 44 estudos de 35 países, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) afirmou que

A comparação revelou taxas semelhantes em relação ao conhecimento (52,3% vs. 59,1%), mas significativamente superiores no Brasil em relação ao tratamento e controle (34,9% e 13,7% vs. 67,3% e 26,1%) em especial em municípios do interior com ampla cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF), mostrando que os esforços concentrados dos profissionais de saúde, da sociedade científica e das agências governamentais são fundamentais para se atingir metas aceitáveis de tratamento e controle da HAS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p.1)

Scala, Magalhães e Machado (2015) também fizeram comparações por meio de uma revisão de literatura e encontraram os seguintes resultados para outros países e o Brasil, respectivamente: taxas de conhecimento de 22% a 77%, tratamento de 11,4 a 77,5% e controle de 10,1% a 35,5%. Ainda, que os valores da PA variam de acordo com a população territorial correspondente a cada região brasileira.

Dessa maneira, pode-se dizer que o controle da HAS é uma abordagem necessária, que deve estar contida no serviço prestado às famílias pelos profissionais que atuam no PSF. As estratégias mínimas de cuidado exigem que a equipe de saúde deva prestar um serviço de assistência com qualidade aos acolhidos pelo programa de controle da HAS. Ou seja, os hipertensos precisam ser acolhidos pelo programa e aqueles que abandonam o tratamento devem ser contatados e reinseridos no atendimento. Assim sendo, para adesão ao tratamento as estratégias e ações devem ser voltadas a melhoria da vida dos usuários (BRASIL, 2006; RABETTI *et al.*, 2011). Há o reconhecimento, portanto, que o programa de saúde da família é um grande mobilizador das forças sociais, cumprindo o seu papel de garantir atenção às necessidades de saúde local, buscando soluções possíveis em ações voltadas à vigilância à saúde, valorizando a relação do usuário e sua família (ASSIS, 2007).

Contudo, para que de fato o programa seja acessível e apresente impacto positivo na vida dos usuários são necessários maiores investimentos e recursos numa gestão democrática das políticas públicas. Se o serviço é ineficiente no nível

da atenção primária, todo o sistema de saúde local fica deficitário. Também é importante que os profissionais de saúde dos municípios assumam o compromisso de cadastro e acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos no sistema Sis-HIPERDIA, mas conhecido como Hiperdia, cuja implantação foi indicada por meio da Portaria nº 371, de 04/03/2002 (MS, 2002), considerando o Plano Nacional de Atenção à HAS e ao DM. Segundo Castro *et al.* (2010), é de competência do profissional que acompanha o usuário o cadastro e posteriores registros no Sistema Hiperdia, sistema responsável pela informatização dos pacientes cadastrados. Os autores afirmam que

A portaria nº 16/GM de 03 de janeiro de 2002, normatizou o Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus*, estabelecendo a organização da assistência, prevenção e promoção à saúde, a vinculação dos usuários à rede, a implementação do programa de educação permanente em hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e demais fatores de risco para doenças cardiovasculares (CASTRO *et al.*, 2010 p.78).

Os objetivos propostos pelo Plano de Reorganização da Atenção e Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus* estão organizados em quatro etapas: capacitação de multiplicadores para atualização de profissionais para atuarem na rede de atenção básica, campanhas de informação e identificação de casos suspeitos e promoção de hábitos saudáveis (BRASIL, 2001). Segundo Galindo (2010), cabe à União, aos Estados e Municípios a efetivação do Plano que estabelece responsabilidades de cada esfera de governo que vai desde o cadastro nacional de portadores de hipertensão e diabetes e a oferta contínua de medicamentos para essas doenças crônicas. Chamando a atenção para a importância do registro dos hipertensos, Castro *et al.* (2010) informou que

Os quantitativos dos medicamentos a serem adquiridos pelo Gestor Federal e distribuídos aos municípios deveriam ser baseados no número de pacientes cadastrados no Hiperdia. Criado para facilitar a operacionalização do programa e cuja responsabilidade pelo seu preenchimento é dos municípios. Ao gestor federal compete a sua manutenção e atualização periódica, de acordo com as necessidades do programa (CASTRO *et al.*, 2010, p. 79).

Para a realização do cadastro no programa Hiperdia é preciso preencher um formulário contendo diversas informações do paciente. O paciente cadastrado deve ser monitorado mensalmente pelo profissional de saúde o qual preencherá outro formulário, a ficha de acompanhamento, todas as vezes que o paciente retornar à consulta. Através desses formulários o sistema Hiperdia é alimentado pelas informações obtidas. Entretanto, para que esses instrumentos possam contribuir efetivamente com o programa é necessário que os profissionais de saúde envolvidos na assistência sanitária tenham o compromisso e a responsabilidade no preenchimento desses formulários, pois essas fichas são consideradas peças chaves para a obtenção e atualização de dados reais do programa (CASTRO *et al.*, 2010). De acordo com esses dados, pode-se afirmar que o Programa Hiperdia tem o objetivo de identificar e observar o que prescrevem as portarias que o gerem e sua importância resulta da possibilidade de subvencionar a elaboração de intervenções da atenção básica orientadas para o controle da HAS e DM, doenças de alta prevalência no Brasil (CASTRO *et al.*, 2010).

À vista disso, verifica-se que as doenças cardiovasculares são a causa de alto índice de mortalidade na atualidade e, dentre os fatores de riscos, a hipertensão arterial é um deles. Dentro dessa realidade cabe ao Sistema Único de Saúde (SUS) efetivar ações que visem o controle dessas doenças. Neste sentido, o presente trabalho, dentre outras ações, deve propor o cadastramento e o acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos, de forma sistemática, para melhorar o controle, a identificação e a intervenção resolutiva e efetiva referente ao alto índice da não adesão ao tratamento, seja farmacológico ou não. Visando assim, buscar e garantir a promoção da qualidade de vida e acompanhamento das famílias pelos agentes comunitários.

5.2 Diabetes Mellitus

A DM é considerada como um grave problema de saúde pública mundial que não depende do grau de desenvolvimento dos países. Em 2015, ponderou-se que 7,2% a 11,4% da população compreendida na faixa etária de vinte a setenta e nove anos de idade, correspondendo a 415 milhões de pessoas, padeciam de diabetes.

Com base nesses dados estima-se que o número de pessoas portadoras de DM em 2040 alcançará valores superiores a 642 milhões de pessoas. Aproximadamente 95% desses casos correspondem aos países em desenvolvimento, nos quais deverá suceder o maior incremento dos casos de diabetes nas décadas vindouras (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF), 2015).

O DM refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia, intolerância à glicose e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, por defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (WHO, 2003; *apud* BRASIL, 2013).

Segundo os dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003), a cada onze pessoas uma tem diabetes e esse número cresce a cada ano. A estatística aponta que 422 milhões de pessoas apresentam quadro de diabetes. No Brasil, a prevalência de diabetes cresce de forma assustadora. Segundo os dados do Ministério da Saúde, entre 2006 a 2016, houve um aumento de 60% no diagnóstico da doença (SBD, 2017). Na Tabela a seguir são apresentados dados de mortalidade específica (TME).

Tabela 1 - Taxa de mortalidade específica (TME) por 100 mil habitantes por diabetes mellitus, no Brasil e por região, em 2011.

REGIÃO	TME
Brasil	30,1
Região Norte	21,8
Região Nordeste	36,6
Região Sudeste	28,6
Região Sul	30,6
Região Centro-Oeste.	22,6

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – SIM – 2012; IBGE- Datasus - Tabnet - <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. Lancet. 2011

As complicações ocasionadas pelo diabetes são classificadas em distúrbios microvasculares e macrovasculares, que derivam em retinopatia, nefropatia,

neuropatia, doença coronariana, doença cerebrovascular e doença arterial periférica. Considera-se também que a diabetes contribui direta ou indiretamente para agravos no sistema musculoesquelético, no sistema digestório, na função cognitiva e na saúde mental (GREGG, SATTAR e ALLI, 2016). A associação da diabetes à hipertensão é importante, sendo que a frequência da HAS é 2,4 vezes maior nos indivíduos com diabetes, podendo ser maior em indivíduos com menos de 44 anos de idade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

A diabetes é um fator de risco para o desenvolvimento de complicações e agravos no estado de saúde dos pacientes e apresenta alta prevalência na população brasileira. Ocorre porque o pâncreas não é capaz de produzir insulina em quantidade suficiente para suprir o organismo devido à resistência à insulina. Assim, há baixa redução de glicemia, permitindo que o açúcar presente no sangue penetre as células para ser utilizado como fonte de energia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

É uma doença crônica que envolve uma rede de ações e o conhecimento multidisciplinar formado por: médicos generalistas, endocrinologistas, educadores físicos e nutricionistas. No rastreamento da doença pela equipe de saúde é fundamental investigar e identificar os sintomas e sinais de pré-diabetes em paciente com pré-disposição (BRASIL, 2006), pois se sabe que o diagnóstico precoce é o primeiro passo para o sucesso do tratamento.

O público alvo da diabetes é basicamente formado por indivíduos com idade elevada e com baixo nível socioeconômico, cujo quadro clínico necessita de acompanhamento constante devido à vulnerabilidade social (BRASIL, 2001).

A OMS e a Associação Americana de Diabetes (ADA) por meio das Diretrizes Brasileiras de Diabetes, publicadas em 2017, recomendam a inclusão de métodos baseados na integração de novas tecnologias de gerenciamento de diabetes e a triagem de rotina para diabetes tipo (DM2) em jovens de alto risco. Dessa forma, consideram-se os padrões de cuidados como os principais recursos para o gerenciamento da DM, no qual incluem diretrizes atualizadas para o diagnóstico, a prevenção e as complicações relacionadas a esta a patologia e incluem os principais tipos de diabetes caracterizados como apresentado no quadro a seguir:

Quadro 2 – Características dos dois principais tipos de Diabetes Mellitus.

DM tipo1	DM tipo2
<ul style="list-style-type: none"> • Há destruição das células beta no pâncreas que leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina no organismo e, também, por causa idiopática. • Aparecimento abrupto; • Acomete, principalmente, crianças e adolescentes sem excesso de peso; • Sintomas clássicos: polidipsia, poliúria, polifagia, perda inexplicada de peso; • Na maioria dos casos, a hiperglicemia é acentuada, evoluindo rapidamente para cetoacidose, especialmente na presença de infecção ou outra causa; • Traço clínico que mais define o tipo 1 é a tendência à hiperglicemia grave; • É necessária a administração de insulina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiência relativa de insulina, isto é, a um estado de resistência à ação de insulina. Pode ser associado a um defeito em sua secreção; • Início lento e sintomas mais brando; • Pode ser assintomático por longos anos; • Manifesta-se, em geral, em adultos em longa história de ganho de peso e com história familiar de DM tipo 2; • O tratamento farmacológico é feito inicialmente com medicação via oral e pode evoluir por muitos anos antes de requerer insulina.

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes - SBD. Posicionamento Oficial SBD nº 02/2017. Conduta Terapêutica no Diabetes Tipo 2: Algoritmo SBD 2017.

O atual sistema de saúde pública está sobrecarregado e os recursos investidos são insuficientes para sanar as suas deficiências. Neste contexto, diminuir os danos causados pela diabetes torna-se um desafio para toda rede de saúde pública. Matta (2005) explica que os profissionais envolvidos no sistema de saúde devem ter conhecimento adequado sobre o uso de medicação e saber administrar, de forma adequada, a medicação, conhecendo os seus efeitos no organismo. Assim como deve atentar para o uso correto da medicação e para a não observação das orientações que o usuário recebeu dos profissionais de saúde.

Mesmo que atualmente o acesso a informações sobre a temática seja popularizada, as estatísticas desta doença são alarmantes. O Ministério da Saúde tem realizado inúmeras campanhas promovendo a prevenção da doença, bem como o controle feito pelo uso adequado dos medicamentos oferecidos de forma gratuita em farmácias populares que são: o conhecido Cloridrato de Metformina 500mg ou 850mg, a Glibenclamida 5mg e a Insulina Humana ou Insulina Humana Regular 100ui/ml. Contudo, o melhor remédio ainda é a educação em saúde, pois, na maioria dos casos, o tratamento para diabetes é a modificação dos hábitos de vida, os quais priorizam a dieta como aliada, restringindo as calorias, gorduras saturadas e

carboidratos. As atividades físicas também são essenciais, pois ajudam no controle do nível de glicose no sangue.

5.3 Adesão ao Tratamento

A maioria das doenças crônicas pode ser controlada por meio da adesão ao tratamento farmacológico. Entretanto, existem fatores que influenciam diretamente nos resultados esperados dos recursos terapêuticos. Os fatores que determinam a não adesão ao tratamento estão relacionados com os aspectos culturais, sociais e econômicos da população (WHO, 2003; TAVARES *et al.* 2013). Em relação aos fatores socioeconômicos, considera-se que, quanto menor o nível social, menor será a adesão ao tratamento, em razão das dificuldades relacionadas com a assimilação das recomendações prescritas pelos profissionais de saúde (MACHADO, 2008; PIRES *et al.*, 2008).

A adesão ao tratamento pode ser definida pelo o grau de conciliação entre o comportamento de uma pessoa e as orientações do profissional da saúde (OSTERBERG *et al.*; 2005; WHO, 2003). A baixa adesão ao tratamento pode impactar de maneira negativa no estado de saúde do paciente ocasionando consequências pessoais, sociais e econômicas (MARINKER *et al.*, 2003). Diversos fatores podem contribuir para a adesão ao tratamento, como os fatores intrínsecos ao próprio paciente, referentes à doença e/ou características do recurso terapêutico e os relacionados à interação entre o profissional de saúde e o paciente (WHO, 2003).

Dessa forma, a adesão de um paciente ao tratamento medicamentoso de uma patologia constitui em seguir rigorosamente a prescrição médica. No entanto, o sucesso da adesão ao tratamento requer a clareza e objetividade das orientações, o desejo e a capacidade do paciente em seguir corretamente as recomendações dos profissionais de saúde (SANTOS *et al.*, 2013).

Portanto, acredita-se que a educação em saúde é parte prioritária da adesão ao tratamento, a qual é considerada um direito do paciente e um dever do profissional de saúde. O processo de educação em saúde deve ser pautado em intervenções que motivem o paciente a adquirir novos conhecimentos e habilidades

que promovam uma mudança no estilo de vida, objetivando melhorar o estado de saúde e a qualidade de vida do paciente (SOARES *et al.*, 2010).

Em todo plano terapêutico deve ser considerado o que nos diz Gusmão *et al.* (2006) sobre os fatores que influenciam a adesão ao recurso terapêutico estão relacionados: ao paciente no que diz respeito ao sexo, idade, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico; à patologia, no que se refere à cronicidade, ausência de sintomas e consequências tardias; às crenças culturais e hábitos de vida referentes à percepção da gravidade do problema e a desinformação; ao tratamento no que se referem ao custo, efeitos indesejáveis e esquemas terapêuticos complexos; à instituição no que diz respeito à política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera e tempo de atendimento; e por último, à interação entre paciente e a equipe de saúde.

Considera-se que as orientações realizadas pelo profissional de saúde devem ser feitas por escrito para o paciente compreender e no caso de esquecer as recomendações, mesmo que não saiba ler, pois poderá solicitar que alguém leia para ele. Pode-se afirmar que, os procedimentos devem ser anotados com clareza e detalhes sobre o recurso terapêutico e deve conter os dados do nome genérico do medicamento, a indicação, a posologia, os horários, modo de administração, duração do tratamento, os procedimentos a serem adotados em caso de esquecimento das doses prescritas, as interações farmacológicas e alimentares, os efeitos colaterais, entre outros (FROHLICHL, DAL PIZZOL e MENGUE, 2010).

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

O problema priorizado - não adesão ao tratamento das doenças crônicas - deve ser colocado em xeque, diante das inúmeras repercussões negativas que produz na saúde do paciente, tendo em vista que doenças como DM e HAS são doenças silenciosas e suas complicações afetam não só o próprio indivíduo como também sua família. Soma-se a isso, a prática da automedicação e a falta de instrução da população para as consequências desses atos, que, no princípio, podem passar despercebida, mas sabemos que ao longo prazo causa efeitos deletérios na população e no sistema de saúde.

Não podemos esquecer que a falta de conhecimento, de capacitação da própria equipe de saúde ajuda a perpetuar essas práticas deletérias. Por esse motivo, foi elaborado o presente plano de ação na perspectiva de promover conhecimentos sobre a automedicação e suas complicações, tanto para a população como para todos os profissionais de saúde que estão na dianteira no atendimento do público alvo, para que assim possam ser reduzidos esses hábitos e seus possíveis riscos à saúde.

6.1 Descrição do Problema Selecionado

Atualmente, na comunidade atendida pela ESF Macaia, percebe-se uma média elevada de pacientes que referem não utilizar a medicação conforme a prescrição da receita médica e que desconhecem os malefícios desse ato; também é percebido como importante fator de risco o baixo nível de conhecimento sobre os efeitos nocivos desta prática. A equipe de saúde tem tentado amenizar a situação de forma primária e paliativa, fornecendo informações simples aos pacientes, não eficazes em relação à não adesão completa ao tratamento. Como consequências, percebe-se a falta de controle das DCNT, como a HAS e DM Tipo 2, o que gera internações e óbitos por complicações agudas de DM e de crise hipertensiva.

6.2 Explicação do Problema

Contextualizando a população adscrita à área de abrangência da ESF Macaia, tendo como referência os conteúdos teóricos e dados da realidade apresentados até este ponto deste Projeto de Intervenção, pode-se afirmar que, além de apresentar um nível socioeconômico baixo, também apresenta questões culturais que acarretam o uso incorreto das medicações, por não se ponderar as consequências negativas para a saúde do próprio indivíduo. Em muitos casos, o problema se origina do fato de que essa comunidade se encontra distante dos centros de saúde, onde poderiam sanar suas dúvidas sobre o tratamento. Devido a isso, utilizam as medicações, geralmente, de acordo com o conhecimento que têm da sintomatologia que apresentam, na maioria das vezes mascarando a situação.

Portanto pode-se afirmar que essa ação de não aderir ou aderir de forma parcial ao tratamento proposto pelo profissional de saúde causa uma reação em cadeia, tanto de forma aguda por meio de crises hipertensivas, acidente vascular encefálico (AVE), choque hiperglicêmico, cetoacidose diabética, dentre outros e também de forma crônica, através da insuficiência renal crônica, retinopatia diabética e inúmeras outras repercussões sistêmicas.

6.3 Seleção dos Nós Críticos

Para redução ou eliminação do problema priorizado - não adesão ao tratamento correto por parte da população e seus malefícios - serão considerados como nós críticos o uso abusivo de medicamentos, por meio da automedicação, e a falta de conhecimento específico tanto da população assistida como também da própria equipe de saúde, com destaque para os ACS, que estão na linha de frente em contato direto e constante com a população. Uma vez que a equipe de saúde não esteja capacitada para sanar e fornecer informação sobre saúde, saímos da esfera das consequências individuais e passamos para esfera de consequências na comunidade/sociedade. Ou seja, repercussões ainda maiores do que a de um paciente desinformado.

Diante do exposto, percebe-se o quanto é importante para o indivíduo e seu entorno ter acesso às informações sobre o impacto positivo que advém da adesão

correta ao tratamento e a capacitação da equipe. Para isso acontecer necessita-se do apoio não só da comunidade como também de todo o município (governantes, farmacêuticos e indústrias afins), para que estes também difundam os benefícios de seguir o tratamento de qualquer doença conforme ciência médica. Cada um deve fazer a sua parte.

6.4 Desenho das Operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos e viabilidade e gestão.

A seguir serão apresentadas as operações que são propostas para este Projeto de Intervenção em relação ao problema priorizado, ou seja, a não adesão ao tratamento correto por parte da população, devido a falta de conhecimento específico da população, a falta de capacitação específica da equipe de saúde, em especial os agentes comunitários de saúde e por fim, o uso indevido de medicamentos por parte dos pacientes.

Quadro 3 – Descrição do nó crítico 1 “Falta de conhecimento específico da população” sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Macaia, do município de Bom Sucesso, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Falta de conhecimento específico da população
Operação (operações)	Fornecer informação sobre as implicações da não adesão ao tratamento e suas complicações.
Projeto	“Tire suas Dúvidas”.
Resultados esperados	Promover adesão correta ao tratamento e diminuir a falta de informação dos pacientes e da equipe.
Produtos esperados	Educação em saúde para toda à população.
Recursos necessários	Estrutural: ambiente adequado para a realização de palestras e debates, fabricação de materiais educativos. Cognitivo: elaborar meios didáticos para informar a população. Financeiro: recursos para produção de materiais teóricos, como folders, banners e panfletos. Político: Disponibilizar espaços no município (salas, auditórios) para palestras educativas para a população.

Recursos críticos	Político: Apoio de líderes locais para liberação de locais adequados para palestras e debates; Financeiro: Obtenção de equipamentos para este fim e produção de materiais teóricos.
Controle dos recursos críticos	Associação de moradores e Secretaria Municipal de Saúde e Prefeitura.
Ações estratégicas	Buscar apoio da associação de moradores e apresentar o projeto para apoio das instituições do governo municipal.
Prazo	Apresentar o projeto em 2 meses com início das atividades em 4 meses, sendo este contínuo.
Responsáveis pelas ações	ACS, técnico de enfermagem, enfermeiro, médico da UBS.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Profissionais médico e enfermeiro da unidade de saúde e Secretaria Municipal de Saúde.

Quadro 4 – Descrição da intervenção sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Não adesão ao tratamento para Hipertensão Arterial Sistêmica e *Diabetes Mellitus*” da população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Macaia, do município de Bom Sucesso, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Uso e abuso frequente dos medicamentos.
Operação (operações)	Fornecer informação sobre a automedicação e seus riscos.
Projeto	“Use com moderação.”
Resultados esperados	Diminuir o hábito da automedicação e seus riscos.
Produtos esperados	Educação em saúde para toda à população. Aumento do número de usuários com os índices de hipertensão e glicemia controlados.
Recursos necessários	Estrutural: ambiente adequado para a realização de palestras e debates, fabricação de materiais educativos. Cognitivo: meios didáticos para informar a população que facilitem que a população assimile os conhecimentos necessários. Financeiro: Produção de materiais teóricos, como folders, banners e panfletos. Político: Disponibilizar salas, auditórios para palestras educativas.

Recursos críticos	Político: Apoio do Secretário Municipal de saúde. Local adequado para palestras e debates. Financeiro: Obtenção de equipamentos de multimídia e produção de materiais teóricos e visuais.
Controle dos recursos críticos	Associação de moradores, Secretaria Municipal de Saúde e Prefeitura.
Ações estratégicas	Buscar apoio da associação de moradores e apresentar o projeto para apoio das instituições do governo municipal.
Prazo	Apresentar o projeto em 2 meses com início das atividades em 4 meses, sendo este contínuo.
Responsáveis pelas ações	ACS, técnico de enfermagem, enfermeiro, médico da UBS.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Profissionais médico e enfermeiro da unidade de saúde e Secretaria Municipal de Saúde.

Quadro 5 – Descrição da intervenção sobre o “nó crítico 3”, relacionado ao problema “Não adesão ao tratamento para Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus” sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Macaia, do município de Bom Sucesso, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Nível de conhecimento da equipe sobre o tema insuficiente, em especial dos ACS
Operações	Realizar cursos de capacitação para o atendimento na atenção básica à saúde. Realizar conversas educativas sobre como obter conhecimento sobre o tema. Debater sobre a importância do conhecimento para a comunidade, e para os resultados do serviço, e o papel de cada profissional no processo de intervenção visando o bem-estar de todos.
Projeto	“Aprender e Aplicar”
Resultados esperados	Melhor satisfação dos profissionais da equipe, prestação da primeira atenção ao paciente de maior qualidade e capacidade de dar informações/orientações efetivas ao público.

Produtos esperados	Capacitação da equipe de saúde para esclarecer dúvidas e organizar palestras e debates educativos sobre o tema. Programa de capacitação dos profissionais de saúde e realização de educação continuada e permanente sobre a automedicação, para maior eficácia de atendimento e posterior tratamento.
Recursos necessários	Estrutural: Organizar e reunir mensalmente todos os profissionais de saúde da equipe para educação continuada e buscar local adequado Cognitivo: Discutir sobre as estratégias de comunicação e aperfeiçoamento do atendimento ao público Financeiro: Para aquisição de insumos em geral. Político: Decisão de recursos para conseguir o espaço adequado e insumos necessários e apoio das autoridades, para valorização do serviço.
Recursos críticos	Estrutural: Organizar e reunir mensalmente todos os profissionais de saúde da equipe e buscar local adequado Político: Decisão de recursos para conseguir o espaço adequado e insumos necessários e apoio das autoridades, para valorização do serviço. Financeiro: para adquirir de insumos em geral.
Controle dos recursos críticos	Equipe de Saúde da Família Zona Rural VIII e Secretaria Municipal de Saúde e Prefeitura.
Ações estratégicas	Apresentar o projeto de treinamento contínuo para os órgãos do governo municipal.
Prazo	Apresentar o projeto em 2 meses com início das atividades em 3 meses, sendo este contínuo.
Responsáveis pelas ações	Enfermeira da equipe e coordenadora municipal da atenção básica.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Secretaria de saúde do município.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Elaborar a presente proposta possibilitou a análise da dificuldade de adesão dos portadores de doenças crônicas da unidade de saúde de Macaia ao tratamento e suas complicações e o estudo da possibilidade de implementação de estratégias de intervenção. Neste sentido, adesão ao tratamento foi considerada como um meio para se alcançar um fim, uma abordagem para a manutenção ou melhora da saúde, visando reduzir os sinais e sintomas de uma doença, promovendo assim atividades educacionais em saúde para que a população tenha o conhecimento dos males de um tratamento inadequado.

Considerando que são muitos os fatores que interferem na adesão ao tratamento, foram propostas ações e pensados fatores que envolvem a Secretaria Municipal, outras lideranças da comunidade, a equipe e a população. Faz-se necessário enfatizar a importância da ação do poder público, para garantir o melhor funcionamento do serviço de saúde, uma vez que ficou claro que hipertensão e diabetes são problemas de saúde pública. Dessa forma, consideram-se como estratégias do plano de ação desse projeto de intervenção o monitoramento e controle desses pacientes por meio de uma ficha específica baseada em informações que permitam identificar o público alvo e a promoção de palestras educativas sobre saúde, doença e a importância de adesão ao tratamento farmacológico, visando à promoção, recuperação e melhora no estado de saúde desses usuários do sistema público de saúde. Finalmente, foram definidos os objetivos, as metas e o plano de ação, com cronograma de execução do Projeto de Intervenção.

A participação da eSF de Macaia, capacitando e sendo capacitada, foi considerada neste trabalho como essencial para que possam orientar de forma

correta os pacientes quanto a uso dos medicamentos e as mudanças no estilo de vida para melhor adesão ao tratamento.

REFERÊNCIAS

ALLEYNE, G. et al. Embedding non-communicable diseases in the post-2015 development agenda. **Lancet.** 2013; 381(9866): 566-74.

ASSIS, M. M. A. et al. Atenção Primária à Saúde e sua articulação com a estratégia de saúde da família: construção política, metodológica e prática. **Revista APS.** Juiz de Fora, v. 10, n. 2, p. 106-115, jul/dez. 2007. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/11tencao.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Presidência da República. **DOU** - Seção 1 - 5/10/1988, Página 1 (Publicação Original). 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 03 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus:** hipertensão arterial e diabetes mellitus. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35)

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 371/2002.** Institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e

Diabetes Mellitus, parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0371_04_03_2002_rep.html.

Acesso em: 02 mar. 2020.

CASTRO, N. G. et al. HiperDia: conhecimento da cobertura do programa no Maranhão. **Cad Pesq, (São Luís)**, v. 17, n. 2, p. 77-83, maio/ago. 2010. Disponível em:

<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/249>. Acesso em: 20 set. 2019.

CORRÊA, E. J. VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. de L. **Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2017. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em: 05 nov. 2019.

CORRER, C. Programa Assistência Farmacêutica Avançada. **Novos valores de referência para a hipertensão: o que mudou?** São Paulo: 2017. Disponível em: <https://www.assistenciafarmaceutica.far.br/novos-valores-de-referencia-para-hipertensao-o-que-mudou/>. Acesso em: 03 nov. 2019.

CLAUMANN, R.C.N. **O farmacêutico e a atenção farmacêutica no novo contexto da saúde**. 2003. 95f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina, 2003. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/85158>. Acesso em: 04 nov. 2019.

DALLACOSTA, F. M. DALLACOSTA, H.; NUNES, A. D. Perfil de Hipertensos Cadastrados no Programa Hiperdia de uma Unidade Básica de Saúde. **Unoesc & Ciência – ACBS**, Joaçaba, 2010.

FARIA, H. P. CAMPOS, F. C. C. de; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. 98p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em: 29 jun. 2019.

FROHLICH, S.E. DAL PIZZOL, T. da S.; MENGUE, S. S. Instrumento para avaliação do nível de conhecimento da prescrição na atenção primária. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.44, n.6, p. 1046-54, 2010.

GALINDO, A. J. de A. **Avaliação do controle clínico de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Acompanhamento da Atenção Básica (Hiperdia) no município de Arcoverde – Pernambuco**. Dissertação (mestrado profissional em saúde pública). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz,

2010. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010galindo-aja.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2019.

GUSMÃO, J. L.; MION J. R., D. Adesão ao tratamento – conceitos. **Rev Bras Hipertens**, Ribeirão Preto, v.13, n.1, p. 23-25, 2006. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/06-adesao-ao-tratamento.pdf>. Acesso em: 06 mai. 2020.

GREGG, E.W. SATTAR, N.; ALI, M. K. The changing face of diabetes complications. **Lancet [Internet]**. 2016; 4(6):537-47. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587\(16\)30010-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587(16)30010-9/fulltext). Acesso em: 10 jun. 2020.

IBGE. Censo Demográfico 2010. **Cidades**. Brasil/Minas Gerais/ Bom Sucesso. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/bom-sucesso/panorama>. Acesso em: 06 nov. 2019.

IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. **População estimada**. Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/bom-sucesso/panorama>. Acesso em: 06 10 jun. 2020.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). **Diabetes Atlas [Internet]**. 7^a ed. Brusselas: International Diabetes Federation; 2015. Disponível em: <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas/13-diabetes-atlas-seventh-edition.html>. Acesso em: 25 out. 2019.

MANCIA, G. et al. Guidelines de 2013 da ESH/ESC para o Tratamento da Hipertensão Arterial. **Rev Port Hipertens e Risco Cardiovasc**. 2014. Disponível em:< https://www.sphta.org.pt/files/guidelines_31janeiro2014-final.pdf>. Acesso: em 07 nov. 2019.

MACHADO, C. A. Adesão ao tratamento – Tema cada vez mais atual. **Revisão Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 15, n.4, p.200-221, 2008. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/15-4/11-comunicacao-breve%20.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2019.

MARINKER, M.; SHAW, J. Not to be taken as directed. **BMJ**. 2003; 326(7385):348-9.

MATTA, G. C. A organização mundial da saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. **Trab. educ. saúde [online]**. 2005, vol.3, n.2, pp.371-396. ISSN 1981-

7746. Disponível em:< <https://doi.org/10.1590/S1981-77462005000200007>>. Acesso em: 05 de nov. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas:** componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília (DF): 2003. Disponível em:
<http://www.who.int/diabetesactiononline/about/icccportuguese.pdf>. Acesso em: 08 out. 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Atlas do Desenvolvimento Humano.** Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). 2000, apud Wikipédia, a enclopédia livre. Bom Sucesso (Minas Gerais). Disponível em: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Bom_Sucesso_\(Minas_Gerais\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/Bom_Sucesso_(Minas_Gerais)). Acesso em: 31 de out. de 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas:** componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília (DF): 2003. Disponível em:
<http://www.who.int/diabetesactiononline/about/icccportuguese.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2019.

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

PIRES, C. G. da S.; MUSSI, F.C. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. **Ciência de Saúde Coletiva**, Salvador, v. 13, n. 2, p.2257-2267, 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM SUCESSO - MG. **História da cidade.** Bom Sucesso, 2019. Disponível em: < <https://bomsucesso.mg.gov.br/>>. Acesso em: 05 de out. 2019.

RABETTI, A.C.; FREITAS, S.F.T. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. **Rev Saúde Pública.** 2011; 45:258-68

REINERS, A. A. O. et al. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p.2299-2306, 2008.

SANTOS, M.V.R. et al. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. **Rev Bras Clin Med**, São Paulo, v.11, n.1, p. 56-61, jan./mar, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - SBD. Posicionamento Oficial SBD nº 02/2017. **Conduta Terapêutica no Diabetes Tipo 2:** Algoritmo SBD 2017.

Disponível em:

<http://www.diabetes.org.br/profissionais/imagens/207/Posicionamento-Oficial-SBD-02-2017-Algoritmo-SBD-2017>. Acesso em 07 nov. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - SBD. Epidemiologia e impacto global do diabetes mellitus. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES – SBD. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020.** São Paulo: Editora Científica.

Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf>. 2019. Acesso em: 05 jun.2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia.

Rio de Janeiro, v. 107, n.3. supl. 3. 2016. Disponível em:

http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf. Acesso em: 08 out. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arquivos**

Brasileiros de Cardiologia. São Paulo, v. 95, n.1. p.1-51. 2010. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf. Acesso em: 05 de Julho de 2019.

SOARES, A. M. de G. et al. Tecnologia assistencial na promoção da saúde: cuidado e autocuidado do idoso insulino-independente. **Rev. Rene. Revista da rede de enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 174-181, out./dez.2010.

SOUZA, H. M. Reforma da Reforma. **Revista Brasileira de Saúde da Família.** Brasília, ano II, n. 4, 2002.

SCALA, L. C, MAGALHÃES, L. B, MACHADO, A. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. In: Moreira S. M.; Paola A. V.; Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia.** 2ª. ed. São Paulo: Manole; 2015. p. 780-5.

TAVARES, N. U. L. et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. **Rev. Saúde Pública.** 2013; 47(6): 1-9. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000601092. Acesso em: 10 jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION: **Adherence to long-term therapies:** evidence for action. Geneva: WHO; 2003.

