



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**



## **CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Programa de adesão ao tratamento em doentes crônicos na USF Jardim Carla,  
Santo André-SP**

**Bianca Cristina Araujo Rama**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
à Universidade Federal de São Paulo para  
obtenção do Título de Especialista em Saúde  
da Família.**

**Orientador(a): Edinalva Neves Nascimento**

**São Paulo**

**2016**

# SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	2
2. OBJETIVOS .....	4
2.1 Geral .....	4
2.2 Específico(s) .....	4
3. REFERENCIAL TEÓRICO .....	5
4. MÉTODO .....	6
4.1 Local .....	6
4.2 Participantes .....	6
4.3 Ações .....	6
4.4 Avaliação e Monitoramento .....	7
5. RESULTADOS ESPERADOS .....	8
6. CRONOGRAMA .....	9
7. REFERÊNCIAS .....	10

# 1. INTRODUÇÃO

O perfil epidemiológico da saúde brasileira vem sofrendo mudanças significativas nos últimos tempos. Ao longo da última década, as doenças crônico-degenerativas têm aumentado sua incidência, sendo as mais frequentes Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. As principais causas para este aumento são o envelhecimento populacional e a persistência de maus hábitos de vida como: o tabagismo, o sedentarismo, a alimentação inadequada, a obesidade, a dislipidemia e o consumo de álcool.

No Brasil, cerca de 60 a 80% dos casos de Hipertensão Arterial (HA) e Diabetes Mellitus (DM) podem ser tratados na rede primária de saúde, necessitando apenas de medidas preventivas e de promoção de saúde. A atenção primária trata-se do primeiro nível de atenção à saúde, o qual nos anos 90 recebeu o reforço do Programa de Agentes Comunitário (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF). Tais programas reafirmaram seu conceito e reorganizaram suas práticas num ambiente em equipe e participativo, dirigido a populações de territórios bem delimitados. Por conta das suas grandes importâncias funcionais, atualmente os consideram como uma estratégia.

O país, através do Ministério da Saúde (MS), também criou inúmeros programas para o controle das doenças de maior impacto na população. No caso da HA e do DM, o MS publicou o Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes Mellitus - Hiperdia. Este programa promoveu a reorientação da Assistência Farmacêutica proporcionando o fornecimento contínuo e gratuito de medicamento, além do monitoramento das condições clínicas de cada usuário.

Entretanto, a simples criação de políticas e/ou programas para a prevenção das doenças cardiovasculares pode não ser garantia de resolutividade do problema. Para isso, faz-se necessário a adesão do usuário ao esquema terapêutico proposto. Tal adesão depende de três fatores: do mesmo estar ciente de sua condição de saúde e comprometido com o tratamento, dos profissionais de saúde através dos esclarecimentos e incentivos e do apoio familiar.

A dificuldade no controle destas doenças encontra-se a partir do momento em que o tratamento é proposto pela equipe de saúde e não é praticado pelo paciente. Adesão ao tratamento pode ser considerada como *o grau de cumprimento das medidas terapêuticas indicadas, sejam elas medicamentosas ou não, com o objetivo de manter os parâmetros de controle em níveis normais. Esta falta de controle sobre a doença acarreta grandes problemas na saúde, como uso irracional de medicamentos e agravos no processo patológico - tendo como consequência maiores custos a saúde pública do país*

devido ao aumento no número de casos de intoxicações e internações hospitalares.

A condução de pesquisas capazes de dimensionar a não aderência ao tratamento dessas doenças e retratá-la em um contexto definido representa uma importante estratégia para comparação, compreensão e produção de evidências para os serviços e profissionais de saúde. Assim, estudos de base populacional constituem uma das modalidades mais relevantes para investigação do uso de medicamentos, especialmente em países que carecem de sistemas de informação e inquéritos nacionais periódicos .

O objetivo do presente trabalho é analisar a não adesão à terapia farmacológica contínua e fatores associados, e através deste dado propôr intervenções para sua melhora.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Reduzir as complicações de doenças crônicas - implicando na melhora da qualidade de vida dos doentes e redução do gasto da saúde.

### **2.2 Específico(s)**

1. Listar as principais causas de não adesão ao tratamento por doentes crônicos;
2. Elaborar projeto de intervenção para melhoria da adesão ao tratamento neste grupo tendo como base as principais causas listadas no item acima.

### **3. REFENCIAL TEÓRICO**

Ao longo da última década, as doenças cardiovasculares, principalmente a doença coronariana isquêmica (infarto do miocárdio), acidente vascular cerebral, doença hipertensiva e insuficiência cardíaca congestiva se tornaram as principais causas de mortalidade em todo o mundo, representando cerca de 30% de todas as mortes e até 50% da mortalidade pelo conjunto das Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Estas causam, por si só, representam 17 milhões de mortes no mundo.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que em países desenvolvidos a não adesão a terapias de longo prazo gira em torno de 50%, sendo que estes valores são superiores em países menos desenvolvidos . Além da repercussão na qualidade de vida dos pacientes, a falta de tratamento também gera altos custos para a saúde pública, devido à internações decorrentes de complicações/agudizações e uso incorreto e inadvertido de medicamentos.

Dados do SINITOX registraram no Brasil, aproximadamente 26 mil notificações por medicamentos. Neste levantamento, observou-se um total de 87 óbitos. Considerando que os custos por internações hospitalares girem em torno de 513 reais por pessoa intoxicada por dia e estimando-se que de cada quatro intoxicações no Brasil, ocorre uma internação, o prejuízo que a sociedade arcaria seria de R\$ 641 milhões por ano.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 Local**

Unidade de Saúde da Família Jardim Carla, Santo André-SP

### **4.2 Participantes (público-alvo)**

Portadores de doenças crônicas da Unidade de Saúde .

### **4.3 Ações**

A adesão dos usuários pode ser avaliada por dois testes padronizados: Batalla e Morinsky-Green ( FIGURA 1) adaptado de maneira independente. O teste Batalla é composto por 3 (três) perguntas e mensura a adesão através do conhecimento do usuário sobre sua doença. De forma distinta, o teste de Morinsky-Green é composto por 4 (quatro) perguntas e mensura adesão por meio das atitudes do paciente quanto a utilização dos medicamentos. Ambos os teste consideram os aderentes os usuários que respondem corretamente todos os questionamentos.

As entrevistas devem ser realizadas uma única vez durante a espera das avaliações médicas periódicas, sendo os dados coletados através de um questionário estruturado. As características socioeconômicas observadas foram as seguintes: idade, sexo, estado civil, número de pessoas que residem na casa do usuário, grau de escolaridade e renda familiar. Entre as características relacionadas à doença e ao tratamento, observaram-se: a doença apresentada, a queixa relacionada à doença, os fatores de risco (tabagismo, alcoolismo e sedentarismo), o tempo de doença, as informações sobre o medicamento prescrito e a orientação sobre o uso correto da medicação.

A partir dos dados obtidos nestes questionários, a equipe de saúde da família avaliará programas para a melhora da adesão medicamentosa que contemple as principais dificuldades listadas pelo grupo pesquisado.

### **4.4 Avaliação e Monitoramento**

Após a implantação do programa para melhor adesão ao tratamento medicamentoso, o monitoramento deverá ser feito pela equipe de saúde semestralmente, através de exames que possam avaliar o controle das doenças crônicas neste grupo, e através da aplicação de novo questionário de Batalla e Morinsky-Green.

ITENS	PONTUAÇÃO	
1. Alguma vez você se esqueceu de tomar os medicamentos para sua doença?	Sim (0)	Não (1)
2. Alguma vez você foi descuidado com os horários de tomar os medicamento?	Sim (0)	Não (1)
3. Alguma vez você deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por se sentir melhor?	Sim (0)	Não (1)
4. Alguma vez você deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por iniciativa própria, após ter se sentido pior?	Sim (0)	Não (1)
Na ocorrência de pelo menos uma resposta sim, aplicar as duas questões seguintes.		
	Motivação	Conhecimento
5. Você foi informado sobre a importância e benefício de usar o medicamento?	—	Sim/não
6. Você se esquece de repor os medicamentos antes que terminem?	Sim/não	—

Score: 0 a 1 = baixa adesão; 2 a 3 = média adesão; 4 pontos = alta adesão

\*Adaptado de MORISKY et al.<sup>28</sup>

**FIGURA 1.** Medida de adesão a tratamentos modificada



## **5. RESULTADOS ESPERADOS**

É esperado como resultado neste projeto, a confecção de uma lista de motivos que levam os pacientes doentes crônicos a não adesão do tratamento, para a partir desta podermos propor mudanças pontuais que ajudarão no controle da doença, aumentando a qualidade de vida e sobrevida dos portadores de tais afecções, além de contribuir para a organização de recursos da saúde pública destinados à estas patologias - investindo em maior número e qualidade de medicamentos, novas tecnologias e melhor qualidade de internação quando necessário.

## 6. CRONOGRAMA

<b>Atividades</b>	<b>Agosto 2016</b>	<b>Setembro 2016</b>	<b>Outubro 2016</b>	<b>Novembro 2016</b>	<b>Dezembro 2016</b>	<b>Janeiro 2017</b>	<b>Fevereiro 2017</b>
Revisão Bibliográfica	X						
Aprovação no Comitê de Ética							
Treinamento da equipe		X					
Implantação das Ações		X	X	X	X		
Monitoramento e ajustes			X	X	X		
Análise dos dados						X	
Apresentação dos resultados							X
Acompanhamento do Projeto							X

## 7. REFERÊNCIAS

1. Batalla Martínez C, Blanquer Laguarda A, Ciurana Misol R, Garcia Soldevilla M, Jordi Cases E, Pérez Callejón A. Cumplimiento de la prescripción farmacológica en pacientes hipertensos. *Aten Primaria*. 1(4):185-191, 1984.
2. Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. Teste de MoriskyGreen e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Rev. Saúde Pública*. 46(2): 279- 289, 2012.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Sishiperdia; 2010 [acessado 2010 nov. 11]. Número de diabéticos, hipertensos e diabéticos com hipertensão por sexo, tipo e risco agrupado por município, período de 05/2002 até 10/2010 UF: PI. Disponível em: <http://www.hiperdia.datasus.gov.br>.
4. Fiocruz. Sinitox; 2010. Casos Registrados de Intoxicação Humana por Agente Tóxico e Trimestre. Brasil, 2008. [acessado 2015 dezembro 12]. Disponível em: [http://www.fiocruz.br/sinitox\\_novo/media/tab01\\_medicamentos\\_2008.pdf](http://www.fiocruz.br/sinitox_novo/media/tab01_medicamentos_2008.pdf)
5. Goulart FAA; Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011
6. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa : elemento para discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003; 8:775-82
7. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
8. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n o 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2011; 24 out.
9. Valle EA, Viegas EC, Castro CAC, Toledo Jr AC. A adesão ao tratamento. *Rev. Bras. Clín. Terap* 2000; 26(3):83-86. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10
10. Rozenfeld S, Valente J. Estudos e utilização de medicamentos: considerações técnicas sobre a coleta e análise de dados. *Epidemiol Serv Saúde* 2004; 13:115-23