



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

LUIZA VENTURA

MELHORIA DA ADESÃO A TRATAMENTO DE PACIENTES HIPERTENSOS E  
DIABÉTICOS EM SANTO ANDRÉ, SÃO PAULO

SÃO PAULO  
2019

LUIZA VENTURA

MELHORIA DA ADESÃO A TRATAMENTO DE PACIENTES HIPERTENSOS E  
DIABÉTICOS EM SANTO ANDRÉ, SÃO PAULO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família da Universidade Federal de São Paulo  
para obtenção do título de Especialista em  
Saúde da Família

Orientação: ARIANE GRAÇAS DE CAMPOS

SÃO PAULO  
2019

## **Resumo**

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são um problema de saúde mundialmente difundido. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) perfazem a maioria da prevalência das DCNT existentes, colocando as doenças cardiovasculares como a principal causa de óbito no Brasil. Em Santo André, São Paulo, na Unidade de Saúde (US) Vila Palmares, cerca de 50% dos pacientes hipertensos e diabéticos realizem tratamento inadequado, o que leva ao aumento de complicações e intercorrências, bem como pior qualidade de vida e pior prognóstico para os pacientes atendidos. Este Projeto de Intervenção tem como objetivo aumento da adesão a tratamento de pacientes hipertensos e diabéticos atendidos na Equipe de Saúde da Família (ESF) Vila Palmares,

## **Palavra-chave**

Diabetes. Doença Crônica. Hipertensão.

## Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são um problema de saúde mundialmente difundido, relacionadas a 72% das mortes no Brasil em 2007 (TAVARES *et al*, 2013). A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) perfazem a maioria da prevalência das DCNT existentes, colocando as doenças cardiovasculares como a principal causa de óbito no Brasil. Para redução da mortalidade por doenças cardiovasculares, torna-se essencial a adesão ao tratamento de pacientes hipertensos e diabéticos. No entanto, sabe-se que a não adesão aos tratamentos a longo prazo na população em geral é alta, aproximando-se a 50% em países desenvolvidos (SILVA JUNIOR, 2009).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua adesão a tratamento a longo prazo como o quanto o comportamento de uma pessoa corresponde às recomendações realizadas por um profissional de saúde, sejam elas a tomada de medicamentos, o seguimento de dieta e/ou mudanças de hábito de vida (WHO, 2003). Baixa adesão a tratamento medicamentoso se relaciona diretamente ao aumento do número de atendimentos em pronto-socorro, aumento do número de hospitalizações e piora do desfecho clínico do paciente (WHO, 2003; OSTERBERG e BLASCHKE, 2005). As causas para baixa adesão a tratamento são diversas, incluindo características individuais do paciente, características da doença em si, regime terapêutico escolhido, interação entre paciente e serviço de saúde, entre outros. No caso de DCNT observa-se uma relação causal com o caráter assintomático das doenças, o que altera a percepção de gravidade da doença por parte do paciente, levando-o a não realizar o tratamento adequadamente (OSTERBERG e BLASCHKE, 2005).

Diversos estudos tentam determinar fatores relacionados a baixa adesão a tratamento e sua prevalência. Um estudo recente estimou uma prevalência de 30,8% de baixa adesão a tratamento farmacológico em DCNT no Brasil. As variáveis mais relacionadas a maiores prevalências de baixa adesão foram: pacientes jovens, baixo nível de instrução, pacientes que tiveram que pagar parte ou integralmente o tratamento, pacientes com pior autopercepção de saúde, com três ou mais doenças ou com polifarmácia (cinco ou mais medicamentos contínuos) (TAVARES *et al*, 2016).

Ferramentas diversas são utilizadas em todo o mundo na tentativa de aumentar a adesão a tratamento de doenças crônicas. Os principais métodos visam a resolução das variáveis mais relacionadas à baixa adesão, tais como redução de polifarmácia, orientação de pacientes sobre as próprias doenças, prescrição de medicações gratuitas, entre outros. Recentemente está sendo adotado em políticas públicas no Brasil o conceito de autocuidado apoiado, o qual consiste em preparar e empoderar as pessoas para que autogerenciem sua saúde e a atenção à saúde prestada. Assim, cada pessoa reconheceria seu papel central na atenção à saúde e desenvolveria um sentido de auto-responsabilidade sanitária (MENDES, 2012).

Algumas cidades estão sendo pioneiras na implantação do Autocuidado em Saúde no Brasil. Há alguns anos Curitiba (Paraná) vem investindo na mudança do modelo assistencial, estimulando o enfoque, a centralidade e a coordenação do cuidado da Atenção Primária a Saúde (APS), trabalhando em rede e adotando o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (ENSP, 2012).

Em Santo Antônio do Monte (Minas Gerais), pacientes com doenças crônicas recebem um

plano de usuário fundamentado no autocuidado apoiado, sendo cada paciente responsável pela sua própria saúde e seu tratamento. As metas do plano de cuidado são elaboradas por cada paciente, sendo então verificadas e aprimoradas por uma equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, dentistas, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos e agentes comunitários de saúde (ACS). Em casa, os pacientes dão continuidade ao plano de cuidado, sendo acompanhados pelos ACS (APSREDES, 2014). O sucesso do tratamento se baseia na distribuição e no compartilhamento da responsabilidade no cuidado, comprometendo todas as pessoas envolvidas no processo e empoderando o paciente de sua importância na eficácia do tratamento de DCNT.

## **Objetivos (Geral e Específicos)**

Aumento da adesão a tratamento de pacientes hipertensos e diabéticos atendidos na ESF Vila Palmares, através da utilização de ferramentas e estratégias em saúde em âmbito multiprofissional pelos profissionais da Equipe de Saúde da Família da ESF.

## **Método**

O público alvo será formado por 125 pacientes cadastrados hipertensos e diabéticos atendidos pela ESF Vila Palmares. O trabalho será efetuado em conjunto pelos profissionais da ESF Vila Palmares: médica, enfermeira e agentes comunitárias de saúde (ACS).

Ação:

Serão utilizadas ferramentas de melhoria da adesão ao tratamento de DCNT, tais como caixa organizadora de medicamentos para pacientes com polifarmácia, orientação de pacientes sobre doenças e tratamentos, otimização de regime terapêutico utilizado e autocuidado apoiado. As ações serão divididas nas seguintes etapas:

Confecção de caixa organizadora de medicamentos para pacientes com polifarmácia: realização por ACS e médica.

Palestras de orientação sobre HAS e DM no grupo Hiperdia: realização por médica, enfermeira e ACS.

Revisão de regime terapêutico utilizado, com redução de polifarmácia, ajuste de doses, orientação sobre uso de medicamentos, prescrição de medicamentos fornecidos gratuitamente pelo SUS: realização por médica durante consulta médica.

Entrega de panfletos informativos sobre HAS e DM para pacientes em consultas médicas, em visitas domiciliares de ACS e para transeuntes da US Vila Palmares: realização por médica, enfermeira e ACS.

Entrega de livreto de Autocuidado apoiado, adaptado de CAVALCANTI *et al.* (2012), para pacientes com maior dificuldade de adesão a tratamento: entrega por médica e acompanhamento por médica, enfermeira e ACS.

O monitoramento e a avaliação das ações realizadas se darão de modo qualitativo, através da observação de melhora ou piora da adesão ao tratamento em atendimentos realizados na US Vila Palmares, utilizando ferramentas de planilha individual de controle de pressão arterial e glicemia capilar e através da auto-percepção do paciente sobre sua própria saúde e adesão ao tratamento.

Para pacientes selecionados, será avaliada a evolução do autocuidado apoiado através de livreto entregue durante acompanhamento. Ainda, será realizada uma avaliação de modo quantitativo, através da contagem mensal de número de consultas realizadas com pacientes com HAS e DM e da contagem mensal do relato de intercorrências e número de internações dos mesmos pacientes.

## **Resultados Esperados**

Aumento da adesão ao tratamento de HAS E DM tipo 2 através do maior conhecimento de doenças próprias do paciente e melhor auto-percepção em saúde, redução de polifarmácia, tomada correta de medicamentos após orientação e utilização de caixa organizadora de medicamentos, bem como seguimento do autocuidado apoiado e dos planos de metas estabelecidos no livreto.



## Referências

APSREDES - Portal da Inovação na Gestão do SUS. Autocuidado apoiado e cuidado compartilhado. Disponível em: <https://apsredes.org/reportagem-especial-autocuidado-apoiado-e-cuidado-compartilhado-usuarios-com-condicoes-cronicas-de-xam-de-ser-pacientes-e-se-transformam-em-agentes-da-propria-saude/> Acessado em: 15/11/2018.

Cavalcanti, Ana Maria. Autocuidado apoiado: caderno de exercícios. Secretaria Municipal de Saúde. Curitiba, 2012.

ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Publicado Manual de Autocuidado para os profissionais e usuários da APS. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/30527> Acessado em: 22/11/2018.

Mendes, Eugênio Vilaça. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

Osterberg Lars; Blaschke Terrence. Adherence to medication. N Engl J Med. 2005; 353 (5): 487-497.

Silva-Junior, Jarbas Barbosa. As doenças transmissíveis no Brasil: tendências e novos desafios para o Sistema Único de Saúde. In: Ministério da Saúde, ed. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Tavares, Noemia Urruth Leão *et al.* Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. Rev Saude Publica. 2016; 50 (supl 2): 10s.

Tavares, Noemia Urruth Leão *et al.* Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. Rev Saude Publica. 2013; 47 (6): 1-9.

WHO. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. Geneva: World health Organization; 2003.