

ESTRUTURA DO PORTFÓLIO

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

No Curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS/UFCSPA, o trabalho de conclusão de curso (TCC) corresponde ao portfólio construído durante o desenvolvimento do Eixo Temático II - Núcleo Profissional. Neste eixo são desenvolvidas tarefas orientadas, vinculando os conteúdos com a realidade profissional. O portfólio é uma metodologia de ensino que reúne os trabalhos desenvolvidos pelo estudante durante um período de sua vida acadêmica, refletindo o acompanhamento da construção do seu conhecimento durante o processo de aprendizagem ensino e não apenas ao final deste. O TCC corresponde, portanto, ao relato das intervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família contendo as reflexões do aluno a respeito das práticas adotadas.

A construção deste trabalho tem por objetivos:

I - oportunizar ao aluno a elaboração de um texto cujos temas sejam de conteúdo pertinente ao curso, com desenvolvimento lógico, domínio conceitual, grau de profundidade compatível com o nível de pós-graduação com respectivo referencial bibliográfico atualizado.

II – propiciar o estímulo à ressignificação e qualificação de suas práticas em Unidades de Atenção Primária em Saúde, a partir da problematização de ações cotidianas.

O portfólio é organizado em quatro capítulos e um anexo, sendo constituído por: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico, onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

O acompanhamento e orientação deste trabalho são realizados pelo Tutor do Núcleo Profissional e apresentado para uma banca avaliadora no último encontro presencial do curso.

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE**

FELIPE MARONEZE GARCIA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**SANTIAGO – RS
2017**

FELIPE MARONEZE GARCIA

Estratégias para melhor adesão as terapias medicamentosas na ESF Missões

Trabalho de conclusão de curso apresentado
à UNASUS/UFCSPA, como requisito parcial
para conclusão do Curso em Especialização
em Saúde da Família sob orientação da
Professora Dra Cátia Maria Justo .

**Santiago, Rio Grande do Sul
2017**

SUMÁRIO

1. Atividade 1 do Portfólio – Introdução	03
2. Atividade 2 do Portfólio - Estudo de Caso Clínico	05
3. Atividade 3 do Portfólio - Promoção da Saúde e Prevenção de doenças	12
4. Atividade 4 do Portfólio - Visita domiciliar/Atividade no domicílio	15
5. Atividade 5 do Portfólio - Reflexão Conclusiva	20
6. Referências Bibliográficas	21
7. Anexo 1 – Projeto de Intervenção	25

Atividade 1 do Portfólio – Introdução

Meu nome é Felipe Maroneze Garcia, nascido na cidade de Santiago (aonde atuo no PROVAB), em 11 de maio de 1990. Tive formação no curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria tendo colado grau no ano de 2015. Após graduação fiz trabalho como médico plantonista em emergência em diversos hospitais da região central do estado do Rio Grande do Sul por cerca de 6 meses, até ser alocado como médico da família na ESF Missões em Santiago, Rio Grande do Sul, em março de 2016.

A cidade de Santiago, Rio Grande do Sul, com população de 50.622 habitantes, IDH de 0.766, distante 440 quilômetros de Porto Alegre. População analfabeta de 1.584 (IBGE 2010), cerca de 4% da população total da cidade, quando a média nacional é de 9.3%. Com 56.9% da população com segundo ciclo fundamental de estudo e 15.4% apenas com primeiro ciclo fundamental.

Meu trabalho foi realizado na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Missões, localizado no bairro Missões região norte da cidade, população adstrita de 3.453 habitantes. Trata-se bairro com população carente e de baixo poder aquisitivo, com parcela importante dos habitantes provenientes de zonas rurais do município que nas décadas de 50 e 60 ali constituíram moradia. A unidade tem suas dimensões reduzidas quando comparada as demais unidades da cidade, mas nada que comprometa as atividades. A estrutura física conta com sala de espera, consultório médico, consultório de enfermagem, sala de vacinas, sala para acolhimento e agendamento de consultas, sala de curativos, consultório de dentista, refeitório, dispensa para medicamentos, três banheiros (dois para usuários e outro para funcionários), depósito e expurgo. Fazem falta uma sala de reuniões, que ocorrem semanalmente, sendo realizadas na própria sala de espera da unidade por ser o cômodo com maiores dimensões. Além disso foi preciso ser adaptada uma sala destinada aos agentes comunitários, sendo colocado um armário como divisória em um canto da sala de espera. A equipe conta com enfermeiro, uma técnica de enfermagem, dentista e auxiliar de dentista, 6 agentes comunitários de saúde, uma faxineira além de médico.

O bairro abriga o Presídio Estadual de Santiago que fica próximo cerca de 3 quarteirões da UBS, conta com estruturas de ensino como uma escola exclusiva para

ensino fundamental, além de uma escolinha ao lado da UBS que funciona como creche e ensino infantil. Existe ainda associação de moradores ha cerca de 1 quarteirão da UBS que é frequentemente utilizada para realização de grupos da ESF. Existe ainda uma praça vizinha da UBS, que apesar de ampla, encontra-se em condições um pouco precárias. Existe ainda o Centro de referência da assistência social que conta com psicóloga e assistente social.

Na unidade é realizado acolhimento e agendamento de consultas. Existe ainda um “Bloco de horas” que visa deixar períodos pré-determinados para pacientes provenientes da demanda espontânea, que não podem aguardar o agendamento. A demanda das consultas agendadas, como em todo mundo, tem seu maior volume nos pacientes com condições crônicas como Diabetes Mellitus Tipo 2 e hipertensão arterial sistêmica. No entanto, por no bairro residirem muitas pessoas empregadas em atividades que demandam esforços físicos intensos (empregadas domésticas, trabalhadores da construção civil), são bastante comuns os casos de doenças do aparelho osteomuscular, como síndrome do manguito rotador, tendinites, e síndrome do túnel do carpo.

Outro problema comum identificado nos usuários da unidade, especialmente naqueles com baixa escolaridade, idade avançada e em uso de polifarmácia, era a dificuldade em gerenciar suas medicações e assim tendo má adesão aos tratamentos. Percebendo esta situação decidi elaborar Projeto de intervenção nesta linha. No projeto com título **“Estratégias para melhor adesão as terapias medicamentosas na ESF Missões”** fiz revisão de métodos que pudessem auxiliar os pacientes a fazer uso correto das medicações de forma autônoma ou com mínimo auxílio de terceiros. Este constará nos anexos ao fim desde TCC.

Atividade 2 do Portfólio - Estudo de Caso Clínico

O caso que irei relatar se assemelha em alguns pontos com o Caso número 1 (Dona Vera). Trata-se da paciente MLH, de meia idade, com sobrepeso, hipertensa e que fazia acompanhamento médico errático.

Tudo começou quando o sogro desta paciente, PH, que é portador de Mal de Parkinson veio a consulta para renovação de receitas de medição. O idoso fazia uso de biperideno em monoterapia para a doença, logo informei ao mesmo que existiam opções melhores de tratamento, e ofereci tratamento com levodopa. O mesmo não mostrou resistência e aceitou o novo tratamento mas solicitou que mantivesse o uso de biperideno. Orientei que era desnecessário e ainda poderia sofrer com efeitos adversos (retenção urinária, constipação e hipotensão).

Cerca de duas semanas após esta consulta, PH retornou queixando piora do quadro de tremores de repouso e bradicinesia. Questionei se estava fazendo uso correto da medicação o mesmo relatou que sim. Achei estranha a situação, uma vez que paciente com mal de Parkinson costumam ter melhora importante com início de levodopa. Solicitei que aguardasse um minuto no consultório e fui falar com a agente comunitária responsável pela área do paciente. A mesma me informou que este senhor dividia terreno com seu filho, e morava em uma casa separada nos fundos, e que a pessoa que poderia me dar mais informações sobre possível não aderência ao tratamento por parte do paciente seria sua nora. Pedi que a agente chamasse a mesma no dia seguinte.

No dia seguinte a paciente veio a unidade acompanhando o senhor PH, a mesma relatou que tomava conta das medicações do sogro, e que o mesmo não havia nem sequer retirado a levodopa da farmácia do município, resolvendo assim minha dúvida sobre a aderência ao tratamento. Conversei com PH sobre as razões de ele não ter iniciado a medicação e ele disse que a posologia de três vezes ao dia parecia excessiva. Expliquei a importância do tratamento, do impacto em sua qualidade de vida, e que com o tempo ele se acostumaria. O mesmo se comprometeu em iniciar uso regular da medicação.

Aproveitando o momento questionei se MLH, que estava hipertensa na consulta (150/90 mmHG), fazia uso de medicações. Ela relatou que sim, fazia uso de captopril 25 mg duas 3 vezes ao dia, mas que com frequência esquecia de tomar a medicação, especialmente em horário de trabalho. Solicitei exames de rotina, mamografia e coleta de CP para a paciente e propus troca de captopril por enalapril 20 mg duas vezes ao dia,

com posologia mais simples. Ela aceitou, se comprometeu em melhorar dieta e fazer atividade física e ambos ficaram com retornos marcados para duas semanas.

Passado o período MLH voltou a consulta, desta vez com pressão arterial de 120/80 mmHg, exames sem particularidades.

Já o PH, relatou que mantinha queixas relacionadas ao mal de Parkinson. Trazia ainda os comprimidos de levodopa que retirara na farmácia. Realizei contagem dos comprimidos e ficou claro que o paciente havia feito uso da medicação em subdose. Ele relatou que de fato havia esquecido de tomar o medicamento diversas vezes. Elaborei alguns métodos simples para ajudar o paciente a lembrar das medicações, entre eles, manter medicações em locais de fácil acesso em sua casa, e relacionar o uso do remédio com atividades diárias, como ao acordar e escovar os dentes, a tarde após acordar do cochilo e antes de dormir. Combinei ainda com MLH que ela deveria monitorá-lo nos primeiros dias. Conversei ainda com ACS para que a mesma fizesse visitas frequentes ao paciente, e fizse contagem dos comprimidos de levodopa, para garantir que tudo ia bem.

Após 3 semanas o paciente retornou desde vez relatando melhora importante dos tremores e “dureza nas pernas”. Feliz relatou que gostaria de ter iniciado a medicação antes. Assim se finaliza o caso.

Optei por este caso pois se parece em alguns tocantes ao Caso 1 de Dona vera, que era cuidadora do pai, idoso portador de doença crônica. Em ambos casos foi preciso ter um olhar também para a cuidadora, que poderia facilmente passar despercebida. Além disso este caso trata bastante de um problema extremamente comum no dia a dia da atenção básica, a aderência a tratamentos farmacológicos (OSTERBERG L and BLASCHKE T, 2005).

No início de minhas atividades na unidade tive muitos casos que tive dificuldade em manejar devido a esse problema, o que me levou a optar por este tema em meu Projeto de intervenção, em especial este paciente, PH.

A troca da medicação por terapia otimizada para idoso consta no (Daniel Tarsy, MD UpToDate - Pharmacologic treatment of Parkinson disease, 2017).

Seguindo o Segundo o Caderno de Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2007, p. 56, N 19) fiz a suspensão do biperideno, medicamento que gera efeitos adversos em idoso, além de se evitar uso de medicações fúteis caso mantivesse o uso de biperideno junto com levodopa. Utilizando método indiretos para aferir o a aderência (contagem de comprimidos) pudemos estimar como o paciente fazia uso das medicações (OSTERBERG L and BLASCHKE T, 2005) e após implementar

técnicas simples que o ajudassem a fazer uso correto das mesmas ao associar o uso de medicações com atividades diárias. (DORMAN MAREK K; ANTLE L. 2008)

Atividade 3 do Portfólio - Promoção da Saúde e Prevenção de doenças

Estudando os casos, podemos ver as mais variadas realidades que enfrentamos no dia a dia da APS. Alguns casos em especial me chamam a atenção por suas temáticas envolvendo pacientes com múltiplas comorbidades, saúde mental e problemas familiares, situações que vão ao encontro do que vivenciamos.

Como por exemplo nos casos 18 (Maria) e 20 (Amélia). No primeiro uma paciente idosa com queixas típicas da idade, tão comum nas consultas de APS. São queixas em boa parte de condições crônicas, que muitas vezes de fato não tem uma “cura”, mas podem ser amenizadas, somado a isso ainda outras comorbidades que devem ser tratadas a fim de evitar complicações futuras. Já no caso 20 a paciente portadora de patologia psíquica que nunca recebeu nenhum tipo de atenção, ao ser examinada acaba por ter patologia não psiquiátrica associada. Estes relatos descrevem bem a rotina em uma unidade básica de saúde, e servem para refletirmos sobre nossas condutas.

Durante as atividades na Estratégia de saúde da família Missões, pude identificar diversas dificuldades da população idosa. Idosos com dificuldades para uso de seus medicamentos continuados, depressivos pelas mais variadas razões, ansiosos, com baixa autoestima, maltratados por familiares, casos que de alguma forma se relacionam com os casos clínicos.

Nesse contexto, nas reuniões de equipe, indaguei aos membros da equipe sobre possíveis intervenções que poderíamos fazer, buscando não apenas a educação em saúde dos idosos da área (já feita em grupos de hipertensos e diabéticos), mas também a promoção da saúde, criando um espaço para cuidar da saúde mental dos mesmos, onde pudessem socializar, uma vez que percebia nas consultas a necessidade de muitos pacientes não de medicamentos, mas de oportunidades para falar aquilo que os deixava aflitos, e receber estímulos a praticarem novas atividades.

Pensando nessas questões foi criado um grupo voltado a saúde mental do idoso. O grupo foi embasado nos Cadernos de Atenção Básica Números 19 e 34 (Envelhecimento e saúde da pessoa idosa e Saúde Mental, respectivamente). Não havia um único coordenador do grupo, este papel era revezado, os temas de maneira geral eram muitas vezes sugeridos pelos próprios participantes, e se realizava na Associação de moradores.

Como já falado, não teve por objetivo tratar de patologias psiquiátricas específicas, mas quando julgávamos oportuno, oferecíamos orientações sobre transtornos muitas

vezes subestimados, como depressão, transtornos de ansiedade, além de em algumas oportunidades realizar trabalho de educação sobre patologias e queixas mais comuns ao grupo (Hipertensão arterial sistêmica, diabetes, dores articulares, tonturas).

Exemplificando como funcionava esse grupo: em algumas ocasiões tivemos aulas com médicos da cidade, não sobre patologias que acometem os idosos, mas sim com o tema “Como envelhecer bem”. Em outro caso foi organizado um concurso de beleza da terceira idade. Em outro foi cedido transporte por parte da prefeitura para realizar atividade ao ar livre em um parque da cidade, com lanche e caminhada.

Embora segundo as fontes consultadas (DANIEL PRESS, MD, MICHAEL ALEXANDER, MD 2017), intervenções como atividade física regular, estímulo a memória (jogo de memória, palavras cruzadas) ainda tenham frágil embasamento para indicação de tais atividades na prevenção de demência a longo prazo, estas atividades mostraram alguma eficiência na melhora do desempenho de atividades diárias por parte dos idosos. Por isso tais hábitos foram estimulados no grupo, buscando além de possíveis benefícios mentais, também cardiovasculares no caso de exercícios físicos.

Também foi usado este grupo para colocar em prática algumas das avaliações e orientações de como fazer uso adequado das medicações de uso contínuo (Tema do projeto de intervenção).

Esta iniciativa certamente me fez compreender melhor o que é o atendimento integral dos pacientes, deixando de lado o engessado protocolo de consulta médica, exames laboratoriais e fármacos. Pude ver melhora significativa de pacientes fosse apenas do seu humor em consultas subsequentes, ou e alguns casos até redução de doses grandes de ansiolíticos, com o simples fato de saírem de casa para dialogar com a equipe e pessoas com problemas e vivências semelhantes as suas.

Atividade 4 do Portfólio - Visita domiciliar/Atividade no domicílio

Peça chave do Estratégia de Saúde da Família, as visitas domiciliares, são importante ferramenta para que a equipe conheça e faça acompanhamento dos usuários adstritos no território, especialmente aqueles que por qualquer razão, tem dificuldade em acessar a unidade básica de saúde.

Este atendimento, como qualquer outra precisa ser organizado, seguir metas, ter parâmetros e métodos para que seja realmente efetivo. A simples realização de visita a partir de demanda espontânea, apesar de poder existir também, não deve ser a regra destas visitas, mas sim o objetivo de manter acompanhamento dos pacientes que dependem destes atendimentos para ter qualquer contato com os meios de saúde. Como exemplo, os mais debilitados que não podem nem se quer sair do domicílio, como caso de idosos fragilizados, os com sequelas neurológicas, que apresentam deficiências, entre muitos outros.

Em nossa unidade o as visitas domiciliares já eram realizadas há algum tempo. No entanto, eram feitas apenas a partir da demanda espontânea, e agudizações. O que foi feito ao longo do ano foi criar alguns parâmetros através da estratificação de risco dos pacientes mais graves através dos Cadernos de Atenção Básica 15 e 36, e assim realizado o acompanhamento destes, mensalmente. Eram pacientes acamados, normalmente idosos com múltiplas comorbidades – diabetes tipo 2, hipertensos, com insuficiência venosa e arterial – além de alguns com défices motores, como vítimas de AVE.

A visitas eram agendadas na unidade de maneira geral por cuidadores ou familiares, ou então pelos próprios agentes comunitários de saúde que identificavam pacientes que necessitavam de acompanhamento, fosse para patologias agudas ou crônicas. Existia um turno fixo semanal exclusivo para as visitas domiciliares com transporte da prefeitura. De maneira geral a equipe era composto por médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem e agente comunitário responsável pela área do paciente a ser atendido. Já ciente do caso, a equipe marcava horário para que houvesse alguém para receber-nos nos domicílios. Os pacientes normalmente mostravam grande entusiasmo ao receber a equipe, costumavam ser cooperativos. Casos frequentes que podem exemplificar as visitas são os de pacientes com pneumonia ou DPOC exacerbado que recebiam tratamento e eventualmente encaminhamento com ambulância ao Pronto

Socorro, trabalhadores que com algum trauma que os impossibilitava de trabalhar e se locomover temporariamente, visitas de acompanhamento de hipertensos e diabéticos.

Nas visitas aos pacientes com múltiplas comorbidades e usuários de polifarmácia era colocada em prática parte do projeto de intervenção. Era realizada inspeção do domicílio e organização de métodos que os ajudassem a lembrar da posologia dos medicamentos. Por exemplo medicações tomadas ao acordar, após almoço ou ao dormir eram alocadas junto de móveis próximos (pia do banheiro, armário da cozinha, criado mudo ao lado da cama, respectivamente). Também eram avaliadas as “farmácias” que os pacientes acumulavam ao longo dos anos, muitas vezes com medicações redundantes ou com prazo de validade expirado.

Infelizmente em alguns casos, ao se entrar na intimidade do lar de alguns pacientes podemos também identificar casos de maus-tratos aos pacientes vulneráveis, que jamais teriam chance de sair daquela situação por conta própria. Estes foram colocados sobre supervisão de conselho tutelar ou assistência social.

Encerrando, as visitas domiciliares sem nenhuma dúvida configuram uns dos métodos mais interessantes disponíveis para o acompanhamento dos pacientes, apesar da demanda de meios como automóveis e saída de parte da equipe da unidade, com certeza tem grande valia e devem ser instituídos em toda unidade que deseja realizar atendimento universal a sua população

Atividade 5 do Portfólio - Reflexão Conclusiva

Ao fim desta jornada, todas as experiências certamente foram validades. O contato com os mais variados profissionais que tive o privilégio de trabalhar dentro da unidade básica, as dificuldades superadas para fornecer o atendimento necessário, os momentos de alegria e satisfação em poder oferecer algo que realmente fez diferença na vida de outra pessoa, só servem para fortalecer uma ideia que já era presente em mim antes de assumir este desafio. Falo da importância que a atenção primária a saúde tem para fornecer saúde de qualidade, custo efetiva e permanente a uma população.

Recapitular todos os Eixos e seus módulos, que no início muitas vezes aparentavam pouco aplicáveis a atenção básica, e ao final deste trabalho ver que tudo se conecta e é possível sim lançar mão dos diversos conhecimentos adquiridos para realizar um melhor exercício da medicina, torna todo percurso muito gratificante.

Desde os mais básicos conceitos como os de histórias de políticas públicas de saúde, modelos de atenção, atenção primária a saúde, territorialização, aos mais complexos temas que envolvem a ciência e tecnologia como epidemiologia, sistemas de informação e saúde baseada em evidência podem ser utilizados na prática diária da atenção primária a saúde.

Isto se evidencia na resolução dos casos complexos propostos, que relatam situações que qualquer profissional que trabalha no meio de atenção primária a saúde se depara com frequência. Não só nos casos complexos, as semelhanças da vida real com alguns casos relatados na fictícia Santa Fé chegam a impressionar, quando de maneira caricata retratam o dia-a-dia em uma unidade básica de saúde.

Esses conhecimentos agrupados e organizados para formar o portfólio fazem com que de maneira crítica possamos compreender os fins de toda esta trajetória.

Juntar todos conhecimentos fornecidos pelas ferramentas do curso de especialização, colocá-los em prática, percebendo sua importância e dissolvendo alguns preconceitos e pensamentos viciosos que estão presentes na formação médica, inquestionavelmente me fez crescer como profissional e como ser humano.

Apesar de meus planos profissionais futuros se afastarem da atenção primária, ficarão os ensinamentos deste ano, e o respeito por todos profissionais envolvidos nos cuidados a grande demanda da atenção básica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

OSTERBERG L, BLASCHKE T. **Adherence to medication**. N Engl J Med 2005;353:487–497.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.(Cadernos da Atenção Básica, n 15)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa** . Brasília: Ministério da Saúde, 2002.(Cadernos da Atenção Básica, n 19)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental** . Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos da Atenção Básica, n 34)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes Melitus** . Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos da Atenção Básica, n 36)

DORMAN MAREK K; ANTLE L. **Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses**. Chapter 18. Medication Management of the Community-Dwelling Older Adult, 2008.

DANIEL PRESS, MD, MICHAEL ALEXANDER, MD . UpToDate – **Prevention of Dementia**, 2017

DANIEL TARZY, MD. UpToDate - **Pharmacologic treatment of Parkinson disease**, 2017

Anexo 1 – Projeto de intervenção



Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

Felipe Maroneze Garcia

**Estratégias para melhor adesão as terapias medicamentosas
na ESF Missões**

Santiago, 2016

Resumo

Este projeto de intervenção propõem a elaboração de estratégias que visem a melhor adesão a terapias medicamentosas por parte dos pacientes da unidade Missões, situada em Santiago, Rio Grande do Sul. Serão apresentadas diferentes maneiras de se realizar a abordagem dos casos, identificando fatores de risco para a má adesão, causas, e estratégias individualizadas para cada caso. Associando-se o conhecimento dos agentes comunitários de saúde da realidade de suas áreas, a orientação para que estes sejam capazes de identificar pacientes potencialmente má aderentes as terapias, espera-se traçar planos viáveis para que estes pacientes compreendam a importância do uso correto das medicações e superem obstáculos que os impedem de fazê-lo. O sucesso deste projeto pode ter impactos sensíveis em custos na saúde pública e qualidade de vida dos cidadãos, uma vez que a má aderência configura grande fator de risco para agudizações e complicações das patologias tratadas.

Palavras-chave: Adesão à Medicação. Estratégia Saúde da Família. Uso Indevido de Medicamentos sob Prescrição.

Sumário

1 Introdução	16
2 Problema	18
3 Justificativa	19
4 Objetivos	20
4.1 <i>Objetivo geral</i>	20
4.2 <i>Objetivos específicos</i>	20
5 Revisão de Literatura	21
6 Metodologia	24
7 Cronograma.....	26
8 Recursos necessários	27
9 Resultados esperados	28
10. Referências Bibliográficas.....	29

1.Introdução

Cidade de Santiago, Rio Grande do Sul, com população de 50.622 habitantes, IDH de 0.766, distante 440 quilômetros de Porto Alegre. População analfabeta de 1.584 (IBGE 2010), cerca de 4% da população total da cidade, quando a média nacional é de 9.3%. Com 56.9% da população com segundo ciclo fundamental de estudo e 15.4% apenas com primeiro ciclo fundamental.

Trabalho realizado na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Missões, localizado no bairro Missões região norte da cidade, população adstrita de 3.453 habitantes. Trata-se bairro com população carente e de baixo poder aquisitivo, com parcela importante dos habitantes provenientes de zonas rurais do município que nas décadas de 50 e 60 ali constituíram moradia.

Durante o trabalho feito na unidade foi observada dificuldade por parte dos usuários da mesma em desempenhar o gerenciamento de suas medicações de uso contínuo.

Alguns fatores que se mostraram especialmente agravantes para esta situação como por exemplo: baixa escolaridade; analfabetismo; em uso de polifarmácia; pacientes com morbidades com repercussões cognitivas; idosos; falta de conhecimento sobre os desfechos preveníveis com terapias otimizadas, que por sua vez levam a má aderência aos tratamentos.

Ao se analisar esses fatores percebe-se que alguns associam-se ao processo de transição demográfica que ocorre em todo país, outros com deficiências no sistema educacional local, iatrogenias, e outro fator que deve ser lembrado é a não compreensão da importância dos tratamentos e suas repercussões a médio e longo prazo.

Sabendo que os usuários que fazem uso de medicações contínuas são de maneira geral pacientes portadores de condições crônico-degenerativas, passíveis de - quando tratamento adequado implementado de forma precoce, efetiva e contínua - reduzir o número de agravos futuros (internações hospitalares, invalidez, morte) o fato de alguns pacientes descontinuarem, ou realizarem de forma inadequada tratamentos oferecidos, pode ter repercussão potencialmente desastrosa para o estado e também suas famílias.

Assim se identifica o problema, pacientes com dificuldades em gerir suas

medicações de uso contínuo de forma autônoma ou com supervisão esporádica, e esta má aderência levando a piora das doenças, aumento dos custos com saúde e mortes (OSTERBERG L, 2005).

2.Problema

Pacientes com dificuldades em gerir suas medicações de uso contínuo de forma autônoma ou com supervisão esporádica, levando a má aderência aos tratamentos e esta por sua vez a piora das doenças, aumento dos custos com saúde e mortes.

3. Justificativa

Patologias crônico-degenerativas tratáveis dependem na maioria das vezes de tratamentos contínuos por via oral, e a não realização ou realização de forma errônea ou parcial destes, pode gerar complicações futuras.

Exemplo de condição que se enquadra no citado acima é a hipertensão arterial sistêmica. Entre os fatores de risco para mortalidade, hipertensão arterial explica 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% daquelas por doença coronariana. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial (V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial), dados que reforçam a ideia de que tratamento otimizado para esta patologia geraria grande repercussão na morbimortalidade da população.

4. Objetivos

2.1 Objetivo geral

Elaborar plano de ação para treinar e habilitar pacientes com dificuldades em gerenciar as medicações prescritas para uso contínuo, a fazê-lo de forma autônoma ou com mínima supervisão, melhorando assim a adesão aos tratamentos.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar os pacientes com maior dificuldade e causas dessas limitações.
- Desenvolver método simples e viável para o paciente gerenciar suas medicações.
- Reforçar a importância da aderência aos tratamentos.

5.Revisão de Literatura

Segundo a OMS (WHO 2003) adesão é: "é a medida com que o comportamento de uma pessoa – tomar a sua medicação, seguir a dieta e/ ou mudar seu estilo de vida – corresponde às recomendações de um profissional de saúde".

A não aderência ao tratamento pode ser composta por apenas um fator ou pode ser multifatorial. Alguns preditores de má aderência aos medicamentos são: presença de problemas psicológicos, particularmente depressão, tratamento de doença assintomática, presença de déficit cognitivo, efeitos colaterais das medicações, relação médico paciente pobre, tratamento complexo, custo de medicações, presença de barreira ao cuidado ou medicações (por exemplo dificuldade no acesso, formulários restritos, troca de formulários) .(SERVELLEN G et al, 2002; AMMASSARI A et al, 2002; STILLEY CS et al, 2004; BALKRISHNAN R, 1998; ELLIS JJ et al, 2004; SEWITCH MJ et al, 2003; OKUNO J et al, 2001; LACRO JP et al, 2002)

Dentro desse contexto um grupo parece especialmente suscetível a enfrentar problemas em organizar e gerenciar suas medicações – por apresentar muitas vezes diversos dos fatores supracitados - e por fim ter má adesão aos tratamentos propostos, os idosos(SCHMITT A, 2013; WHO, 2003). Por esse motivo este grupo deve receber especial atenção para que os objetivos deste trabalho sejam alcançados.

A adesão as terapias medicamentos em pessoas com idade acima de 60 anos está em torno de 41-74%, sendo a não adesão responsável por 10% das admissões hospitalares, gerando consequências econômicas. (COONEY, 2009), (MACLAUGHLIN EJ, 2005), (ANDRADE MA, 2004).

Sobre a abordagem do paciente idoso, o Segundo o Caderno de Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2007, p. 56) traz o seguinte:

A tarefa dos profissionais que assistem ao/à idoso/a é “aprender” a lidar com as limitações decorrentes da senescência, educar e orientar os cuidadores para o estabelecimento de uma parceria, adotar esquemas terapêuticos simples (o mais frequentemente possível) e, finalmente, maximizar a eficiência terapêutica do medicamento, minimizando o surgimento de eventos adversos.

Ainda o Caderno de Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (p. 57) traz informações importantes sobre outro fator que interfere na adesão aos tratamentos, e pode ser modificado pelos profissionais de saúde: a polifarmácia.

Um papel especial do profissional na Atenção Básica/Saúde da Família é juntar as intervenções realizadas pelo/os especialista/s - coordenação do cuidado - evitando duplicação desnecessária de exames, procedimentos e medicamentos. Para evitar as duplicações e as interações medicamentosas, o médico da atenção básica deve elaborar um esquema terapêutico simplificado, com dosagens adequadas, e aquelas potencialmente interativas devem ser substituídas, procurando o máximo efeito terapêutico com o mínimo de drogas e de efeitos adversos.

O caderno ainda coloca questionamentos que o médico da atenção básica deve se fazer antes de prescrever medicamentos evitando a polifarmácia, tratamentos complexos e efeitos adversos:

- É realmente necessária a utilização de um fármaco para modificar o curso clínico desse problema?
- Qual fármaco indicar?
- Como deve ser administrado esse fármaco?
- O idoso ou seu cuidador tem condição de assimilar essas informações?
- O idoso está usando outro fármaco?
- Quais os efeitos esperados desse fármaco?
- O fármaco poderá ser utilizado para outros fins que não os da prescrição?
- Os medicamento prescritos estão disponíveis no Sistema Único de Saúde?

A aderência pode ser aferida de maneiras diretas e indiretas. Métodos diretos são observação direta da terapia, dosagem das drogas ou seus metabólitos no sangue ou urina, detecção ou medida no sangue de marcadores biológicos adicionados as drogas. Estes costumam ser métodos caros e demandam empenho dos profissionais de saúde, mesmo assim muitos para algumas drogas são usados, como no caso de anticonvulsivantes com fenitoína e ácido valproico. (OSTERBERG L and BLASCHKE T, 2005)

Exemplos de métodos indiretos de medir a aderência são perguntar ao paciente se esta sendo fácil tomar as medicações, avaliar resposta clínica, contar comprimidos, elaborar um diário de medicação e averiguar frequência da renovação

de receitas. São métodos mais baratos, no entanto mais suscetíveis a erros e costumam superestimar a aderência (OSTERBERG L and BLASCHKE T, 2005).

A aderência aos tratamentos medicamentosos é um tema desafiador para o dia a dia do médico da ABS, uma vez que a capacidade de médicos em reconhecer a não aderência é ruim, e intervenções no sentido de melhorá-la tem resultados confusos, e aquelas com sucesso são complexas e tem custos altos muitas vezes. (OSTERBERG L and BLASCHKE T, 2005)

6. Metodologia

Trata-se de projeto de intervenção, a ser aplicado em pacientes da UBS Missões em Santiago – RS, que partirá da identificação dos pacientes que apresentam dificuldades no gerenciamento e uso de suas medicações de uso contínuo bem como as causas desse problema, passando pelo desenvolvimento de estratégias para a melhorar a aderência aos tratamentos.

6.1. Identificação dos pacientes alvo da intervenção e causas da dificuldade:

Para identificação dos pacientes, os ACS (Agentes Comunitários de Saúde) deverão agir de forma ativa buscando pacientes que apresentem fatores de risco/preditores para se encaixar no projeto. Por os métodos diretos de aferição da aderência serem muito custosos, propõem-se a utilização de métodos indiretos, que poderão ser empregado por ACS e familiares, a fim de estimar a aderência dos pacientes.

6.2. Avaliação das causas para a má aderência:

Uma vez identificados pacientes possivelmente mal aderentes, consulta médica deverá avaliar se de fato existe aderência inadequada e causas para a dificuldade por parte dos pacientes através de anamnese. Nos casos de pacientes que exista possível déficit cognitivo, escalas capazes de avaliar função cognitiva (Mini exame do estado mental), avaliação das atividades instrumentais de vida diária (AIVD ou Escala de Lawton) e Index de independência nas atividades de vida diária de Katz poderão ser aplicadas para estimar o grau de comprometimento cognitivo ou o nível de dependência dos pacientes.

6.3. Estratégias para melhor gerenciamento dos medicamentos e aderência aos tratamentos:

Neste momento será imprescindível que já se tenha conhecimento da/s causa/s da má aderência ao tratamento a fim de que seja implementada estratégia otimizada para cada caso específico.

Ter certeza de que o paciente compreende a importância e benefícios da terapêutica e riscos da não utilização das medicações é primordial, sempre informando possíveis efeitos adversos. (EDWORTHY SM, 1999)

Os métodos que serão implantados são listados abaixo. Vale lembrar que sempre se optará por aquele mais cabível e viável para cada paciente, não sendo obrigatório uso de todos métodos simultaneamente, mas sempre que se achar necessário, fazer a associação de métodos para melhor resultado.

- Reforçar os horários em que medicações são tomadas e manter medicações em locais de fácil acesso e visualização ao paciente.

- Orientar o paciente a associar os horários das medicações com dicas que o façam lembrar das doses (horário de refeições, rituais diários como ir ao banheiro pela manhã, arrumar o cabelo).

- Usar métodos como tabela escrita ou porta comprimidos (caso o paciente não consiga preencher o porta comprimidos, deverá ser designada pessoa apta, como familiar, amigo ou ACS).

- Utilizar alarmes sonoros.

- No caso de pacientes analfabetos o método de eleição será a prescrição baseada em pictogramas (MATOS, 2009; MEDEIROS, 2011) e cores, no qual cada pictograma representa um período do dia (manhã, tarde ou noite), e círculos com cores distintas indicam cada medicamento. As cartelas de medicamentos foram marcadas com fita colorida. Na prescrição, assinalava-se determinado número de círculos com a coloração correspondente à fixada em cada cartela.

- Garantir renovação de receitas aos pacientes e acesso facilitado as medicações.

Sugere-se ainda acompanhamento regular, especialmente após primeiras semanas da implantação do método que foi julgado cabível a cada caso, com intenção de garantir que o paciente e cuidadores tenham assimilado a nova estratégia para gerenciamento de uso das medicações.

7.Cronograma

Ações	Jun/16	Jul/16	Ago/16	Set/16	Out/16	Nov/16
Apresentação do trabalho para equipe	X					
Oficina com ACS	X					
Organizar recursos/compra de material	X	X				
Busca ativa de pacientes alvo através de métodos indiretos.		X	X	X		
Consulta com médico para definição da melhor abordagem/estratégia.			X	X		
Acompanhamento e consulta de revisão				X		
Aferição dos resultados					X	
Avaliação do projeto pela equipe						X

8. Recursos necessários

- Sala de reunião.
- Consultório médico.
- Presença de familiar/cuidador acompanhando paciente em consulta, em caso de paciente com déficit cognitivo.
- Profissionais envolvidos: ACS e médico.
- Porta comprimidos, se necessário. (custo de cerca de 15 reais por unidade).
- Alarme sonoro, se necessário (custo de cerca de 45 reais por unidade).
- Computador.
- Impressora.

9.Resultados esperados

Ao final desde projeto espera-se melhorar a adesão as terapias medicamentosas propostas aos pacientes.

A identificação dos pacientes que apresentam estas dificuldades e planejamento de estratégia individualizada buscando facilitar o gerenciamento das medicações em domicílio, seja de forma completamente autônoma ou com ajuda de terceiro, deve melhorar sobremaneira a adesão aos tratamentos e conseqüentemente, reduzir o número de agudizações sofridas pelos pacientes, hospitalizações, redução de sintomas das patologias tratadas, melhora da qualidade de vida, redução de casos de invalidez por complicações e mortes.

Por ser projeto que trata de problema comum na saúde pública que interfere diretamente no prognóstico de diversas patologias, com desenho simples e pouco oneroso, pode ser implantado em diversos locais e reduzir gastos públicos em saúde (tratamento de complicações e agudizações) de maneira significativa a médio e longo prazo.

10. Referências

OSTERBERG L, BLASCHKE T. **Adherence to medication.** N Engl J Med 2005;353:487–497.

BRASIL V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial

SCHMITT A, LINDNER S, SANTA HELENA E. **Avaliação da adesão terapêutica em idosos atendidos na atenção primária** Rev. Assoc. Med. Bras. vol.59 no.6 São Paulo Nov./Dec. 2013

WHO. **Adherence to long-term therapies: evidence for action.** Geneve: WHO; 2003.

COONEY D, PASCUZZI K. **Polypharmacy in the elderly: focus on drug interactions and adherence in hypertension.** Clin Geriatr Med. 2009;25(20):221-33.

MACLAUGHLIN EJ, RAEHL CL, TREADWAY AK, STERLING TL, ZOLLER DP, BOND CA. **Assessing medication adherence in the elderly: which tools to use in clinical practice?** Drugs Aging. 2005;22(3):231-55.

ANDRADE MA, SILVA MVS, Freitas O. **Assistência farmacêutica como estratégia para o uso racional de medicamentos em idosos.** Semina Ciênc Biol Saúde. 2004;25:55-63.

OKUNO J, YANAGI H, TOMURA S. **Is cognitive impairment a risk factor for poor compliance among Japanese elderly in the community?** Eur J Clin Pharmacol 2001;57: 589-94.

LACRO JP, DUNN LB, DOLDER CR, LECKBAND SG, JESTE DV. **Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature.** J Clin Psychiatry 2002;63:892-909.

BALKRISHNAN R. **Predictors of medication adherence in the elderly.** Clin Ther 1998;20: 764-71.

ELLIS JJ, ERICKSON SR, STEVENSON JG. **Suboptimal statin adherence and discontinuation in primary and secondary prevention populations.** J Gen Intern Med 2004;19:638- 45.

LARS OSTERBERG, M.D., and TERRENCE BLASCHKE, M.D. **Adherence to Medication** N Engl J Med 2005; 353:487-497 [August 4, 2005](#)

EDWORTHY SM, DEVINS GM. **Improving medication adherence through patient education distinguishing between appropriate and inappropriate utilization.** Patient Education Study Group. J Rheumatol, 1999;. 26: 1793–801.

DORMAN MAREK K; ANTLE L. **Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses**. Chapter 18 Medication Management of the Community-Dwelling Older Adult

MATOS, Ciro R. **Pictogramas e seu uso nas instruções médicas: estudo comparativo entre repertórios para instruções de uso de medicamentos**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Comunicação) – Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

MEDEIROS, Giovanna C. R. et al. **Pictogramas na orientação farmacêutica: um estudo de revisão**. *Revista Brasileira de Farmácia*, Rio de Janeiro, v. 93, n. 2, p. 96-103, 2011.

SERVELLEN G, CHANG B, GARCIA L, LOMBARDI E. **Individual and system level factors associated with treatment nonadherence in human immunodeficiency virusinfected men and women**. *AIDS Patient Care STDS* 2002;16:269-81.

AMMASSARI A, TROTTA MP, MURRI R, et al. **Correlates and predictors of adherence to highly active antiretroviral therapy: overview of published literature**. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002;31:Suppl 3:S123-S127.

STILLEY CS, SEREIKA S, MULDOON MF, RYAN CM, DUNBAR-JACOB J. **Psychological and cognitive function: predictors of adherence with cholesterol lowering treatment**. *Ann Behav Med* 2004;27:117-24.

SEWITCH MJ, ABRAHAMOWICZ M, BARKUN A, et al. **Patient nonadherence to medication in inflammatory bowel disease**. *Am J Gastroenterol* 2003;98:1535-44.

