

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

TAHISA CARLA BOAVENTURA DA CUNHA

**ADESÃO DOS PACIENTES AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE HOMERO GIL, EM BETIM-
MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE- MG

2015

TAHISA CARLA BOAVENTURA DA CUNHA

**ADESÃO DOS PACIENTES AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE HOMERO GIL, EM BETIM-
MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização Estratégia Saúde da
Família, Universidade Federal de Minas Gerais,
para a obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Maria Dolôres Soares Madureira

BELO HORIZONTE

2015

TAHISA CARLA BOAVENTURA DA CUNHA

**ADESÃO DOS PACIENTES AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE HOMERO GIL, EM BETIM-
MINAS GERAIS**

Banca Examinadora:

Profa. Ms. Maria Dolores Soares Madureira - orientadora

Profa. Ms. Eulita Maria Barcelos

Aprovado em Belo Horizonte em: 27 de janeiro de 2015

Dedicatória

Dedico o meu trabalho às pessoas que me incentivaram, orientaram e me apoiaram durante todo o processo de desenvolvimento.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus, por iluminar e abençoar o meu caminho.

Aos meus familiares pelo incentivo.

À minha orientadora pelo apoio e dedicação.

E aos meus amigos pelos momentos de distração.

A maior recompensa para o trabalho do homem não é o que ele ganha com isso, mas o que ele se torna com isso.

John Ruskin

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é uma patologia cujo controle contínuo visa prevenção de alterações irreversíveis no organismo e complicações cardiovasculares. Na unidade básica de saúde Homero Gil, nota-se a dificuldade no controle da pressão arterial dos hipertensos atribuída à não adesão do paciente ao regime terapêutico. Este estudo tem por objetivo elaborar um projeto de intervenção para uma melhor adesão dos pacientes da equipe de saúde da família Beta ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica na Unidade de Saúde da Família Homero Gil, no município de Betim-MG. O estudo utilizou os passos propostos do método simplificado do Planejamento Estratégico Situacional, incluindo revisão de literatura, utilizando-se os bancos de dados *Scientific Electronic Libray Online* (SciELO), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS) e *sítes* do município e do Ministério da Saúde. Também foram analisados bancos de dados secundários UBS Homero Gil. Verificou-se a importância de ações interdisciplinares para o manejo e o controle da hipertensão arterial e de outras doenças cardiovasculares, sendo que essas ações devem considerar o indivíduo hipertenso em todas as suas nuances sociais e culturais, valorizando seu ambiente e suas condutas individuais e coletivas. Com a implantação do projeto, espera-se uma equipe mais consciente e comprometida com a população abrangente e que pacientes com hipertensão arterial sistêmica possam ser informados sobre sua doença e como tratá-la, sobre estilos de vida e hábitos mais saudáveis.

Palavras chaves: Hipertensão. Adesão. Plano de ação.

ABSTRACT

Hypertension is a condition whose continuous control is aimed at prevention of irreversible changes in the body and cardiovascular complications. In basic health unit Homero Gil, there is the difficulty in controlling blood pressure of hypertensive attributed to non-patient adherence to treatment regimen. This study aims to develop an intervention project for better patient compliance Beta family health team to the treatment of hypertension in the Family Health Unit Homero Gil, in the municipality of Betim-MG. The study used the steps proposed simplified method of Situational Strategic Planning, including literature review, using the databases Scientific Electronic Libray Online (SciELO), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) and sites municipality and the Ministry of Health. We also analyzed banks UBS Homero Gil secondary data. It was the importance of interdisciplinary actions for the management and control of hypertension and other cardiovascular diseases, and these actions must consider the individual hypertensive in all its social and cultural nuances, enhancing their environment and their individual behavior and collective. With the implementation of the project, we expect a more conscious and staff committed to comprehensive population and patients with hypertension can be informed about their disease and how to treat it on lifestyles and healthier habits.

Key words: Hypertension. Adherence. Plan of action.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABS - Atenção Básica à Saúde

ACS - Agente Comunitário de Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CEREST - Centro de Referência Regional de Saúde do Trabalhador

COPASA - Companhia de Saneamento de Minas Gerais

ESF - Estratégia Saúde da Família

FPM - Fundo de Participação dos Municípios

HAS - Hipertensão Arterial Sistólica

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LILACS - Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da família

NUPAD - Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico

PA - Pressão Arterial

PACS - Programa de Agente Comunitário de Saúde

PAD - Programa de Assistência Domiciliar

PES - Planejamento Estratégico Situacional

PNAR - Pré Natal de Alto Risco

SciELO - *Scientific Electronic Libray Online*

SEPADI – Serviço de Prevenção e Assistência a Doenças Infecciosas

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Atenção Básica em Saúde no município de Betim	11
2 JUSTIFICATIVA	15
3 OBJETIVOS	16
3.1 Objetivo geral	16
3.2 Objetivos específicos.....	16
4 METODOLOGIA	17
5 REVISÃO DE LITERATURA	18
5.1 Fatores determinantes da não adesão ao tratamento da HAS.....	22
5.2 Ações estratégicas para melhorar a adesão ao tratamento da HAS	20
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	22
6.1 Definição e Priorização dos problemas.....	22
6.2 Descrição do problema selecionado	23
6.3 Explicação do problema	23
6.4 Seleção dos “nós críticos”.....	24
6.5 Desenho das operações para os “ nós” críticos	24
6.6 Identificação dos recursos críticos	26
6.7 A análise da viabilidade do plano	26
6.8 Elaboração do plano operativo	27
6.9 Gestão do plano	28
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	30

1 INTRODUÇÃO

O município de Betim localiza-se na zona metalúrgica na região metropolitana de Belo Horizonte, ocupando uma área de 2.342,846 km² e abrigando em 2010 uma população de 378.089 habitantes, sendo 375.331 habitantes na zona urbana e 5827 habitantes na zona rural. Betim tem em 2014 uma população de 412.003 habitantes, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O número é 7,5% maior do que o divulgado pelo Censo 2010. Esta estimativa é uma referência para o Governo Federal repassar o Fundo de Participação dos Municípios (FPM) às cidades. A estimativa divulgada pelo IBGE não contém a quantidade de homens e mulheres, pois esse dado é calculado apenas no Censo (IBGE, 2014).

Com isso, Betim ocupa a quinta posição no *ranking* das cidades mais populosas do Estado, atrás apenas de Belo Horizonte, Uberlândia, Contagem e Juiz de Fora, respectivamente (IBGE, 2014).

Betim é considerada uma zona metalúrgica, localizada na região metropolitana da capital mineira. Seus principais cursos d'água são: Rio Paraopeba, Rio Betim e Riacho das Areias. Suas principais rodovias de ligação são: MG-060, MG-050, BR-381 e BR-262 (PORTAL BETIM, 2014).

Os principais postos de trabalho no município estão ligados a indústria de veículos automotores e a refinaria de petróleo.

O serviço de saneamento no município de Betim é gerenciado e operado pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais - COPASA, concessionária dos serviços municipais de abastecimento de água e de esgotamento sanitário em quase todos os municípios da RMBH. A COPASA é responsável pelos serviços de saneamento no município de Betim desde 07/10/1971, data de assinatura do contrato de concessão, renovado através de termo aditivo em 1982, por um período de 30 anos e, portanto, com vigência até janeiro de 2012 (BETIM, 2010, p.28).

Segundo o Plano municipal de resíduos sólidos, o sistema de esgotamento conta “com uma rede coletora na extensão de 443.164 m e 57.205 ligações”, o que corresponde um atendimento de coleta aproximadamente de 68 % da população do Município. Os esgotos gerados nas indústrias seguem normas específicas que

“estabelecem condições e critérios para o lançamento de efluentes líquidos industriais na rede pública coletora de esgotos” (BETIM, 2010, p.28).

1.1 Atenção Básica em Saúde no município de Betim

Betim elegeu a Estratégia Saúde da Família (ESF) para reorganizar a atenção básica, mas está em fase de transição na qual as unidades básicas de saúde (UBS) estão passando por processo de reestruturação. Em Betim existem 34 UBS, com um total de 62 equipes de saúde da família. A primeira unidade de ESF em Betim foi inaugurada em 2004, no bairro Cruzeiro do Sul (BETIM, 2010).

Conta com um Sistema de Referência e Contra referência que incluem o Hospital Regional Oswaldo Cruz, a UBS Alterosa e Centro de Reabilitação Divino Braga, CEPAD, CAPS, PNAR, NUPAD, CEREST dentre outros, permitindo um atendimento completo e eficaz do paciente.

O Programa de Assistência Domiciliar (PAD) implantado há seis anos faz parte da proposta de humanização do sistema público de saúde de Betim e atualmente conta com 427 pacientes. Este programa permite “o acompanhamento do usuário em casa, quando o quadro clínico se encontra estável. Os cuidados são feitos por alguém da família, amigo ou vizinho, devidamente treinado” (BETIM, 2010, sp.).

Esta iniciativa envolve um atendimento mais personalizado, diminuindo os riscos de infecção hospitalar e possibilita maior integração entre usuários, família e equipe assistencial e entre setores diferentes da prefeitura municipal, o que permite maior qualidade de vida às pessoas atendidas (PORTAL BETIM, 2014).

Cada equipe de saúde da família fica responsável por atender uma população de 4.000 usuários, em um território definido na cidade, diagnosticando os principais problemas de saúde das comunidades e traçando estratégias específicas para todas as regiões.

A abordagem do usuário é realizada dentro da família e da comunidade por uma equipe interdisciplinar. Anteriormente à criação da ESF no município, se deu a atuação dos agentes comunitários.

Unidade Básica Homero Gil

A Unidade Básica de Saúde Homero Gil, onde atuo, funciona da seguinte forma no horário de 7 às 19 horas. A unidade localiza-se na zona Norte de Betim-MG, atendendo 8.750 famílias, cuja população é aproximadamente de 40.000 pessoas.

A estrutura de saneamento básico na região é estável, sendo que em alguns bairros, no que se refere ao esgotamento sanitário, apresenta-se um índice representativo de verminose e em outros apresentam lagoas não tratadas, o que resulta em casos de esquistossomose frequentes.

A comunidade da área de abrangência da UBS Homero Gil possui os equipamentos sociais: cinco escolas, três creches, quatorze igrejas, um hospital, três campos de futebol, entre outros.

Os serviços e atividades oferecidos na UBS estão relacionados no quadro 1.

Quadro 1 – Serviços, atividades e ações oferecidas na UBS Homero Gil - Betim, 2014

Serviços	Atividades	Ações
Clínica geral, ginecologia, equipe de enfermagem, agentes comunitários, serviços odontológicos, farmácia, serviço social, serviços gerais.	Medicações por vias oral, intramuscular, intradérmica, subcutânea e endovenosa, coleta de material de laboratório, teste do pezinho, enfaixamento e imobilizações, visitas domiciliares, curativos, retirada de pontos e corpos estranhos, hidratação de pele, oxigeno terapia, nebulização, acolhimento, teste de glicosúria, encaminhamentos, imunizações, escoriação por dente, extração dentária, gengivectomia, aplicação intensa de flúor, controle de placas bacterianas, consultas em geral.	Assistência à mulher (pré-natal, prevenção do câncer uterino), planejamento familiar, controle de hipertensão arterial, controle de: tuberculose, hanseníase, asma infantil, diabetes. Imunização, puericultura, desnutrição, ações voltadas para a saúde do idoso, visitas a pacientes, climatério.

A população adstrita ao PSF Homero Gil inclui aproximadamente quatro mil (4.000) hipertensos, nenhum cadastrado no sistema de informação, porém no mês de maio de 2014 iniciou a implantação da estratificação de risco. É constituído de quatro equipes a beta, alfa, delta e PACS.

Atuo na equipe Beta, que é constituída por duas enfermeiras, dois médicos, cinco agentes comunitários de saúde (ACS) e dois técnicos de enfermagem. Esta equipe atende uma população aproximada de 1.000, em torno de 500 famílias. Uma vez que, o total da população da Unidade Básica de Saúde é de aproximadamente 4.000mil pessoas, conforme quadro 2 abaixo:

Quadro 2- População da área de abrangência da Unidade Básica Homero Gil em Betim, 2011.

Faixa Etária	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
< 1 ano	29	25	54
1 – 4 anos	84	89	173
5 – 12 anos	219	219	438
13 – 18 anos	213	209	422
19 – 59 anos	1240	1292	2532
> 60 anos	299	295	594
Total	2084	2129	4213

Fonte: Relatório de agentes comunitário de saúde, 2011.

Na equipe Beta estão cadastrados 315 hipertensos e destes, 210 hipertensos são acompanhados.

Nota-se a dificuldade na manutenção da pressão arterial em níveis considerados adequados nos hipertensos acompanhados pela equipe, o que pode estar relacionado à falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo desses pacientes. Sendo estes, analisados e avaliados durante a consulta de acolhimento e visita domiciliar.

Sendo assim é importante a avaliação dos fatores envolvidos na dificuldade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo para uma adequada programação das ações voltadas para abordar este problema na equipe beta do ESF Homero Gil. Neste sentido elaborou-se este trabalho.

O aumento dos níveis pressóricos é comum na rotina das equipes de atenção primária, portanto é uma patologia que merece atenção, a fim de evitarmos condutas precipitadas e a hipermedicalização (BRASIL, 2013).

2 JUSTIFICATIVA

A HAS ocupa lugar de destaque no contexto epidemiológico, onde apresenta fator de risco para ocorrência de acidente vascular e infarto do miocárdio, agravos crônicos não transmissíveis, sendo considerada uma das principais causas de morbimortalidade na população (BRASIL, 2013).

A hipertensão arterial sistólica (HAS) constitui um dos principais fatores de risco para o aparecimento das doenças cardíacas, sendo o principal agravo crônico não transmissível na causa de morbimortalidade na população em geral. A HAS “tem alta prevalência e baixas taxas de controle; é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010, p.1).

O controle da HAS depende do grau de adesão do paciente ao regime terapêutico proposto (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A adesão engloba o “comportamento do indivíduo, em termos de tomar os medicamentos”, mudar hábitos de vida, seguir dietas e “comparecer a consultas médicas” (JESUS *et al.*, 2008, p.60).

Discutindo junto com os profissionais da equipe Beta da Unidade Básica de Saúde (UBS) Homero Gil, observei que o desafio maior enfrentado no controle da HAS é a não adesão dos pacientes ao seu tratamento. Na população abrangente encontra-se um alto índice de pacientes hipertensos que não aderem ao tratamento da hipertensão.

Diante disso, nota-se a necessidade da realização de um trabalho de revisão de literatura que fundamente um plano que busque intervenção para conscientizar os hipertensos sobre a importância da adesão ao tratamento, proporcionando-lhes uma melhor qualidade de vida.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Elaborar um plano de intervenção para aumentar a adesão dos pacientes da equipe de saúde da família Beta ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica na Unidade de Saúde da Família Homero Gil, no município de Betim-MG.

3.2 Objetivos específicos

- Analisar os fatores determinantes que influenciam a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica.
- Identificar ações estratégicas para melhorar a adesão dos pacientes ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica.

4 METODOLOGIA

Neste trabalho foi utilizado o método simplificado do Planejamento Estratégico Situacional (PES), seguindo os passos propostos por Campos, Faria e Santos (2010), incluindo reunião da equipe Beta de saúde da família, visando identificar os principais problemas de saúde e seus nós críticos na área de abrangência, específica da equipe, na Unidade Básica de Saúde Homero Gil.

Para a revisão de literatura e descrição da cidade de Betim, foram utilizados os bancos de dados *Scientific Electronic Libray Online* (SciELO), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS) e *sites* do município e do Ministério da Saúde. Também foram analisados bancos de dados secundários UBS Homero Gil, por meio de consolidados dos cadastros das famílias no de ano de 2014 com a participação dos pelos agentes comunitários de saúde.

Os descritores que possibilitaram a revisão de literatura foram os seguintes: Hipertensão, Adesão à medicação.

5 REVISÃO DE LITERATURA

A população vem envelhecendo rapidamente nos últimos tempos. Este envelhecimento tem tornado as pessoas idosas mais vulneráveis a algumas doenças, principalmente as crônicas degenerativas. Isso é decorrente, em parte, de um modo de viver, onde geralmente as pessoas ao longo da vida adotam hábitos de vida não saudáveis como, ausência de atividades físicas regulares, consumo de tabaco e álcool, alimentação rica em carboidratos, lipídeos e sal (ZAITUNE *et al.*, 2006 *apud* ARAUJO, 2010).

Uma das doenças crônicas com maior destaque na população é a hipertensão arterial sistêmica (HAS). A hipertensão é considerada uma doença crônica, com longo curso assintomático, evolução clínica lenta, prolongada e permanente, podendo evoluir para complicações. Sendo um dos principais fatores de morbidade e mortalidade cardiovascular e cerebrovascular, a HAS é uma doença de natureza multifatorial com alta prevalência na população, tornando-se um fator determinante nas elevadas taxas de morbidade e mortalidade dos indivíduos acometidos (MINAS GERAIS, 2013).

A HAS é uma doença que representa um dos maiores problemas em saúde pública no Brasil e no mundo, tendo participação em complicações como na doença cerebrovascular, na insuficiência cardíaca, na insuficiência renal crônica e na insuficiência vascular periférica (BRASIL, 2013).

5.1 Fatores determinantes da não adesão ao tratamento da HAS

A não adesão do paciente ao tratamento constitui-se um dos maiores desafios para os profissionais de saúde no controle da hipertensão arterial sistêmica (GIROTTI *et al.*, 2013).

Segundo Leite e Vasconcelos (2003, p.777), a adesão, de modo geral, é compreendida “como a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses, tempo de tratamento”, correspondendo à concordância entre a prescrição médica e a

conduta do próprio paciente, uso de dieta e estilo de vida recomendados, entre outros.

Adesão é, portanto, “um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração de determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre o mesmo” (BRASIL, 2008, p.14).

Porém, são muitos os fatores que contribuem para a falta de adesão, tais como a inadequação da relação médico-paciente, o desconhecimento das características da doença e a sua cronicidade, hábitos de vidas e uso errôneo dos medicamentos (LEITE; VASCONCELOS, 2003).

Para as autoras, a literatura mostra que os fatores podem estar relacionados diretamente ao paciente e outros externos ao paciente, como o acesso aos serviços de saúde, aos medicamentos e a forma como a equipe de saúde fornece as orientações (LEITE; VASCONCELOS, 2003).

Já em 2000, em trabalho realizado com hipertensos, Castro e Car (2000, p.150) observaram que os pacientes justificavam para o uso irregular dos medicamentos: a falta de dinheiro, a dificuldade de acesso à medicação e a demora para agendar a consulta e o retorno médico nos serviços de saúde, dificuldades em relação à dose, quantidade e horários e a presença de efeitos colaterais dos medicamentos. Em relação à dieta com redução de sal e gordura, manifestaram sentimento de revolta considerando estas restrições como um “castigo”. As autoras afirmam ainda que estas dificuldades fazem com que “a porta de entrada para o atendimento” deixe de os serviços de atenção básica, passando esta função para o serviço de emergência.

Os pacientes portadores de HAS do Programa de Saúde Família Homero Gil não vem realizando o tratamento medicamentoso e não medicamentoso, conforme orientações dadas pelos profissionais da equipe Beta. A pouca adesão ao tratamento pelos portadores de HAS da população alvo e a sua relação com o fato de muitos pacientes manterem-se com Pressão Arterial (PA) elevada, constatado em visitas domiciliares e durante o acolhimento individualizado.

5.2 Ações estratégicas para melhorar a adesão ao tratamento da HAS

Em trabalho de revisão de literatura realizado, Araújo e Garcia (2006, sp.) identificaram três vantagens para a adesão ao tratamento anti-hipertensivo: “o controle dos níveis tensionais; a redução na incidência ou retardamento na ocorrência de complicações e a melhoria da qualidade de vida do hipertenso”.

Reforça-se, portanto a importância da equipe de saúde estabelecer estratégias para a adesão, sabendo-se que muitas vezes a adesão ao plano terapêutico pode constituir-se numa tarefa difícil para a pessoa hipertensa, considerando seu contexto familiar e socioeconômico.

Araujo (2010) destaca que a necessidade da compreensão do plano terapêutico por parte dos profissionais de saúde, incluindo o esquema medicamentoso e abordagem não farmacológica para o sucesso do tratamento.

Uma estratégia para aumentar a adesão ao tratamento de hipertensão arterial é a conscientização do paciente quanto às complicações da hipertensão não controlada, quanto aos efeitos do tratamento, suas peculiaridades e benefícios, levando o hipertenso a se tornar um elemento ativo no processo de manutenção da doença.

Araujo e Garcia (2006) alertam que apenas a atenção dos profissionais de saúde ao plano terapêutico, compreendendo que o uso dos medicamentosos, não garante o sucesso do tratamento da HAS. Destacam que o trabalho em grupos com os hipertensos, incluindo a participação de seus familiares, é uma estratégia que tem se mostrado benéfica, contribuindo para melhorar a adesão.

Giroto *et al.* (2013, p.1771) corroboram neste sentido ao afirmarem que o trabalho em grupo constitui-se em uma estratégia mais ampliada de saúde, complementando as ações individuais dos profissionais de saúde, “possibilitando que os pacientes compartilhem experiências e vivenciem saberes e práticas que facilitam a escuta, o acolhimento e o vínculo com os profissionais de saúde”.

Contribuem para o aumento da adesão: conhecimento e compreensão do paciente sobre a doença e o plano terapêutico, vínculo com a equipe e o serviço de saúde, atendimento interdisciplinar, parcerias com outros setores da comunidade, como

associações de moradores, igrejas. A escuta e o estímulo ao relato dos pacientes sobre a adesão deve ser uma constante no cotidiano dos serviços de saúde incluindo atendimentos médico, psicossocial, da farmácia, do enfermeiro entre outros (BRASIL, 2008).

Algumas estratégias contribuem para o aumento da adesão: consulta ou atendimento individual com foco em adesão, interconsulta e consulta conjunta (dois profissionais discutem e atuam conjuntamente no tratamento do paciente); tratamento diretamente observado (acompanhamento domiciliar pelo ACS); grupos, rodas de conversa (espaços de diálogo); atividades de sala de espera (momento muitas vezes ocioso e de espera pode ser transformado em espaço de diálogo entre equipe de saúde e usuários); uso de caixinha porta comprimidos, tabelas e mapas com o esquema terapêutico, número de comprimidos ou cápsulas, horários e recomendações; material educativo: folhetos e vídeos; discussões em reuniões de equipe sobre o acompanhamento dos pacientes (BRASIL, 2008).

Giroto *et al.* (2013, p.1771) destacam que as ações educativas devem considerar “o indivíduo hipertenso em todas as suas nuances” nos contextos familiar, social e cultural, “valorizando seu ambiente e suas condutas individuais e coletivas”.

Nota-se, portanto que embora a adesão do hipertenso ao tratamento seja um desafio para a equipe de saúde, algumas estratégias são simples de adoção por parte da equipe.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Foram realizadas as etapas do planejamento estratégico situacional para obtermos os resultados desejados. Elaboramos este plano de intervenção com a finalidade de melhorar o nível de informação dos pacientes da área de abrangência da equipe Beta sobre a hipertensão arterial sistêmica e seu tratamento, incluindo a modificação de estilos e hábitos de vida, a importância da adesão ao tratamento. A importância das intervenções está ligada à possibilidade de uma inclusão, população mais informada, mudança de hábitos de vida e população mais participativa.

6.1 Definição e priorização dos problemas

Por meio do diagnóstico situacional de saúde elaborado os principais problemas da equipe Beta foram:

- Escassez de grupos operativos. Não são todas as equipes da UBS Homero Gil que apresentam grupos operativos, não tem grupos tais como de tabagismo, diabéticos, gestantes e de HIPERDIA. Somente na equipe alfa que apresenta grupo de hiperdia e de tabagismo.
- Falta da sistematização dos prontuários eletrônicos. Não possui na unidade prontuários eletrônicos. Todos os prontuários dos pacientes são guardados dentro de envelopes numerados empilhados em um armário, onde os pacientes são identificados por números. Por esse motivo já sumiram vários prontuários e aparecer prontuários com os números de identificação iguais de pacientes diferentes.
- Adesão precária dos pacientes ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. Na população de abrangência na UBS muitos pacientes hipertensos não aderem ao tratamento, geralmente chegam pacientes com pressão arterial elevada, sintomáticos e assintomáticos.

Após a identificação dos problemas procedeu-se à sua priorização. Como se pode verificar no quadro 3 o problema priorizado foi a adesão precária dos pacientes ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica

Quadro 3 - Priorização dos problemas de saúde da equipe Beta da UBS Homero Gil

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Escassez de grupos operativos	Alta	7	parcial	3
Falta da sistematização dos prontuários eletrônicos	Alta	8	parcial	2
Adesão precária dos pacientes ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica	Alta	9	parcial	1

6.2 Descrição do problema selecionado

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica degenerativa que fatores determinantes são multifatoriais e constitui um problema de saúde pública no Brasil e especificamente na área de abrangência da equipe Beta. Ocupa lugar de destaque no contexto epidemiológico, onde apresenta fator de risco para ocorrência de acidente vascular e infarto do miocárdio, agravos crônicos não transmissíveis, sendo considerada uma das principais causas de morbimortalidade na população (MINAS GERAIS, 2013; BRASIL, 2007).

A maior razão para o controle inadequado da pressão arterial seria a falta de adesão ao tratamento, uma vez que, a adesão engloba o comportamento do indivíduo, em termos de tomar os medicamentos, mudar hábitos de vida, seguir dietas e comparecer a consultas médicas

6.3 Explicação do problema

Na população abrangente encontra-se um alto índice de pacientes hipertensos que não aderem ao regime terapêutico proposto. Entre as principais causas da não

adesão estão a falta de informações do paciente sobre sua doença e tratamento, estilos de vida inadequados, fatores emocionais como a ansiedade e escassez de ações educativas promovidas pela equipe de saúde.

6.4 Seleção dos “nós críticos”

Os “nós críticos” foram identificados para uma solução necessária para a adesão correta no tratamento dos pacientes hipertensos.

Com isso, foram selecionados como “nós críticos” as situações onde a equipe de saúde tenha mais possibilidade de ação mais direta e conscientização importante sobre o problema (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010):

- Baixo nível de informação da população sobre a doença hipertensão arterial;
- Estilos e hábitos de vida inadequados, como o sedentarismo, que podem favorecer o aparecimento de problemas;
- Família sem preparação para o cuidado do paciente devido à falta de conhecimento;
- Fatores psicossociais que levam a agravos, principalmente a ansiedade.

6.5 Desenho das operações para os “ nós críticos”

O desenho das operações para os “nós críticos” do problema: adesão precária dos pacientes ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica está representado no quadro 4, a seguir.

Quadro 4 - Desenho das operações para os “ nós” críticos

Nós Críticos	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos Esperados	Recursos esperados
Baixo nível de informação da população sobre a doença hipertensão arterial	Conhecimento Multiplicado Proporcionar um nível maior de informação da população da equipe beta sobre hipertensão arterial. Utilizar a técnica de grupos para estas informações, incluindo pacientes e familiares.	População de hipertensos com mais informação ao tratamento	Aumento de informação e adesão ao tratamento	Cognitivo: conhecimento sobre a patologia. Político: parcerias, mobilização social Financeiro: proporcionar materiais educativos relacionado ao tema.
Estilo e hábitos de vida inadequados	Cuidar mais adequado Modificar estilos e hábitos de vida da população da equipe beta. Orientação individual e em grupo. Utilização de atividades em grupos e visitas domiciliares.	Redução do número de pacientes que não praticam exercício físico. Alterar pela metade os hábitos alimentares inadequados aderindo a uma dieta certa.	Programa de exercícios físicos e alongamentos orientados. Programa de alimentação saudável.	Organizacional: organizar a execução de exercícios físicos e alongamento Cognitivo: palestras e grupos de rodas sobre o tema Político: proporcionar espaço e articulação intersetorial Financeiro: folhetos informantes e educativos, recursos áudio visuais.
Família sem preparação para o cuidado do paciente devido à falta de conhecimento	Apoio familiar é essencial Aumentar o nível de conhecimento dos familiares sobre a importância da adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Utilizar a técnica de grupos para estas informações, incluindo pacientes e familiares.	Inserção os familiares no contexto do tratamento e acompanhamento dos hipertensos	Aumentar o índice de familiares na participação e acompanhamento no tratamento anti hipertensivo pelos pacientes.	Cognitivo: conhecimento sobre o tema Político: parcerias para adquirir verbas, mobilização social Financeiro: disponibilizar materiais educativos sobre o tema Organizacional: organizar agenda para disponibilidade de horários.
Fatores psicossociais que levam a agravos, principalmente a ansiedade	Controlar o emocional Aumentar a compreensão dos fatores psicossociais, com ênfase na ansiedade, que levam a agravos no tratamento da hipertensão	População com mais informação sobre os agravos que a ansiedade pode proporcionar ao tratamento	Aumento de informação, acompanhamento psicológico, programas de relaxamentos e de atividades de lazer.	Organizacional: organizar agendas dos profissionais, para realização dos programas. Local para realização Político: proporcionar locais e articulação intersetoriais, parcerias Cognitivo: rodas de conversa Financeiro: folhetos informativos.

6. 6 Identificação dos recursos críticos

Quadro 5 - Identificação dos recursos críticos

Operação/ Projeto	Recursos
Conhecimento multiplicado	Político- mobilização social Financeiro- proporcionar materiais educativos
Cuidar mais adequado	Político- proporcionar espaço Financeiro- aquisição de recursos áudio visuais, folhetos informativos
Apoio familiar é essencial	Político- parcerias Financeiros- disponibilidade de horários vagos nas agendas
Controlar o emocional	Político- proporcionar espaço e articulação intersetorial Financeiros- folhetos informativos Organizacionais- organizar agenda dos profissionais para disponibilidade de horários

6.7 A análise da viabilidade do plano

Quadro 6 - Análise da viabilidade do plano

Operações/ projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos Ator que controla motivação		Ação estratégica
Conhecimento multiplicado Proporcionar um nível maior de informação da população da equipe beta sobre hipertensão arterial.	Político- mobilização social Financeiro- proporcionar materiais educativos.	ESF Secretaria de saúde, Planejamento, Educação, Cultura e Lazer	Favorável	Apresentar projeto para ESF Estruturação das Redes
Cuidar mais adequado Modificar estilos e hábitos de vida da população da equipe beta. Orientação individual e em grupo. Utilização de atividades em grupos e visitas domiciliares.	Político- proporcionar espaço Financeiro- aquisição de recursos áudio visuais, folhetos informativos.	ESF, Secretaria de saúde, Planejamento, Educação, Cultura e Lazer	Favorável	Apresentar projeto para ESF Estruturação das Redes
Apoio familiar é essencial Aumentar o nível de conhecimento dos familiares sobre a importância da adesão ao tratamento.	Político- parcerias Financeiros- disponibilidade de horários vagos nas agendas	ESF, Secretaria de saúde, Planejamento, Educação, Cultura e Lazer	Favorável	Apresentar projeto para ESF Estruturação das Redes
Controlar o emocional Aumentar a compreensão dos fatores psicossociais, com ênfase na ansiedade, que levam a agravos no tratamento da hipertensão. Atividades em grupos e atividades de relaxamento.	Político- proporcionar espaço e articulação intersetorial Financeiros- folhetos informativos Organizacionais- organizar agenda dos profissionais para disponibilidade de horários.	ESF, Secretaria de saúde, Participação do Núcleo de apoio à Saúde da família (NASF).	Favorável	Apresentar projeto para ESF Estruturação das Redes

6.8 Elaboração do plano operativo

Quadro 7 - Plano operativo

Operações	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsáveis	Prazo
<p>Conhecimento multiplicado Proporcionar um nível maior de informação da população da equipe beta sobre hipertensão arterial. Utilizar a técnica de grupos para estas informações, incluindo pacientes e familiares.</p>	<p>População de hipertensos com mais informação ao tratamento</p>	<p>Aumento de informação e adesão ao tratamento</p>	<p>Apresentar projeto para ESF Estruturação das Redes</p>	<p>Tahisa, Fernanda, Harley, Cida, coordenador ABS</p>	<p>Três meses para inicio das atividades</p>
<p>Cuidar mais adequado Modificar estilos e hábitos de vida da população da equipe beta. Orientação individual e em grupo. Utilização de atividades em grupos e visitas domiciliares.</p>	<p>Redução do número de pacientes que não praticam exercício físico. Alterar pela metade os hábitos alimentares inadequados aderindo a uma dieta certa</p>	<p>Programa de exercícios físicos e alongamentos orientados. Programa de alimentação saudável</p>	<p>Apresentar projeto para ESF Estruturação das Redes</p>	<p>Tahisa, Fernanda, Ronaldo, Cida</p>	<p>Quatro meses para inicio das atividades</p>
<p>Apoio familiar é essencial Aumentar o nível de conhecimento dos familiares sobre a importância da adesão ao tratamento. Utilizar a técnica de grupos para estas informações, incluindo pacientes e familiares.</p>	<p>Inserção dos familiares no contexto do tratamento e acompanhamento dos hipertensos</p>	<p>Aumentar o índice de familiares na participação e acompanhamento no tratamento anti hipertensivo pelos pacientes.</p>	<p>Apresentar projeto para ESF Estruturação das Redes. Participação do NASF.</p>	<p>Tahisa, Ronaldo, Fernanda, Cida NASF</p>	<p>Três meses para inicio das atividades</p>
<p>Controlar o emocional Aumentar a compreensão dos fatores psicossociais, com ênfase na ansiedade, que levam a agravos no tratamento da hipertensão. Atividades em grupos e atividades relaxamento.</p>	<p>População com mais informação sobre os agravos que a ansiedade pode proporcionar ao tratamento</p>	<p>Aumento de informação, acompanhamento psicológico, programas de relaxamentos, programas para atividades de lazer.</p>	<p>Apresentar projeto para ESF Estruturação das Redes Participação do NASF.</p>	<p>Tahisa, Fernanda, Harley, Cida, coordenador ABS. Equipe do NASF</p>	<p>Cinco meses para inicio das atividades</p>

.9 Gestão do plano

Quadro 8 - Gestão do plano

Operações	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Conhecimento multiplicado Proporcionar um nível maior de informação da população da equipe beta sobre hipertensão arterial.	Tahisa, Fernanda, Harley, Cida, coordenador ABS	Três meses para início das atividades	Em implantação		
Cuidar mais adequado Modificar estilos e hábitos de vida da população da equipe beta	Tahisa, Fernanda, Ronaldo, Cida	Quatro meses para início das atividades	Em elaboração		
Apoio familiar é essencial Aumentar o nível de conhecimento dos familiares sobre a importância da adesão ao tratamento	Tahisa, Ronaldo, Fernanda, Cida	Três meses para início das atividades	Em levantamento	Falta de recursos financeiros e estrutura física.	Quatro meses para o início
Controlar o emocional Aumentar a compreensão dos fatores psicossociais, com ênfase na ansiedade, que levam a agravos no tratamento da hipertensão	Tahisa, Fernanda, Harley, Cida, coordenador ABS	Cinco meses para início das atividades	Em elaboração	Falta de estrutura física da Unidade.	Dois meses para o início das reuniões em grupos

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir desse estudo, notam-se as dificuldades do serviço de saúde em apoiar os usuários hipertensos, sendo necessária a reorganização do setor de saúde para oferecer uma assistência efetiva e de qualidade aos hipertensos. São muito importantes ações interdisciplinares que possam contribuir para o manejo e o controle da hipertensão arterial e de outras doenças cardiovasculares.

Com a implantação do projeto, espera-se uma equipe consciente e comprometida com a população abrangente e que pacientes com hipertensão arterial sistêmica possam ser informados sobre sua doença e como tratá-la, sobre estilos de vida e hábitos mais saudáveis. Uma comunidade mais participativa provavelmente contribuirá para aumentar a adesão ao tratamento e assim melhorar a qualidade de vida e diminuindo a morbimortalidade.

A implantação do plano de intervenção é de grande relevância, pois remete aos profissionais de saúde da atenção básica um repensar de suas práticas, estabelecendo novas estratégias de abordagem do paciente hipertenso e seus familiares, envolvendo-os no processo terapêutico.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, G.B.S.; GARCIA, T.R.. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Rev. Eletr. Enf.**, v.8, n.2, p.259-72, 2006.

ARAÚJO, K. G.. **Plano de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento de hipertensão arterial em idosos no PSF São Jerônimo - município de Teófilo Otoni-MG**. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. NESCON. Teófilo Otoni, 2010.

BETIM. Prefeitura municipal. Secretaria Municipal de Infraestrutura. Plano municipal de resíduos sólidos. 2010. Disponível em: http://www.betim.mg.gov.br/portalservicos/arquivos/Plano_da_Politica_Municipal_de_Residuos_Solidos_BETIM.pdf. Acesso em: 20 out. 2014.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico**. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: ANS, 2007. 168p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 130 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Manuais; n. 84)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 290 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I).

CAMPOS, F. C. C. de; FARIA, H. P. de; SANTOS, M. A. dos.. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. 118p..

CASTRO, V. D.; CAR, M. R. O cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.34, n.2, p.145 –153, 2000.

GIROTTO, E.; ANDRADE, S. M. de; CABRERA, M. A. S.; MATSUO, T.. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v.18, n.6, p.1763-1772, 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades Minas Gerais**. 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=310670>. Acesso em: 20 out. 2014.

JESUS, E. dos S. et al. Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. **Acta paul. enferm.** [online]. v.21, n.1, p.59-65, 2008.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. da P. C.. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, v.8, n.3, p.775-782, 2003.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus* e doença renal crônica**. 3 ed (atualizada). Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2013. 204p. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/guia_de_hipertensao.pdf

PORTAL BETIM. Prefeitura Municipal. **Programa de Assistência Domiciliar (PAD)**. Última Atualização: Quinta-feira, 30 de Outubro de 2014 às 17:35:38 Disponível em: http://www.betim.mg.gov.br/prefeitura_de_betim/secretarias/saude/gabinete_operacional/atencao_basico/39123%3B51474%3B0724340201%3B0%3B0.asp

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.** [online], v.95, n.1, suppl.1, p. 1-51, 2010. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf >. Acesso em: 15 out. 2014.

ZAITUNE, M. P. A.; BARROS, M. B. A.; CÉSAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M.. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas. **Cad Saúde Pública**, v.22, n.2, p.285-94, 2006.