

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG
ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

BRUNO HENRIQUE OLIVEIRA DE SOUZA

**ADESÃO DE USUÁRIOS AO TRATAMENTO TERAPÊUTICO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

BELO HORIZONTE – 2015

BRUNO HENRIQUE OLIVEIRA DE SOUZA

**ADESÃO DE USUÁRIOS AO TRATAMENTO TERAPÊUTICO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

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

Orientadora: prof^a. Me. Roselane da Conceição Lomeo

POLO BELO HORIZONTE/ ESTADO MINAS GERAIS

2015

BRUNO HENRIQUE OLIVEIRA DE SOUZA

**ADESÃO DE USUÁRIOS AO TRATAMENTO TERAPÊUTICO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

Banca Examinadora.

Profª. Me. Roselane da Conceição Lomeo - UVA

Profª. Dra. Andréa Clemente Palmier - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em ____ / ____ / ____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a toda minha família, amigos e sobre tudo aos meus pacientes, pois sem eles a realização deste projeto não teria sentido algum.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Comunidade da UBS Independência por me receber com muito afeto e confiança.

A todos os funcionários da Unidade de Saúde, pois sem eles seria impossível exercer uma medicina digna e de qualidade para com os nossos pacientes.

Aos meus familiares, amigos, esposa e professores que tanto me apoiaram, durante os longos e árduos anos da formação médica.

À Deus, que com sua graça imensurável sempre ilumina e orienta minha vida.

EPIGRAFE

“Nós somos aquilo que fazemos repetidamente. Excelência, então, não é um modo de agir, mas um hábito”.

(Aristóteles)

RESUMO

A dificuldade dos pacientes em seguir as orientações da equipe multidisciplinar de saúde quanto ao uso das medicações prescritas, à dieta ou mudança no estilo de vida, é um problema presente na realidade da atenção primária à saúde. Estudos mostram que vários fatores podem contribuir para a não adesão medicamentosa aos tratamentos, tais como: pacientes considerarem que a medicação é ineficaz; efeitos colaterais desagradáveis; baixa escolaridade; falta de acesso à medicação; dificuldade de relacionamento entre profissional-paciente. Sobre o conceito de adesão compreende-se como a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses e tempo de tratamento. Ao realizar o diagnóstico situacional da área de abrangência da Equipe Seis no Centro de Saúde Independência, Belo Horizonte, vários problemas foram identificados tais como: ausência crônica de profissionais da saúde na equipe, principalmente médicos; sensação de abandono por parte dos usuários quanto ao acompanhamento pela equipe; grande número de pacientes com quadro de doenças crônicas descontroladas e sem o devido acompanhamento, dificuldade de adesão dos usuários ao tratamento e manejo dos medicamentos prescritos, sendo estes dois últimos considerados como de maior relevância pela equipe. Situação essa que muito reflete sobre os outros problemas que a equipe tem enfrentado. Desta forma, seguindo os preceitos da Estratégia em Saúde da Família que visam reorientação do modelo assistencial através da promoção da saúde, do cuidar e da prevenção de doenças, com o foco não somente na patologia, mas no indivíduo como um todo, o presente estudo tem como objetivo elaborar ações para melhorar a adesão dos usuários ao tratamento preconizado pela Equipe Seis do Centro de Saúde Independência. Portanto, foi adotado como metodologia, discussões entre os membros da equipe, revisão de literatura e orientações práticas a serem usadas na intervenção considerando as características da população adstrita no território de abrangência da Equipe.

Palavras-Chaves: Adesão, Tratamento, Estratégia Saúde da Família, Promoção da Saúde.

ABSTRACT

The difficulty of patients to follow the guidelines of the multidisciplinary team of health in the use of prescribed medications, diet or change in lifestyle; this is a problem in the reality of primary health care. Studies shows that many factors may contribute to non-drug treatment adherence, such as patients consider that the medication is ineffective; unpleasant side effects; low education; lack of access to medication; relationship difficulties between professional-patient. On the concept of membership, it is understood as the use of prescription drugs or other procedures in at least 80% of its total observing times, doses and treatment time. Upon situational diagnosis of the area covered by Team Six Health Center Independence, several problems were identified such as: chronic lack of health professionals in the team, mainly medical; sense of abandonment on the part of users and monitoring by the team; large number of patients with chronic uncontrolled frame and without proper monitoring, membership difficulty of users to treatment and management of prescription drugs, with the latter two considered as most relevant by staff. A situation that reflects much about the other problems the team has faced. Thus, following the strategy of provisions in the Family Health aimed at reorienting the care model through health promotion, care and disease prevention, with a focus not only on the disease, but also on the individual as a whole, this study it aims to develop actions to improve adherence users to recommended treatment by the team six Independence Health Center. So it was adopted as methodology discussions between team members, literature reviews and practical guidelines to be used in intervention considering the characteristics of the enrolled population in the territory covered by team.

Key Words: Adhesion, Treatment, Family Health Strategy, Health Promotion

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO	9
2-JUSTIFICATIVA	10
3-OBJETIVO	11
4-REVISÃO DE LITERATURA	12
4.1- ADESÃO AO TRATAMENTO.....	12
4.2- TERRITÓRIO/ÁREA DE ABRANGÊNCIA	16
4.3- UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.....	17
4.3.1- ESPAÇO FÍSICO DA UBS INDEPENDÊNCIA.....	18
4.4- ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DA COMUNIDADE	18
4.5- INFLUÊNCIAS NA ADESÃO MEDICAMENTOSA.....	19
5-METODOLOGIA	21
5.1- PLANO DE AÇÃO	22
5.2- ORGANIZAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO	25
6-CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	28

1-INTRODUÇÃO

A realização do curso de especialização em atenção básica em saúde da família ministrado pelo Núcleo de Saúde em Educação Coletiva (NESCON) tem colaborado para a compreensão de como as equipes de saúde da família (ESF) devem trabalhar a promoção da saúde na comunidade, além de nos familiarizar com os conceitos e abordagem no atendimento de boa qualidade aos usuários. A atuação, como médico de família na Unidade de Saúde Independência em Belo Horizonte oportunizou-me a discutir a real situação de saúde dos pacientes com a ESF.

A equipe de saúde da Unidade Independência, tem enfrentado ausência crônica de funcionários, em especial o profissional médico. Este fato somado às questões de baixa escolaridade e a idade avançada da população adstrita, à indiferença por parte dos mesmos em relação à sua própria saúde, e à ausência de acompanhamento médico culminou em um quadro de descontrole das doenças crônicas, em especial diabetes e hipertensão.

Ainda, durante as consultas pôde-se confirmar que muitos usuários se encontram em uso incorreto da medicação, dificuldade de adesão ao tratamento por não entenderem a posologia, e dificuldade de ministrar muitos medicamentos durante o dia. Estas questões sensibilizaram a equipe de saúde que propôs uma abordagem conjunta visando suporte aos usuários quanto ao uso da medicação prescrita, e criar o vínculo dos mesmos com a equipe de saúde.

2-JUSTIFICATIVA

Justifica-se a escolha do tema pelo elevado número de usuários que apresentam dificuldades no manejo da medicação quando abordados nas consultas e nas visitas domiciliares, além do elevado número de atendimentos de casos agudos que caracterizam o uso inadequado da medicação, a falta de acompanhamento dos portadores de doenças crônicas. Aliado a esta problemática, o reduzido número de profissionais na equipe de saúde contribui para reforçar a problemática. Este conjunto de problemas levantados demonstra uma descrença nos tratamentos preconizados pelo Ministério da Saúde, acarretando o abandono do mesmo pelos usuários que sofrem de patologias crônicas sem o devido acompanhamento e planos de intervenções.

|

3-OBJETIVO

Objetivo Geral

Elaborar plano de ação para melhorar a adesão de usuários ao tratamento terapêutico na Atenção Primária à saúde.

Objetivos Específicos

- Implantar medidas para promover e garantir a adesão dos usuários ao tratamento terapêutico medicamentoso;
- Elaborar plano de ação para assegurar o acompanhamento do estado de saúde do usuário pela equipe de saúde da família.
- Assegurar o acolhimento aos usuários e maior proximidade da equipe de saúde para garantir o controle das patologias crônicas e a melhoria da qualidade de vida.

|

4-REVISÃO DE LITERATURA

4.1- ADESÃO AO TRATAMENTO

Para melhor compreensão do termo Adesão quanto conceito em saúde torna-se necessário rever algumas considerações. A primeira menção à importância dos cumprimentos à prescrição médica foi feita por Hipócrates há mais de 2.400 anos. Porém, o conceito de adesão foi apenas desenvolvido por volta do século XX por Haynes, em 1979 (TELES-CORREIA; DIOGO, 2007).

A etimologia da palavra adesão é derivada do latim “adhaesione” sendo definida como ato ou efeito de aderir, aderência, assentimento, aprovação, concordância, apoio, manifestação de solidariedade a uma ideia, a uma causa (FERREIRA, 1996). Na literatura médica, o termo adesão é utilizado para referir o seguimento das recomendações terapêuticas.

A adesão ao regime terapêutico, adesão terapêutica ou ainda adesão ao tratamento são diferentes modos de nomear o termo Adesão no âmbito da saúde (VERMEIRE; VAN ROYEN; DENEKENS, 2001). A Organização Mundial de Saúde (2003) afirma que só existe adesão ao tratamento quando o comportamento de uma pessoa, no uso de medicação, no cumprimento de uma dieta e/ou nas mudanças no estilo de vida, coincide com as recomendações feitas por profissional de saúde que o acompanha no tratamento.

A adesão pode ser considerada como “universal” quando relacionada com diversos fatores que podem estar ligados ao profissional de saúde, ao tratamento, à patologia e ao doente (JORDAN, 2000; PAULO & ZANINI, 1997; NEMES, 2000).

Quanto a “não adesão ou não cumprimento do regime medicamentoso”, podem ser verificados pelo fato de o doente não comparecer às consultas médicas e não seguir as recomendações de mudanças no estilo de vida. A não adesão é hoje conhecida como a principal causa para o aumento da morbidade e mortalidade, redução da qualidade de vida, aumento dos custos médicos e excesso da utilização dos serviços de saúde (TELLES-CORREIA; DIOGO, 2008).

Verifica-se a uma estimativa de 30 a 50% dos doentes, independentemente da doença, tratamento e prognóstico, apresentarem grande dificuldade de adesão ao tratamento terapêutico (VERMEIRE; VAN ROYEN; DENEKENS, 2001). A não adesão à terapêutica pode ser classificada em intencional, quando o doente não cumpre o tratamento, ou não intencional quando este não compreende a informação prestada pelo profissional de saúde, se esquece, ou sente dificuldade em gerir a medicação. Causas que muitas vezes são resultados de uma má comunicação entre o profissional e o doente (WHO, 2003).

Nos casos de doenças crônicas, a adesão ao tratamento terapêutico é muito importante para que o indivíduo não desenvolva outras comorbidades. Pois, a doença crônica é considerada uma enfermidade de curso prolongado com evolução gradual dos sintomas e com aspectos multidimensionais potencialmente incapacitantes, que podem afetar as funções psicológicas, fisiológicas ou anatômicas (MACHADO, 2009).

A Organização Mundial de Saúde (2011) refere que as doenças crônicas são as principais causas de morte, sendo responsáveis por 60% de todas as mortes ocorridas no mundo. Fatores de risco comuns e potencialmente modificáveis como ausência de uma dieta saudável, sedentarismo e uso de drogas lícitas, como o cigarro, explica a maior parte destas mortes. Tem-se verificado, com o avanço das tecnologias na Medicina, uma diminuição da taxa de mortalidade e um gradual envelhecimento da população. Mas o não compromisso do indivíduo com sua própria saúde, pode acarretar aumento da incidência de doenças crônicas.

As doenças crônicas são consideradas como uma epidemia na atualidade e constituem em sério problema de saúde pública, tanto nos países ricos quanto nos de média e baixa renda (BRASIL, 2008). São doenças com desenvolvimento lento, que duram períodos extensos, mais de seis meses, e apresentam efeitos de longo prazo difíceis de prever. A maioria das doenças crônicas não tem cura, como diabetes, asma, doença de Alzheimer e hipertensão. Entretanto, várias delas podem ser prevenidas ou controladas por meio da detecção precoce, mudanças no estilo de vida e acesso a tratamento adequado recomendado pelo profissional de saúde, e principalmente, pela adesão ao tratamento (WHO, 2011).

O paciente diagnosticado com doença crônica necessita, na maioria das vezes, mudar sua rotina de vida incorporando e mantendo novos comportamentos, como a alimentação balanceada, atividade física e o uso ininterrupto de medicação. O controle

da doença crônica depende de um tratamento complexo com exigências diárias contínuas que causam impacto na vida cotidiana do paciente, podendo resultar em baixos níveis de adesão (MALERBI, 2000).

Segundo a OMS (2003) a adesão ao tratamento é uma ferramenta fundamental para o gerenciamento de doenças crônicas. Os benefícios se estendem não só aos pacientes, mas também às famílias, ao sistema de saúde e à economia dos países. O paciente quando apresenta condição de saúde controlada, na maioria das vezes leva uma vida normal e economicamente ativa; a família pode se dedicar a outras atividades e deixar de lado seu papel de cuidadora; o sistema de saúde economiza com a redução de internações emergenciais e intervenções cirúrgicas e a economia ganha com o aumento da produtividade.

Entretanto, em muitos casos os pacientes não seguem ou não aderem às recomendações e orientações dos profissionais da saúde. A OMS (2003) afirma que os pacientes têm dificuldade em seguir o tratamento recomendado e que a baixa adesão ao tratamento de doenças crônicas é um problema mundial de magnitude impressionante. Nos países desenvolvidos a média de adesão entre os pacientes que sofrem de doenças crônicas não passa dos 50% e a magnitude da baixa adesão em países em desenvolvimento é ainda pior devida à escassez de recursos para a saúde e as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde.

Os fatores que podem influenciar na adesão medicamentosa são divididos em cinco grandes grupos (WHO 2003):

- *Fator social, cultural e econômico* em que se destacam o nível de escolaridade, a situação profissional, os apoios sociais, as condições de moradia, o custo dos transportes e dos medicamentos, distância do doente em relação ao local de tratamento, as situações de guerras, racismo, crenças culturais e as desigualdades sociais (BUGALHO E CARNEIRO, 2004; GIORGI, 2006; MACHADO, 2009). E também, os fatores sociodemográficos como a idade, o sexo e o estado civil (MACHADO, 2009). Entretanto segundo a WHO (2003), a idade, sexo, educação, ocupação, rendimentos, estado civil, raça, religião, etnia e vida urbana versus rural não têm sido claramente associadas à adesão.
- *Serviços prestados e os profissionais de saúde*, em que se evidencia o grau de desenvolvimento dos sistemas de saúde, o sistema de distribuição de medicamentos,

acesso aos medicamentos, nível educacional, esclarecimento dos doentes diante das dificuldades de tratamento no domicílio, recursos humanos e técnicos disponíveis nos serviços, horários e duração das consultas, conhecimentos dos profissionais de saúde acerca das doenças crônicas e a gestão da adesão ao regime terapêutico (BUGALHO & CARNEIRO, 2004; GIORGI, 2006; OLIVEIRA et al., 2007; MACHADO, 2009). De acordo com Vasconcelos et al (2005), 28,8% dos indivíduos não seguem a prescrição médica devido aos custos e a falta de conhecimentos.

- *Doença de base e comorbidades* fazem referência à gravidade dos sintomas, incapacidade física, psicológica, social e profissional, ao grau de risco que a pessoa atribui à doença, ao impacto que esta representa na sua vida (BUGALHO & CARNEIRO, 2004) e o carácter da doença (aguda ou crónica) e se esta é sintomática ou assintomática (GIORGI, 2006). Calcula-se que aproximadamente 80% dos doentes crónicos não demonstram uma adesão eficaz ao regime terapêutico (BASTOS, 2004). Outras doenças concomitantes, como a depressão ou o consumo de substâncias ilícitas ou não, também podem afetar o comportamento de adesão (BUGALHO & CARNEIRO, 2004).

- *Tratamento* o qual se destaca a complexidade, a duração e a realização de alterações frequentes na medicação, a ausência imediata de melhoria dos sintomas e os efeitos secundários da medicação (BUGALHO & CARNEIRO, 2004; GIORGI, 2006; MACHADO, 2009).

- *Paciente*, destaca-se os recursos psicológicos, os conhecimentos, as atitudes, as crenças, as percepções relativas a episódios de doença (anteriores à atual) e as expectativas da própria pessoa. Estão também incluídas a ausência de informação e o suporte para a mudança de comportamentos, a falta de capacidade, de motivação e de autoeficácia para gerir o regime terapêutico (BUGALHO & CARNEIRO, 2004; GIORGI, 2006; OLIVEIRA et al., 2007; MACHADO, 2009).

Segundo Osterberg e Blaschk (2005) os métodos para aumentar a adesão ao regime terapêutico podem ser divididos em quatro categorias principais: a educação do doente; a comunicação estabelecida entre profissionais de saúde e doente; a posologia e tipo de fármaco; a disponibilidade dos serviços de saúde em atender o doente. Para melhorar a adesão à terapêutica, o profissional de saúde deve estabelecer um vínculo sincero com o doente e seus familiares e ou cuidadores, através da escuta ativa e de uma relação

empática não ignorando as características socioculturais e a necessidade de apoio psicossocial (MACHADO, 2009).

O contingente de patologias crônicas em muitos países está crescendo continuamente. É de extrema importância que as doenças sejam compreendidas e que se tomem atitudes urgentes em relação a elas (WHO, 2005). Para compreender e lidar com o comportamento da não adesão é necessário, num primeiro momento, compreender as variáveis comportamentais passíveis de intervenção e, então, apresentar um plano de intervenção adequado à demanda.

4.2- TERRITÓRIO/ÁREA DE ABRANGÊNCIA

A Unidade Básica Independência está localizada no bairro Barreiro. A comunidade residente na área de abrangência da Unidade Básica Independência é considerada de muito elevado risco. Muitos dos moradores são dependentes do programa bolsa família, ou recebem subsídios governamentais; aposentados; trabalhadores em indústrias do próprio bairro; serviços domésticos; serviços administrativos e gerais. O território está marcado pelo tráfico de droga, criminalidade, corrupção e disputa de área por alguns grupos, na maioria composto por jovens, usuários dependentes químicos, presidiários.

De acordo com dados do quadro situacional, a principal causa de morte no território está relacionada às doenças cardiovasculares, acidentes, neoplasia.

No território encontram-se um Centro de Saúde, CRAS-Independência, dois Supermercados de médio porte, farmácias, igrejas tanto católicas e evangélicas, escolas, creches, mecânicas de autos, sacolões de verdura, padaria, cabeleireiros, lanchonetes, papelarias, manicure, costureira, academia de ginástica, pontos de ônibus, linha férrea que transporta minério e vários informais, além de uma praça. Toda a comunidade tem acesso aos serviços básicos, água, luz e telefonia. A maioria das ruas é asfaltada, e existem muitos becos, ruelas.

4.3- UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

A UBS está localizada no centro do Bairro Independência à Rua Maria Antonieta, 151 sendo uma das 20 UBS da Regional Barreiro. Possui dois pontos de ônibus ao lado da unidade facilitando o acesso da comunidade a Unidade. Funciona de segunda a sextas-feiras das 07:00 às 19:00, com atividades promocionais de saúde esporádicas durante os sábados.



Figura 1 Centro de Saúde Independência

As equipes de saúde na UBS Independência são compostas ao todo por sete médicos, seis enfermeiros, dezessete técnicos de enfermagem, seis funcionários administrativos, vinte e cinco agentes comunitários, seis dentistas, dois psicólogos, dois assistentes sociais, nove técnicos de zoonoses, dois funcionários do programa saúde da escola, três funcionários de serviços gerais, um porteiro, um guarda municipal e dois estagiários, totalizando 89 pessoas.

Dentro da regional Barreiro estão inscritos 308.663 habitantes. Na UBS Independência existem 17.832 pessoas cadastradas, divididas em seis equipes de saúde. A Unidade sofre com déficit crônico de médicos sendo que a equipe 06 já chegou a ficar por vários meses sem um médico e este profissional nunca permaneceu mais que 02 anos. A equipe 6 conta com um total de 3.648 adscritos.

4.3.1- Espaço Físico da UBS Independência

A edificação é composta por dois andares, sendo no primeiro o estacionamento para aproximadamente 10 carros e a zoonose. No segundo andar está a recepção que divide o mesmo espaço com regulação e arquivo. Na sala de observação possui duas macas, e está sempre aberta ao público, mesmo em época de greve ou paralização; a sala de espera tem uma televisão para os usuários; dois banheiros; cozinha e um pátio pequeno para o usufruto dos funcionários; sala de reunião pequena, 12 consultórios, dois banheiros para os profissionais, um almoxarifado, expurgo, sala de vacina, sala de curativo, sala da gerência em um espaço reduzido; sala de odontologia sem recepção.

A equipe 6 se encontra, no momento, completa com um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde.

4.4- ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DA COMUNIDADE

A atuação da ESF na promoção da saúde em comunidades de grande vulnerabilidade como o Centro de Saúde Independência onde os fatores baixa escolaridade, pobreza, falta de saneamento básico, drogas e outras mazelas, formam o principal perfil social da região. A atuação da equipe vai além do simples fato de atender os adscritos, pois é necessária a realização de abordagens formadoras de vínculos fortes para que as práticas de saúde sejam aceitas e seguidas pelos usuários.

Estudos recentes publicados por Backes, Backes & Erdmann (2010) referem que o principal significado da atuação profissional de uma ESF em comunidades socialmente vulneráveis está diretamente relacionado às possibilidades interativas e dialógicas levando em conta à valorização das singularidades humanas e ao fortalecimento das redes interativas e associativas. A ESF pode ser compreendida, nessa perspectiva, como uma nova ferramenta assistencial, ou seja, uma nova abordagem de intervenção em saúde na qual e pela qual os profissionais têm a possibilidade de interagir proativamente na realidade das famílias e comunidades.

4.5- INFLUÊNCIAS NA ADESÃO MEDICAMENTOSA

Um estudo controlado randomizado conduzido por Lester, Allan & Wilson (2003) mostrou que os registros retidos com pacientes (patient-held records) melhoram a comunicação e a aderência a tratamentos crônicos. O uso da comunicação na forma escrita através do uso de cartões de orientação, por exemplo, pode melhorar a aderência em tratamentos.

Num outro estudo transversal realizado por Carvalho, Duarte & Bicudo (2003) foi observado que as variáveis significativamente associadas à baixa aderência ao tratamento medicamentoso foram: baixa escolaridade, idade elevada, desemprego, baixa rendas pessoal e familiar, uso de substâncias ilícitas, estrutura familiar e comunitária desorganizada.

Um estudo realizado na Escócia sobre o atendimento a pacientes com diferentes patologias usando abordagem em grupo Balint, discutiu-se diversos temas que podem influenciar no tratamento, tais como: compreensão, aceitação, nível do controle pessoal, e motivação, demonstrando que conversar sobre a condição crônica em grupo com pessoas em situação semelhante pode melhorar a aderência.

Pesquisa randomizada realizada por Wu, Leung & Chang (2006) revelou que apoio farmacêutico em aconselhamento por telefone aos pacientes de doenças crônicas em uso de polipílulas, durante período de dois anos de acompanhamento, demonstrou redução da mortalidade e maior aderência ao tratamento. Tal estratégia pode ser útil nas Unidades de Saúde adaptando-se a realidade brasileira.

A utilização de ferramentas como a Escala ROMI (Rating of Medication Influences - Escala de Influências em Medicações) tem-se mostrado um aliado ao Médico de Família no que diz respeito à adesão medicamentosa por parte do paciente. A escala aborda, por exemplo, questões sobre o estilo de vida, local do tratamento, regime medicamentoso prescrito, atitude do paciente perante o tratamento, e a postura da família perante a condição clínica, tratamentos e orientações indicadas. Outra opção semelhante é o método SIMPLE, este sugere o uso de abordagem combinada para melhorar a aderência ao tratamento. Para entendimento do método elaborou-se o seguinte acróstico: S - Simplificação do regime terapêutico I – Intensificar a oferta dos seus conhecimentos sobre a condição do paciente M – Modificar crenças e mitos. P –

Promover a melhoria da comunicação com pacientes e familiares. L – Levantar em consideração aspectos demográficos E – Evolução da aderência, conforme apresentado na Figura 4.

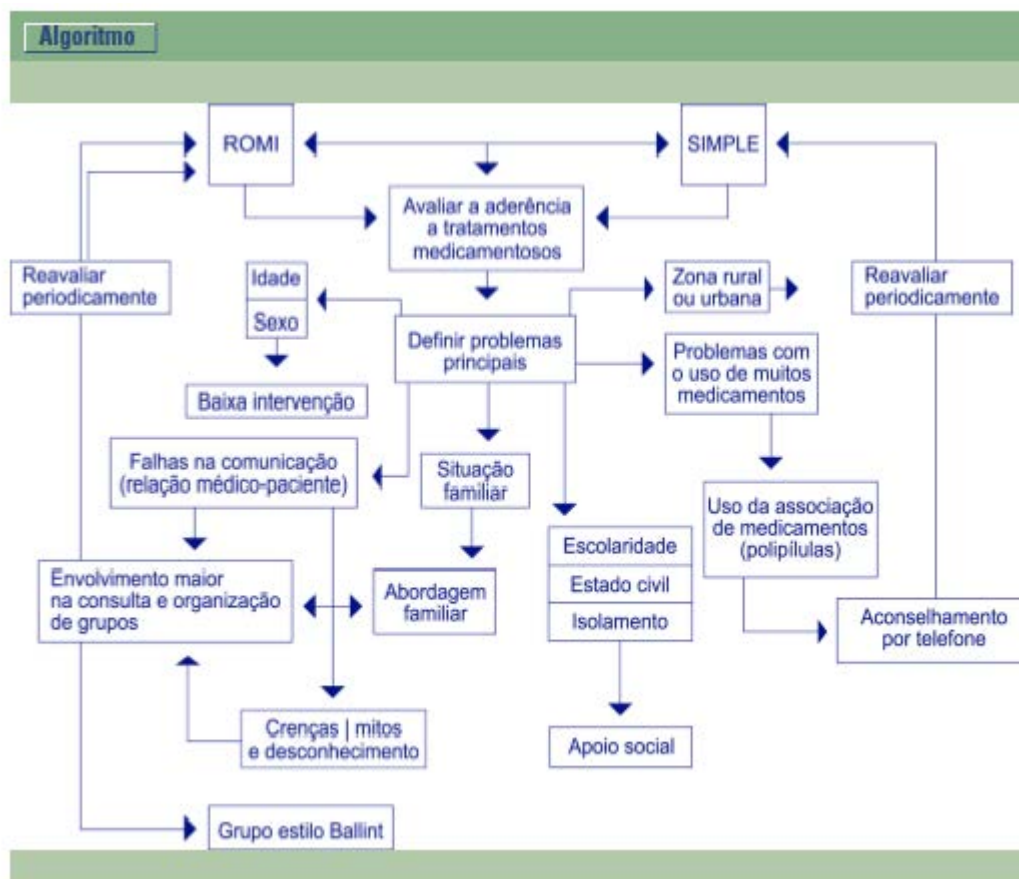


Figura 2- Algoritmos ROMI E SIMPLE

5-METODOLOGIA

Este trabalho trata-se da implantação de um projeto de intervenção a partir de medidas de controle e manejo de medicação para facilitar e aumentar a adesão aos tratamentos de doenças crônicas, preconizados pelo Ministério da Saúde. O estudo faz referência aos dados coletados no ano de 2014 na população adstrita na ESF 6 do Centro de Saúde Independência localizado no bairro Barreiro no município de Belo Horizonte, MG. O desenvolvimento do estudo contou com as orientações contidas no módulo “Planejamento e avaliação das ações em saúde” (CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS. M. A., 2010).

Para aumentar a adesão medicamentosa dos pacientes com patologias crônicas foram desenvolvidas ações conjuntas com todos os membros da equipe, contando também com a equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), Farmácia e Odontologia.

A intervenção foi elaborada a partir da divisão de três etapas, como a seguir:

-Etapa A: Após reunião com membros da equipe, apoios e gerência, foram estabelecidos os fluxos de atendimento e disponibilidade de agendas. Para os pacientes hipertensos e diabéticos que representam a grande maioria, foram determinadas o mínimo de três a quatro avaliações anuais, sendo que estas serão intercaladas entre médico e enfermeiro. Também, serão realizados grupos de atividade físicas na academia da cidade, Lian Gong, consulta com farmacêutico, nutricionista, dentista, grupos operativos sobre orientações das doenças, uso de medicação, renovação de receita e esclarecimentos de dúvidas. Os retornos das avaliações devem variar entre 90 a 120 dias e o paciente deverá sair das avaliações com os exames futuros solicitados, e quando necessário, com o agendamento da próxima avaliação.

-Etapa B: para melhorar a adesão medicamentosa serão utilizadas algumas técnicas: “Calendário Nicolas Flamel” (Os elixires da vida) emitido em toda prescrição ou renovação de receita, o qual se caracteriza por uma tabela bem estruturada com colunas horizontais constando todos os medicamentos que estão em uso, seguidos de colunas verticais divididas com espaço para determinação de quantidade/dose da medicação, e

horas caracterizadas por figuras determinando os diferentes períodos do dia e situações do cotidiano tornando a interpretação da receita mais acessível para os usuários.

“Saquinho Colorido” que é caracterizado por sacos plásticos de diferentes cores representando os períodos do dia, contendo toda a medicação que deve ser usada no decorrer do dia.

Etapa C: Aos agentes Comunitários de Saúde, visto serem os olhos da unidade de saúde na comunidade, que tem a tarefa de realizar busca ativa dos faltosos, entregar consultas a tempo hábil, identificar pacientes com situações mais adversas para serem organizadas visitas domiciliares por parte do médico, enfermeiro e equipes de apoio.

Em relação aos nós críticos é possível citar: recursos materiais para a realização do calendário Nicolas Flamel, sacos plásticos coloridos. O segundo recurso crítico seria o estímulo e engajamento de toda equipe para vencer o paradigma equipe “pepino” realizando assim um maior controle de todos os usuários até a adesão completa da medicação, estabilidade do quadro e formação de vínculo com os usuários.

Espera-se que ao final de 12 meses, no mínimo 85% dos usuários estejam com sua medicação e estado de saúde devidamente controlados e acompanhados.

5.1- PLANO DE AÇÃO

O plano de ação foi dividido em cinco passos.

Primeiro Passo: Identificação dos problemas

Após debate entre todos os membros da equipe 6, foi determinado que os principais problemas que a equipe vem enfrentado são os seguintes:

- Ausência crônica de médico na equipe com períodos superiores a 10 meses e chegando a completar 02 anos de permanência do profissional em questão.
- Dificuldade de adesão aos tratamentos devido à baixa orientação educacional dos adscritos.
- Sensação de abandono por parte dos usuários no que diz respeito ao acompanhamento do tratamento pela equipe de saúde, e não formação de vínculo entre paciente e profissional.

- Grande número de pacientes com quadro de doenças crônicas descontroladas e sem o devido acompanhamento.

Segundo Passo: Priorização dos Problemas

Junto com toda a equipe foi criada uma classificação para priorizar um plano de abordagem a ser realizado num primeiro momento. Os principais problemas foram classificados dentro dos seguintes parâmetros: importância, urgência, capacidade de enfrentamento e seleção, que pode ser observado no Quadro 1 a seguir.

Quadro 1 – principais problemas eleitos pela ESF

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Ausência crônica de médico na equipe	Alta	5	Baixa	4
Dificuldade de adesão aos tratamentos e manejo de medicamentos	Alta	5	Alta	1
Sensação de abandono por parte dos usuários no que diz respeito ao acompanhamento pela equipe de saúde	Alta	4	Média	3
Grande número de pacientes com quadro de doenças crônicas descontroladas sem o devido acompanhamento	Alta	5	Alta	2

Terceiro Passo: Descrição do Problema

Com base nas discussões em reuniões com a equipe 06 foi decidido que o principal problema a ser abordado será: a dificuldade de adesão dos usuários aos tratamentos de doenças crônicas. A equipe tem como prioridade o acompanhamento do quadro clínico do usuário desde a primeira consulta até as consultas subsequentes, para proporcionar melhor adesão ao tratamento e criar um maior vínculo entre os

profissionais da saúde e os usuários. De certa forma estas ações contemplam os outros problemas que a equipe vem enfrentando, tais como sensação de abandono por parte dos usuários no que diz respeito ao acompanhamento feito pela equipe e grande número de pacientes com quadro de doenças crônicas descontroladas.

Quarto Passo: Explicação do problema

O problema de adesão ao tratamento tem sido notado nas consultas médicas, nas orientações dos enfermeiros e nas visitas domiciliares dos ACS e equipes de saúde. Os pacientes têm apresentado muita dificuldade em administrar os medicamentos prescritos. O fato de a grande maioria destes serem pacientes crônicos, idosos, com grande quantidade de medicamentos prescritos, com diferentes dosagens e horários de administração, torna necessário o acompanhamento adequado da equipe de saúde para sanar as dúvidas e manter o tratamento correto. O problema em questão somado a ausência crônica de profissionais da saúde médico na equipe gera a falta de confiança do usuário ao tratamento devido a sensação de abandono pela equipe.

Toda a equipe percebeu que mudanças de atitudes por parte dos profissionais podem melhorar o entendimento do usuário em relação à terapêutica de seu tratamento e este se sentirá mais confiante em aceitar o tratamento e mais acolhido pelos profissionais da Unidade Básica de Saúde. Os profissionais estarão desenvolvendo novas formas de abordagem e dedicando mais tempo em explicar sobre as condições de uso de medicação nas consultas ou em visitas domiciliares, além de promover atividades que possam melhorar o entendimento sobre suas patologias e controle das mesmas.

O sistema informatizado de atendimento ajuda em muito na emissão da receita, porém, a forma como a mesma é impressa gera dúvidas e dificuldades para o entendimento do usuário que a utiliza somente para o recebimento da medicação e não como uma forma de orientação do uso.

Quinto passo: Identificação dos nós críticos

Os nós críticos identificados para o problema exposto são os seguintes:

- Dificuldade do usuário para o manejo de medicamentos devido à baixa instrução educacional;
- Receitas extensas e de difícil entendimento e uso para controle da medicação;
- Falha no processo de trabalho da equipe de saúde;
- Falta de confiança por parte dos usuários no tratamento preconizado por não se sentirem acolhidos pela equipe de saúde;

5.2- ORGANIZAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

O Quadro 2 apresenta a organização do Plano de Ação.

Quadro 2 – Organização do Plano de Ação da ESF

Ação	Resultado	Intenção	Participantes
- Apresentação da equipe - Promover informação aos usuários sobre a existência de uma equipe de profissionais preparados para o acompanhamento de sua saúde.	Usuários informados sobre o serviço de atendimentos disponível.	Aumentar informação e retorno do usuário a unidade para acompanhamento clínico.	Funcionários recepção, gerência, ESF 06, farmácia, porteiros.
Criando vínculo Agendamento de consultas para todos os pacientes com intervalos de 90 a 120 dias para reavaliação intercalando entre médicos e enfermeiros.	Formação de vínculo com os usuários, reconhecimento da situação de saúde atual, orientação sobre estado de saúde, ações e medicação.	Formação de elo com usuário retorno ao tratamento, esclarecimentos sobre medicamentos.	Médicos, Agentes comunitários de saúde, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Farmacêuticos, Dentistas.
Ferramentas	Facilitar a adesão	100% de adesão e	Médicos,

<p>Após identificação dos usuários com maior dificuldade em usar medicação iniciar o uso dos acessórios, Calendário Nicolas Flamel, Saquinhos coloridos.</p>	<p>medicamentosa por parte dos usuários, tornando o tratamento mais acessível e fácil.</p>	<p>uso correto da medicação.</p>	<p>Agentes comunitários de saúde, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Farmacêuticos, Dentistas.</p>
<p>Ação Satélite Rastreamento na comunidade de todos adscritos que não estejam sendo acompanhados, seja por motivo de desinformação ou por motivos de restrição ao leito.</p>	<p>Reconhecimento de todos adscritos com necessidade de acompanhamento e que não estavam fazendo de forma adequada.</p>	<p>Prevenção e promoção da Saúde. Adesão correta ao tratamento medicamentoso.</p>	<p>Agentes comunitários de saúde, Médico, Enfermeiros, Técnicos Enfermagem, População.</p>

6-CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou que todos integrantes da ESF 06 do Centro de Saúde Independência conhecessem mais a fundo os problemas que a equipe vem enfrentando há muito tempo, os quais tratam da falta de profissionais, a falta de vínculo com usuários, e o descontrole de patologias crônicas dos adscritos. Todo o processo do estudo viabilizou que a equipe revesse e avaliasse suas ações para melhorar seus indicadores para beneficiar o maior número de usuários com serviço e atendimento de qualidade.

Estão sendo postas em práticas as diretrizes e ações sugeridas pela literatura para melhorar o vínculo do usuário com a equipe e aumentar a adesão medicamentosa. O fato de uma ESF ser formada por multiprofissionais e estar engajada em realizar atividades que possam melhorar a qualidade de vida e tratamento do paciente, tem sido o primeiro grande passo para obtenção do sucesso na proposta de intervenção estabelecida.

Sendo assim, as estratégias de abordagem estabelecidas em conjunto pelos membros da Equipe 06 estão voltadas, principalmente, para criação e melhoria das ações ofertadas aos usuários com quadros crônicos descontrolados, sem adesão medicamentosa e sem vínculo formado. Também, espera-se o envolvimento e o compromisso de todos os membros da equipe no cumprimento das metas poderá promover melhorias nos indicadores da Equipe, e proporcionar atendimento de qualidade e eficaz para todos os usuários.

REFERÊNCIAS

BACKES, DS, ERDMANN, AL; BUSCHER, A. O cuidado de enfermagem como prática empreendedora: oportunidades e possibilidades. *Acta paulista de enfermagem*. [Internet]. 2010 June; 23(3): 341-347. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>

BASTOS, FERNANDA SANTOS. *Adesão e Gestão do Regime Terapêutico do Diabético Tipo 2: Participação das Esposas no Plano educacional*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade do Porto. Faculdade de Medicina, 2004.

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

BUGALHO, ANTÔNIO; CARNEIRO; ANTÔNIO VAZ. *Intervenções para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crônicas*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência, 2004.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS. M. A. *Planejamento e avaliação das ações em saúde*. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 02 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CARVALHO CV, DUARTE DB, MERCHAN E, BICUDO E, LAGUARDIA J. Determinantes da aderência à terapia antiretroviral combinada em Brasília, Distrito Federal, Brasil, 1999-2000. *Cad Saúde Pública*, 2003;19:593-604.

FERREIRA, A.B. H. *Dicionário Aurélio Electrónico*. Editora Nova Fronteira, 1996.

GIORGI, DANTE MARCELO ARTIGAS. Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Revista Brasileira de Hipertensão*. 13 (1). (Janeiro/Março 2006). Pp. 47-50.

JORDAN MS. Aderência ao tratamento antirretroviral em Aids: revisão da literatura médica. In PR Teixeira et al. *Tá difícil de engolir?* Editora Nepaids, São Paulo, 2000.

LESTER H, ALLAN T, WILSON S, JOWETT S, ROBERTS L. A cluster randomized controlled trial of patient-held medical records for people with schizophrenia receiving shared care. *Br J Gen Pract*, 2003;53:197-203

MACHADO, MARIA MANUELA. *Adesão o Regime Terapêutico: Representações das Pessoas com IRC sobre o contributo dos Enfermeiros*. Instituto de Educação e Psicologia. [em linha]. 2009 [Consult. 29 Set. 2009]. Disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt>

MALERBI, F. E. K. *Adesão ao tratamento*. Em R. R. KERBAUY (Org.), *Sobre o comportamento e cognição: psicologia comportamental e cognitiva. Conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico* – Vol. 5 (pp. 148–155). Santo André: ARBytes, 2000.

NEMES MIB. *Aderência ao tratamento por anti-retrovirais em serviços públicos no Estado de São Paulo*. Ministério da Saúde, Brasília, 2000.

OLIVEIRA, ERNANI COIMBRA. *Verificação e Análise do Conhecimento e Adesão à Terapêutica Medicamentosa Prescrita Durante a Alta Hospitalar*. Revista Científica da FAMINAS. 3(1). Muriaé, 2007.

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. – Adherence to Medication. *New England Journal of Medicine*. 353:5, 2005, 487-497

PAULO LG & ZANINI AC. *Compliance: sobre o encontro paciente/médico*. IPEX Editora, São Roque, 1997.

TELLES-CORREIA, DIOGO. Adesão nos Doentes Transplantados. *Acta Médica Portuguesa*, 20 (1). Pp. 73-85, 2007.

TELLES-CORREIA, DIOGO. Validação do Questionário Multidimensional da Adesão no Doente com Transplante Hepático. *Acta Médica Portuguesa*. 21 (1). Pp. 31-36, 2008.

VASCONCELOS, FRANCISDA DE FÁTIMA ET AL. Utilização Medicamentosa por Idosos de uma Unidade Básica da Família de Fortaleza. *Acta Paulista de Enfermagem*. 18 (2). Pp. 178-183, 2005.

VERMEIRE E, VAN ROYEN, P DENEKENS J. Patient Adherence to Treatment: Three Decades of Research. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 26 (5). 331-342, 2001.

WHO - *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. WHO. (Cap. XIII, pp. 107-114). 2003

WHO - *Preventing chronic diseases: a vital investment*. 2005

Disponível em: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_port.pdf

WHO - *Global health observatory data repository*. Geneva: World Health Organization; 2011.

WU JY, LEUNG WY, CHANG S, LEE B, ZEE B, TONGg PC, et al. Effectiveness of telephone counselling by a pharmacist in reducing mortality in patients receiving polypharmacy: randomised controlled trial. *BMJ*, 2006;333:522.