

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

ODAIL DA SILVA REZENDE JÚNIOR

BAIXA ADERÊNCIA AO TRATAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Governador Valadares/ MG
2014

ODAIL DA SILVA REZENDE JÚNIOR

BAIXA ADERÊNCIA AO TRATAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

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.

Orientador: Prof. Dra Ana Cláudia Porfírio Couto

ODAIL DA SILVA REZENDE JÚNIOR

BAIXA ADERÊNCIA AO TRATAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

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.

Orientador: Prof. Dra Ana Cláudia Porfírio Couto

Banca Examinadora

Prof. Ana Cláudia Porfírio Couto - Orientadora

Prof. Ivana Montandon Soares Aleixo - Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte, em 22/03/2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela existência e pelas inúmeras oportunidades de aprendizado.

À minha família, pelo incentivo e apoio ininterruptos.

À minha namorada, pela ajuda imprescindível na elaboração do trabalho.

À tutora, pela paciência e boa vontade.

E a todos que colaboraram de alguma forma,

O meu muito obrigado!

RESUMO

A adesão ao tratamento é fundamental na consolidação das ações em saúde desenvolvidas na atenção primária, principalmente na criação de uma população consciente e estável clinicamente. A baixa aderência à terapêutica representa um obstáculo encontrado hoje na equipe verde de saúde da família do bairro Santa Cruz, município de Coronel Fabriciano- MG, sendo considerada a causa principal de insucesso no processo de trabalho. Realizando um diagnóstico situacional com a equipe de saúde e priorizando a baixa adesão ao tratamento como problema principal, percebeu-se que poderíamos mudar a realidade local através da elaboração um plano operativo que modifique a alta prevalência do problema selecionado e melhore o estado de saúde dos usuários. O objetivo deste trabalho é realizar um plano de ação para aumentar a aderência ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso na atenção primária, com vistas de aprimorar a resolutividade das ações em saúde e os indicadores de qualidade locais. Trata-se de uma análise interpretativa e crítica das ideias desenvolvidas por inúmeros autores pesquisados, a partir de uma revisão da literatura na Biblioteca Virtual em Saúde. Com o estudo, foi possível conhecer que as necessidades primordias dos usuários são: desenvolver o conhecimento do usuário sobre a doença enfrentada, para que possa entender a importância da terapêutica proposta; desenvolver o autocuidado; desmitificar crenças; fortalecer o vínculo profissional-paciente; aumentar a participação popular; melhorar a autoestima do indivíduo; aumentar o acesso do usuário aos medicamentos essenciais das doenças mais prevalentes da área adscrita e diminuir a dependência das drogas com conseqüente aumento na adesão terapêutica. Espera-se que o paciente possa ter a sua condição controlada, podendo, na maioria das vezes, manter uma vida normal e economicamente ativa.

Descritores: adesão ao tratamento, atenção primária à saúde e abandono do paciente.

ABSTRACT

Adherence to treatment is essential in the consolidation of health actions undertaken in primary care, especially in creating a conscious and medically stable population. The low adherence to therapy is an obstacle found today in green health team of the Santa Cruz district of Coronel Fabriciano MG - family neighborhood , is considered the main cause of failure in the work process . Conducting a situation analysis with the healthcare team and prioritizing the poor adherence to treatment as the main problem, it was realized that we could change the local situation by drafting an operating plan that modify the high prevalence of selected problem and improve the health status of users. The objective of this work is to make a plan of action to increase adherence to medication and non-medication in primary care, aiming at improving the efficiency of health actions and indicators for local quality. This is an interpretive and critical analysis of the ideas developed by many authors surveyed from a literature review on the Virtual Health Library With the study, we know that the primordial needs of users are to develop the user's knowledge about the disease faced , so you understand the importance of the proposed treatment develop self care ; demystify beliefs , strengthen the doctor-patient relationship; increase popular participation , improve self-esteem of the individual; increase user access to essential medicines of most prevalent diseases of enrolled area and reduce dependence on drugs with consequent increase in adherence . It is expected that the patient may have to their controlled condition and may, in most cases, maintaining a normal, active life economically.

Keywords: adherence to treatment, primary health care and patient abandonment.

LISTA DE ABREVIATURAS

Programa de Saúde da Família	PSF
Estratégia de Saúde da Família	ESF
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	IBGE
Unidade Básica de Saúde	UBS
Planejamento Estratégico Situacional	PES
Conselho Municipal de Saúde	CMS

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos de baixa aderência ao tratamento na atenção primária.	21
Quadro 2 – Propostas de ações para a motivação dos atores	21
Quadro 3 – Plano Operativo	23

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	13
3 OBJETIVOS	14
3.1 Objetivo Geral	14
3.2 Objetivo Específico	14
4 MÉTODO	15
5 DESENVOLVIMENTO	16
5.1 Plano de Intervenção	17
6 CONCLUSÃO	24
7 REFERÊNCIAS	26

1 INTRODUÇÃO

Para substituir o modelo fragmentado, hegemônico, hospitalocêntrico, de assistência à saúde, com caráter curativo, o Ministério da Saúde criou em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), sendo considerado mais para frente uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

O PSF teve como objetivo de mudar o modelo tradicional através da priorização de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde de forma integral e contínua. Abordar assuntos que antes eram tidos como secundários ou nem mesmo discutidos, como o exercício multiprofissional das ações, o estreitamento do relacionamento profissional-usuário, a participação popular e o acolhimento cada vez mais humanizado (BRASIL, 2008).

Descrevendo um pouco sobre a minha área de atuação, Coronel Fabriciano, um município localizado na região leste do Estado de Minas Gerais, sua população é estimada em 103.694 habitantes (IBGE, 2009); sendo 3,7% do total da população, em média, residente na região rural, denominada Cocais dos Arruda. Situa-se na região conhecida como Vale do Aço, localizando-se a nordeste da capital do estado, distando desta cerca de 200 quilômetros.

O município foi dividido estrategicamente em sete regiões de saúde, cada uma delas com 18.000, em média; à exceção da zona rural, cuja população está estimada em 3.500 habitantes. Cada uma destas regiões possui Unidade Básica de Saúde para atender à demanda da população referenciada. Os serviços de média complexidade estão localizados, em sua maioria, na região central do município.

Apresenta uma área total de 221, 049 km², assim como uma concentração habitacional de 473,37 hab./km². Com um número aproximado de 29.990 famílias, sendo 29.635 urbanas e 354 rurais e com 31.635 domicílios, sendo 31.262 urbanos e 373 rurais (IBGE 2010).

Atuo como médico no bairro Santa Cruz, o mais populoso da cidade. A unidade de saúde compõe-se de cinco equipes de ESF, a minha em específico abrange um total aproximado de 860 famílias, onde na maioria a base da subsistência é o pai. Os empregos que se destacam são auxiliares de serviços gerais, pedreiro, doméstica, trabalhadores das siderurgias da região e pequenos comércios locais. Grande parte da população é carente e é grande o índice de analfabetismo (destacando-se os idosos).

Em relação à estrutura física da unidade, ela conta com: oito consultórios, uma enfermaria, uma sala de curativo, uma sala de espera e para procedimentos de nebulização, uma recepção, um consultório ginecológico, uma farmácia, uma sala de vacina, dois consultórios de odontologia, uma sala da supervisão, uma sala de arquivo, um escovário, uma sala de reunião, quatro banheiros, uma cozinha e duas salas de dispensa, tudo isso dividido em dois blocos de construção.

Nossa equipe conta com onze agentes de saúde, uma técnica de enfermagem, uma enfermeira e um médico. Reunimos semanalmente para discutir a nossa programação, debater assuntos peculiares do dia-a-dia do trabalho e dúvidas diversas que possam surgir.

A rotina semanal é composta de demandas agendadas (atenção programada), demandas espontâneas (condições agudas), grupos operativos (hiperdia, saúde mental), pré-natal, puericultura, exames preventivos ginecológicos e outras atividades rotineiras da atenção primária.

Sempre priorizamos a flexibilidade do trabalho, através da opinião de todos os profissionais na formação de uma escala resolutiva, que atenda e encaixe nas atividades de vida diária de nossos usuários.

Avaliando e discutindo com a equipe nas reuniões semanais, chegamos a algumas idéias semelhantes em relação aos maiores problemas hoje enfrentados por nós para a implementação de uma saúde efetiva na nossa área adscrita. Listando os principais: baixa aderência ao tratamento prescrito; escassez de recursos físico-estruturais e financeiros; acolhimento da unidade ineficiente; pouco envolvimento humano com os usuários; falta de conhecimento dos usuários sobre a gravidade das doenças; ambiente familiar desvirtuado (drogas, álcool, violência).

Destacando a baixa adesão ao tratamento prescrito, sem distinção de doenças agudas ou crônicas, serão citadas as possíveis causas, denominadas como “nós críticos”,; falta de condições financeiras, desinformação sobre o tratamento, dificuldades assistenciais, árduas condições demográficas e sociais dos usuários, falta de conhecimento da natureza da doença, relacionamento vazio do paciente com os profissionais de saúde, ausência de sintomas da doença enfrentada, efeitos colaterais da medicação, não disponibilidade de medicamentos na farmácia da UBS, pouca participação dos usuários nas atividades educativas propostas pela equipe, aspectos culturais e crenças erradas, baixa autoestima, dependência química, de álcool e drogas, dificuldade na marcação de consultas e o desinteresse no tratamento que talvez seja um dos mais complicados de combater.

Após realizar a definição, a descrição, a explicação e a identificação dos “nós críticos” do problema prioritário, no caso, a baixa aderência ao tratamento na atenção primária, foi elaborado um agrupamento desses nós críticos, para facilitar a abordagem teórico prática do plano de intervenção.

2 JUSTIFICATIVA

A baixa aderência ao tratamento é um dos maiores empecilhos verificado pela nossa equipe para a conquista de uma população consciente e estável clinicamente, principalmente os doentes com condições crônicas.

Este trabalho envolve a participação de todos os profissionais da equipe através da orientação bem feita, do acompanhamento em domicílio, da paciência na explicação (quantas vezes necessária) e de criação de novas alternativas.

Os benefícios da adesão ao tratamento se estendem aos pacientes, às famílias, aos sistemas de saúde e à economia dos países. O paciente passa a ter a sua condição controlada, podendo, na maioria das vezes, manter 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.

Portanto, avaliando a alta prevalência deste problema, os possíveis benefícios da resolução e a falta de instrução e planejamentos voltados a ele percebe-se que é de extrema importância conhecer mais sobre este assunto e propor mudanças na tentativa de diminuir esta situação vivenciada pelos usuários dessa equipe.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- ✓ Realizar um plano de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento proposto, incluindo o medicamentoso e não medicamentoso, na Equipe Verde do PSF do bairro Santa Cruz, Coronel Fabriciano- MG

3.2 Objetivo Específico

- ✓ Realizar uma revisão literária sobre o tema Adesão ao Tratamento e suas diversas abordagens
- ✓ Melhorar a organização e resolutividade do processo de trabalho da unidade de saúde do bairro Santa Cruz do município de Coronel Fabriciano-MG.

4 MÉTODO

Na realização do projeto, inicialmente optou-se por selecionar as literaturas que pudessem mais de imediato corresponder aos objetivos do trabalho, num segundo momento foi realizada uma seleção daqueles materiais mais relevantes e posteriormente, desse filtrado, realizou-se uma análise interpretativa e crítica das ideias desenvolvidas por inúmeros autores pesquisados.

Foi realizada uma revisão da literatura, a partir de pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde, com os descritores: adesão ao tratamento, atenção primária à saúde e abandono do paciente. O Planejamento Estratégico Situacional (PES) foi utilizado em seu tríplice aspecto (projeto de governo, governabilidade e capacidade de governo) na elaboração do plano de intervenção, com uma inter-relação dinâmica na implementação.

Dessa forma, foram realizadas as definições e as reflexões do TCC associado às atividades diárias de prática na área da saúde do município de Coronel Fabriciano- MG.

5 DESENVOLVIMENTO

Segundo Bianca *et al.* (2013), pode-se definir a adesão ao tratamento como um grau de concordância entre o comportamento de uma pessoa em relação às orientações do médico ou de outro profissional de saúde, sendo influenciada por diversos fatores entre eles psicológicos, econômicos e sociais.

É de extrema importância o conhecimento dos pacientes sobre cuidados em saúde, pois a prevenção e o tratamento das doenças ocorrem de forma gradual, sendo necessárias campanhas e ações educativas que divulguem a mudança dos hábitos de vida, aceitação e adesão ao tratamento, seja ele medicamentoso ou não medicamentoso. Essa abordagem pode ser realizada individual ou em grupos, procurando estratégias que aproximem da realidade da população (PALOTA, 2010 *apud* ALVES; CALIXTO, 2012).

A baixa adesão é um grande problema enfrentado pelos profissionais de saúde, principalmente devido a cronicidade de algumas patologias, que requerem a participação e cooperação dos usuários, além da necessidade de mudança dos hábitos de vida, para que assim consigam realizar o tratamento de forma adequada (REINERS *et al.* 2008).

Krousel-Wood (2009) relata que algumas patologias crônicas como a hipertensão, diabetes e dislipidemias podem estar presentes mesmo sem a manifestação de sintomas, o que dificulta a aderência ao tratamento, além do custo elevado, complexidade do esquema de dosagem e falta de compreensão sobre a doença. Pela ausência de sintomas muitos pacientes acreditam que essas enfermidades são intermitentes e podem ser tratadas com alívio do estresse ou remédios caseiros.

A duração do tratamento é um fator que interfere significativamente na terapêutica, sendo difícil ser seguido de forma regular (FANGER *et al.* 2010). Assim como a adesão em pacientes com doenças graves, que pode ser menor, principalmente naqueles com baixa auto-estima, que resulta em comprometimento emocional e físico, diminuindo o autocuidado e piorando o prognóstico (CASTELLI *et al.* 2011).

Como alerta Faria (2009) para a melhor adesão ao tratamento é fundamental ações como consultas, palestras, grupos de apoio, utilização correta das medicações e prática regular de atividade física.

Os grupos operativos em saúde são uma forma de consolidar e ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de inúmeras comorbidades, utilizando atividades educativas individuais e coletivas, que abordam assuntos sobre as doenças mais

prevalentes, promove assistência farmacêutica e estimulam a mudança do estilo de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Segundo Fuchs *et al.* (2004) essas ações interferem diretamente no comportamento do paciente, inclusive envolvendo todos a sua volta como familiares e amigos.

A piora do quadro clínico tem como principal vilão a baixa aderência ao tratamento, tendo, portanto, uma alta relevância na atenção primária, o que necessita de ações específicas em saúde que abordem este tema e busquem sucesso terapêutico completo.

5.2 Plano de Intervenção

Na elaboração de um plano operativo é necessário orientar-se em uma sequência lógica de ações utilizando passos de forma cronológica para que não prejudique o resultado final que neste caso é o plano de intervenção.

Por isso a importância de um diagnóstico situacional bem realizado junto de uma equipe multiprofissional em sua respectiva área de abrangência, avaliando minuciosamente os nós críticos, o desenho das operações, recursos, viabilidade e gestão do plano.

Inicialmente pontuaremos os nós críticos selecionados a partir do problema principal apontado pela equipe, baixa aderência ao tratamento na atenção primária (medicamentoso e não medicamentoso). São os seguintes:

- Pouca informação/instrução do usuário: Desinformação sobre o tratamento, sobre efeitos colaterais da medicação, falta de conhecimento da natureza da doença, ausência de sintomas da doença enfrentada, aspectos culturais e crenças erradas,
- Relacionamento vazio do paciente com os profissionais de saúde: Baixo vínculo/acolhimento ineficiente, dificuldades assistenciais, baixa auto-estima, desinteresse no tratamento, dificuldade na marcação de consultas, pouca participação dos usuários nas atividades educativas propostas pela equipe,
- Baixa oferta de medicamentos essenciais: Não disponibilidade de medicamentos na farmácia da UBS, falta de condições financeiras do paciente, árduas condições demográficas e sociais dos usuários,
- Dependência química: álcool e drogas.

A partir desses nós críticos propõem-se operações desenhadas para enfrentar e impactar o problema principal selecionado.

1º Nó crítico: Pouca informação/instrução do usuário

Operação / projeto: Sensibilizar o paciente quanto à comorbidade enfrentada, através de um maior entendimento da doença e peculiaridades sobre o tratamento.

Resultados esperados: Crescer/Desenvolver o conhecimento do usuário sobre a doença enfrentada, para que possa entender a importância da terapêutica proposta. Desenvolver o autocuidado e desmitificar crenças antigas.

Produtos esperados: Palestras multiprofissionais, distribuição de panfletos informativos, cartazes educativos na unidade e vídeos. Dedicar um tempo maior nas consultas para explicação sucinta sobre a história natural da doença, importância da terapêutica medicamentoso/não-medicamentoso e efeitos colaterais do tratamento, utilizando um linguajar simples e objetivo.

Recursos necessários:

- Organizacional: organização da agenda semanal da equipe (consultas, visitas, grupos operacionais, acolhimento).
- Cognitivo: Convocar equipes multidisciplinares para discussões e avaliação da disponibilidade de tempo para o projeto. Conhecimento geral sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e práticas pedagógicas.
- Político: Articulação intersetorial e mobilização dos usuários, principalmente na disponibilização de espaço físico destinado as palestras e transmissão dos vídeos educativos.
- Financeiro: Aquisição de recursos audiovisuais, panfletos e folhetos educativos.

2º Nó crítico: Relacionamento vazio do paciente com os profissionais de saúde

Operação / projeto: Consolidar o modelo de saúde centrado na pessoa

Resultados esperados: Fortalecer o vínculo e a confiança do usuário nos profissionais que o acompanham. Aumentar a autoestima e a participação popular.

Produtos esperados: Realização do acolhimento multiprofissional na unidade de

saúde, aumentar a afetividade/compaixão na relação profissional-usuário, melhorar o funcionamento da referência e contra-referência na rede secundária e terciária, incrementar as visitas domiciliares/grupos operativos, procurar aumentar a resolutividade dos serviços ofertados (ex: aumentar a oferta de exames complementares) e convocar a população para participar da elaboração de projetos da equipe.

Recursos necessários:

- Organizacional: Agendar reuniões regulares com todos trabalhadores da unidade e com a equipe de trabalho em específico.
- Cognitivo: Recursos teóricos e práticos de humanização em saúde. Conhecimentos alternativos em processo de trabalho. Conhecer mais a rede de saúde local.
- Político: Convocar o conselho municipal de saúde, representando os usuários, para participar da criação de novas estratégias/alternativas de políticas sócio-educativas na atenção primária.
- Financeiro: Requisitar aumento nos exames complementares junto à secretaria de saúde.

3º Nó crítico: Baixa oferta de medicamentos essenciais

Operação / projeto: Aumentar a oferta de medicamentos essenciais na farmácia da unidade.

Resultados esperados: Aumentar o acesso dos usuários a medicamentos de doenças mais prevalentes da área adscrita.

Produtos esperados: Pesquisa das doenças mais prevalentes e das medicações mais usadas com a população da região assistida, envolvendo a participação de toda equipe, com destaque para os agentes comunitários de saúde. Apresentar o resultado a secretaria de saúde e solicitar a priorização e possível extensão da disponibilidade desses medicamentos.

Recursos necessários:

- Organizacional: Convocar a equipe e representantes da secretaria de saúde para explanação do projeto
- Cognitivo: Capacitação teórico/prática para a equipe do programa de saúde da

família sobre doenças e medicamentos prevalentes na atenção primária.

- Político: Articulação intersetorial e envolvimento social no desenvolver da pesquisa
- Financeiro: Financiamento do projeto e direcionamento nos recursos para a compra de medicamentos prioritários.

4º Nó crítico: Dependência química: álcool e drogas

Operação / projeto: Mudança nos índices de terapêutica nos pacientes viciados, com conseqüente melhora nos níveis de saúde.

Resultados esperados: Aumentar a adesão ao tratamento com a suspensão das drogas. Aumentar a autoestima do dependente.

Produtos esperados: Acompanhamento das atividades realizadas nos centros de reabilitação da nossa área (que são diversos), com avaliação clínica regular dos dependentes, suporte psicológico e psiquiátrico fornecido pela rede de saúde e auxílio da assistência social na reintrodução desses indivíduos na sociedade. Discussões regulares multiprofissionais na criação de estratégias para pacientes mais rebeldes.

Recursos necessários:

- Organizacional: Organização da agenda, com criação de espaço exclusivo dedicado a esta atividade. Reuniões multiprofissionais esporádicas.
- Cognitivo: Conhecimento sobre o tema, elaboração de projetos e estratégias de abordagem específicas.
- Político: Articulação entre os diversos setores da saúde e recrutamento de profissionais gabaritados
- Financeiro: financiamento do projeto

São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias que se possam viabilizá-los.

No quadro 1 a equipe identificou os recursos críticos de cada operação e apresenta-os resumidos.

Quadro 1: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos de baixa aderência ao tratamento na atenção primária.

Operação / Projeto	Recursos críticos
Sensibilizar o paciente quanto à comorbidade enfrentada, através de um maior entendimento da doença e peculiaridades sobre o tratamento.	Organização da agenda semanal dos profissionais envolvidos Conseguir o espaço para as palestras e vídeos Incentivo financeiro para os recursos audiovisuais, panfletos e folhetos educativos.
Consolidar o modelo de saúde centrado na pessoa	Articulação intersetorial Capacitações em humanização Contato com o Conselho municipal de Saúde Aumento no número de exames complementares
Aumentar a oferta de medicamentos essenciais na farmácia da unidade.	Apresentação do projeto a Secretaria de Saúde Articulação intersetorial Disponibilizar a compra dos medicamentos
Mudança nos índices de terapêutica nos pacientes viciados, com conseqüente melhora nos níveis de saúde.	Capacitações sobre o tema Articulação entre os diversos setores da saúde e recrutamento de profissionais gabaritados

Em relação á análise de viabilidade do plano é necessário identificar os atores que controlam os recursos críticos, posteriormente motivá-los e obter o apoio, com uma proposta positiva e que traga melhorias. No quadro 2 são apresentadas as propostas de ações para a motivação dos atores.

Quadro 2 – Propostas de ações para a motivação dos atores

Operação	Recursos críticos	Ator controlador	Motivação	Estratégia
Sensibilizar o paciente quanto à comorbidade enfrentada, através de um maior entendimento da doença e	Organização da agenda semanal dos profissionais envolvidos.	Gerência / Equipe de Saúde	Favorável	Não é necessária
	Conseguir o espaço para as palestras e vídeos. Incentivo financeiro para os	Gerência / Secretaria de Saúde	Favorável	Apresentar o projeto

peculiaridades sobre o tratamento.	recursos audiovisuais, panfletos e folhetos educativos.	Secretaria de Saúde	Contrária	Apresentar projeto de estruturação da rede
Consolidar o modelo de saúde centrado na pessoa	Articulação intersetorial. Capacitações em humanização. Contato com o Conselho municipal de Saúde (CMS). Aumento no número de exames complementares.	Secretaria de Saúde/ Educação Gerência / Secretaria de Saúde Associações de bairro Secretaria de Saúde	Favorável Indiferente Algumas instituições favoráveis outras contra Contrária	Apresentar o projeto Apresentar o projeto Apoio das associações Apresentar projeto Apresentar projeto de estruturação da rede
Aumentar a oferta de medicamentos essenciais na farmácia da unidade.	Apresentação do projeto a Secretaria de Saúde. Articulação intersetorial. Disponibilizar a compra dos medicamentos.	Secretaria de Saúde; Secretaria de Saúde/Educação Secretaria de Saúde/ Planejamento/ Prefeito Municipal	Indiferente Favorável Contrária	Apresentar o projeto Apresentar o projeto Apresentar projeto de estruturação da rede
Mudança nos índices de terapêutica nos pacientes viciados, com conseqüente melhora nos níveis de saúde.	Capacitações sobre o tema. Articulação entre os diversos setores da saúde e recrutamento de profissionais gabaritados.	Gerência / Secretaria de Saúde Gerência/ Secretaria de Saúde/ Planejamento	Indiferente Contrária	Apresentar o projeto Apresentar projeto de estruturação da rede

Na elaboração do plano operativo é importante designar os responsáveis por cada operação (gerente de operação) e definir os prazos de execução. Neste próximo quadro 3,

são apresentadas estas propostas.

Quadro 3 – Plano Operativo

Operação	Responsável	Prazo
Sensibilizar o paciente quanto à comorbidade enfrentada, através de um maior entendimento da doença e peculiaridades sobre o tratamento.	Médico/ Enfermeira	3 meses para início das atividades, com supervisão/avaliação regular ao longo do ano
Consolidar o modelo de saúde centrado na pessoa	Médico/Enfermeira/Agentes de Saúde	3 meses para início(apresentação do projeto e apoio do CMS), 6 meses para consolidação do projeto
Aumentar a oferta de medicamentos essenciais na farmácia da unidade.	Médico/ Enfermeira/ Supervisora da Unidade	2 meses para apresentar o projeto e conseguir o apoio do Secretaria de Saúde+ 4 meses para implementação/ funcionamento
Mudança nos índices de terapêutica nos pacientes viciados, com conseqüente melhora nos níveis de saúde.	Médico/Enfermeira	2 meses para apresentar o projeto e apoio dos órgãos competentes + 2 meses para o recrutamento dos profissionais + 4 meses de avaliações da consolidação do programa

6 CONCLUSÃO

A preocupação com a aderência ao tratamento é sem dúvida um assunto de interesse global no âmbito de atenção primária à saúde. Diariamente, profissionais da saúde, atuantes da rede básica, deparam-se com usuários descompensados em suas enfermidades, por não seguirem o que foi preconizado nas consultas e conseqüentemente superlotando as unidades de saúde.

Diante desse grave problema que limita a boa atuação profissional, foi observada a necessidade de elaborar estratégias que modificassem os altos índices da baixa adesão ao tratamento, encontrados no Programa de Saúde da Família (PSF). Diversas são as causas, entre elas, as principais encontradas foram: pouca instrução e informação sobre o tratamento e a doença enfrentada, relacionamento vazio do profissional com os usuários, baixa disponibilidade de medicamentos essenciais na farmácia da unidade básica de saúde e o alto índice de dependência química, álcool e drogas.

Depois de identificado as causas, foi possível envolver toda a equipe de saúde, médico, enfermeiro, técnicas de enfermagem, agentes de saúde e supervisores da unidade, comprovando que a maioria dos pacientes que procuravam o PSF com agudização das enfermidades eram por não seguirem o tratamento corretamente. A partir daí, viu-se a necessidade de trabalhar em conjunto, com equipe multiprofissional, para transformar os índices da terapêutica local.

Os principais recursos empregados para iniciar essa transformação foram o aumento da informação e instrução aos usuários através da distribuição de panfletos, palestras e vídeos, desenvolvimento do vínculo com a comunidade através de um acolhimento mais humanizado, busca por recursos financeiros junto à secretaria de saúde para melhorar a oferta de medicamentos e enriquecimento dos grupos operativos Hiperdia e Saúde Mental pela utilização de métodos dinâmicos.

Através da revisão de literatura verificou-se que é importante trabalhar com a realidade de cada comunidade elaborando alternativas que envolvam âmbitos individuais e coletivos. Outro ponto observado é a baixa autoestima do usuário que representa um destacado empecilho as alternativas terapêuticas, pois o comprometimento emocional e físico diminui o autocuidado e piora o prognóstico.

Na implementação de um plano de operativo voltado para potencializar a adesão ao tratamento o envolvimento familiar e dos amigos mostrou-se um aliado fundamental para obter o sucesso, demonstrando-se com um grande motivador na intimidade de cada

paciente.

Na busca por essa melhoria há a necessidade que os profissionais e os usuários deixem a zona de conforto da mesmice e realizem a mudança de comportamento na localidade onde atuam, fazendo com que o exemplo de suas atitudes possa se propagar, disciplinando cada vez mais a população.

6 REFERÊNCIAS

ALVES B.A.; CALIXTO A.A.T.F. **Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma unidade básica de saúde no interior paulista.** J Health Sci Inst. 2012; 30(3):255-60.

Assessoria de Comunicação (3 de julho de 2009). **População/Setores.** Prefeitura de Coronel Fabriciano. Arquivado do original em 14 de julho de 2011.

Assessoria de Comunicação (3 de julho de 2009). **Primeiros habitantes.** Arquivado do original em 22 de setembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Coordenação-Geral da Atenção Especializada. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CASTELLI L., BINASCHI L., CALDERA P., MUSSA A., TORTA R. **Fast screening of depression in cancer patients: the effectiveness of the HADS.** Eur J Cancer Care. 2011;20(4):528-33.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos.** Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013.

Diário do Aço. Vale do Aço 2000: **Um século de história (em português).** Ipatinga - MG: Empresa Jornalística Revisão Ltda, 1999. 147 p.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (30 de agosto de 2012). **Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data referência em 1º de julho de 2012 (PDF).** Arquivado do original em 27 de dezembro de 2012.

FANGER P.C., AZEVEDO R.C.S., MAURO M.L.F., LIMA D.D., GASPAR K.C., SILVA V.F., et al. **Depressão e comportamento suicida em pacientes oncológicos hospitalizados: prevalência e fatores associados.** Rev Assoc Med Bras. 2010;56(2):173-8.

FARIA H.T.G. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. Rev Latinoam Enferm. 2009;17(1):46-51.

FUCHS S.C.; CASTRO M.S.; FUCHS F.C. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo.** Rev Bras Hipertens. 2004; 7(3):90-3.

FUZIKAWA, Alberto, Kazuo. **O método clínico centrado na pessoa – um resumo.** Belo Horizonte, 2013.

GRILLO, Maria José Cabral. **Educação permanente em saúde: um instrumento para a reorganização da atenção em saúde.** Belo Horizonte, 2012.

KROUSEL-WOOD M.A., Muntner P., ISLAM T., MORISKY D.E., WEBBER L.S. **Barriers to and determinants of medication adherence in hypertension management: perspective of the cohort study of medication adherence among older adults.** Med Clin North Am. 2009;93(3):753-69.

Mourão, Sérgio. (abril 2010). **"Coronel Fabriciano - 61 anos de história"** (em português). Revista Caminhos Gerais: págs. 15–39.

Jornal Nosso Vale (19 de junho de 2010). **Um passeio na história do Bairro Santa Cruz.**

NORMAN, AH; TESSER, CD. **Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade no Sistema Único de Saúde.** *Cad. Saúde Pub.*, 25(9):2012-20, 2009.

OLIVEIRA, G. N. **O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde.** São Paulo: Hucitec, 2008.

REINERS A.A.O.; AZEVEDO R.C.S.; VIEIRA M.A.; ARRUDA A.L.G. **Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde.** Ciênc Saúde Coletiva. 2008;13(Suppl. 2):2299-306.

STEWART, M; BROWN, JB; WESTON, WW *et al.* Medicina **Centrada na Pessoa – Transformando o método clínico**. 2ª Ed., Porto Alegre, Artmed, 2010.

Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE). **Coronel Fabriciano: Diagnóstico Municipal** (em português). Belo Horizonte - MG: [s.n.], 1995. 80 p.

Secretaria Municipal de Educação e Cultura. **Atlas Escolar Histórico, Geográfico e Cultural de Coronel Fabriciano** (em português). Belo Horizonte - MG: Editora Cultural Brasileira Ltda., 2011. 88 p.

SOUZA B.F.; PIRES F.H.; DEWULF N.L.S.; INOCENTI A.; SILVA A.E.B.C.; MIASSO A.I. **Paciente em uso de quimioterápicos: depressão e adesão ao tratamento**. Revista Esc Enferm USP (São Paulo). 2013; 47(1):61-8.

VASCONCELOS, Mara; GRILLO, Maria José Cabral; SOARES, Sônia Maria. **Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. 73p