

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – UNIFESP
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS

**ADESÃO AO TRATAMENTO DE PACIENTES PORTADORES DE DOENÇAS
CRÔNICAS: UM DESAFIO PRÁTICO**

FÁBIO SAVOY

Orientadora: Aline Fiori dos Santos Feltrin

São Paulo

2015

1. Introdução

Com os avanços da economia, tratamento médico e a qualidade de saneamento básico e educação, a expectativa de vida da população do Brasil, em geral, vem aumentando. Em contrapartida, com estes avanços, observa-se a presença de outros novos hábitos, como: sedentarismo e dieta rica em gorduras, ocasionando o desenvolvimento de doenças crônicas, que tem se tornado mais comum na rotina de atendimento médico.^{1,2}

A distribuição de renda e cultura é muito heterogênea no Brasil, tornando possível a presença de grandes bolsões de pobreza e baixo nível intelectual, principalmente, nas periferias das médias e grandes cidades. Com o aumento da expectativa de vida, esse cenário indica um grande problema de saúde pública: pessoas vivendo mais, com doenças crônicas, principalmente diabetes melitus, dislipidemia e hipertensão arterial essencial, com grande dificuldade de adesão ao tratamento, por dificuldade de ler, entender e realizar as orientações das prescrições médicas, dificuldade de assimilar a importância da mudança do estilo de vida, gerando complicações dessas principais doenças, como: infarto agudo do miocárdio, insuficiência renal, vasculopatias e acidente vascular cerebral. Em virtude desta nova realidade, acredita-se na importância do desenvolvimento de atitudes para mudar este paradigma.²⁻⁴

Adesão, do latim *adhaesion*, significa, do ponto de vista etimológico junção, união, aprovação, de acordo, manifestação de solidariedade, apoio; pressupõe relação e vínculo. Adesão ao tratamento é um processo multifatorial que se estrutura em uma parceria entre quem cuida e quem é cuidado; diz respeito, à frequência, à constância e à perseverança na relação com o cuidado em busca da saúde. Portanto, o vínculo entre profissional e paciente é fator estruturante e de consolidação do processo, razão pela qual deve ser considerado para que se efetive.¹

Os objetivos do tratamento dos problemas crônicos de saúde são reduzir a morbimortalidade e manter a qualidade de vida das pessoas enfermas. As crescentes evidências de várias partes do mundo sugerem que os pacientes melhoram ao receber tratamento eficiente e apoio regular.⁵

A falta de adesão ao tratamento de hipertensão arterial e diabetes melitus é um grave problema de saúde pública, pois resulta na morte de 400 mil brasileiros hipertensos e 36 mil diabéticos por ano. Também acarretam graves complicações, evoluindo para hospitalizações, agravos sociais por absenteísmo no trabalho, elevados custos com internações de longa permanência, invalidez, aposentadoria e outros.²⁻⁵

Dentre os fatores que interferem na adesão ao tratamento estão a idade do paciente, sexo, nível social e econômico.⁶

É sabido que pessoas que vivem em situação econômica precária estão mais expostas ao risco de adoecer e morrer, quadro este que se intensifica em populações mais desprotegidas ou vulneráveis, como crianças e idosos.⁷ Sabe-se que uma grande parte dos pacientes que utilizam medicamentos contínuos, principalmente anti-hipertensivos, são os idosos que, certamente apresentam uma maior dificuldade no entendimento e compreensão relacionado a importância da utilização de tais medicamentos.⁴

Países de renda baixa e média são os que mais contribuem para o aumento na carga das condições não transmissíveis. Na China ou Índia, isoladamente, existem mais óbitos atribuídos a cardiopatias do que em quaisquer outros países industrializados combinados. De fato, em 1998, 77% do total de óbitos em decorrência de condições não transmissíveis ocorreram em regiões de baixa renda e média, bem como 85% da carga global das doenças. Infelizmente, esses países tem grande impacto das condições crônicas, enquanto continuam a lidar com doenças infecciosas agudas, desnutrição e problemas relacionadas à saúde materna.^{4,7,8}

A escolaridade e a renda têm sido associadas à melhoria na qualidade de vida e longevidade. No Brasil, apesar de ocorrer melhora na taxa de analfabetismo, quando comparado há 10 anos atrás, ainda é muito grande o número de idosos que não sabem ler e escrever.⁹

Com o propósito de oferecer subsídios para o planejamento local de ações de saúde, o presente estudo tem como objetivo apoiar o paciente com

doença crônica (com baixo nível sócio-cultural) com dificuldade de adesão ao tratamento, com acompanhamento multiprofissional.¹⁰

2. Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Identificar as principais dificuldades de adesão ao tratamento dos doentes crônicos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde.

2.1 Objetivos Específicos

Selecionar os pacientes com necessidade de acompanhamento mais próximo: pacientes hipertensos, diabéticos e dislipidêmicos de difícil controle;

Integrar a equipe do NASF com a equipe de saúde da família;

Identificar a importância de todos os profissionais na adesão ao tratamento dos doentes crônicos;

Integrar equipamentos sociais no tratamento;

Organizar orientações, sugestões e condutas para acompanhamento de pacientes com doenças crônicas com dificuldade de adesão ao tratamento, por motivos: analfabetismo e baixas condições sócio-econômicas.

3. Metodologia

3.1 Cenário de estudo

O presente projeto de intervenção tem como localização a Unidade Básica de Saúde Novo Horizonte, Jundiaí, São Paulo. Uma unidade de atendimento Mista, com presença, no mesmo meio físico, de atendimento tradicional e estratégia de saúde da família. Um bairro afastado do centro da cidade, com população estimada de 60 mil pessoas. Com grandes bolsões de violência, pobreza e alto índice de analfabetismo.

3.2 Sujeitos da intervenção

Usuários da Unidade de Saúde com doenças crônicas (hipertensão arterial, diabetes melitus e dislipidemias), que apresentam dificuldade no controle e adesão ao tratamento, por diversos motivos, entre eles: analfabetismo, baixo nível sócio-cultural, abandono de familiares e pobreza.

3.3 Estratégias e ações

1º Identificação do paciente com dificuldade de adesão e controle de doenças crônicas, a participação do agente comunitário de saúde é fundamental, pois este permanece em íntimo contato com a realidade da população.

2º Realizar visitas domiciliares frequentes.

3º Realizar e incentivar a participação em grupos, na unidade básica de saúde ou em ferramentas sócias (igrejas, centro comunitário e parques)

4º Separar período na agenda para esse grupo de pacientes, com consultas de maior duração e intervalos menores.

5º Solicitar apoio do NASF (núcleo de apoio à saúde na família) e assistente social.

6º Incentivar presença de parentes ou cuidadores em consultas e orientar da importância e responsabilidade ao tratamento médico.

7º Fornecer ou orientar a construção de caixas com separações de medicamentos, para facilitar adesão medicamentosa.

8º Incentivar e orientar atividades físicas, dentro e fora da unidade.

Tais ações deverão ocorrer de forma constante, não necessariamente nesta sequência, mas de forma particularizada, de acordo, com a necessidade do paciente. Com o aumento da prevalência de doenças crônicas e da sobrevida, a demanda se torna constante.

A participação do médico em todas as ações é fundamental, porém não primordial, o atendimento multiprofissional terá que ocorrer em total harmonia para obtenção de resultados satisfatórios.

3.4 Monitoramento e Avaliação

O projeto de intervenção tem como público alvo, portadores de doenças crônicas, com isso, o monitoramento e avaliação de resultados deverá ser contínua e constante. Serão realizados registros em prontuário da situação clínica e laboratorial dos pacientes antes, durante e após a intervenção, com consolidação dos dados ao final das etapas, para verificar melhorias clínicas e laboratoriais, bem como melhorias relatadas pelos pacientes em relação às suas condições de vida.

4. Resultados Esperados

O resultado esperado para o projeto de intervenção é a melhora na qualidade de vida, diminuição de gastos públicos com interações e tratamento de sequelas, secundária a doenças crônicas.

5. Cronograma

Atividades	Ago/14	Set/14	Out/14	Nov/14	Dez/14	Jan/15	Fev/15
Escolha do tema	X						
Elaboração do projeto		X	X	X			
Levantamento da Literatura	X	X	X	X	X	X	
Levantamento de dados			X	X			
Revisão final do projeto				X	X	X	
Finalização do projeto						X	
Apresentação do projeto							

5. Referências Bibliográficas

1. SILVEIRA, LMC.; RIBEIRO, VMB. Compliance with treatment groups: a teaching and learning arena for healthcare professionals and patients, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.16, p.91-104, set.2004/fev.2005
2. ALVES, AB.;CALIXTO, FTAA.; Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior. Curso de Enfermagem da Universidade Paulista, Campinas-SP, Brasil,2012.
3. AZEVEDO, SCR.; VAM.; ET et al; Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde, dez 2006.
4. Organização Mundial de Saúde; Relatório Mundial; Cuidados Inovadores para Condições Crônicas; 2002.
5. A, ST; U,SGP; Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte, jan 2007.
6. Rejane B. Araújo, Iná dos Santos, Marcelo A. Cavaleti, Juvenal S. D. Da Costa e Jorge U. Béria; Avaliação do cuidado prestado a pacientes diabéticos em nível primário; departamento de medicina social da universidade ferederal de Pelotas , RS-Brasil vol 33 número 1 fev 1999.
7. Paiva, PCD, BERSUSA, SAA; ESCUDER,LMM; Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(2):377-385, fev, 2006.
8. Barbosa, BGR; Lima, CKN; Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e Mundo. *Rev Bras Hipertens* vol.13(1): 35-38, 2006
9. WHO. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Genebra 2003.
10. Coelho EB, Moysés Neto M, Palhares R, et al. Relação entre a assiduidade àsconsultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos.*Arq Bras Cardiol* 2005;85(3):157-61.