



**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MODALIDADE A DISTÂNCIA  
TURMA 1 – JULHO DE 2011**



**MELHORIA DA ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DOS USUÁRIOS  
HIPERTENSOS E/OU DIABÉTICOS DA USF DE SÃO BENTO,  
AMÉLIA RODRIGUES/BA.**

**JULIANA INVENÇÃO GOMES**

**MELHORIA DA ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DOS USUÁRIOS  
HIPERTENSOS E/OU DIABÉTICOS DA USF DE SÃO BENTO,  
AMÉLIA RODRIGUES/BA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Saúde da Família/Modalidade à distância da Universidade Federal de Pelotas e Universidade Aberta do SUS (UNASUS), como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

**Orientador: Denise Silva da Silveira**

**Pelotas, 2013**

Banca examinadora:

.....

.....

.....

.....

### Resumo

**GOMES, Juliana Invenção. MELHORIA DA ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DOS USUÁRIOS HIPERTENSOS E/OU DIABÉTICOS DA USF DE SÃO BENTO, AMÉLIA RODRIGUES/BA.** 2013. 68fs. Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização em Saúde da Família. UNASUS - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

No Brasil, as doenças cardiovasculares representam importantes problemas de saúde pública, pois são a primeira causa de morte no país. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM), doenças crônicas não transmissíveis, constituem-se os mais importantes fatores de risco as doenças cardiovasculares. Nesse contexto a Estratégia de Saúde da Família (ESF) configura-se como elemento-chave no desenvolvimento das ações para o controle da HAS e DM, uma vez que, através de uma equipe multidisciplinar, atua na promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, na manutenção da saúde e no estabelecimento de vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a comunidade. Este trabalho trata-se de uma pesquisa-ação, realizada numa USF em Amélia Rodrigues/BA, com o objetivo de melhorar a adesão dos hipertensos e/ou diabéticos ao tratamento medicamentoso. Os usuários abrangidos pelo estudo foram avaliados quanto à adesão a partir do Teste *Brief Medication Questionnaire* (BMQ) e ao mesmo tempo foram expostos a ações para o aumento dessa adesão, principalmente as educativas. Participaram dessa pesquisa 217 hipertensos e/ou diabéticos que responderam ao BMQ e os profissionais que integravam a equipe de saúde da US. A composição da equipe da USF de São Bento por categoria profissional praticamente manteve-se a mesma do início ao final da intervenção. As ações realizadas incluíram o cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos no programa HIPERDIA, o acompanhamento dos indicadores, a formação de grupo de educação em saúde, a realização de atividades educativas para a adesão ao tratamento medicamentoso e capacitações da equipe multidisciplinar da USF. Ao final da intervenção, entre os respondentes ao BMQ, 55,8% foram cadastrados no HIPERDIA, 77,1% tiveram seus registros de medicamentos atualizados, 98,2% utilizavam medicamentos da farmácia popular / HIPERDIA e 46,5% receberam orientação sobre o uso correto da medicação em atividade de grupo. Espera-se que a gestão central apoie e fortaleça este tipo de oportunidade para os demais profissionais, que seja estabelecida uma rotina de supervisão das atividades compartilhada com a equipe de saúde e voltada às demandas da população, e que a comunidade se aproprie da proposta, contribuindo assim com sua continuidade e aperfeiçoamento.

**Palavras-Chaves:** Atenção Básica à Saúde. Saúde da Família. Estudos de Intervenção. Doenças Crônicas não Transmissíveis. Tratamento medicamentoso.

## Lista de Figuras

Figura 1	Etapas do Planejamento Estratégico – Painel de Problemas. EAD UFPel, 2012.	13
Figura 2	Etapas do Planejamento Estratégico – Diagrama de Inter-relações. EAD UFPel, 2012.	14
Figura 3	Etapas do Planejamento Estratégico – Árvore de Problemas. EAD UFPel, 2012.	15
Figura 4	Etapas do Planejamento Estratégico – Árvore de Objetivos. EAD UFPel, 2012.	16
Figura 5	Evolução mensal do indicador proporção de portadores de hipertensão e/ou diabetes da área de abrangência da USF de São Bento com avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso. EAD UFPEL, 2012.	51
Figura 6	Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no HIPERDIA. EAD UFPEL, 2012.	52
Figura 7	Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos e/ou diabéticos com registro dos medicamentos atualizado. EAD UFPEL, 2012.	52
Figura 8	Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos e/ou diabéticos com utilização de medicamentos cadastrados na Farmácia Popular ou no Programa HIPERDIA. EAD UFPEL, 2012.	53
Figura 9	Evolução mensal do indicador proporção hipertensos e/ou diabéticos que receberam orientação sobre o cumprimento correto do tratamento medicamentoso. EAD UFPEL, 2012.	54

## Lista de Tabelas

Tabela 1	Indicadores utilizados de acordo com os objetivos e metas estabelecidas para a intervenção proposta como Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família EAD-UFPEl, 2012.	48
----------	--	----

### **Lista de Siglas e Abreviaturas**

ACD	-	Atendente de Consultório Dentário
ACE	-	Agentes Comunitários de Endemias
ACS	-	Agentes Comunitários de Saúde
AVC	-	Acidente Vascular Cerebral
BMQ	-	Brief Medication Questionnaire
CAPS	-	Centro de Atenção Psicossocial
DCNT	-	Doença(s) Crônica(s) não Transmissível (is)
DM	-	Diabetes Mellitus
ESF	-	Estratégia Saúde da Família
HAS	-	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	-	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	-	Ministério da Saúde
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
SIAB	-	Sistema de Informações da Atenção Básica
SUS	-	Sistema Único de Saúde
USF	-	Unidade de Saúde da Família

## Sumário

Resumo.....	4
Lista de Figuras.....	5
Lista de Tabelas.....	6
Lista de Siglas e Abreviaturas.....	7
<b>1 RELATÓRIO DA ANÁLISE SITUACIONAL .....</b>	<b>12</b>
1.1 Situação da ESF/APS na terceira semana de ambientação .....	12
1.2 Painel de Problemas .....	12
1.3 Diagrama de Inter-relações .....	13
1.4 Árvore de Problemas.....	14
1.5 Árvore de Objetivos .....	15
1.6 Novo texto sobre a situação da ESF/APS em seu serviço .....	16
<b>2 ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>17</b>
2.1 Tema.....	17
2.2 Justificativa.....	17
2.3 Objetivos.....	19
2.3.1 Objetivo geral.....	19
2.3.2 Objetivos específicos .....	19
2.4 Metas .....	19
2.5 Metodologia.....	20
2.5.1 Ações propostas por eixo pedagógico do curso.....	20
2.5.1.1 Organização e Gestão do Serviço.....	20
2.5.1.2 Monitoramento e Avaliação.....	23
2.5.1.3 Engajamento Público .....	23



2.5.1.4 Qualificação da Prática Clínica .....	24
2.5.2 Indicadores .....	24
2.5.3 Preparando a Intervenção .....	27
2.5.4 Cronograma da Intervenção.....	28
2.6 Referências Bibliográficas.....	30
2.7 Apêndices.....	32
<b>3 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO.....</b>	<b>37</b>
3.1 Ações previstas e desenvolvidas no projeto: facilidades e dificuldades, cumpridas integral ou parcialmente.....	37
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas: motivos.....	40
3.3 Coleta e sistematização dos dados: dificuldades no preenchimento da planilha e no cálculo dos indicadores.....	41
3.4 Incorporação das ações na rotina do serviço: análise da viabilidade, aspectos que precisam melhorar para viabilizar. ....	41
<b>4 RELATÓRIO DOS RESULTADOS DA INTERVENÇÃO .....</b>	<b>43</b>
4.1 Introdução.....	43
4.2 Metodologia.....	45
4.2.1 População-alvo .....	45
4.2.2 Ações realizadas no Projeto de Intervenção.....	45
4.2.3 Indicadores do Estudo.....	47
4.2.4 Logística.....	49
4.3 Resultados.....	50
4.4 Discussão.....	55
4.5 Referências Bibliográficas.....	59
4.6 Apêndices.....	61

Apêndice A: Relatório da Intervenção para os Gestores.....	61
Apêndice B: Relatório da Intervenção para a Comunidade .....	65
5 REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE SEU PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM E NA IMPLANTAÇÃO DA INTERVENÇÃO .....	67

## APRESENTAÇÃO

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família modalidade à distância da Universidade Aberta do SUS- UNASUS / Universidade Federal de Pelotas – UFPEL (EAD UFPel) é o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as Unidades de Ensino que integram o Projeto Pedagógico do curso.

A Intervenção que é a terceira Unidade de Ensino do Curso foi realizada na Unidade de Saúde da Família (USF) São Bento, localizada na zona rural do município de Amélia Rodrigues/BA, no distrito de São Bento do Inhatá. Possui uma equipe multidisciplinar formada por um médico, um dentista, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma atendente de consultório dentário, dez agentes comunitários de saúde (ACS), uma recepcionista e uma atendente de serviços gerais. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, o município possui uma população de 25.193 habitantes e seu sistema de saúde está estruturado com um hospital de pequeno porte, situado na zona urbana, seis USF e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Tipo I. Com relação à população da área de abrangência da USF de São Bento existem 1.254 famílias cadastradas em todo o território de acordo com informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (BRASIL, 2011).

Assim, o presente volume apresenta os resultados deste processo em cinco seções: a primeira está composta pelo **Relatório da Análise Situacional**, a segunda pela **Análise Estratégica – Projeto de Intervenção**, a terceira pelo **Relatório da Intervenção**, a quarta pelo **Relatório dos Resultados da Intervenção** e, a quinta, pela **Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e implementação da intervenção**.

## 1 RELATÓRIO DA ANÁLISE SITUACIONAL

### 1.1 Situação da ESF/APS na terceira semana de ambientação

Faço parte de uma equipe de Saúde da Família composta por uma enfermeira, um dentista, uma médica, um auxiliar de consultório dentário (ACD), duas técnicas de enfermagem, 10 agentes comunitários de saúde (ACS), três Agentes Comunitários de Endemias (ACE), um recepcionista, um auxiliar de serviços diversos e um motorista. A Unidade de Saúde da Família (USF) de São Bento possui, aproximadamente, 1300 famílias cadastradas.

Sou enfermeira recém-formada e este é meu primeiro emprego. Trabalho no município que eu resido e atuo na USF de São Bento de Inhatá há seis meses.

No local onde foi implantada essa USF funcionava antigamente com Posto de Saúde. Atribuo, portanto, a esse fato, uma das minhas maiores dificuldades de gerência: o funcionamento propriamente dito do estabelecimento como Estratégia de Saúde da Família.

A mudança na assistência, de somente curativista para a de promoção e prevenção à saúde, ainda não foi totalmente compreendida pelos usuários, causando uma série de comparações e, às vezes, insatisfações. Como a USF é o único estabelecimento de saúde do distrito de São Bento do Inhatá, acaba sendo a única referência para todas as necessidades da população de aproximadamente sete mil habitantes, o que faz com que a demanda da USF, na sua maioria, seja espontânea e curativista.

Através da educação em saúde e dos esclarecimentos prestados aos usuários, tentamos reverter isso. Mas, esse tem sido um desafio para toda a equipe.

### 1.2 Painel de Problemas

A Figura 1 a seguir apresenta o **Painel de Problemas** que integra o método do Planejamento Estratégico para subsidiar o processo de Análise Situacional da USF e, conseqüentemente, auxiliar na definição do tema do projeto de intervenção. Sintetiza os problemas detectados a partir de carências, deficiências, insatisfações ou inconformidades, nas categorias de análise proposta por Donabedian em meados da década de 1960 (DONABEDIAN, 1966; DONABEDIAN, 1988).



Figura 1. Etapas do Planejamento Estratégico – Painel de Problemas. EAD UFPel, 2012.

### 1.3 Diagrama de Inter-relações

O **Diagrama de Inter-relações** é uma das ferramentas do Planejamento Estratégico para análise dos problemas identificados através do Painel de Problemas. Consiste em uma forma gráfica de mostrar as relações existentes entre os problemas identificados, ou seja, sobre quais outros problemas cada um exerce algum poder de determinação (Figura 2).

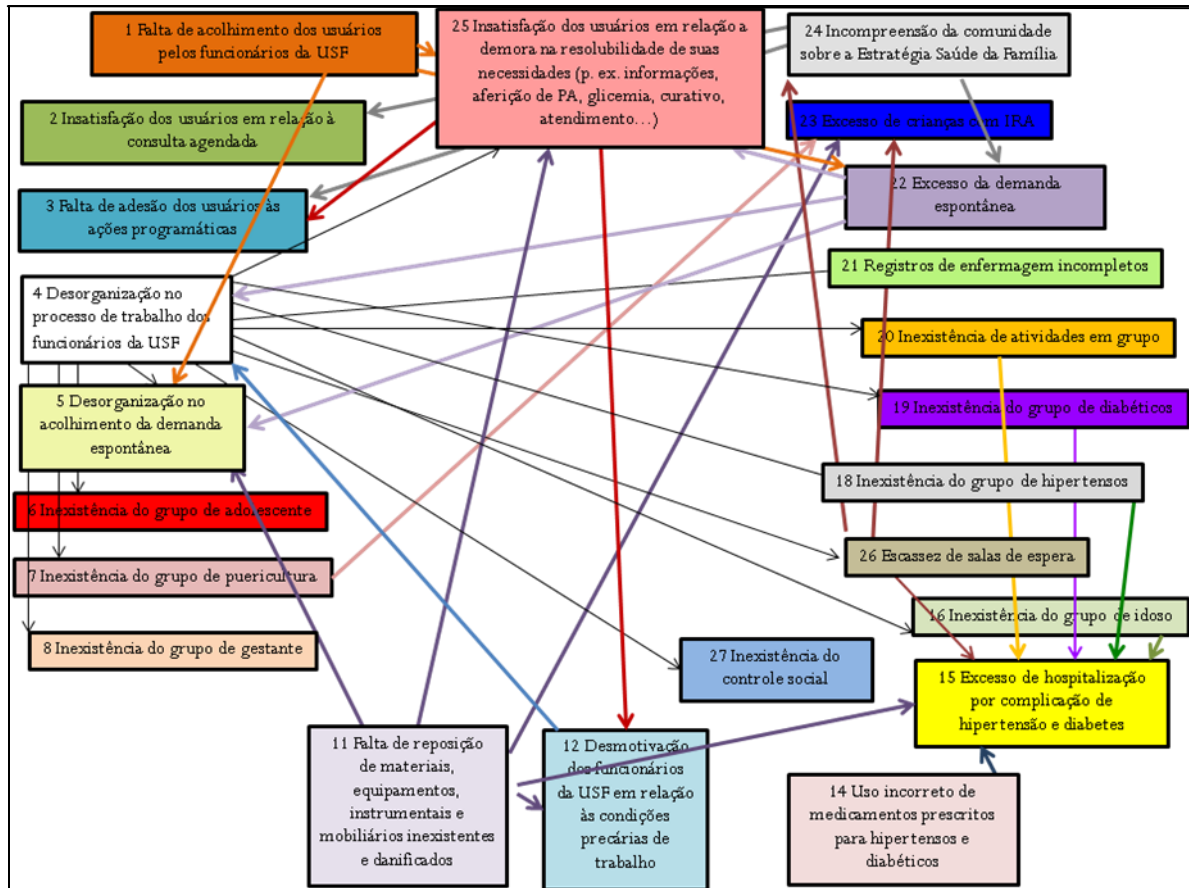


Figura 2. Etapas do Planejamento Estratégico – Diagrama de Inter-relações. EAD UFPel, 2012.

#### 1.4 Árvore de Problemas

A **Árvore de Problemas** é uma forma de organizar os problemas identificados em um modelo hierárquico de determinação. Para sua construção o primeiro passo consiste em dispor os problemas em um círculo, o segundo em escolher aleatoriamente um problema (problema inicial) e o terceiro em identificar com setas, sobre quais outros problemas do círculo formado, o problema inicial exerce algum tipo de influência, ou seja, sobre quais outros problemas tem algum tipo de poder de determinação (Figura 3).

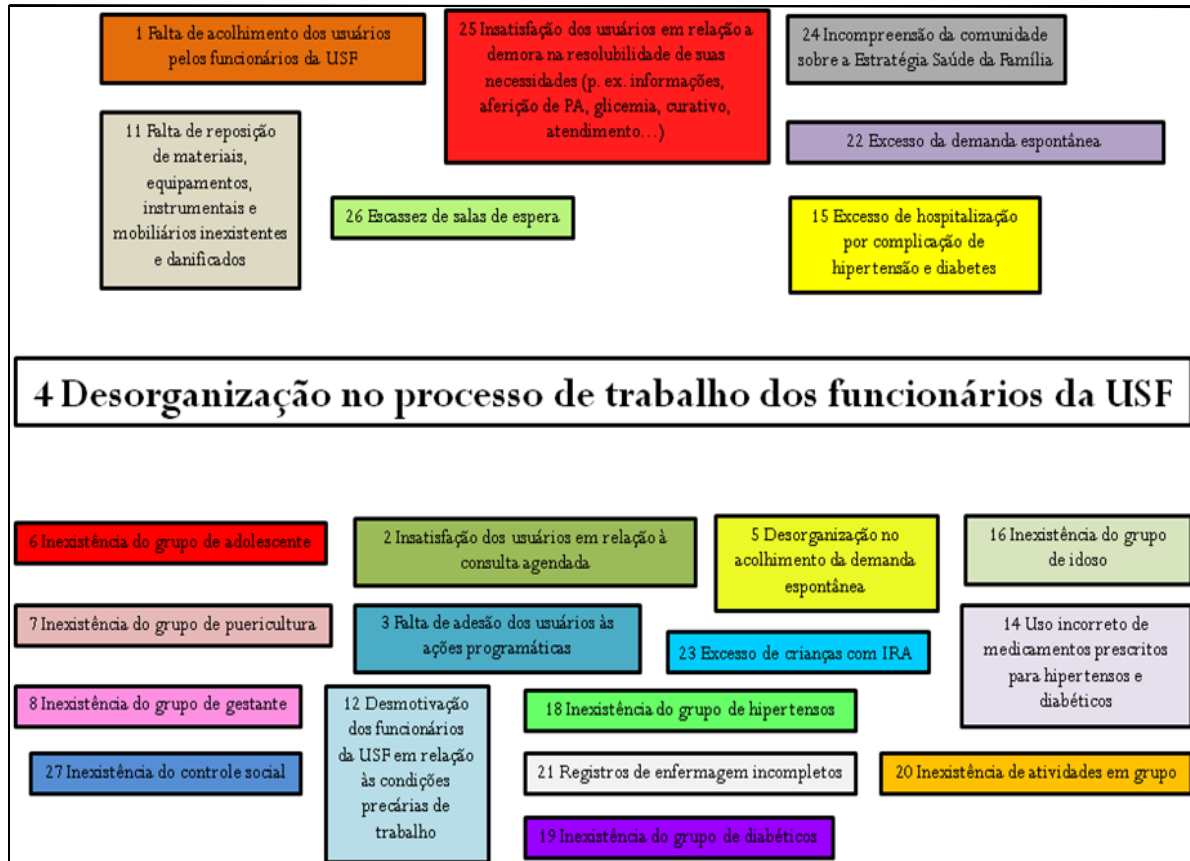


Figura 3. Etapas do Planejamento Estratégico – Árvore de Problemas. EAD UFPEI, 2012.

### 1.5 Árvore de Objetivos

A construção da **Árvore de Objetivos** integra o momento normativo do Planejamento Estratégico e tem por finalidade transformar um cenário de problemas em um novo cenário composto por objetivos a serem alcançados.

O problema denominado “nó crítico” cede lugar a um objetivo denominado “direcional” que, por sua função destacada, ocupa o espaço central da árvore.

Para cada um dos problemas denominados “causa” se identifica um objetivo denominado “meio” e, para cada um dos problemas designados como “consequência”, se elege um objetivo denominado “fim” (Figura 4).



Figura 4. Etapas do Planejamento Estratégico – Árvore de Objetivos. EAD UFPel, 2012.

## 1.6 Novo texto sobre a situação da ESF/APS em seu serviço

A USF de São Bento não possui uma estrutura perfeita, porém tem uma grande parte dos requisitos necessários para seu funcionamento.

Percebi com a análise situacional, que a falta de compreensão dos usuários sobre o que é a Estratégia Saúde da Família não é o principal problema para que haja um progresso no seu desenvolvimento. A forma como se desenvolve o trabalho pelos seus funcionários também pode ser decisivo na sua construção e/ou efetivação. Além disso, a construção das árvores de problemas e objetivos (Figura 3 e 4) possibilitou identificar muitos problemas quanto a atenção à saúde do hipertenso e/ou diabético na USF, principalmente no que diz respeito a baixa adesão ao tratamento medicamentoso e prevenção de hospitalização por complicações da HAS e/ou DM. Portanto, acredito que o passo mais importante a ser tomado é organizar o processo de trabalho dos funcionários da USF de São Bento para proporcionar uma melhor resolubilidade das necessidades dos seus usuários.

Assim, a partir da leitura dos textos sugeridos, interações nos fóruns e, considerando a inespecificidade e parcialidade do tema inicialmente escolhido “Organização do processo de trabalho dos funcionários da USF”, foi definido um novo tema para o projeto de intervenção “Melhoria da atenção à saúde dos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus”.



## **2 ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO**

### **2.1 Tema**

Melhoria da atenção à saúde dos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

### **2.2 Justificativa**

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), se caracterizam por ter uma etiologia múltipla, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa, por sua associação a deficiências e incapacidades funcionais e, também, por ser um conjunto de doenças que têm fatores de risco semelhantes. Entre elas encontramos a hipertensão arterial sistêmica (HAS), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e a diabetes mellitus (DM) (BRASIL, 2008).

No Brasil, as doenças cardiovasculares representam importantes problemas de saúde pública, pois são a primeira causa de morte no país (BRASIL, 2006a; OPAS, 2010). Neste contexto, destacam-se a HAS e a DM como os mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares. Possuem diversos aspectos em comum tais como etiopatogenia, fatores de risco, facilidade de diagnóstico, necessidade de acompanhamento por equipe multidisciplinar, tratamentos não medicamentoso e medicamentoso e dificuldade de adesão às recomendações prescritas (BRASIL, 2006b, BRASIL, 2006c; BRASIL, 2006d).

Diante do agravamento desse cenário em nível nacional, o Ministério da Saúde (MS) em 2001 desenvolveu o Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão e Diabetes na Rede Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) para a prevenção e controle da HAS e DM (BRASIL, 2001). Em 2002, novas estratégias foram incorporadas na rotina das unidades ambulatoriais do SUS, através do Programa HIPERDIA (BRASIL, 2002). A partir do cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos em formulário padronizado buscou favorecer sua vinculação e acompanhamento e garantir o recebimento de fármacos para o tratamento medicamentoso. Além disso, através da análise dos indicadores do Programa é possível conhecer o perfil epidemiológico da população assistida (BRASIL, 2012).

Nessa perspectiva, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) configura-se como elemento-chave no desenvolvimento das ações de controle da HAS e DM. A ESF, mediante as ações da equipe multidisciplinar, atua na promoção da saúde, na prevenção, recuperação e reabilitação dessas doenças, na manutenção da saúde e no estabelecimento de vínculos de compromisso e de corresponsabilidade. Tais vínculos são decisivos para o sucesso do tratamento não medicamentoso e medicamentoso pelos hipertensos e diabéticos, pois quanto maior o grau de participação dos usuários como protagonistas no cuidado à saúde, maior será sua adesão ao plano terapêutico proposto (BRASIL, 2006a).

O município de Amélia Rodrigues situa-se no estado da Bahia – BA e possui uma população de 25.193 habitantes. É constituído por três distritos: Amélia Rodrigues, São Bento do Inhatá e Mata de Aliança, sendo o primeiro urbano e demais rurais (IBGE, 2010). Os serviços de saúde disponíveis no município são um hospital de pequeno porte situado na zona urbana, seis USF e um CAPS Tipo I.

A USF de São Bento localiza-se na zona rural do município e possui uma equipe multidisciplinar formada por um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, um dentista, uma atendente de consultório dentário, dez ACS, três ACE, uma recepcionista e uma atendente de serviços gerais. Segundo os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) consolidados em dezembro de 2011, a USF possui 1.254 famílias cadastradas, 443 usuários hipertensos e 104 usuários diabéticos, sendo que, aproximadamente, 80% desses usuários são acompanhados pela USF de São Bento (BRASIL, 2011).

Dentre os problemas enfrentados na USF de São Bento na atenção a hipertensos e diabéticos, destaca-se a baixa adesão dos usuários hipertensos e/ou diabéticos ao tratamento medicamentoso. Sabendo que o cumprimento correto do tratamento medicamentoso é uma das atividades essenciais para o adequado controle destas doenças, este trabalho tem como objetivo melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso dos usuários com HAS e/ou DM da USF de São Bento.

## **2.3 Objetivos**

### **2.3.1 Objetivo geral**

Melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso dos usuários hipertensos e/ou diabéticos da USF de São Bento, Amélia Rodrigues/BA.

### **2.3.2 Objetivos específicos**

- Avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso dos usuários hipertensos e/ou diabéticos da USF de São Bento.
- Monitorar a atenção prestada pela USF de São Bento aos usuários hipertensos e/ou diabéticos que foram avaliados quanto à adesão ao tratamento medicamentoso.

## **2.4 Metas**

A seguir estão apresentadas as metas por objetivo.

Objetivo “Avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso dos usuários hipertensos e/ou diabéticos da USF de São Bento”:

- Avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso em 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos da USF de São Bento.

Objetivo “Monitorar a atenção prestada pela USF de São Bento aos usuários hipertensos e/ou diabéticos que foram avaliados quanto à adesão ao tratamento medicamentoso”:

- Monitorar a inscrição dos hipertensos e/ou diabéticos que responderam ao teste de avaliação da adesão no programa HIPERDIA do Ministério da Saúde (MS).
- Manter atualizado o registro dos medicamentos na ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos da USF de São Bento que responderam ao BMQ;

- Garantir tratamento medicamentoso para 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos respondentes ao BMQ que utilizam medicamentos da Farmácia Popular ou do Programa HIPERDIA;
- Orientar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos respondentes ao BMQ sobre o cumprimento correto do tratamento medicamentoso;
- Aumentar em 20% a adesão ao tratamento medicamentoso dos hipertensos e/ou diabéticos da USF de São Bento com dificuldade de adesão.

## **2.5 Metodologia**

Trata-se de uma pesquisa-ação, que incluirá todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados pela USF de São Bento, situada na zona rural do município de Amélia Rodrigues/BA. Além dos usuários, os profissionais que atuarem no serviço de saúde também serão o público-alvo do estudo.

Para a realização e sucesso desta pesquisa, faz-se necessária a participação e o empenho de todos os membros da equipe multidisciplinar da USF de São Bento.

As ações a serem realizadas nesta pesquisa, serão descritas, a seguir, detalhadamente, contemplando os respectivos eixos pedagógicos: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica.

### **2.5.1 Ações propostas por eixo pedagógico do curso**

A seguir estão apresentadas as ações planejadas para serem desenvolvidas de acordo com o eixo pedagógico

#### **2.5.1.1 Organização e Gestão do Serviço**

As ações a serem realizadas incluem:

- a. O primeiro passo consiste na apresentação deste Projeto de Pesquisa e seu instrumento de medida da adesão ao tratamento medicamentoso, o teste Brief Medication Questionnaire (BMQ)

versão traduzida para o português, aos membros da equipe multiprofissional da USF de São Bento (BEN; NEUMANN; MENGUE, 2012):

- O BMQ é um teste composto por 11 perguntas e que possibilita avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso de usuários. Os problemas encontrados pelo BMQ são divididos em três domínios: 1) regime: composto por 7 perguntas; 2) crença, composto por 2 perguntas; e 3) recordação: composto por 2 perguntas. Esses domínios são obtidos comparando as respostas dos usuários às perguntas com a prescrição médica, pelo registro do prontuário do usuários acompanhados na USF ou receita médica apresentada pelos usuários prescrita por outros médicos ou serviços de saúde. O paciente que apresentar “nenhuma resposta positiva” no teste é classificado como “aderente”, o paciente que apresentar “resposta positiva em um dos três domínios” é classificado como “provável aderente”, o paciente que apresentar “resposta positiva em dois dos três domínios” é classificado como “provável baixa adesão” e o paciente que apresentar resposta positiva nos três domínios (regime, crença e recordação) é classificado “como baixa adesão”.
- Foram acrescentadas ao BMQ informações quanto a dados pessoais dos hipertensos e diabéticos tais como endereço do entrevistado, sua ocupação, idade, sexo, cor da pele (verificada pelo ACS), anos completados de estudo, número de pessoas que vivem no domicílio, renda mensal média familiar do último mês em salários mínimos; dados clínicos como tipo de patologia do paciente (hipertensão, diabetes, hipertensão e diabetes), comorbidades referidas (angina, infarto agudo do miocárdio – IAM, acidente vascular cerebral – AVC, pé diabético, doença renal, retinopatia, e se havia sido amputado); e, fatores de risco cardiovascular atuais (dieta inadequada, sedentarismo na percepção do entrevistado, uso de álcool, tabagismo referidos e dislipidemia referidos, obesidade pelo Índice de Massa

Corporal); resultados de procedimentos no último atendimento na USF (peso em quilogramas e gramas, altura em centímetros, cintura em centímetros, glicemia capilar em jejum, pressão arterial – PA sistólica e diastólica em mmHg). Os equipamentos e materiais necessários para as medições serão os disponíveis na USF. A dieta foi considerada inadequada quando os hipertensos referiam que colocar sal nos alimentos quando já servidos em seu prato e quando os diabéticos diziam que utilizavam açúcar na dieta ou comiam doces.

- A apresentação será feita pela enfermeira da equipe (uma das autoras do estudo) através de uma reunião na própria USF. Na ocasião será disponibilizado um impresso do BMQ para todos os participantes (APÊNDICE A).
- b. O segundo passo será a mobilização dos usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados pela USF de São Bento e seus familiares para a melhoria da adesão ao tratamento medicamentoso:
- Divulgação inicial do projeto de pesquisa através dos ACS durante as visitas domiciliares.
  - Reunião com todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos da USF de São Bento e seus familiares e/ou cuidadores, na própria USF ou em algum espaço social da comunidade, para o esclarecimento do projeto de pesquisa, onde serão levantados todos os benefícios da sua realização para a melhoria da qualidade de vida dos usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados pela USF de São Bento.
- c. O terceiro passo será a organização da capacitação dos ACS para a aplicação do teste BMQ em domicílio.
- d. O quarto passo consistirá na organização da equipe de ACS para aplicação do BMQ durante visitas domiciliares, onde se aproveitará a oportunidade para divulgar o cronograma das atividades programadas a serem realizadas na USF de São Bento durante a intervenção. Após o preenchimento do BMQ, os ACS deverão anexá-los na pasta reservada para os mesmos na USF de São Bento.

- e. Concomitantemente serão organizados os encontros mensais com hipertensos e/ou diabéticos que responderam ao BMQ para o desenvolvimento de ações e estratégias de facilitação da adesão ao tratamento medicamentoso. Os dados pessoais incompletos, os dados clínicos e os do último contato do usuário para atendimento na UBS, que incluem informações sobre peso, altura, cintura, glicemia capilar PA sistólica e diastólica, serão coletados nestes encontros.
- f. Por fim, os resultados obtidos ao final do período de intervenção, serão comparados aos resultados iniciais e discutidos com a equipe de saúde e usuários.

#### **2.5.1.2 Monitoramento e Avaliação**

As ações propostas são:

- a. O monitoramento será realizado através do acompanhamento da digitação dos dados em planilha Excel disponibilizada pelo curso e adaptada para o estudo (APÊNDICE B) pelos membros da equipe multidisciplinar da USF de São Bento treinados para esta atividade.
- b. A pesquisa prevê duas avaliações: uma no início da pesquisa e a outra no final, para verificação da evolução dos indicadores selecionados.

#### **2.5.1.3 Engajamento Público**

As ações previstas incluem:

- a. Mobilização dos usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados pela USF de São Bento e seus familiares para a participação na pesquisa e formação dos grupos educativos.
- b. Instituição de grupos para educação em saúde formados por usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados pela USF de São Bento:

- Os encontros do grupo acontecerão mensalmente na USF de São Bento ou em espaços sociais do distrito de São Bento do Inhatá.
- Os registros das atividades educativas serão feitos através de lista de presença em livro-ata da USF de São Bento destinado para este fim.

#### **2.5.1.4 Qualificação da Prática Clínica**

Para a qualificação da prática clínica foram planejadas as ações:

- a. Realização de capacitação da equipe multidisciplinar da USF de São Bento para conhecimento do BMQ e específica dos ACS para aplicação do questionário e registro das ações propostas nesta pesquisa;
- b. Realização de capacitações para os membros da equipe multidisciplinar da USF de São Bento para as atividades educativas, com os seguintes temas: a) abordagem domiciliar dos usuários hipertensos e/ou diabéticos; b) educação em saúde; c) noções de farmacologia.

#### **2.5.2 Indicadores**

**Objetivo 1: Avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso dos usuários hipertensos e/ou diabéticos da USF de São Bento.**

- Indicador: Proporção de hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência da USF com avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso pelo BMQ.
  - Numerador: número de hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência da USF com avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso pelo BMQ.
  - Denominador: número de hipertensos e/ou diabéticos residentes na área de abrangência da USF.



- Fonte dos dados:
  - Numerador: registro específico do estudo (questionários BMQ aplicados).
  - Denominador: cadastro do SIAB.

**Objetivo 2: Monitorar a atenção prestada pela USF de São Bento aos usuários hipertensos e/ou diabéticos.**

- Indicador 1: proporção de hipertensos e/ou diabéticos que responderam ao BMQ cadastrados no programa HIPERDIA do Ministério da Saúde (MS).
  - Numerador: número de hipertensos e/ou diabéticos que responderam ao BMQ e cadastrados no programa HIPERDIA do Ministério da Saúde (MS).
  - Denominador: número de hipertensos e/ou diabéticos que responderam ao BMQ.
  - Fonte dos dados:
    - Numerador: cadastro do HIPERDIA da USF
    - Denominador: registro específico do estudo (questionários BMQ aplicados).
- Indicador 2: proporção de hipertensos e/ou diabéticos que responderam ao BMQ e com o registro dos medicamentos atualizado na ficha de acompanhamento do estudo.
  - Numerador: número de hipertensos e/ou diabéticos que responderam ao BMQ e com o registro dos medicamentos atualizado na ficha de acompanhamento.
  - Denominador: número de hipertensos e/ou diabéticos que responderam ao BMQ.

- Fonte dos dados:
  - Numerador: ficha de acompanhamento do estudo (APÊNDICE B).
  - Denominador: registro específico do estudo (questionários BMQ aplicados).
  
- Indicador 3: proporção de hipertensos e /ou diabéticos respondentes ao BMQ e com utilização de medicamentos cadastrados na Farmácia Popular ou no Programa HIPERDIA.
  - Numerador: número de hipertensos e/ou diabéticos que responderam ao BMQ e com utilização de medicamentos cadastrados na Farmácia Popular ou no Programa HIPERDIA.
  - Denominador: número de hipertensos e/ou diabéticos que responderam ao BMQ.
  
- Fonte dos dados:
  - Numerador: ficha de acompanhamento do estudo (APÊNDICE B) / prontuário médico.
  - Denominador: registro específico do estudo (questionários BMQ aplicados).
  
- Indicador 4: proporção de hipertensos e /ou diabéticos respondentes ao BMQ e que receberam orientação sobre o cumprimento correto do tratamento medicamentoso.
  - Numerador: número de hipertensos e /ou diabéticos respondentes ao BMQ e que receberam orientação sobre o cumprimento correto do tratamento medicamentoso.

- Denominador: número de hipertensos e/ou diabéticos que responderam ao BMQ.
- Fonte dos dados:
  - Numerador: ficha de acompanhamento do estudo
  - Denominador: registro específico do estudo (questionários BMQ aplicados).
- Indicador 5: proporção de hipertensos e / ou diabéticos com baixa adesão ao tratamento medicamentoso pelo BMQ.
  - Numerador: número de hipertensos e /ou diabéticos com baixa adesão ao tratamento medicamentoso pelo BMQ.
  - Denominador: número de hipertensos e /ou diabéticos que responderam ao BMQ.
  - Fonte dos dados:
    - Numerador e denominador: registro específico do estudo (questionários BMQ aplicados).

### **2.5.3 Preparando a Intervenção**

Etapas da preparação:

1. Verificação de quantos e quem são os hipertensos e diabéticos cadastrados por ACS;
2. Verificação de quem já está cadastrado no Programa HIPERDIA do MS;
3. Elaboração da versão impressão do BMQ e impressão dos questionários de acordo com a demanda dos ACS;

5. Apresentação do Projeto de Intervenção e do BMQ aos profissionais da equipe;
6. Capacitação dos ACS para aplicação do BMQ;
7. Preparar a mobilização dos usuários para os encontros mensais junto aos ACS.
8. Preparar o formulário de acompanhamento (APÊNDICE B) para a coleta dos dados.
9. Elaboração da Tabela de medicamentos que será distribuída a todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos (APÊNDICE C).

#### 2.5.4 Cronograma da Intervenção

Julho de 2012			
Semana 01	Semana 02	Semana 03	Semana 04
Apresentação do projeto de pesquisa aos membros da equipe multiprofissional da USF de São Bento.  Treinamento da equipe multidisciplinar da USF de São Bento.	Mobilização dos usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados pela USF de São Bento e seus familiares.	Aplicação do Teste BMQ Adaptado inicial.	Aplicação do Teste BMQ Adaptado inicial.
Agosto de 2012			
Semana 01	Semana 02	Semana 03	Semana 04
Capacitação da equipe multidisciplinar da USF de São Bento para as atividades educativas.	Mobilização dos usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados pela USF de São Bento e seus familiares.	Desenvolvimento da 1ª ação e/ou estratégia de adesão ao tratamento medicamentoso.	Monitoramento dos registros para planejamento de novas ações.

<b>Setembro de 2012</b>			
Semana 01	Semana 02	Semana 03	Semana 04
Capacitação da equipe multidisciplinar da USF de São Bento.	Mobilização dos usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados pela USF de São Bento e seus familiares.	Desenvolvimento da 2ª ação e/ou estratégia de adesão ao tratamento medicamentoso.	Monitoramento dos registros para planejamento de novas ações.
<b>Outubro de 2012</b>			
Semana 01	Semana 02	Semana 03	Semana 04
Aplicação do Teste BMQ Adaptado final.	Aplicação do Teste BMQ Adaptado final.	Monitoramento dos registros e avaliação final do programa.	Apresentação dos resultados obtidos aos membros da equipe multidisciplinar e usuários da USF de São Bento.

## 2.6 Referências Bibliográficas

BEN, A.I.; NEUMANN, C. R.; MENGUE, S. S. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, n46(2), p.279-89, mai. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações da Atenção Básica - SIAB**. 2011. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>. Acessado em 11.03.2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. 206 p. Brasília,DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Série B: Textos Básicos de Atenção à Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica, n 14. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. 56 p. Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica, n 15. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Hipertensão Arterial Sistêmica**. 58 p. Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica, n 16. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Diabetes Mellitus**. 64 p. Brasília: DF, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Série F. Comunicação e Educação. 2. ed. **O trabalho dos agentes comunitários de saúde na promoção do uso correto de medicamentos**. 69 p. Brasília,DF, 2006d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 371, de 04 de março de 2002. Instituí o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 mar. 2002. p. 88.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus*. **Manual de hipertensão arterial e diabetes *mellitus***. 102 p. Brasília, DF, 2001.

ENGEL, G. I. Pesquisa-ação. Curitiba. Editora da UFPR. **Educar**, n. 16, p. 181-191, 2000.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, RJ, 2011.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde – Representação Brasil. **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes**. 232 p. Brasília, DF, 2010.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 443-466, 2005.

## 2.7 Apêndices

### APÊNDICE A - Teste Brief Medication Questionnaire adaptado (BMQ)

#### I. Dados pessoais

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Raça/Cor: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Número de pessoas que vivem no domicílio: \_\_\_\_\_  
 Ocupação: \_\_\_\_\_ Renda mensal média familiar no último mês: \_\_\_\_\_

#### II. Dados clínicos

Tipo de patologia: ( ) HAS ( ) DM ( ) HAS e DM  
 Comorbidades: ( ) Angina ( ) IAM ( ) AVC ( ) Pé Diabético ( ) Amputação ( ) Doença Renal ( ) Retinopatia  
 Fatores de risco: ( ) Dieta inadequada ( ) Sedentarismo ( ) Álcool ( ) Tabagismo ( ) Obesidade ( ) Dislipidemias

#### III. Último contato com os serviços da USF

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Cintura: \_\_\_\_\_ Glicemia capilar em jejum: \_\_\_\_\_  
 PA sistólica \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ PA distólica

#### IV. Última Receita Médica

Entrevistador: Transcreva na tabela abaixo a última receita médica precisa para o tratamento medicamentoso desse usuário (farmácia popular/HIPERDIA).

Medicação	Dosagem	Posologia

#### V. Teste

1) Quais medicações que você usou na ÚLTIMA SEMANA?

Entrevistador: Para cada medicação anote as respostas no quadro abaixo. Se o entrevistado não souber responder ou se recusar a responder coloque NR.

ÚLTIMA SEMANA					
a) Nome da medicação e dosagem	b) Quantos dias você tomou esse remédio	c) Quantas vezes por dia você tomou esse remédio	d) Quantos comprimidos você tomou em cada vez	e) Quantas vezes você esqueceu de tomar algum comprimido	f) Como essa medicação funciona para você 1 = Funciona Bem 2 = Funciona Regular 3 = Não funciona bem



## APÊNDICE A - Teste Brief Medication Questionnaire adaptado (BMQ) - (continuação)

2) Alguma das suas medicações causa problemas para você? (0) Não (1) Sim

a) Se o entrevistado respondeu SIM, por favor, liste os nomes das medicações e quanto elas o incomodam.

Quanto essa medicação incomodou você?					
Medicação	Muito	Um pouco	Muito pouco	Nunca	De que forma você é incomodado por ela?

3) Agora, citarei uma lista de problemas que as pessoas, às vezes, têm com seus medicamentos.

Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Um pouco difícil	Não muito difícil	Comentário (Qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem				
Ler o que está escrito na embalagem				
Lembrar de tomar todo remédio				
Conseguir o medicamento				
Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo				

Score de problemas encontrados pelo BMQ

DR – REGIME (questões 1a-1e)	1 = sim	0 = não
DR1. O R falhou em listar (espontaneamente) os medicamentos prescritos no relato inicial?		
DR2. O R interrompeu a terapia devido ao atraso na dispensação da medicação ou outro motivo?		
DR3. O R relatou alguma falha de dias ou de doses?		
DR4. O R reduziu ou omitiu doses de algum medicamento?		
DR5. O R tomou alguma dose extra ou medicação a mais do que o prescrito?		
DR6. O R respondeu que “não sabia” a alguma das perguntas?		
DR7. O R se recusou a responder a alguma das questões?		
SOMA: ESCORE $\geq 1$ INDICA POTENCIAL NÃO ADESÃO		
<b>CRENÇAS</b>		
DC1. O R relatou “não funciona bem” ou “não sei” na resposta 1g?		
DC2. O R nomeou as medicações que o incomodam?		
SOMA: ESCORE $\geq 1$ INDICA RASTREAMENTO POSITIVO PARA BARREIRAS DE CRENÇAS		
<b>RECORDAÇÃO</b>		
DRE1. O R recebe um esquema de múltiplas doses de medicamentos (2 ou mais vezes/dia)?		
DRE2. O R relata “muita difi culdade” ou “alguma difi culdade” em responder a 3c?		
SOMA: ESCORE $\geq 1$ INDICA ESCORE POSITIVO PARA BARREIRAS DE RECORDAÇÃO		

R = respondente NR = não respondente

## APÊNDICE B - Planilha EXCEL de cadastramento e acompanhamento dos hipertensos e /ou diabéticos respondentes ao BMQ.

### Aba da planilha para coleta de dados da Unidade Básica de Saúde (UBS)

**Digite apenas nas células em VERDE.**

Informações da sua UBS:	Marque com X	
	SIM	NÃO
Existe protocolo para atenção ao hipertenso/diabético?		
É adotada a Caderneta do hipertenso/diabético?		
Existe requisição específica para a atenção ao hipertenso/diabético?		
É realizada a programação/agendamento das consultas ao hipertenso/diabético?		
As informações são monitoradas regularmente?		
É realizada busca ativa do hipertenso/diabético que não comparecem?		
É feita avaliação periódica do programa de atenção ao hipertenso/diabético?		
Os dados são utilizados para o planejamento das ações?		

DENOMINADORES					Observações:
	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	
Número total de hipertensos cadastrados no programa de atenção ao hipertenso/diabético.					<p>Canidoro apontar os hipertensos residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao hipertenso. Você pode obter este dado cantando o fichar do hipertenso/fichar orpilha/fichar zebra.</p>
Número total de hipertenso/diabético residente na territorialia (área de abrangência da UBS)					

Canidoro o total de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequentam o Programa de atenção ao hipertenso na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento da SIAB ou, ando não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (\*). Se o cadastro estiver desatualizado, providenciar sua atualização.

**\* Estimativa de hipertensos no território**

<b>População total</b>		<p>Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize este número se você não dispõe do dado cadastrado. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para a cálculo dos indicadores.</p>
<b>Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da população total)</b>		
<b>Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (31,5%)</b>		<p>Este seria o número total estimado de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na territorialia. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-la na célula C17.</p>

**\* Estimativa de diabéticos no território**




<b>População total</b>		<p>Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize este número se você não dispõe do dado cadastrado. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para</p>
<b>Estimativa de pessoas com 30 anos ou mais (49% da população total)</b>		
<b>Estimativa de pessoas com 30 anos ou mais DIABÉTICOS (9%)</b>		<p>Este seria o número total estimado de diabéticos com 30 anos ou mais residentes na territorialia. Se usar este número como</p>



## APÊNDICE C – Tabela de medicamentos

Nome: \_\_\_\_\_  
 Data da última receita médica: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Minha Tabela de Medicamentos - Hipertensão e/ou Diabetes -

		Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
<b>Manhã</b> 	Ao acordar (jejum)							
	Depois do café da manhã:							
	7h							
	8h							
	9h							
	10h							
<b>Tarde</b> 	Antes do almoço:							
	11h							
	12h - Almoço							
	Depois do almoço:							
	13h							
	14h							
<b>Noite</b> 	15h							
	16h							
	Antes da janta:							
	17h							
	18h - Janta							
	Depois da janta:							
19h								
20h								
21h								
22h								
23h								
Ao deitar								

### 3 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

#### 3.1 Ações previstas e desenvolvidas no projeto: facilidades e dificuldades, cumpridas integral ou parcialmente.

No eixo **Organização e Gestão do Serviço** as reuniões com a equipe de saúde foram efetivadas, com apresentação do Projeto e do instrumento para verificação da adesão ao tratamento medicamentoso (BMQ), discussão de dúvidas e escuta de sugestões; assim como ocorreu a divulgação da pesquisa e seu instrumento para os hipertensos e/ou diabéticos durante as visitas domiciliares dos ACS. Também durante o contato em domicílio, foi debatido com os portadores de HAS/DM suas expectativas e dúvidas com relação à pesquisa. Além disso, organizou-se a capacitação dos profissionais da equipe; a logística do trabalho de campo para aplicação dos questionários, dos encontros mensais com os hipertensos e/ou diabéticos e da reprodução de materiais; e, prepararam-se as planilhas para a coleta dos dados necessários ao monitoramento e à avaliação dos indicadores e os recursos visuais para utilização capacitações como slides e cartazes. Pode-se considerar que tais ações foram cumpridas integralmente.

O preenchimento do BMQ pelos ACS para a avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso dos hipertensos e/ou diabéticos foi realizado em dois momentos: no início e no final da intervenção. No início da aplicação do BMQ houve problema no preenchimento do teste pelos ACS, talvez pelo contato com um instrumento de pesquisa ainda não utilizado, e, com isso, muitos dos testes foram entregues com dados incompletos ou inconsistentes, atrasando as ações de outros eixos pedagógicos. Inicialmente, o projeto previa realizar a avaliação em todos os usuários hipertensos e/ou diabético acompanhados pela unidade, mas devido ao aumento da violência no distrito, isso não foi possível. Pode-se considerar que esta ação foi realizada parcialmente.

Outro problema enfrentado foi relacionado aos dados acrescentados no teste BMQ que não foram coletados: obesidade, resultados de procedimentos no último atendimento na USF (peso em quilogramas e gramas, altura em centímetros, cintura em centímetros, glicemia capilar em jejum, pressão arterial – PA sistólica e diastólica em mmHg). Durante o preenchimento do questionário, constatou-se que esses dados não seriam necessários para a

avaliação dos indicadores de saúde previstos neste projeto de pesquisa e, devido aos atrasos na coleta dos dados, não foram realizados. No entanto, dada a essencialidade destas informações para o acompanhamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, pretende-se realizar estas medidas em médio prazo em todos os usuários, ainda durante o ano de 2013.

As ações do eixo **Monitoramento e Avaliação** aconteceram durante o período da intervenção através do cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos no Programa HIPERDIA e da digitação e acompanhamento periódico dos na planilha. Após consultar os registros dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na unidade para o preenchimento do teste BMQ, foi possível verificar que, no final da intervenção, dos 217 usuários que responderam ao teste, 96 ainda não estavam cadastrados no HIPERDIA.

O cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos com avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso na planilha para a coleta de dados aconteceu entre os meses de outubro e dezembro de 2012.

Com relação ao **Engajamento Público**, a mobilização dos usuários hipertensos e/ou diabéticos e familiares para a participação na pesquisa e formação dos grupos educativos, tanto durante as visitas domiciliares dos ACS quanto por ocasião de seus contatos com a USF, ficou prejudicada devido ao aumento da violência no distrito. Este fato, apesar de ter sido um episódio isolado, no qual fugitivos de uma penitenciária de um município vizinho, se esconderam na localidade em casa de familiares, obrigou a comunidade e profissionais a viver sob “toque de recolher” por um período de aproximadamente uma semana. Neste período, percebeu-se a diminuição da demanda da USF, principalmente da demanda programada, que basicamente estava atendendo só consultas de urgência e emergência. Com isso, a continuidade da aplicação dos testes foi interrompida porque as atividades dos ACS e até mesmo alguns dias do funcionamento da USF foram suspensos.

Com a diminuição da violência, na semana oito do estudo, foi possível realizar a mobilização dos usuários hipertensos e/ou diabéticos e familiares para a participação na pesquisa e formação dos grupos educativos.

Ressalta-se também como agente externo que influenciou negativamente o cumprimento do cronograma deste eixo o fato de que na semana 16 a USF

de São Bento se preparou para acolher o Projeto RONDON. Nos dias de 21/01 a 01/02/13 desenvolveu a “Jornada de educação, saúde, assistência social, esporte, cultura e lazer”. Os profissionais da unidade ficaram envolvidos nas atividades da jornada e todos foram escalados para participar das capacitações ofertadas pelo Projeto RONDON, juntamente com a comunidade.

Com relação à formação de grupos para educação em saúde formados por usuários hipertensos e/ou diabéticos foi possível realizar dois encontros. O primeiro encontro aconteceu em 21/12/12 e contou com a participação de 93 usuários hipertensos e/ou diabético. Porém, o BMQ foi aplicado a 88 hipertensos porque os demais cinco participantes não portavam as receitas médicas, condição essencial para o preenchimento do instrumento. Este encontro resultou na formação do grupo de adesão do Programa HIPERDIA, que a partir dessa data passaram a se reunir mensalmente, na última quinta-feira de cada mês. Essa atividade foi inserida na rotina do serviço da unidade, o que mostra, na sua avaliação, o quanto foi satisfatória, pois esses momentos do grupo tem possibilitado a construção de vínculos, de acolhida, de reforço do autocuidado e da corresponsabilidade dos usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados pela USF de São Bento.

No dia 08/02/2013, foi realizado o último encontro proposto no projeto de intervenção, onde foram colocadas em prática as estratégias de adesão. Considerando a estratégia de educação em saúde de essencial para estimular hábitos saudáveis de vida, no primeiro momento foram apresentados vídeos educativos sobre a temática, com instante para considerações e retirada de dúvidas. No segundo momento, foi feita a apresentação e distribuição dos dispositivos escolhidos para a melhoria da adesão ao tratamento medicamentos: tabela de medicamentos e porta-remédio.

A tabela de medicamentos foi distribuída a todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos presentes na ação e algumas foram preenchidas durante a apresentação (somente dos usuários que estavam com receita médica atualizada no encontro) e as demais preenchidas em casa pelo familiar, responsável, cuidador ou ACS durante as visitas domiciliares. A tabela de medicamentos foi o dispositivo principal escolhido para a ação, pois possui o

objetivo de instruir e orientar sobre o esquema terapêutico dos usuários, ajudar na exposição das informações contidas na tabela a familiar/responsável/cuidador e facilitar a compreensão e associação das tomadas nos horários diurnos e noturnos com a presença de desenhos como sol, nuvem e lua, favorecendo a compreensão de usuários que possuem limitações intelectuais de escolaridade, além de ser considerado um dispositivo de baixo custo.

Já o porta-remédio foi apresentado e sorteado no final da apresentação. Este dispositivo foi escolhido porque assegura que o usuário, ao se ausentar do seu domicílio em função de trabalho, lazer, viagens ou até mesmo por situações imprevistas, tenha os medicamentos necessários acessíveis, prevenindo perdas das doses. Neste segundo encontro, participaram 63 usuários hipertensos e/ou diabéticos dos quais 57 já tinham respondido ao BMQ e 55 já haviam participado do primeiro encontro.

No eixo **Qualificação da Prática Clínica** as ações foram efetivadas parcialmente, com a realização de uma das capacitações previstas no Projeto de pesquisa. Na semana 07, foi realizada, no turno vespertino, na própria unidade, a 1ª capacitação da equipe multidisciplinar da USF de São Bento. Trabalharam-se os temas “abordagem domiciliar dos hipertensos e/ou diabéticos com ênfase na educação em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso” e foram incluídos nesta capacitação todos os ACS da ESF. Como recursos visuais, foi utilizado notebook para a apresentação dos slides criados exclusivamente para a apresentação desse conteúdo. Como referência, foi utilizado o Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas: motivos.**

No eixo **Qualificação da Prática Clínica**, a capacitação da equipe multidisciplinar da USF de São Bento sobre educação em saúde e noções de farmacologia, agendada para a semana 09 não foi efetivada, devido às outras prioridades que apareceram na unidade. Porém, algumas informações sobre esses temas foram discutidos nas reuniões de equipe realizadas para o planejamento das ações que seriam desenvolvidas.



### **3.3 Coleta e sistematização dos dados: dificuldades no preenchimento da planilha e no cálculo dos indicadores.**

Durante a coleta e sistematização dos dados, no eixo **Monitoramento e Avaliação**, inicialmente, a planilha foi organizada e dividida por ACS, pois por falta de atenção ou por alguma dúvida dos ACS quanto ao preenchimento do teste alguns dados não eram preenchidos corretamente. Ao invés de devolver os testes aos ACS para o preenchimento de algum dado e/ou correção sem registrar na planilha Excel, primeiramente digitou-se os dados como estavam na planilha (para não atrasar ainda mais a intervenção). Posteriormente, os questionários foram devolvidos aos ACS para correção e nova digitação dos dados incompletos ou inconsistentes. Logo após a entrega, recebimento e devolução dos testes, procederam-se a organização e preenchimento da planilha de forma correta para a avaliação dos indicadores. Porém, esta estratégia dificultou e atrasou o cálculo dos indicadores.

### **3.4 Incorporação das ações na rotina do serviço: análise da viabilidade, aspectos que precisam melhorar para viabilizar.**

No eixo **Organização e Gestão do Serviço**, a avaliação realizada para adesão ao tratamento medicamentoso dos hipertensos e/ou diabéticos através da aplicação do BMQ pelos ACS, pode ser incorporada na rotina do serviço. Demanda apenas que tal incorporação no cotidiano do serviço tenha sua execução planejada (durante os encontros de grupo, atendimento médico ou de enfermagem ou durante as visitas domiciliares) e reforçada nas reuniões de equipe. O cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos no HIPERDIA continua sendo realizado após a intervenção durante o acesso dos mesmos na USF.

Com relação ao eixo **Monitoramento e Avaliação**, o cadastramento dos hipertensos e/ou diabéticos no Programa HIPERDIA, configura-se uma ação de grande importância para a prevenção e controle da HAS e DM, pois favorece a vinculação e melhor acompanhamento desses usuários e garante o recebimento de fármacos para o tratamento medicamentoso, devendo ser incorporado no cotidiano do serviço. Para tanto, faz-se necessário o comprometimento e a dedicação de toda a equipe multidisciplinar, além do

treinamento específico necessário, proporcionado através de capacitações e/ou reuniões de equipe.

No eixo **Engajamento Público**, atividades educativas foram realizadas e o grupo para educação em saúde foi criado. No entanto, fica o desafio para a equipe multidisciplinar da USF de São Bento em dar continuidade ao cronograma de encontros previstos (mensalmente), programar e supervisionar as atividades a serem desenvolvidas em cada encontro e captar ainda mais usuários.

No eixo **Qualificação da Prática Clínica**, pode-se inserir na rotina da USF de São Bento a realização de atividades de educação em serviço, a fim de estabelecer um cronograma de capacitações que contribua para proporcionar um maior conhecimento a cerca dos temas de interesse coletivo e possibilite reforçar o compromisso e as atribuições tanto da equipe multidisciplinar da USF de São Bento quanto de cada um dos profissionais.

## 4 RELATÓRIO DOS RESULTADOS DA INTERVENÇÃO

### 4.1 Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), se caracterizam por ter uma etiologia múltipla, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa, por sua associação a deficiências e incapacidades funcionais e, também, por ser um conjunto de doenças que têm fatores de risco semelhantes. Entre elas encontramos a hipertensão arterial sistêmica (HAS), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e a diabetes mellitus (DM) (BRASIL, 2008).

No Brasil, as doenças cardiovasculares representam importantes problemas de saúde pública, pois são a primeira causa de morte no país (BRASIL, 2006a; OPAS, 2010). Neste contexto, destacam-se a HAS e a DM como os mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares. Possuem diversos aspectos em comum tais como etiopatogenia, fatores de risco, facilidade de diagnóstico, necessidade de acompanhamento por equipe multidisciplinar, tratamentos não medicamentoso e medicamentoso e dificuldade de adesão às recomendações prescritas (BRASIL, 2006b, BRASIL, 2006c; BRASIL, 2006d).

Diante do agravamento desse cenário em nível nacional, o Ministério da Saúde (MS) em 2001 desenvolveu o Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão e Diabetes na Rede Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) para a prevenção e controle da HAS e DM (BRASIL, 2001). Em 2002, novas estratégias foram incorporadas na rotina das unidades ambulatoriais do SUS, através do Programa HIPERDIA (BRASIL, 2002). A partir do cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos em formulário padronizado buscou favorecer sua vinculação e acompanhamento e garantir o recebimento de fármacos para o tratamento medicamentoso. Além disso, através da análise dos indicadores do Programa é possível conhecer o perfil epidemiológico da população assistida (BRASIL, 2012).

Nessa perspectiva, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) configura-se como elemento-chave no desenvolvimento das ações de controle da HAS e DM.

A ESF, mediante as ações da equipe multidisciplinar, atua na promoção da saúde, na prevenção, recuperação e reabilitação dessas doenças, na manutenção da saúde e no estabelecimento de vínculos de compromisso e de corresponsabilidade. Tais vínculos são decisivos para o sucesso do tratamento não medicamentoso e medicamentoso pelos hipertensos e diabéticos, pois quanto maior o grau de participação dos usuários como protagonistas no cuidado à saúde, maior será sua adesão ao plano terapêutico proposto (BRASIL, 2006a).

O município de Amélia Rodrigues situa-se no estado da Bahia – BA e possui uma população de 25.193 habitantes. É constituído por três distritos: Amélia Rodrigues, São Bento do Inhatá e Mata de Aliança, sendo o primeiro urbano e demais rurais (IBGE, 2010). Os serviços de saúde disponíveis no município são um hospital de pequeno porte situado na zona urbana, seis USF e um CAPS Tipo I.

A USF de São Bento localiza-se na zona rural do município e possui uma equipe multidisciplinar formada por um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, um dentista, uma atendente de consultório dentário, 10 ACS, três ACE, uma recepcionista e uma atendente de serviços gerais. Segundo os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) consolidados em dezembro de 2011, a USF possui 1.254 famílias cadastradas, 443 usuários hipertensos e 104 usuários diabéticos, sendo que, aproximadamente, 80% desses usuários são acompanhados pela USF de São Bento (BRASIL, 2011).

Dentre os problemas enfrentados na USF de São Bento na atenção a hipertensos e diabéticos, destaca-se a baixa adesão dos usuários hipertensos e/ou diabéticos ao tratamento medicamentoso. Sabendo que o cumprimento correto do tratamento medicamentoso é uma das atividades essenciais para o adequado controle destas doenças, este trabalho tem como objetivo melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso dos usuários com HAS e/ou DM da USF de São Bento.

## 4.2 Metodologia

O presente estudo trata-se de uma pesquisa-ação e sua concepção manteve estreita associação com a resolução de um problema elencado a partir da realidade da USF de São Bento. Assim, o tema central da pesquisa é a melhoria da atenção à saúde dos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

No método de pesquisa-ação é necessário que se estimule a participação das pessoas envolvidas na pesquisa e se amplie o seu universo de respostas, passando pelas condições de trabalho e vida da comunidade. Assim, os participantes são levados a produzirem o próprio conhecimento e se tornam os sujeitos dessa produção (ENGEL, 2000; TRIPP, 2005).

### 4.2.1 População-alvo

O público-alvo da pesquisa incluiu os portadores de HAS e/ou DM que residiam na área de abrangência da USF de São Bento e os profissionais de saúde que trabalhavam na UBS durante o período da intervenção.

### 4.2.2 Ações realizadas no Projeto de Intervenção

As ações realizadas contemplaram os quatro eixos pedagógicos do curso: Organização e Gestão do Serviço, Monitoramento e Avaliação, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica.

No eixo **Organização e Gestão do Serviço** as reuniões com a equipe de saúde foram efetivadas, com apresentação do Projeto e do instrumento para verificação da adesão ao tratamento medicamentoso (BMQ), discussão de dúvidas e escuta de sugestões; assim como ocorreu a divulgação da pesquisa e seu instrumento para os hipertensos e/ou diabéticos durante as visitas domiciliares dos ACS. Também durante o contato em domicílio, foi debatido com os portadores de HAS/DM suas expectativas e dúvidas com relação à pesquisa. Além disso, organizou-se a capacitação dos profissionais da equipe; a logística do trabalho de campo para aplicação dos questionários,

dos encontros mensais com os hipertensos e/ou diabéticos e da reprodução de materiais; e, prepararam-se as planilhas para a coleta dos dados necessários ao monitoramento e à avaliação dos indicadores e os recursos visuais para utilização capacitações como slides e cartazes.

As ações do eixo **Monitoramento e Avaliação** aconteceram durante o período da intervenção através do cadastramento dos hipertensos e/ou diabéticos com avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso na planilha, da digitação dos dados e acompanhamento periódico das informações. Durante este período, a planilha foi organizada e dividida por ACS, pois por falta de atenção ou por alguma dúvida dos ACS quanto ao preenchimento do teste alguns dados não foram preenchidos corretamente; e, ao invés de devolver os testes aos ACS para o preenchimento de algum dado e/ou correção sem registrar na planilha Excel, primeiramente digitou-se os dados como estavam na planilha (para não atrasar ainda mais a intervenção). Posteriormente, os questionários foram devolvidos aos ACS para correção e nova digitação dos dados incompletos ou inconsistentes.

Com relação ao **Engajamento Público** houve a mobilização de hipertensos, diabéticos e familiares para a participação na pesquisa; formou-se o grupo para educação em saúde e realizou-se de atividades educativas voltadas para a melhoria da adesão ao tratamento medicamentoso.

No entanto, a mobilização dos usuários hipertensos e/ou diabéticos e familiares para a participação na pesquisa e formação dos grupos educativos, tanto durante as visitas domiciliares dos ACS quanto por ocasião de seus contatos com a USF, ficou prejudicada devido ao aumento da violência no distrito. Este fato obrigou a comunidade e profissionais a viver sob “toque de recolher” por um período de aproximadamente uma semana. Neste período, percebeu-se a diminuição da demanda da USF, principalmente da demanda programada, atendendo na maioria das vezes só urgência e emergência. Com isso, a continuidade da aplicação dos testes foi interrompida porque as atividades dos ACS e até mesmo alguns dias do funcionamento da USF foram suspensos.

Ressalta-se também como agente externo que influenciou negativamente o cumprimento do cronograma deste eixo o fato de que na semana 16 a USF de São Bento se preparou para acolher o Projeto RONDON. Nos dias de 21/01 a 01/02/13 desenvolveu a “Jornada de educação, saúde, assistência social, esporte, cultura e lazer”. Os profissionais da unidade ficaram envolvidos nas atividades da jornada e todos foram escalados para participar das capacitações ofertadas pelo Projeto RONDON, juntamente com a comunidade.

Com relação Instituição de grupos para educação em saúde formados por usuários hipertensos e/ou diabéticos foi possível realizar dois encontros. O primeiro aconteceu em dois turnos e, o segundo, em turno único, na Escola José Carlos Melo.

No eixo **Qualificação da Prática Clínica** as ações foram efetivadas parcialmente porque não foi possível realizar todos os encontros que estavam programados e sim apenas um. Neste encontro trabalhou-se o tema “abordagem domiciliar dos hipertensos e/ou diabéticos” e foram incluídos nesta capacitação todos os ACS da ESF. No entanto, todos os conteúdos planejados para estas capacitações foram debatidos nas reuniões de equipe e nos encontros de educação em saúde com os hipertensos e / ou diabéticos.

#### **4.2.3 Indicadores do Estudo**

Para cada objetivo da intervenção foram estabelecidas suas metas e seus respectivos indicadores quantitativos (Tabela 1). Além destes indicadores, também foi considerada a realização dos encontros com a equipe da USF, das capacitações para os ACS e dos encontros com os usuários hipertensos e/ou diabéticos.

**Tabela 1 – Indicadores utilizados de acordo com os objetivos e metas estabelecidas para a intervenção proposta como Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família EAD-UFPeI, 2012.**

Objetivos	Metas	Indicadores
Avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso dos usuários hipertensos e/ou diabéticos da USF de São Bento.	Avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso em 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos da USF de São Bento.	% de hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência da USF com avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso pelo BMQ.
Monitorar a atenção prestada pela USF de São Bento aos usuários hipertensos e/ou diabéticos que foram avaliados quanto à adesão ao tratamento medicamentoso.	Monitorar a inscrição dos usuários hipertensos e/ou diabéticos que responderam ao BMQ no programa HIPERDIA do Ministério da Saúde.	% de hipertensos e/ou diabéticos que responderam ao BMQ cadastrados no programa HIPERDIA do Ministério da Saúde.
	Manter atualizado o registro dos medicamentos na ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos da USF de São Bento que responderam ao BMQ.	% de hipertensos e/ou diabéticos que responderam ao BMQ e com o registro dos medicamentos atualizado na ficha de acompanhamento do estudo.
	Garantir tratamento medicamentoso para 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos respondentes ao BMQ que utilizam medicamentos da Farmácia Popular ou do Programa HIPERDIA.	% de hipertensos e /ou diabéticos respondentes ao BMQ e com utilização de medicamentos cadastrados na Farmácia Popular ou no Programa HIPERDIA.
	Orientar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos respondentes ao BMQ sobre o cumprimento correto do tratamento medicamentoso.	% de hipertensos e /ou diabéticos respondentes ao BMQ e que receberam orientação sobre o cumprimento correto do tratamento medicamentoso.
	Aumentar em 20% a adesão ao tratamento medicamentoso dos hipertensos e/ou diabéticos da USF de São Bento com dificuldade de adesão.	% de hipertensos e / ou diabéticos com baixa adesão ao tratamento medicamentoso pelo BMQ.



#### 4.2.4 Logística

O estudo teve início a partir da apresentação do Projeto de Intervenção aos membros da equipe da USF de São Bento e do instrumento da medida da adesão ao tratamento medicamentoso (BMQ) antes da primeira semana do primeiro mês do cronograma. Este encontro objetivou o debate sobre a proposta da pesquisa e esclarecimentos quanto ao questionário, o que abrangeu sua pertinência ao estudo, seu conteúdo e aplicabilidade.

A intervenção iniciou na segunda semana de outubro de 2012 e foi concluída na primeira semana de fevereiro de 2013 e foi proposta para abranger todos os hipertensos e/ou diabéticos residentes na área de abrangência, assim como os profissionais da equipe multidisciplinar da USF de São Bento.

Consistiu, basicamente, na avaliação inicial da adesão ao tratamento pelo teste BMQ nos meses de outubro a dezembro de 2012, na realização de atividades educativas com hipertensos e/ou diabéticos com enfoque na orientação ao uso correto do tratamento medicamentoso após a avaliação inicial nos meses de dezembro de 2012 e janeiro de 2013 e na avaliação final da adesão realizada no mês de fevereiro de 2013, ao terminar o cronograma das atividades educativas. Incluiu ainda as ações de capacitação da equipe multidisciplinar para as atividades educativas que foram desencadeadas na segunda semana da intervenção.

A escolha do BMQ como instrumento de medida da adesão dos usuários hipertensos e / ou diabéticos ao tratamento medicamentoso ocorreu durante a etapa de elaboração do estudo, que incluiu a revisão bibliográfica sobre o tema. Após os ajustes sugeridos pela equipe, o instrumento foi reproduzido a cada semana de acordo com a previsão de entrevistas. As cópias do instrumento de pesquisa foram feitas nas instalações da Secretaria Municipal de Saúde de Amélia Rodrigues / BA.

A aplicação do BMQ aos hipertensos e/ou diabéticos ocorreu no domicílio pelos ACS e pela enfermeira da USF ou nos encontros de educação em saúde, mediante consentimento informado do entrevistado. Na medida em que eram preenchidos, ocorria a digitação dos dados na planilha EXCEL disponibilizada pelo Curso de Especialização e adaptada para o estudo. Questionários com informações faltantes eram devolvidos para completude

durante próxima visita em domicílio ou nas reuniões de educação em saúde. A inclusão de hipertensos e / ou diabéticos no estudo ocorreu até o terceiro mês da intervenção para possibilitar a reaplicação do BMQ e investigar novamente a adesão ao tratamento medicamentoso.

Durante a visita domiciliar, os usuários com dados e/ou receita desatualizada ou danificada, sem receita médica e/ou com atraso na consulta eram encaminhados à USF para atualização de dados pessoais e clínicos, agendamento e/ou consulta médica ou de enfermagem. Para os faltosos a USF após este encaminhamento era desencadeada a busca ativa.

As dificuldades encontradas para a aplicação e reaplicação dos questionários no domicílio inviabilizaram o cálculo do indicador para avaliar o aumento da taxa de adesão ao tratamento medicamentoso dos hipertensos e/ou diabéticos classificados como de baixa adesão pelo BMQ.

As ações para a mobilização dos usuários hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares para a participação dos encontros de educação em saúde ocorreram antes do início da segunda semana do primeiro mês do cronograma por ocasião das visitas domiciliares pelos ACS e continuaram durante os próprios encontros.

As estratégias empregadas nas atividades coletivas de educação e saúde incluíram apresentação de slides e vídeos, debates, a utilização de tabelas para organizar a prescrição de medicamentos e o sorteio de exemplares de porta-remédio.

### **4.3 Resultados**

A composição da equipe da USF de São Bento por categoria profissional praticamente manteve-se a mesma do início ao final da intervenção: um médico, um dentista, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, um ACD, 10 ACS, três ACE, um recepcionista e um atendente de serviços gerais. Dos ACS, uma encontrava-se em licença maternidade.

De acordo com o cadastro dos ACS, que inclui informações de toda a população da área sob a responsabilidade desta equipe (1.254 famílias), haviam 498 pessoas identificadas como portadoras de HAS e/ou DM. Quanto

ao tipo de morbidade, 79,1% destas pessoas tinham hipertensão, 11,1% eram diabéticos e 9,8% apresentavam as duas doenças.

A avaliação dos indicadores ao final de cada mês da intervenção permitiu uma leitura da sua evolução e seus resultados estão descritos a seguir.

Ao final do primeiro mês, o número de hipertensos e/ou diabéticos que responderam ao BMQ em domicílio foi 70, elevou-se para 171 no segundo e contabilizou 217 no terceiro e quarto meses da intervenção. Assim, a proporção de hipertensos e/ou diabéticos residentes na área de abrangência da USF de São Bento com avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso pelo BMQ foi de 43,6% ao final do estudo (Figura 5).

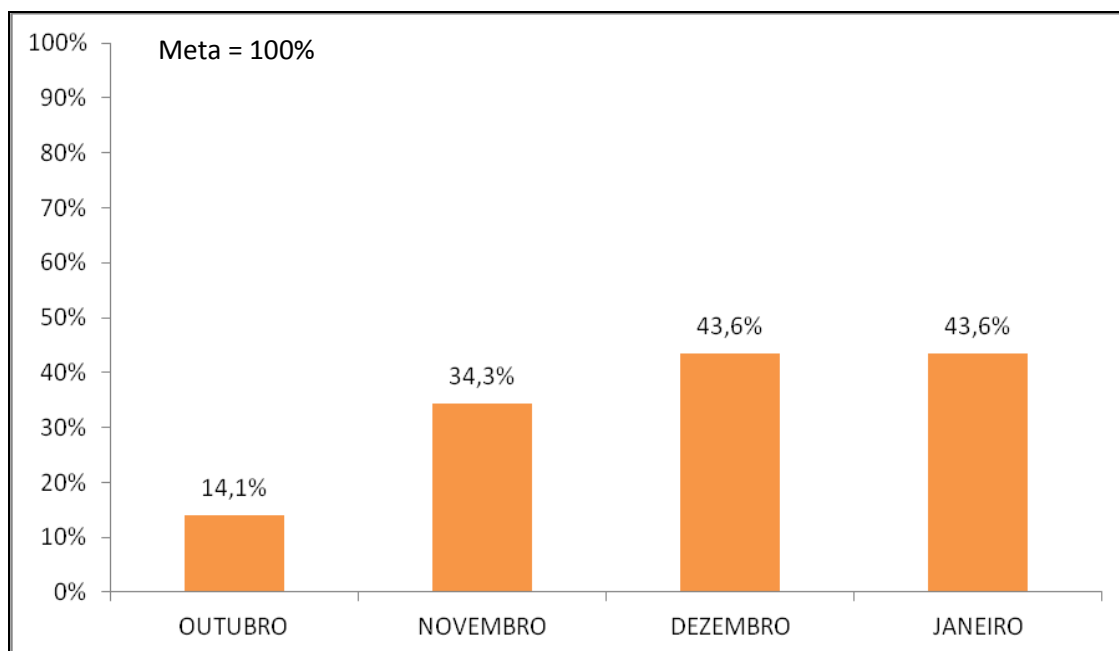


Figura 5. Evolução mensal do indicador proporção de portadores de hipertensão e/ou diabetes da área de abrangência da USF de São Bento com avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso. EAD UFPEL, 2012.

Os resultados apresentados a seguir se referem apenas aos hipertensos e diabéticos que responderam ao BMQ durante a intervenção.

Dos 217 hipertensos e/ou diabéticos avaliados pelo BMQ até o final do estudo, a maioria eram mulheres (79,7%). A idade média dos entrevistados foi de 60,5 anos (dp = 14,2) e variou dos 16 aos 100 anos. As pessoas com 60 ou mais anos de idade representaram 53,5% dos cadastrados para o estudo. Com relação à cor da pele, 59,9% foram avaliados pelos ACS como pardos, 29,0% como negros e os demais como brancos (11,1%). Na investigação da escolaridade, a informação não foi conhecida para quatro respondentes. Entre

os demais, 21,6% eram analfabetos e, dos escolarizados, a maioria (87,4%; n = 146) tinha primeiro grau incompleto.

A proporção de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no HIPERDIA foi de 55,8% no 4º mês do estudo e representou um acréscimo de 37,5% na inscrição de usuários no referido programa em relação ao resultado inicial de 40,0%. A evolução deste indicador está apresentada na Figura 6.

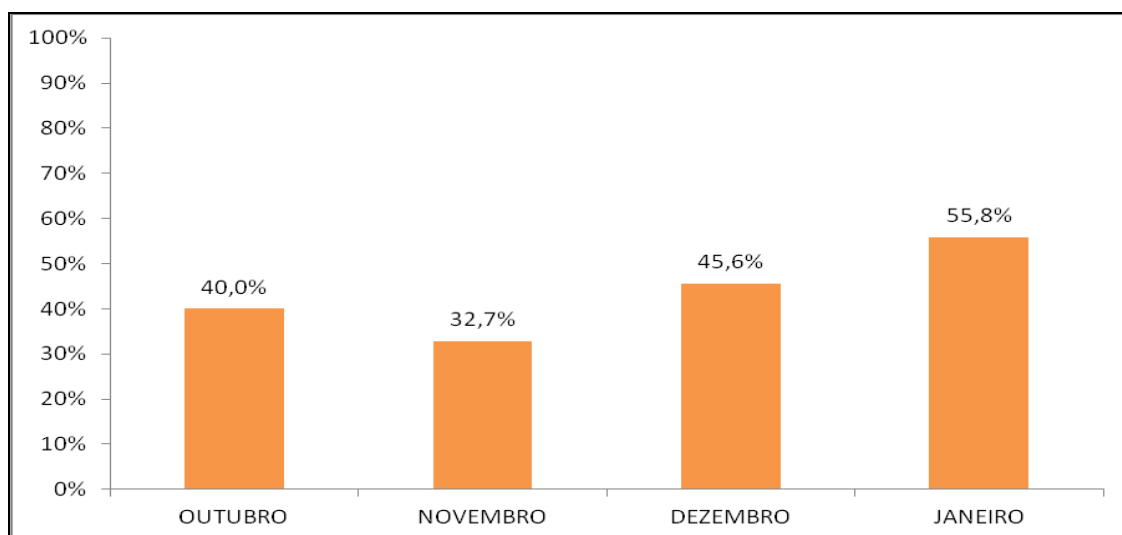


Figura 6. Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no HIPERDIA. EAD UFPEL, 2012.

A análise quanto à verificação de registro dos medicamentos atualizado mostrou que a prevalência média deste indicador foi de 74,6%, com mínimo de 70,2% (segundo mês) e máximo de 77,1% (primeiro mês) – Figura 7.

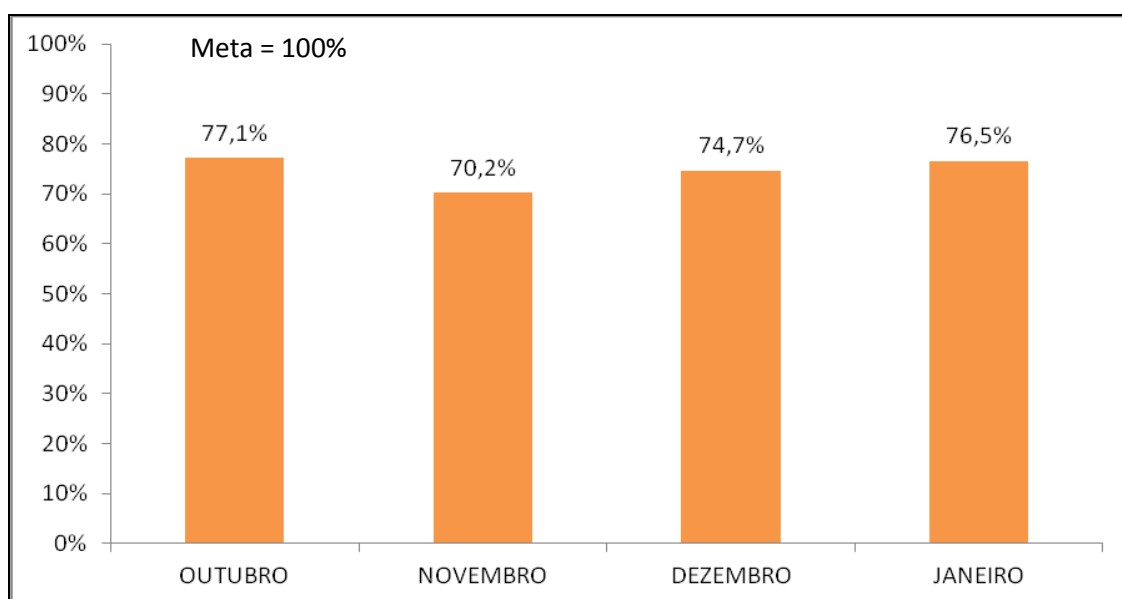


Figura 7. Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos e/ou diabéticos com registro dos medicamentos atualizado. EAD UFPEL, 2012.

Entre os hipertensos e/ou diabéticos 94,3% utilizava medicamentos cadastrados na Farmácia Popular ou no Programa HIPERDIA no primeiro mês do estudo. Esta proporção foi de 97,1% no segundo mês, de 98,2% no terceiro e de 98,2% no último (Figura 8). Quando foi investigado se todos os medicamentos utilizados pelo hipertenso e/ou diabético faziam parte destes cadastros as prevalências foram um pouco menores: 78,6% no primeiro mês do estudo, 83,6% no segundo, 84,8% no terceiro e 85,35 no quarto.

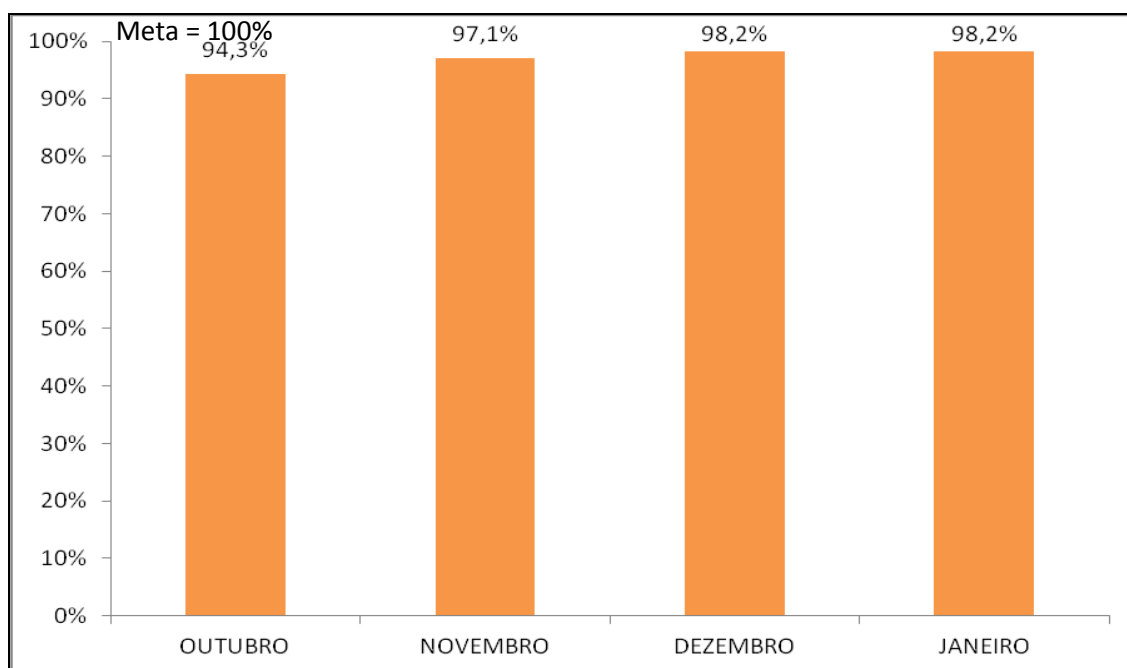


Figura 8. Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos e/ou diabéticos com utilização de medicamentos cadastrados na Farmácia Popular ou no Programa HIPERDIA. EAD UFPEL, 2012.

Com relação ao recebimento de orientações sobre o cumprimento correto do tratamento medicamentoso foi possível investigar sua frequência apenas nos dois últimos meses da intervenção, pois estas orientações estavam programadas para acontecerem durante os encontros coletivos com os usuários. Assim, do total de usuários hipertensos e/ou diabéticos, 46,5% receberam alguma orientação sobre a utilização correta de medicamentos (Figura 9).

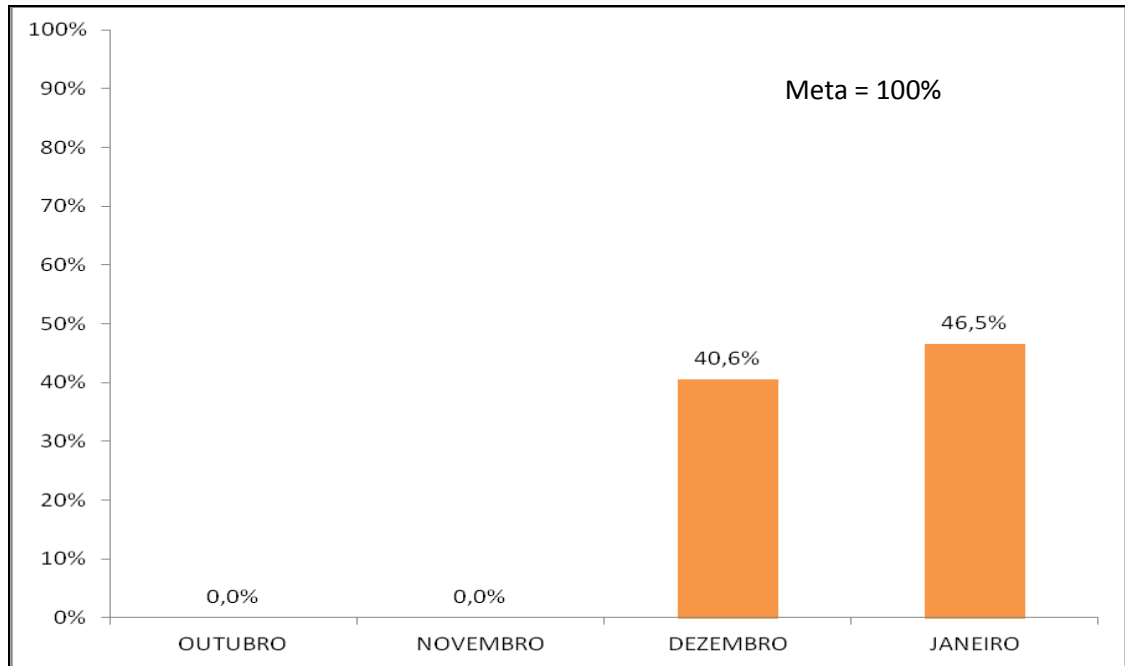


Figura 9. Evolução mensal do indicador proporção hipertensos e/ou diabéticos que receberam orientação sobre o cumprimento correto do tratamento medicamentoso. EAD UFPEL, 2012.

A baixa adesão ao tratamento medicamentoso foi verificada em 7,8% dos 217 respondentes ao BMQ ao terceiro mês do estudo. Foram classificados como aderentes 27,2% dos hipertensos e/ou diabéticos, como de provável aderência 35,5% e como de provável baixa aderência 29,5%.

Dos 17 hipertensos e / ou diabéticos com baixa adesão, dez não responderam ao segundo questionário que foi aplicado no último mês do estudo. Entre os sete respondentes, cinco passaram para aderentes e dois para prováveis aderentes.

#### 4.4 Discussão

Até o início da intervenção, a atenção prestada aos usuários hipertensos e/ou diabéticos na USF de São Bento baseava-se nas consultas médicas e de enfermagem, na unidade ou em domicílio, e no acompanhamento dos mesmos pelo registro do Programa HIPERDIA. A maioria destes usuários não estava cadastrada no Programa HIPERDIA e não possuíam registro de medicamentos atualizados no prontuário clínico, único instrumento de registro dos procedimentos. Muitas atividades educativas eram realizadas, mas não havia grupo para educação em saúde formado, e nunca havia sido realizada a avaliação da adesão ao tratamento medicamento desses usuários. Informalmente alguns profissionais comentavam sobre este aspecto quanto enfrentava dificuldades com algum caso em particular.

O trabalho em equipe foi essencial para a realização das ações propostas pelo estudo. A considerável maioria dos membros da equipe foi participativa, mas é o trabalho dos ACS que merece destaque, pois foram os que tiveram a maior contribuição, uma vez que participaram de reuniões, aplicaram o instrumento de pesquisa (teste BMQ), mobilizaram os usuários para a participação nos encontros mensais previstos, participaram dos encontros e foram capacitados.

A participação da comunidade na intervenção também foi importante para a efetivação das ações previstas. Os usuários hipertensos e/ou diabéticos, além de responderem ao teste, muitos frequentaram os encontros mensais para as atividades educativas.

Avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso de todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos da USF de São Bento não foi possível, principalmente, por dois motivos: o instrumento de pesquisa, o teste BMQ, necessitava de cuidado e tempo para seu preenchimento, não sendo tão simples como no julgamento inicial; e, o aumento da violência local nos meses iniciais da intervenção impossibilitou os ACS a irem às suas microáreas e, até mesmo, o comparecimento dos usuários na USF de São Bento.

Assim, apenas 217 usuários hipertensos e/ou diabéticos (44%) passaram por essa avaliação, mas esse número pode aumentar, de modo que se estabeleça como rotina da equipe, bastando apenas que seja reforçada nas

reuniões de equipe, e executada durante os encontros de grupo, o atendimento médico ou de enfermagem, e durante as visitas domiciliares.

No que se refere ao cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos que responderam ao BMQ no programa HIPERDIA do Ministério da Saúde, foi observado que alguns usuários não eram cadastrados, após consulta nos prontuários clínicos. Antes da intervenção e da inscrição do município no PMAQ, as consultas médicas e de enfermagem para hipertensos e/diabéticos acompanhados na USF de São Bento eram ofertadas em apenas um dia por semana, o que tornava o atendimento cansativo, tanto para a equipe quanto para os usuários. Pode-se atribuir a isso o não cadastramento desses usuários no programa HIPERDIA. Com o aumento da oferta de consultas médicas e de enfermagem para esse grupo também nos outros dias da semana, percebeu-se que a atendimento prestado ao hipertenso e/ou diabético ficou menos cansativo, houve o aumento do acesso desses usuários ao serviço, e aumento do tempo da consulta, o que permitiu realizar registros necessários com mais calma, incluindo o cadastramento no HIPERDIA.

A incorporação do cadastramento no cotidiano do serviço configura-se como uma ação de acompanhamento dos portadores de HAS e DM, que favorece a vinculação desses usuários com a equipe da USF e garante o recebimento de fármacos para o tratamento medicamentoso. Para tanto, faz-se necessário o comprometimento e a dedicação da equipe multidisciplinar para esta ação em sua rotina de trabalho, como parte do atendimento, além de treinamento específico proporcionado através de capacitações e/ou reuniões de equipe.

Ao monitorar se os medicamentos prescritos para os usuários hipertensos e/ou diabéticos eram cadastrados na Farmácia Popular ou no Programa HIPERDIA, percebeu-se que a prescrição desses medicamentos é devidamente realizada pela médica da unidade, o que caracteriza sua preocupação quanto ao acesso dos hipertensos e/ou diabéticos às medicações, e quanto à redução de gastos com medicamentos no orçamento familiar. A verificação dos prontuários, com a constatação de registros desatualizados e posterior busca do usuário em questão para consulta médica, mostrou-se ainda como um elemento importante no processo de acompanhamento e cuidado continuado desse grupo.



A capacitação dos ACS para abordagem domiciliar dos hipertensos e/ou diabéticos foi muito importante, tanto para a implementação da intervenção, quanto para a qualificação de seu processo de trabalho na atenção a esse grupo. Nessa perspectiva, pode-se inferir que outras ações dessa natureza e que envolvam os outros membros da equipe, são necessárias para melhorar ainda mais o trabalho na USF, como capacitações que contribuam para proporcionar um maior conhecimento acerca dos temas relacionados à atenção aos hipertensos e/ou diabéticos, e que reforce o compromisso e as atribuições de cada membro da equipe.

A adesão às atividades educativas realizadas pela USF de São Bento sempre foi uma dificuldade, mesmo havendo inicialmente uma mobilização. Para a realização dos encontros mensais de educação em saúde e orientação sobre o cumprimento correto do tratamento medicamentoso, a mobilização foi realizada através de convite impresso, cartazes na unidade e divulgação no carro de som para todos os hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência e, principalmente, para os usuários que responderam ao teste BMQ. Ainda assim, nem todos participaram. A partir do interesse e comprometimento de frequência dos usuários que participaram do primeiro encontro, o grupo de educação em saúde foi formado. Portanto, ainda que a meta estabelecida não tenha sido alcançada, um número considerável de hipertensos e/ou diabéticos participou de atividade educativa, o que significa grande avanço. Fica o desafio para a equipe da USF de São Bento em dar continuidade ao cronograma de encontros previstos (mensalmente), programar e supervisionar as atividades a serem desenvolvidas nos encontros e captar ainda mais usuários.

A avaliação quanto a melhoria da adesão ao tratamento medicamentoso entre os hipertensos e/ou diabéticos ficou comprometida em função do reduzido número de testes BMQ aplicados ao final da intervenção, especialmente aos usuários que foram classificados como de baixa adesão no primeiro questionário. Apesar disso, podemos verificar que os sete usuários de baixa adesão na primeira etapa passaram para aderentes ou prováveis aderentes, o que pode estar refletindo influência positiva da intervenção. Basta que os usuários hipertensos e/ou diabéticos sejam avaliados pela equipe, e

que, a partir do resultado, sejam traçadas estratégias adequadas com este objetivo.

Após os quatro meses da intervenção, constatou-se que os objetivos inicialmente propostos, de avaliar a adesão e monitorar a atenção prestada aos usuários hipertensos e/ou diabéticos da USF de São Bento foram cumpridos, mesmo que de forma parcial, e que provavelmente trouxeram melhoria da adesão ao tratamento medicamento. Indiretamente houve qualificação da atenção prestada pela USF de São Bento aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, pois o tema passou a receber destaque no dia a dia dos profissionais e da população. Espera-se que a comunidade se aproprie da proposta e contribua com sua continuidade e aperfeiçoamento.

#### 4.5 Referências Bibliográficas

BEN, A.I.; NEUMANN, C. R.; MENGUE, S. S. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, n46(2), p.279-89, mai. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações da Atenção Básica - SIAB**. 2011. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>. Acessado em 11.03.2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. 206 p. Brasília,DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Série B: Textos Básicos de Atenção à Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica, n 14. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. 56 p. Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica, n 15. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Hipertensão Arterial Sistêmica**. 58 p. Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica, n 16. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Diabetes Mellitus**. 64 p. Brasília: DF, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Série F. Comunicação e Educação. 2. ed. **O trabalho dos agentes comunitários de**

**saúde na promoção do uso correto de medicamentos.** 69 p. Brasília,DF, 2006d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 371, de 04 de março de 2002. Instituí o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 mar. 2002. p. 88.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus*. **Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus.** 102 p. Brasília, DF, 2001.

ENGEL, G. I. Pesquisa-ação. Curitiba. Editora da UFPR. **Educar**, n. 16, p. 181-191, 2000.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010.** Rio de Janeiro, RJ, 2011.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde – Representação Brasil. **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes.** 232 p. Brasília, DF, 2010.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 443-466, 2005.

## **4.6 Apêndices**

### **Apêndice A: Relatório da Intervenção para os Gestores**

Com o objetivo de capacitar os profissionais da Estratégia Saúde da Família do SUS e promover o aprimoramento da gestão e da organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde, a qualificação da prática clínica, a institucionalização da avaliação e monitoramento em saúde, a cidadania e a participação social, surgiu, em 2010, a proposta do Ministério da Saúde de ofertar a especialização em saúde da família em larga escala, através da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) em parceria com instituições públicas de educação superior e credenciadas pelo Ministério da Educação. Nessa perspectiva, a Universidade Federal de Pelotas através do Departamento de Medicina Social, lançou, em 2011, a Especialização em Saúde da Família, na modalidade à distância.

O curso de especialização propicia ao trabalhador/aluno realizar uma intervenção na Unidade Básica de Saúde (USB) em que trabalha e aprender os conteúdos respondendo às necessidades de seu serviço.

Portanto, este Relatório apresenta como foi implementado o Projeto de Intervenção sobre o tema “Melhoria da atenção à saúde dos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus” de autoria enfermeira Juliana Invenção Gomes, funcionária da Unidade Saúde da Família (USF) São Bento que se situa no município de Amélia Rodrigues/BA.

Após a análise situacional, ficou identificado que a baixa adesão dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na USF de São Bento ao tratamento medicamentoso era um dos problemas enfrentados. Diante disso, o objetivo geral do Projeto foi “Melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso dos usuários hipertensos e/ou diabéticos da USF de São Bento, Amélia Rodrigues/BA”. Para tanto, as ações foram planejadas e desenvolvidas de acordo com os eixos do Projeto Pedagógico do Curso de Especialização: organização e gestão do serviço; monitoramento e avaliação; engajamento público, e qualificação da prática clínica. Estas ações estão apresentadas no Quadro a seguir. A intervenção ocorreu entre os meses outubro e janeiro de 2012.

### Ações desenvolvidas segundo os eixos que integraram o Projeto Pedagógico do Curso de Especialização em Saúde da Família da UFPel.

Eixos Pedagógicos	Ações desenvolvidas
Organização e gestão do serviço	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso dos hipertensos e/ou diabéticos através da aplicação de questionário pelos ACS, realizada no início e no final da intervenção.</li> <li>– Garantia da prescrição de medicamentos disponibilizados pela Farmácia Popular e/ou Programa HIPERDIA,</li> <li>– Realização da busca ativa dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos.</li> </ul>
Monitoramento e avaliação	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos no programa HIPERDIA;</li> <li>– Acompanhamento dos indicadores de monitoramento e avaliação.</li> </ul>
Engajamento público	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Formação de grupo para educação em saúde;</li> <li>– Realização de atividades educativas voltadas para a melhoria da adesão ao tratamento medicamentoso nos grupos e nos domicílios.</li> </ul>
Qualificação da prática clínica	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Capacitação da equipe multidisciplinar da USF de São Bento sobre abordagem domiciliar dos hipertensos e/ou diabéticos e aplicação do questionário.</li> </ul>

A aplicação do Teste de *Brief Medication Questionnaire* (BMQ) realizada no início da intervenção, antes das atividades educativas, avaliou a adesão dos usuários hipertensos e/ou diabéticos ao tratamento medicamentoso pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e seriam inicialmente aplicados em todos os 498 hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência da USF de São Bento, após consentimento informado. Porém, falhas no processo da aplicação dos questionários juntamente com alguns fatores externos, como o aumento da violência local nos meses de outubro e novembro dificultaram o alcance desta meta. Ao final do estudo 217 hipertensos e/ou diabéticos responderam ao BMQ.

Com o estudo observou-se que parte desses usuários apresentava algum bloqueio para a não adesão ao tratamento medicamentoso, seja pela baixa escolarização, impossibilidade de realizar as atividades da vida diárias (no caso dos idosos e/ ou acamados), pela dificuldade em conseguir os medicamentos, por seus efeitos colaterais e, até mesmo, pela descrença em relação ao efeito terapêutico dos

mesmos. A capacitação da equipe multidisciplinar da USF de São Bento sobre abordagem domiciliar dos hipertensos e/ou diabéticos foi voltada especialmente para os ACS. Mostrou-se importante para a melhoria do processo de trabalho dos trabalhadores na medida em que contribuiu para um maior conhecimento a cerca do tema e possibilitou reforçar o compromisso dos ACS no acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos de São Bento.

Na perspectiva de melhorar a adesão ao tratamento e diante do resultado inicial do teste, foram realizados encontros mensais com os usuários. O primeiro encontro aconteceu em 21/12/12 e resultou na formação do grupo de adesão do Programa HIPERDIA, que a partir dessa data passou a acontecer mensalmente, na última quinta-feira de cada mês. Essa atividade foi inserida na rotina do serviço e está sendo avaliada como satisfatória, pois esses momentos do grupo tem possibilitado a construção de vínculos, o reforço do autocuidado e da corresponsabilidade dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados pela USF.

No último encontro em fevereiro de 2013 foram colocadas em prática estratégias de favorecimento da adesão ao tratamento. Apresentaram-se vídeos educativos sobre a temática central e quanto a hábitos de vida saudáveis, com momentos para considerações e esclarecimento de dúvidas. Também foram realizadas a apresentação e a distribuição dos materiais escolhidos para a melhoria da adesão: tabela de medicamentos e porta-remédio. A tabela de medicamentos, recurso de baixo custo, foi escolhida, pois permite instruir e orientar sobre o esquema terapêutico, ajuda na exposição do esquema terapêutico para familiares / responsáveis / cuidadores e facilita a compreensão das tomadas nos horários diurnos e noturnos a partir de desenhos (sol, nuvem e lua), especialmente para aqueles com limitações intelectuais.

Assim, destaca-se no eixo **Organização e Gestão do Serviço** a efetivação da avaliação para adesão ao tratamento medicamentoso dos hipertensos e/ou diabéticos através de um instrumento valido e reprodutível, pode ser incorporada na rotina do serviço. Com relação ao eixo **Monitoramento e Avaliação**, o cadastramento dos hipertensos e/ou diabéticos no Programa HIPERDIA, configura-se uma ação de grande importância para a prevenção e controle da HAS e DM, que deve ser continuada e exige comprometimento e dedicação de toda a equipe

multidisciplinar, além do treinamento específico necessário, proporcionado através de capacitações e/ou reuniões de equipe. No eixo **Engajamento Público**, atividades educativas foram realizadas e o grupo para educação em saúde foi criado. No entanto, fica o desafio para a equipe multidisciplinar da USF de São Bento em dar continuidade ao cronograma de encontros previstos, programar e supervisionar as atividades a serem desenvolvidas em cada encontro e captar ainda mais usuários. A **Qualificação da Prática Clínica** deve ser inserida na rotina da USF a partir da realização de atividades de educação em serviço, a fim de estabelecer um cronograma de capacitações que contribua para proporcionar um maior conhecimento a cerca dos temas de interesse coletivo e possibilite reforçar o compromisso e as atribuições tanto da equipe multidisciplinar da USF de São Bento quanto de cada um dos profissionais. Neste sentido também é necessário que a gestão central fortaleça estas iniciativas. É preciso estabelecer e garantir uma rotina de supervisão das atividades compartilhada com a equipe de saúde e voltada as demandas da população.



## **Apêndice B: Relatório da Intervenção para a Comunidade**

Este Relatório visa relatar para a comunidade como foi desenvolvido um estudo de intervenção de autoria da enfermeira Juliana Invenção Gomes, funcionária da Unidade de Saúde da Família (USF) de São Bento, situada em São Bento do Inhatá, um dos distritos rurais do município de Amélia Rodrigues/BA.

Segundo os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica consolidados em dezembro de 2011, a USF possui 1254 famílias cadastradas, 443 usuários hipertensos e 104 usuários diabéticos.

Após a análise situacional da USF de São Bento quanto à atenção aos hipertensos e/ou diabéticos realizada durante as tarefas do Curso de Especialização, identificou-se que um dos problemas enfrentados era a baixa adesão dos usuários ao tratamento medicamentoso. Diante disso, planejou-se uma intervenção para melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na USF. Para tanto, as ações desenvolvidas durante a intervenção foram as seguintes:

- Realização de reuniões com a equipe de saúde para apresentação do Projeto de Pesquisa e do questionário que seria utilizado para verificar como estava a adesão ao tratamento medicamentoso;
- Organização da capacitação dos profissionais da equipe, da logística do trabalho de campo para aplicação dos questionários, dos encontros mensais com os hipertensos e/ou diabéticos e da reprodução de materiais;
- Avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso dos hipertensos e/ou diabéticos através da aplicação do questionário pelos Agentes Comunitários de Saúde, realizada em dois momentos (início e final da intervenção);
- Preparação das planilhas para a coleta dos dados e dos recursos visuais para utilização nas capacitações como slides e cartazes;
- Monitoramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos quanto ao cadastramento no Programa HIPERDIA e registro atualizado no prontuário;
- Cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos com avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso na planilha para a coleta de dados;
- Acompanhamento dos indicadores digitados nas planilhas;

- Mobilização dos usuários hipertensos e/ou diabéticos e familiares para a participação na pesquisa;
- Formação de grupo para educação em saúde;
- Realização de atividades educativas voltadas para a melhoria da adesão ao tratamento medicamentoso;
- Capacitação da equipe multidisciplinar da USF de São Bento sobre abordagem domiciliar dos hipertensos e/ou diabéticos.

Com o resultado do teste aplicado inicialmente, observou-se que uma parte considerável de hipertensos e/ou diabéticos usuários, cerca de 40%, apresentava alguma dificuldade de adesão ao tratamento medicamentoso e, na tentativa de melhorar essa adesão, foram realizados dois encontros com usuários, familiares e a equipe de saúde, um em dezembro de 2012 e outro em janeiro de 2013. Nestes encontros foram colocadas em prática ações para a melhoria de adesão ao tratamento medicamentoso que abrangeram também o debate sobre hábitos de vida saudáveis. Nesses encontros ocorreu a apresentação de vídeos educativos sobre a temática e da proposta de uma tabela de medicamentos para facilitar a sua tomada, e a distribuição de exemplares de porta-remédio. Além disso, os encontros oportunizaram debates, considerações e esclarecimentos de dúvidas.

Após os quatro meses da intervenção, constatou-se que os objetivos inicialmente propostos, de avaliar a adesão e monitorar a atenção prestada aos usuários hipertensos e/ou diabéticos da USF de São Bento foram cumpridos, mesmo que de forma parcial, e que provavelmente trouxeram melhoria da adesão ao tratamento medicamento. Indiretamente houve qualificação da atenção prestada pela USF de São Bento aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, pois o tema passou a receber destaque no dia a dia dos profissionais e da população. Espera-se que a comunidade se aproprie da proposta e contribua com sua continuidade e aperfeiçoamento.

## **5 REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE SEU PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM E NA IMPLANTAÇÃO DA INTERVENÇÃO**

### **5.1 Como foi o desenvolvimento de seu trabalho no curso em relação às suas expectativas iniciais?**

Ser selecionada neste curso de especialização foi algo que me deixou muito feliz. Inicialmente, ainda sem compreender o Projeto Pedagógico do curso, visava somente a minha qualificação profissional e a obtenção do título de especialista em saúde da família. As aulas iniciaram, conheci o Ambiente Virtual de Aprendizagem, e a minha orientadora, Dra. Denise Silveira, comecei a participar dos fóruns, interagir com alguns colegas, professores e coordenadores, aprender conteúdos, e fiquei ainda mais maravilhada.

Ao entender o Projeto Pedagógico do curso, o objetivo da minha participação deixou de ser pessoal e passou a ser coletivo. Compartilhei aprendizados com a equipe multidisciplinar da USF que trabalho, trouxe para fóruns considerações e dúvidas dos membros das equipes, compartilhei experiências, divulguei o curso para outros profissionais e incentivei a participação deles nas turmas posteriores.

Passei por alguns problemas pessoais que me afastaram do curso durante o processo de elaboração do Projeto de Pesquisa, fazendo com que, várias vezes, pensasse em desistir. Porém, com o estímulo e a motivação que, na maioria das vezes, partiam da minha família e da UFPel, consegui perseguir no curso e realizar minha intervenção.

Achei que realizar a intervenção na USF de São Bento não seria tão difícil quanto foi. Primeiramente, tive dificuldade em seguir o cronograma proposto, pois deixava o projeto sempre para segundo plano, diante de outras demandas da unidade, e depois dificuldade diante do enfrentamento da violência. Acredito que poderia ter me doado mais ao curso e, assim, cumprir os prazos corretamente.

Entretanto, considero satisfatória a realização da minha intervenção com os resultados alcançados, ainda que não tão abrangentes, e com meu aprendizado.

## **5.2 Qual o significado do curso para a sua prática profissional?**

O curso de especialização em saúde da família da UFPel significou para a minha prática profissional a possibilidade de adquirir novos conhecimentos acerca da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a oportunidade de mudança no meu processo de trabalho e dos membros da equipe da USF de São Bento aos usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na USF quanto a adesão ao tratamento medicamentoso, além da valorização profissional.

## **5.3 Quais os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso? Explique porque eles são importantes.**

O planejamento das ações em saúde, o conceito e organização da demanda espontânea na Estratégia Saúde da Família e a organização do processo de trabalho dos membros da equipe foram os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso.

Apreendi, nesse curso, que nossas ações em saúde devem ser programadas baseando-se em dados, pois é onde melhor são apresentadas todas as necessidades da população assistida e onde podemos definir e/ou priorizar ações direcionadas a elas, para que promovamos um impacto no processo saúde-doença dessa população.

Em relação ao conceito e organização da demanda espontânea na ESF, aprendi que como demanda espontânea a entrada de usuários nos serviços de saúde que não se enquadram nos programas e prioridades estabelecidas na USF, ao contrário da demanda programada, que é o agendamento de consulta para acompanhamento dos usuários que se enquadram nos programas e prioridades estabelecidas (através das ações programáticas), possuindo assim também uma lógica epidemiológica, pois, a partir desse acompanhamento (vínculo), é possível identificar os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença desses usuários; um dos principais objetivos da ESF.

Sobre a organização do processo de trabalho da equipe multidisciplinar da ESF, aprendi que se faz necessária para proporcionar uma melhor resolubilidade das necessidades dos seus usuários.