



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

DANIELA BLOIS DA SILVA

ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR A ADESÃO AO TRATAMENTO DE DOENÇAS
CRÔNICAS EM PACIENTES DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM EMBU DAS
ARTES

SÃO PAULO
2020

DANIELA BLOIS DA SILVA

ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR A ADESÃO AO TRATAMENTO DE DOENÇAS
CRÔNICAS EM PACIENTES DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM EMBU DAS
ARTES

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: MICHELE PEIXOTO QUEVEDO

SÃO PAULO
2020

Resumo

A adesão ao tratamento é ponto central para um efetivo seguimento em saúde. Fundamental no dia-a-dia dos profissionais da área esse tema vem sendo muito discutido dada a sua importância e relevância. Este Projeto de Intervenção vem buscar estratégias e procurar compreender os mecanismos que levam ao sucesso da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Através da revisão de diversos artigos houve uma ampliação de conhecimento sobre o tema e compreensão de sua multifatorialidade. Diversos pontos de vistas foram expostos assim como a grande gama de fatores que influenciam a adesão ou não ao tratamento. Conclui-se que muitas vezes o paciente não é convidado a participar ativamente de seu processo saúde-doença. O sucesso do tratamento se torna médico-centrado excluindo a importância do próprio paciente no processo assim como dos outros profissionais da equipe de saúde.

Palavra-chave

Assistência Individualizada de Saúde. Adesão ao Tratamento. Doença Crônica

PROBLEMA/SITUAÇÃO

Um dos maiores desafios na Atenção Primária à Saúde é a efetiva adesão ao tratamento de doenças crônicas como diabetes, hipertensão, neoplasias e infecção por HIV. A adesão ao tratamento é multifatorial devendo ser olhada por diversos prismas e pontos de vista. Muito comumente a culpa pela falha do tratamento é colocada quase que toda no paciente. Este então se torna totalmente submisso às ordens do profissional de saúde, não participando ativamente e conscientemente de seu processo saúde-doença. Sob esse viés não se denota o grande papel que os profissionais e serviços de saúde têm no sucesso ou insucesso do tratamento do paciente. Muitas vezes situados em regiões periféricas e pobres, os serviços de saúde lidam diariamente com uma população com baixo grau de escolaridade e muito adoecidas pelo estilo de vida que levam. As múltiplas comorbidades, polifarmácia, incompreensão de sua doença, de seu tratamento e a indisponibilidade de medicações gratuitas pelo SUS levam o paciente a não realizar o tratamento corretamente ou até mesmo abandoná-lo. Somasse a isso a, infelizmente ainda comum, prática de renovação deliberada de prescrições por parte de profissionais médicos que renovam receitas sem sequer ver o paciente ou solicitar exames de rotina para acompanhamento real da saúde dos mesmos. Há ainda a insistência dos profissionais de saúde em enxergarem o paciente somente como alguém doente e não como um cidadão incluído em um determinado contexto social, político, ambiental e econômico. São ignorados desta forma os princípios da integralidade e equidade.

ESTUDO DA LITERATURA

A população brasileira vem crescendo e envelhecendo de forma acelerada nos últimos 100 anos. Este cenário configura um desafio em termos de saúde pública já que quanto maior é a proporção de idosos no país maior é a demanda por saúde e seguridade social (BRASIL, 2004). As doenças crônicas passaram desta forma a representar uma expressiva demanda dos serviços de saúde fazendo-se necessário o conhecimento de sua prevalência (BARROS et al. 2006). A partir de 1960 notou-se no Brasil queda acentuada da mortalidade por doenças infecto parasitárias e aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), incluindo as cardiovasculares e Diabetes (BARRETO e FIGUEIREDO, 2019). Dentro do grupo das doenças crônicas podemos citar também: doenças do aparelho osteomuscular, infecção por HIV, câncer, asma/bronquite. Todas estas patologias requerem tratamentos que irão acompanhar o paciente até o final de sua vida.

Neste contexto cada vez mais tem se discutido sobre adesão ao tratamento, questão que vem tomando importância nas últimas décadas e sendo fonte de grande preocupação por parte dos profissionais de saúde (LEITE e VASCONCELLOS, 2003). O cumprimento do tratamento se pauta, de modo geral, em 3 fatores: fatores sociais, fatores relativos ao paciente e fatores relativos ao profissional de saúde (ARAÚJO et al. 2010). Aspectos como dificuldades financeiras, polifarmácia, enfermidades associadas, esquema terapêutico complexo ou complicado, efeitos adversos dos medicamentos, dificuldade de acesso ao sistema de saúde, inadequação da relação médico-paciente, característica assintomática da doença e a sua cronicidade são definidores do êxito ou fracasso do regime farmacológico (GIROTTI et al. 2013).

Muitas vezes a adesão ao tratamento é vista como consequência exclusiva do poder do profissional médico em persuadir o paciente a seguir a prescrição. É certo que a confiança depositada pelo paciente na prescrição, na equipe de saúde ou no profissional pessoalmente é fundamental na adesão farmacológica porém devemos entender que a equipe de saúde é só um dos pilares para o sucesso do tratamento (ARAÚJO et al. 2010).

A participação do doente no seu processo saúde/doença/tratamento é indispensável. Infelizmente muitas vezes o paciente, ou o responsável por sua saúde, é desconsiderado como ser social, dotado de expectativas, conhecimentos, interesses, e que tem valores socioculturais, que produzem sentidos e “ressignificações” sobre o uso ou resistência ao uso medicamentoso em seu processo ou estado crônico de adoecimento (LEITE et al. 2003). A ignorância de todos esses aspectos dificultam a adesão ao tratamento. Sendo assim a equipe de saúde deve ouvir o doente, entender suas aflições, tirar-lhe as dúvidas, passar confiança e pensar na melhor forma de prescrição. Pacientes com múltiplas comorbidades tendem a tomar mais medicações e quanto maior o número de fármacos prescritos menor a adesão e sucesso do tratamento. A polifarmácia deve ser evitada. A diminuição da frequência das doses tem impacto positivo na redução de reações adversas e possibilita a redução de custos para os serviços de saúde (REMONDI et al. 2014).

Facilitar e estimular o acesso aos serviços de saúde pelos pacientes é também fundamental. Os agentes comunitários devem buscá-los de forma ativa para ver se estão realmente sendo acompanhados. Grande parte dos centros de saúde funciona em horário comercial, o que dificulta o acesso por parte dos trabalhadores. Trabalhadores que se ausentam por motivo de saúde têm maior probabilidade de serem despedidos, e este risco é ainda mais exacerbado no trabalho informal, pela ausência de garantias trabalhistas (GIATTI e BARRETO, 2011). Muitas mulheres

trabalham o dia inteiro e ainda têm trabalho doméstico em casa para fazer. Dessa forma não é incomum o abandono do acompanhamento médico e a busca simplesmente por troca de receitas. Os médicos devem então aproveitar o momento da troca de receita para pedir novos exames, reajustar prescrições e fazer novas orientações. Devem evitar ao máximo a troca deliberada de receitas sem a presença do paciente.

O acesso a medicamentos é outro ponto importante a se pensar. Um dos grandes motivos para abandono de tratamento medicamentoso é a falta de recursos financeiros para aquisição de fármacos ou não ter conseguido obtê-los gratuitamente nos serviços de saúde (indisponibilidade) (REMONDI, 2014). A UBS Mimás se tornou unidade independente e passou a ter farmácia própria somente em janeiro de 2020. Antes dependia totalmente da unidade Jardim Vista Alegre para obtenção de fármacos. É um grande ganho para a unidade, compondo uma nova frente de ação na busca por boa adesão aos tratamentos propostos. A assistência farmacêutica é um instrumento estratégico e deve ocorrer por meio de ações que tenham como alvos precípuos o acesso, a qualidade e o uso racional, garantindo a sustentabilidade do sistema (OLIVEIRA et al. 2007). É importante a educação em relação aos medicamentos, seja na farmácia, no posto de saúde, nas clínicas e nos hospitais ou na residência do idoso. Tornar a terapia instituída mais eficaz é tarefa de todos. Devem ser ofertados aos profissionais (médicos, farmacêuticos e enfermeiros) programas de educação continuada para que entendam a nova demanda dessa população perante a farmacoterapia, que é dinâmica e complexa (TEIXEIRA e LEFREVE, 2001).

Com este estudo concluímos que a adesão ao tratamento depende de diversos fatores relacionados tanto ao paciente quanto ao serviço de saúde. Nunca deve ser médica centrada. A inclusão do paciente no processo é fundamental. Em um mundo com uma população cada vez mais envelhecida e doente devemos traçar estratégias para conseguirmos oferecer um real seguimento em saúde e dar suporte a todos doentes crônicos.

AÇÕES

- 1) Durante consulta médica e de enfermagem: esclarecer as dúvidas do paciente sobre a sua doença; fazê-lo entender a importância do uso correto da medicação; verificar se ele está tomando a medicação de forma correta e se não estiver fazer as correções necessárias; incentivá-lo a adotar medidas não medicamentosas de tratamento como prática de atividade física e dieta adequada.
- 2) Durante consulta médica: evitar polifarmácia, tentar prescrever o mínimo de fármacos possíveis; solicitar exames laboratoriais e realizar exames físicos para acompanhamento do doente; na troca de receita ver o último exame do paciente, se for muito antigo solicitar novo; informar paciente sobre sua patologia; atualizar receita.
- 3) Serviço de farmácia: Fornecer informações diversas como forma de ação dos medicamentos, forma de uso/aplicação, efeitos adversos e interações medicamentosas.
- 4) Agentes de Saúde: Busca ativa dos pacientes crônicos em suas casas; entender o por quê do afastamento (se houver) da unidade; incentivar os pacientes a irem ao posto.
- 5) Reunião de equipe: discutir casos de pacientes que abandonaram tratamento ou não o fazem de forma adequada; traçar estratégias como visita domiciliar, coleta de exame no domicílio, emissão de atestado para que paciente consiga faltar no trabalho e ir à unidade.
- 6) Equipe da UBS: Incentivar a presença do paciente durante a troca de receita; estimular paciente a acompanhar/registrar seus sinais vitais, pressão arterial e glicemia capilar rotineiramente.
- 7) Propostas de trabalho junto à mídia por meio de: Orientações e esclarecimentos sobre doenças crônicas para todos os pacientes através de folhetos e vídeos na televisão da sala de espera.
- 8) Atualização: oferta de cursos de atualização para pessoal da farmácia.
- 9) Grupos: Formação de grupos de caminhada e meditação- incentivo a medidas de tratamento não medicamentosas.

RESULTADOS ESPERADOS

Com este projeto de intervenção esperamos que:

- ♦ Os pacientes entendam mais sobre a sua patologia e sejam agentes ativos de seu processo saúde/doença.
- ♦ A equipe trabalhe junta para que o paciente entenda seu tratamento e compreenda a importância de tomar a medicação prescrita de forma correta.
- ♦ O paciente confie nas informações dadas pela equipe técnica. Que esta equipe esteja atualizada e pronta para passar informações corretas.
- ♦ As receitas não sejam renovadas de modo deliberado e sim através de um acompanhamento real do paciente com exames laboratoriais e físicos.
- ♦ Os profissionais médicos tentem ao máximo prescrever receitas "enxutas", evitando polifarmácia.
- ♦ A equipe incentive a ida de pacientes com doenças crônicas ao posto para reavaliação e seguimento das suas patologias.

REFERÊNCIAS

- 1) BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA, 2004.
- 2) BARROS, M. et al. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *CienSaude Colet*, 2006.
- 3) BARRETO, Sandhi Maria; FIGUEIREDO, Roberta Carvalho de. Doença crônica, autoavaliação em saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. *Rev Saúde Pública*, 2009.
- 4) LEITE, Silvana Nair; VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2003.
- 5) ARAÚJO, M. et al. Aderência de diabéticos ao tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 2010.
- 6) GIROTO, E. et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2013.
- 7) OLIVEIRA, B. et al. Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- 8) GIATTI, Luana; BARRETO, Sandhi Maria. Situação no mercado de trabalho e utilização dos serviços de saúde no Brasil. *Ciência Saúde Coletiva*, 2011.
- 9) REMONDI, Felipe Assan; CABRERA, Marcos Aparecido Sarria; SOUZA, Regina Kazue Tanno de. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. *Cad Saude Publica*, 2014.
- 10) TEIXEIRA, Jorge Juarez Vieira; LEFREVE, Fernando. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. *Rev Saude Publica*, 2001.