

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

LORENA ANGELO MUNIZ

**ADESÃO AO TRATAMENTO E CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL – PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

UBERABA/MG

2015

LORENA ANGELO MUNIZ

**ADESÃO AO TRATAMENTO E CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
– PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof.^a Ma. Maria Beatriz Guimarães Ferreira

UBERABA/MG

2015

LORENA ANGELO MUNIZ

**ADESÃO AO TRATAMENTO E CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
– PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Banca examinadora:

Examinador 1: Prof.^a Ma. Maria Beatriz Guimarães Ferreira

Examinador 2: Profa. Esp. Judete Silva Nunes

Aprovada em Uberaba, em -----de 2015

AGRADECIMENTOS

A minha família pelo apoio constante.

A toda equipe do UBSF Dr Osvaldo Pinto em Canápolis.

A tutora Leila Bittar, pelo incentivo.

A Professora Maria Beatriz Guimarães Ferreira, pelas orientações.

RESUMO

O trabalho teve como objetivo elaborar uma proposta de intervenção para o enfrentamento de um problema, considerado prioritário, na área de abrangência da Equipe da Unidade Básica de Saúde da Família Dr. Osvaldo Pinto em Canápolis/MG: a baixa adesão dos pacientes portadores de hipertensão arterial em relação ao tratamento. O problema é grave e de caráter urgente, já que as doenças cardiovasculares são as principais causas de morbimortalidade no mundo, aumentando o número de internações e de casos de invalidez. Devido a esses fatores surgiu o interesse na realização deste trabalho. Para a elaboração da proposta de intervenção que permita a melhoria da adesão dos usuários em relação ao tratamento farmacológico, foram executadas três etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do Plano de Ação, utilizando como base o Planejamento Estratégico Situacional Simplificado. Foi elaborado um plano de intervenção pautado na realidade local, com projetos que visem participação ativa do paciente ao tratamento, mudanças no estilo de vida, simplificação do esquema terapêutico, ações educativas e efetivo relacionamento médico paciente e equipe multidisciplinar. Espera-se com este trabalho um acompanhamento mais efetivo dos portadores de hipertensão arterial sistêmica na área de abrangência de atendimento desta equipe.

Palavras-chave: Hipertensão arterial. Adesão. Tratamento. Atenção básica.

ABSTRACT

This paper had the main objective of proposing an intervention for the solution of a priority problem for the Primary Health Care Unit Dr Osvaldo Pinto at the Canápolis, Minas Gerais, namely the low adherence of patients with hypertension to the treatment plan. The problem is serious and urgent, since cardiovascular diseases are the leading causes of morbidity and mortality in the world, increasing the number of hospitalizations and cases of disability. Due to these factors became interested in the present study. The elaboration of the intervention proposal followed three stages: context diagnosis, review of the literature and elaboration of the Plan of Action, based on the Strategical Simplified Context. A plan for intervention was prepared ruled in the local community, with projects aimed at active participation to treatment, changes in lifestyle, simplification of the treatment, awareness activities and effective relationship between doctor, patient and multidisciplinary team. A more effective follow-up of patients with hypertension in the area covered by the Primary Health Care Unit Dr. Osvaldo Pinto is expected after the execution of the proposed Plan of Action.

Keywords: Hypertension. Adherence. Treatment. Primary health care.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
1.1. Unidade Básica de Saúde da Família Dr. Osvaldo Pinto	8
1.2. Conceituação: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	9
1.3. Diagnóstico situacional do UBSF Dr. Osvaldo Pinto	10
2. JUSTIFICATIVA	12
3. OBJETIVOS	13
3.1. Objetivo Geral	13
3.2. Objetivos Específicos	13
4. METODOLOGIA	14
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	17
6. PLANO DE INTERVENÇÃO	19
6.1. Primeiro passo: Definição dos problemas	19
6.2. Segundo passo: Priorização dos problemas	21
6.3. Terceiro passo: Descrição do problema	22
6.4. Quarto passo: Explicação do problema	22
6.5. Quinto passo: Identificação dos nós críticos	24
6.6. Sexto passo: Desenho das operações	24
6.7. Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos	26
6.8. Oitavo passo: Análise de Viabilidade do Plano	26
6.9. Nono passo: Elaborar o Plano Operativo	27
6.10. Décimo passo: Gestão do plano	29
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	31

1. INTRODUÇÃO

O município de Canápolis faz parte da microrregião de Uberlândia e Mesorregião do Triângulo Mineiro, tendo divisa com os municípios de Ituiutaba, Capinópolis, Centralina e próximo ao entroncamento da MG-226 com a BR-153. Fica distante de Belo Horizonte-MG 654 km e a população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2013, era de 11882 habitantes.

O município apresenta uma área total de 839.737km₂ e densidade demográfica de 13,53 habitantes/km₂. O número de domicílios é de 3692, sendo 3006 famílias residentes na zona urbana e 323 famílias na zona rural. O Índice de Desenvolvimento Humano é de 0,722 e o Produto Interno Bruto é de R\$280.206. As principais atividades econômicas são a agricultura, através de suas grandes plantações de abacaxi e a pecuária. Em 2010, Canápolis apresentou uma taxa de alfabetização das pessoas de 5 anos ou mais de idade igual a 85,52 (IBGE, 2013).

De acordo com o último censo em 2000, a população estimada é dividida em 10180 vivendo na zona urbana e 1185 na zona rural. Desses, 50,04% são de etnia branca, 6,72% negros, 1,04% amarelo, 42,08% pardos e 0,12% de indígenas (IBGE, 2013).

O município de Canápolis apresenta 100% de cobertura em atenção primária, conta com quatro Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) com equipe de saúde bucal em cada uma delas, Santa Casa de Misericórdia, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Farmácia de Minas, Centro de convivência para idosos e Posto de vacinação.

Possui sistemas de apoio em outras três cidades: Ituiutaba, Itumbiara e Uberlândia; através de convênios com laboratórios, clínicas de exames de imagem e especialidades. O fluxo e contrafluxo são organizados pela logística através dos tratamentos fora do domicílio, transportes e/ou encaminhamentos intermunicipais.

1.1. Unidade Básica de Saúde da Família Dr. Osvaldo Pinto

A Unidade Básica de Saúde da Família Dr Osvaldo Pinto, também conhecida como (UBSF 2) localiza-se na Rua 01, no centro de Canápolis. Possui uma equipe completa e multidisciplinar composta por uma médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e sete agentes comunitários de saúde (ACS), desses, um é

ACS rural; além disso, existem dentista, técnica em saúde bucal, psicóloga e nutricionista.

A área física da UBSF é adequada, contendo várias salas como consultório médico, sala para enfermagem, sala de inalação, sala de curativos, sala para os ACS, consultório para nutricionista/psicólogo, consultório dentário com escovário, cozinha, banheiros e sala de espera. O funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 07:00h às 17:00h.

De acordo com dados da Secretaria de Saúde de Canápolis, a área de abrangência da UBSF inclui o bairro Altamira e parte do centro da cidade, dividindo-se em seis microáreas. Atualmente são 830 famílias e um total de 2451 pessoas cadastradas (SIAB, 2013)

Através dos registros existentes no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), em abril de 2014, concluiu-se que a maioria da população adscrita são adultos e idosos e desses, aproximadamente, um terço são portadores de doenças crônicas como Hipertensão Arterial e Diabetes.

1.2. Conceituação: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Associa-se, frequentemente, a alterações funcionais e metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

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. Na população brasileira observa-se que entre os usuários adultos, a idade avançada, a obesidade e o baixo nível educacional são os principais fatores associados ao menor controle pressórico (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Estima-se que de 40% a 60% dos indivíduos portadores não aderem ao tratamento farmacológico e a estimativa aumenta, consideravelmente, quando se estuda mudanças no estilo de vida como inclusão de dieta saudável, prática regular de atividade física, abandono do tabagismo, não ingestão de bebida alcoólica.

Segundo Barbosa e Lima (2006), pode-se atribuir também como causa à não adesão ao tratamento a falta de controle dos níveis tensionais em mais de dois terços dos indivíduos portadores de HAS.

A adesão requer envolvimento amplo do paciente, de natureza ativa, voluntária e colaborativa gerando comportamentos que influenciarão nos resultados terapêuticos e controle da doença.

A complexidade da adesão foi reforçada por Strelec; Pierin e Mion Jr (2003), ao considerarem a forte influência do meio ambiente, dos profissionais de saúde e cuidados de assistência médica envolvidos neste processo comportamental. A falta de adesão ao tratamento por parte dos pacientes pode provocar frustração nos profissionais de saúde, por se constituir como elemento dificultador na obtenção do sucesso terapêutico.

Baseado na literatura, Gomes; Silva e Santos (2010) observaram que entre os fatores que dificultam a adesão ao tratamento da HAS, o de maior relevância seria a quantidade de comprimidos que os usuários devem utilizar diariamente e a convivência com alguns efeitos colaterais. Os efeitos colaterais são destacados como sendo um dos maiores dificultadores para um tratamento adequado.

Portanto, Manfroi e Oliveira (2006) reforçaram que a educação em saúde é imprescindível para haver o controle da pressão arterial, devendo o paciente ser instruído em tudo que se refere ao seu tratamento, desde os medicamentos até os principais efeitos colaterais, para que, assim, o mesmo sentisse mais confiança e disposição ao aderir o tratamento.

Diante disso, através da percepção diária de todos os integrantes da equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF), aliado ao diagnóstico situacional realizado em 2014, foi identificado como problema local a baixa adesão ao tratamento da hipertensão por parte dos pacientes. Assim, a equipe compreendeu a necessidade existente de desenvolver uma proposta de intervenção para modificar a situação vivenciada na Unidade Básica de Saúde da Família Dr Osvaldo Pinto (UBSF 2).

1.3. Diagnóstico situacional do UBSF Dr. Osvaldo Pinto

A partir do plano de estratégias que visou ao estabelecimento do diagnóstico situacional da comunidade usuária dos serviços do UBSF 2 de Canápolis, foram detectados vários problemas, a partir da questão norteadora, na área de

abrangência como: falta de medicamentos na farmácia de Minas Gerais; demora nos encaminhamentos e realização de exames; violência; baixa adesão dos pacientes portadores de hipertensão e diabetes ao tratamento farmacológico; ausência de puericultura, devido a inexistência de pediatras na cidade; abandono do tratamento medicamentoso dos portadores de doenças crônicas; uso inadequado das medicações de uso contínuo.

O diagnóstico permitiu conhecer a realidade social, econômica, política, cultural, ambiental, epidemiológica e de morbimortalidade da população. A partir desse diagnóstico, definiu-se as necessidades da população, as quais se tornaram base do planejamento local de saúde.

Vários problemas foram identificados pela equipe da UBSF Dr Osvaldo Pinto durante o diagnóstico situacional. Entretanto, a não adesão à terapêutica medicamentosa dos hipertensos foi considerada prioritária, devido à equipe considerar possuir certa governabilidade sobre tal problema.

O grande número de pacientes hipertensos cadastrados chamou a atenção da equipe no sentido de alertá-la sobre a necessidade de realizar ações para aumentar os números de adeptos ao tratamento farmacológico, que é outro fator que preocupa a equipe, pois o nível é aquém do desejado. E para atingir esse objetivo, deve ser elaborada uma proposta de intervenção no processo de atendimento do paciente hipertenso, seguindo o modelo apresentado no Módulo Planejamento e avaliação das Ações de Saúde de autoria de Campos, Faria e Santos (2010).

2. JUSTIFICATIVA

Em Abril de 2014, na área de abrangência da UBSF 2, havia 523 hipertensos cadastrados, o que corresponde aproximadamente 20% da população e desses, apenas 311 se submeteram a avaliação médica no último ano e 26% eram considerados controlados. Nesse contexto, surgiu o interesse pelo tema da adesão ao tratamento da HAS, após a realização do diagnóstico situacional da área de abrangência, segundo trabalho realizado no módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família.

O baixo nível de hipertensos controlados gera impactos negativos, aumentando o risco de doenças cardiovasculares, de demandas por consulta e de internações, sobrecarregando o processo de trabalho.

A não adesão, inadequação ou abandono ao tratamento medicamentoso trata-se de uma questão de alta incidência na comunidade, de caráter complexo e com múltiplos fatores que contribuem para sua gênese. O analfabetismo/baixo, nível de escolaridade dos pacientes, ausência de grupos operativos, hiperdia ineficiente, deficiência na atenção à saúde da população devido à demanda excessiva, falta de ações sistemáticas e contínuas, bem como a demora na realização de exames complementares, são algumas das causas relacionadas ao problema e alguns fatores que dificultam a assistência aos usuários hipertensos da UBSF 2.

Considera-se este um problema grave e de caráter urgente, já que as doenças cardiovasculares são as principais causas de morbimortalidade no mundo. Elas são, ainda, responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados.

Todos esses fatores citados, anteriormente, demonstram a importância que tem a aceitação dos pacientes ao seu diagnóstico, bem como a adequada adesão à terapia medicamentosa instituída. Assim, ao observar tal contexto, surgiu o interesse na realização deste trabalho.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

- Elaborar um plano de intervenção para melhoria da adesão ao tratamento dos pacientes portadores da hipertensão arterial sistêmica da UBSF Dr. Osvaldo Pinto, no município de Canápolis/MG.

3.2. Objetivos Específicos

- Propor adequações no processo de trabalho para que pacientes portadores de hipertensão que não aderem ao tratamento sejam avaliados com mais frequência;
- Aumentar o número de grupos operativos, trabalhando com informações pertinentes sobre a doença, conscientizando a população sobre a importância do tratamento e seguimento na unidade.

4. METODOLOGIA

O presente trabalho pretende apresentar estratégias para melhoria da adesão ao tratamento dos pacientes portadores da hipertensão arterial sistêmica da UBSF Dr. Osvaldo Pinto.

Para tanto, a partir do Método Simplificado do Planejamento Estratégico Situacional – PES, foi elaborado o plano de intervenção que ocorreu em três etapas sendo: a) diagnóstico situacional, b) revisão bibliográfica e c) elaboração de um plano de intervenção.

No que se refere à primeira etapa do processo metodológico, o diagnóstico situacional foi realizado no primeiro semestre de 2014, no módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS; 2010) do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, pelo método de estimativa rápida.

Este método constitui um modo de se obter dados sobre um conjunto de problemas e recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto espaço de tempo e com baixos gastos, constituindo uma ferramenta importante para apoio do processo de planejamento participativo, com objetivo de envolver a população na identificação das suas necessidades, juntamente da gestão municipal, organizações governamentais e não governamentais, que controlam os recursos para enfrentamento dos problemas. Os princípios que apoiam a estimativa rápida são: coletar somente dados pertinentes e necessários; obter informações que possam refletir as condições e as especificidades locais, bem como, envolver a população na realização da estimativa rápida. Os dados levantados por meio deste método foram coletados nos registros escritos existente ou fontes secundárias, com informantes chaves, utilizando roteiros ou questionários curtos e, na observação ativa da área (CAMPOS; FARIA; SANTOS; 2010).

Em relação às informantes chaves, foram escolhidos dois líderes da comunidade com a ajuda da enfermeira da unidade e elaborado um questionário simples com a seguinte pergunta norteadora: Quais os maiores problemas enfrentados pela comunidade do UBSF 2. As respostas serão descritas no diagnóstico situacional.

A respeito dos registros existentes, as fontes de coletas de dados foram: dados da Secretaria Municipal de Saúde de Canápolis; registros do SIAB (Sistema

de Informação da Atenção Básica), fichas SSA (Relatório de Situação de Saúde e Acompanhamento das famílias), fichas B – HA (Acompanhamento dos hipertensos), fichas B - DIA (Acompanhamento dos diabéticos) e prontuários, no período de abril a agosto de 2014.

Além disso, a observação ativa foi realizada na vivência na comunidade do UBSF 2, durante as consultas médicas, acolhimento e visitas domiciliares dos ACS, enfermeira e médica, observando os problemas de saúde mais prevalentes, seguimento de tratamento, estilo de vida dos moradores, moradia e nível de escolaridade.

A segunda etapa do processo metodológico, revisão bibliográfica, foi realizada através de uma revisão teórica da literatura, em bases de dados eletrônicos no portal de periódicos, disponibilizado pelo Ministério da Saúde (MS), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e no *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO). A pesquisa foi realizada no período de abril a outubro de 2014, refinando a busca através de palavras-chave como hipertensão, adesão, tratamento, atenção básica. Foram selecionados doze estudos atualizados, preferindo artigos de cunho científico, publicados nos últimos dez anos.

A terceira e última etapa do processo metodológico, elaboração do plano de intervenção, foi realizado a partir do conhecimento e explicação da realidade local, considerando a inserção de cada ator. Tal consideração possibilita a incorporação de diferentes pontos de vista de vários setores sociais, bem como da própria população. Ainda, permite que os diversos atores sociais explicitem suas demandas, propostas e estratégias de solução, numa perspectiva de negociação dos diversos interesses em questão. Através dessa participação é possível enriquecer o processo de planejamento; criar corresponsabilidades dos atores com a efetivação do plano de ação, possibilitando mais legitimidade e, mesmo, viabilidade política do plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS; 2010).

Outro aspecto a ser considerado é o nível de governabilidade do problema, que refere-se à possibilidade da equipe de saúde resolver o problema sozinha ou através de acordos com os órgãos públicos. Quando se diz que é total, espera-se que a equipe possa resolver o problema de forma independente. Se parcial, necessita do apoio de outros órgãos, como por exemplo, a Secretaria Municipal de Saúde, ou depende da colaboração massiva da comunidade. Se não há

possibilidade da realização de nenhuma ação que pelo menos atenuie o problema, então se diz que, não há governabilidade sobre o mesmo.

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

As transições demográfica, nutricional e epidemiológica identificadas no século passado, foram determinantes de um perfil de risco para a saúde: a alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, as quais geram grande impacto na morbimortalidade da população (FERREIRA, C.; FERREIRA, M., 2009).

No Brasil, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) representa um grave problema de saúde pública, devido a sua alta prevalência. Sabe-se que esta morbidade acomete entre 15 e 20% da população adulta, em plena fase produtiva e, mais de 50% dos idosos. Quando associada ao tabagismo, ao diabetes e a dislipidemia, constitui decisivo fator de risco para as doenças cardiovasculares, as quais são responsáveis aproximadamente por 30% das mortes (CARVALHO FILHA; NOGUEIRA; VIANA, 2011).

A hipertensão arterial gera impacto econômico e financeiro no sistema de saúde devido alto número de hospitalizações por complicações cardiovasculares. Segundo Manfroi e Oliveira (2006), a prevenção das alterações provocadas pela doença no organismo, passa pelo controle de forma continuada da HAS, exigindo, portanto, ações nos níveis individuais e coletivo.

Segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), a detecção, o tratamento e o controle são fundamentais para a redução e controle de eventos cardiovasculares. A HAS é uma doença silenciosa, considerada fator de risco para 9,4 milhões de mortes ocorridas no mundo, responsável pelas doenças cardiovasculares, e considerada, também, como o principal fator de risco para as complicações como ataques cardíacos, acidente vascular cerebral (AVC), infarto agudo do miocárdio (IAM), além da doença renal crônica terminal (BRASIL, 2006).

No estudo realizado por Saraiva *et al.*, (2007) os autores relataram que no Brasil a prevalência da HAS era de aproximadamente 10% a 20%, o que resulta em 15 a 30 milhões de indivíduos hipertensos, sendo: 65% entre os idosos, 7% entre crianças e adolescentes, chegando a 25% na raça negra. Outro fator observado é que dos hipertensos que iniciam o tratamento, 50% desistem da medicação anti-hipertensiva no primeiro ano e muitos portadores de hipertensão não fazem tratamento e, as vezes, desconhecem que são hipertensos.

Por ser uma doença assintomática e idiopática, pode haver uma demora no diagnóstico da hipertensão, o que pode levar o indivíduo a não aderir de modo contínuo ao tratamento da HAS (BRASIL, 2006).

A avaliação dos níveis tensionais deve ser uma prática obrigatória e rotineira no atendimento do usuário na atenção primária à saúde. O profissional de saúde deve estar devidamente treinado e capacitado para identificar, por meio da história de vida do indivíduo e dos seus níveis pressóricos, a possibilidade deste tornar-se um hipertenso (SILVA; COLOSIMO; PIERIN, 2010).

Com o intuito de dar assistência aos portadores e, conseqüentemente, melhorar a sua qualidade de vida, foi criado o Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes (HIPERDIA), através da Portaria nº 371/GM, em quatro de março de 2002, estabelecendo metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas doenças, mediante reorganização do trabalho de atenção à saúde (GOMES; SILVA; SANTOS, 2010; ALVES; CALIXTO, 2012).

Esse sistema permite o monitoramento dos pacientes cadastrados e gera informações a cerca dos atendimentos realizados para cada um deles, incluindo a dispensa dos medicamentos do Programa. “Uma meta primordial no direcionamento das ações da equipe de saúde ao hipertenso é garantir a adesão do indivíduo ao tratamento” (GOMES; SILVA; SANTOS, 2010, p 134).

No entanto, mesmo com o monitoramento desses pacientes, as taxas de abandono do tratamento ou recusa das prescrições médicas são elevadas, especialmente, quando se trata da população idosa (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

Carvalho Filha; Nogueira e Viana (2011) acrescenta que, a não adesão ao tratamento medicamentoso apresenta-se como o principal responsável pelas falhas no tratamento, pelo uso irracional de medicamentos e por agravos no processo patológico. O que gera como consequência maiores custos a saúde pública do país devido ao aumento no número de casos de intoxicações e internações hospitalares.

Gomes, Silva e Santos (2010, p. 133), revelam que “a falta de adesão ao tratamento de HAS e DM é um grave problema de saúde pública, pois resulta na morte de 400 mil brasileiros hipertensos e 36 mil diabéticos por ano”. E acrescentam que as dificuldades encontradas pelos pacientes em aderir ao tratamento consistem no não entendimento da necessidade de fazer o uso diariamente de diversos medicamentos, e sofrer com efeitos colaterais para controlar um problema que ainda não manifestou seus sintomas.

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1. Primeiro passo: Definição dos problemas

A definição dos problemas de saúde foi realizada por meio da estimativa rápida através de entrevistadas de pessoas consideradas lideranças e/ou informantes chave, registros existentes e observação ativa da área.

Referente à entrevista, foi questionado aos líderes da comunidade, quais eram os problemas de saúde e da comunidade, sob sua própria perspectiva. Os resultados foram, a saber:

Informante chave nº 1: M.S

M.S é residente de Canápolis há 40 anos e trabalha nos serviços sociais da Paróquia da cidade.

Os principais problemas apontados por ela foram:

- dificuldade na marcação de consultas por encaminhamentos via TFDs;
- falta de medicamentos na Farmácia de Minas;
- aumento da violência no ambiente familiar e/ou escolar;

Informante-chave nº2: J.V

J.V é técnica em enfermagem, trabalha no UBSF 2 há 7 anos e é residente no bairro.

Segundo ela, os principais problemas são:

- a não adesão ou adesão inadequada ao tratamento por parte dos pacientes portadores de doenças crônicas como hipertensão e diabetes;
- baixa adesão a puericultura;
- ausência de contrarreferência por parte das especialidades;
- demora na marcação de exames de imagem.

Referente aos registros existentes no SIAB (2014) e no DATASUS (2014) obteve-se a distribuição da população por faixa etária e suas características epidemiológicas.

As tabelas 1 e 2 demonstram que a maioria da população adscrita é de adultos e idosos e desses, aproximadamente um terço, são portadores de doenças crônicas como Hipertensão e Diabetes.

Tabela 1: Distribuição da População por faixa etária – SIAB Abril 2014

Faixa Etária	População Total	Masculino	Feminino
< 1 ano	19	11	8
1 a 4 anos	106	50	56
5 a 9 anos	125	65	60
10 a 14 anos	139	81	58
15 a 19 anos	191	101	90
20 a 59 anos	1410	690	720
60 anos >	454	216	238
TOTAL	2444	1214	1230

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2014

Tabela 2: Características epidemiológicas da população adscrita à Unidade de Saúde - Último ano

Item	Cadastro
Criança nascidas com baixo peso	02
Criança nascidas com prematuridade	01
Crianças < 5 anos com desnutrição moderada ou grave	-
Criança < 5 anos com doença respiratória moderada ou grave	03
Adolescentes grávidas	02
Adulto e idosos com Hipertensão	523
Adulto e idosos com transtornos mentais	25
Gestantes Identificadas	21
Gestantes de risco habitual	15
Gestantes de alto risco identificadas	01
Adultos com Diabetes	127
Numero de idosos / percentual sobre a população total	446

Fonte: SIAB, 2013

A última etapa para definição dos problemas foi a observação ativa da área. Na vivência na comunidade do UBSF 2, percebeu-se durante as consultas e visitas

domiciliares que a grande maioria dos pacientes portadores de doenças crônicas fazem uso de vários medicamentos de forma inadequada, relacionados à falta de informação, não compreensão da eficácia a longo prazo das medicações, falta de apoio familiar ou dificuldade em alterar os próprios hábitos de vida. Estes acometem, principalmente, os pacientes idosos, que comparecem às consultas sem acompanhantes.

6.2. Segundo passo: Priorização dos problemas

No segundo passo, após análise das informações colhidas, a priorização dos problemas foi realizada levando em consideração os seguintes critérios: importância, urgência e capacidade de enfrentamento pela equipe de saúde. Difícilmente, todos poderão ser resolvidos ao mesmo tempo, principalmente pela falta de recursos (financeiros, humanos, materiais, etc). Na tentativa de resolução, estabeleceu-se um quadro de priorização dos problemas identificados (Quadro 1).

Quadro 1: Priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional segundo importância, urgência e capacidade de enfrentamento, na área de abrangência da equipe do UBSF 2.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento
Demora de encaminhamentos e Exames	Intermediária	7	Ausente
Falta de medicamentos	Intermediária	6	Ausente
Violência	Alta	8	Parcial
Baixa adesão ao tratamento	Alta	9	Parcial
Ausência de puericultura	Intermediária	8	Parcial
Abandono de tratamento	Alta	9	Parcial
Uso inadequado das medicações	Alta	9	Parcial

Fonte: Elaborado pela Equipe de Saúde UBSF 2, 2014.

Após análise dos problemas levantados, foi possível perceber que a maior demanda da comunidade se dá em relação ao tratamento das doenças crônicas, seja pela falta de adesão, uso inadequado ou abandono do mesmo, motivo pelo qual o problema foi escolhido como o de maior prioridade. No entanto, há muito pouco

que a equipe em si possa fazer para mudar a realidade levantada em relação a falta de medicamentos e a dificuldade na marcação de exames e encaminhamentos, já que há grande dependência do poder público para a solução do problema.

Dessa forma, foram escolhidos os problemas relacionados ao tratamento de hipertensão como os de maior importância e que apresentaram certa governabilidade para atuação da equipe de saúde, além disso, devido a importância de suas consequências para a comunidade.

6.3. Terceiro passo: Descrição do problema

No momento explicativo, terceiro passo, ocorreu a descrição do problema selecionado. Foram utilizados dados do SIAB e registros da equipe. O quadro 2 apresenta os descritores do problema selecionado, assim como valores relacionados e sua fontes.

Quadro 2: Descritores do problema selecionado

Descritores	Valores	Fontes
Hipertensos esperados	602	Plano diretor da atenção primária a saúde
Hipertensos cadastrados	523	SIAB
Hipertensos com boa adesão ao tratamento	311	Registros da equipe (prontuários)
Internações por causas cardiovasculares	49	Vigilância epidemiológica
Óbitos por causas cardiovasculares	13	Vigilância epidemiológica

Fonte: Elaborado pelo autor, 2014.

6.4. Quarto passo: Explicação do problema

O quarto passo tem como objetivo entender a gênese do problema que se pretende enfrentar, a partir da identificação das suas causas.

Causas relacionadas aos pacientes:

- Analfabetismo/baixo nível de escolaridade dos pacientes – não faz uso da medicação corretamente, não entendimento da prescrição;
- Hábitos e estilo de vida – não aceitação do diagnóstico, negação da dependência de medicação, tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada;
- Baixo nível de informação e conhecimento sobre a doença, principalmente por assintomática;
- Dependência de familiares – ir a consultas, buscar remédios e tomar as medicações;
- Dificuldade de acesso ao serviço de saúde – moradias distantes da unidade.

Causas relacionadas à equipe de saúde e o processo de trabalho:

- Ausência de grupos operativos;
- HIPERDIA ineficiente;
- Renovação de receitas sem consulta médica;
- Deficiência na atenção à saúde da população devido à demanda excessiva;
- Falta de capacitação da equipe para repassar informações aos pacientes;
- Não cumprimento dos protocolos de hipertensão e diabetes.

Causas relacionadas com a gestão de saúde:

- Falta de incentivo para atividades de promoção e prevenção de agravos;
- Demora na realização dos exames laboratoriais;
- Falta de contratação de profissionais adequados ao trabalho;
- Oferta insuficiente de consultas com especialistas para atendimento;
- Oferta insuficiente de medicamentos do programa na rede pública.

Consequências:

- Aumento do número de pacientes sem controle adequado de suas morbidades;
- Aumento das complicações clínicas, internações e invalidez;
- Falta de acompanhamento adequado dos pacientes;
- Registros não correspondentes a realidade local;
- Aumento do número de atendimentos em serviços de pronto atendimento;
- Receitas mantidas por longos períodos, sem adequação;
- Dificuldade de organização de agenda de consultas;

- Perda da integralidade do serviço, principalmente, pela ausência das contrarreferências;
- Aumento da mortalidade por causas cardiovasculares;
- Aumento dos gastos em saúde e de procedimentos de alta complexidade.

6.5. Quinto passo: Identificação dos nós críticos

No quinto passo deve-se identificar entre as várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema e que devem ser enfrentadas. Os nós críticos observados no problema selecionado foram:

- Baixo nível de informação dos pacientes a respeito da hipertensão, importância da adesão ao tratamento e acompanhamento periódico;
- A não realização de um HIPERDIA eficiente, com seguimento de protocolos clínicos e organização dos serviços no UBSF;
- Falta de grupos operativos para melhorar a interação do UBSF com a comunidade;
- Dependência de cuidadores, principalmente idosos e portadores de deficiências físicas, para acompanhamento em consultas, uso correto da medicação e até solicitação de novas receitas.

6.6. Sexto passo: Desenho das operações

Em relação a questão da não adesão ao tratamento de pacientes portadores de hipertensão, deu-se início ao desenvolvimento de um plano de ação. Após identificação das causas consideradas importantes, refletiu-se sobre soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, assim como os resultados esperados e os recursos necessários, evidenciados no quadro 3.

Quadro 3: Desenho das operações para os “nós críticos” do problema

Nó Crítico	Operação/Projeto	Resultados Esperados	Produtos esperados	Recursos Necessários
Nível de informação	Viver Bem	Orientar a população quanto à importância do	Conscientizar os pacientes com doenças crônicas da	Organizacional: Promover grupos

		uso correto das medicações.	necessidade do tratamento adequado. Alertar os pacientes sobre as complicações de suas doenças.	educativos na sala de espera do UBSF. Incentivar a busca pelo tratamento. Cognitivo: fornecer as informações necessárias no nível de compreensão da população referida.
Estrutura e ações dos serviços de saúde	Reconstruir	Estruturar o espaço físico da UBSF para melhor atendimento e acompanhamento das famílias.	Melhorar condições de trabalho na UBSF.	Político e financeiro: Exigir adequação das condições de trabalho.
Interação da UBSF com a comunidade	Conexão Saúde	Organizar o serviço para receber esses pacientes de risco e seus familiares de com maior frequência pela equipe.	Agendar visitas frequentes aos pacientes mais carentes de acompanhamento. Orientar os familiares quanto à administração dos	Organizacional: Facilitar o acesso ao serviço de saúde. Promover visitas domiciliares. Cognitivo: Conscientização dos

			medicamentos aos doentes.	familiares sobre sinais de complicação das doenças.
Nível de escolaridade	Se Liga na Receita	Administração dos medicamentos diariamente e nos horários corretos.	Controle adequado das doenças, com consequente diminuição das complicações decorrentes das mesmas.	Organizacional: Construir métodos didáticos para facilitar o entendimento das receitas médicas.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2014.

6.7. Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos

Foram identificados os recursos críticos de cada operação e apresentados no quadro 4.

Quadro 4: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações

Operação/Projeto	Recursos Críticos
Viver Bem	Financeiro: Fabricação de material informativo e de divulgação, como cartazes e folders.
Reconstruir	Político: Promover melhorias na estrutura física da atual UBSF.
Conexão Saúde	Organizacional: aumentar o número de vagas de atendimento médico e psicológico.
Se Liga na Receita	Financeiro: Fabricação de material para separação de medicações.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2014.

6.8. Oitavo passo: Análise de Viabilidade do Plano

Nesta etapa foi preciso identificar os atores que controlam os recursos críticos necessários para implementação de cada operação e os prováveis posicionamentos em relação aos objetivos pretendidos, para que, assim, definisse ações para motivá-los.

O quadro 5 apresenta as operações associadas aos atores responsáveis pelos recursos críticos, suas motivações e as ações desenvolvidas para motivá-los a apoiar o desenvolvimento da operação correspondente.

Quadro 5: Propostas de ações para motivação dos atores

Operação/Projeto	Ator que controla	Motivação	Ações estratégicas
Viver Bem	UBSF	Favorável	Solicitar auxílio financeiro (município?) Preparar palestras e grupos operativos.
Reconstruir	Poder público	Desconhecida	Apresentar e exigir aprovação dos projetos nos orçamentos.
Conexão Saúde	UBSF	Favorável	Organizar o agendamento de consultas e priorizar os casos mais complexos.
Se Liga na Receita	UBSF	Favorável	Solicitar auxílio financeiro. Criação de métodos didáticos para entendimento de receitas.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2014.

Na análise de viabilidade, evidenciou-se que existem ações que dependem do poder público. Há que se conscientizar a população da necessidade de exigir os recursos necessários para a execução dos planos, o que, conseqüentemente contribuirá para o sucesso do mesmo. A comunidade deve ser provocada a fazê-lo. Portanto, as ações que dependem da UBSF são as que podem ser realizadas no momento.

6.9 Nono passo: Elaborar o Plano Operativo

A importância desse passo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, estabelecendo prazos para o cumprimento das ações necessárias.

No quadro 6 é evidenciado quem serão os responsáveis em colocar em prática cada plano e o tempo definido para que iniciem o desenvolvimento das operações.

Quadro 6: Plano operativo da equipe da UBSF 2

Operação/Plano	Responsável	Prazo
Viver Bem	Funcionários da UBSF 2	40 dias para organização da primeira palestra. Organizar para que este trabalho seja contínuo (uma vez por mês).
Reconstruir	Poder público + comunidade	2 meses para o incentivo da população à elaboração de projetos e solicitação de recursos.
Conexão Saúde	Funcionários da UBSF 2	1 mês para a primeira reunião com a equipe. 2 meses para a identificação das famílias mais carentes de acompanhamento. 3 meses para orientação dos familiares quanto aos sinais de complicação das doenças.
Se Liga na Receita	Funcionários da UBSF 2	40 dias para a arrecadação de recursos financeiros. 2 meses para a elaboração de recursos didáticos e implementação do projeto.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2014.

O planejamento das ações em tempo maior dependerá dos resultados das primeiras reuniões e da aceitação do que foi proposto, principalmente pelo público alvo.

6.10. Décimo passo: Gestão do plano

Esta última etapa tem como objetivo desenhar um modelo de gestão do plano de ação, discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos. Permite, ainda, avaliar a execução das operações e indicar as correções de rumo necessárias.

Após implementado o Plano de Ação, serão realizadas avaliações semestrais em busca de reavaliar a adesão dos pacientes ao tratamento da Hipertensão pela equipe da UBSF 2. Deverão ser utilizados indicadores da porcentagem de pacientes com boa adesão à terapia medicamentosa do Programa Hiperdia naquele período de avaliação. O objetivo é manter níveis de adesão sempre maiores que os encontrados no período anterior.

Como já descrito, o Plano de gestão permitirá acompanhar a execução dos projetos idealizados e reavaliar as condutas, de modo também que seja possível identificar e corrigir possíveis erros, com intuito de contribuir com a melhoria da qualidade de vida e saúde da população.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Hipertensão Arterial é uma doença que acomete uma boa parte da população e que quando não controlada gera várias complicações cardiovasculares, aumentando número de internações, número de consultas e de exames, sobrecarregando as unidades básicas de saúde. Com isso, viu-se necessário buscar alternativas para solucionar esse problema que é tão prevalente na comunidade.

Ao elaborar o plano de ação para melhoria da adesão dos pacientes portadores de hipertensão arterial, a equipe percebeu a importância de um diagnóstico situacional e o conhecimento dos problemas da área de abrangência, identificando os passíveis de resolução e, qual a prioridade de cada problema no cotidiano. A utilização do PES para elaboração da proposta de intervenção serviu para sistematizar as ações da equipe, tornando-as resolutivas.

Através das ações propostas como: promover grupos operativos que possam conscientizar os pacientes sobre sua doença e complicações, incentivando a busca pelo tratamento; aumentar o número de visitas àqueles que são considerados de risco e auxiliar na administração das medicações, com métodos didáticos e ajuda dos familiares, espera-se que as mesmas tenham continuidade e que sejam capazes de influenciar no comportamento dos pacientes, melhorar os indicadores de adesão farmacológica e não farmacológica, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida e de saúde dessa população.

REFERÊNCIAS

ALVES B. A; CALIXTO, A. A.T. F. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. *J. Healt. Sci. Inst.*, Campinas, v. 30, n. 3, p. 255-260, jul./set., 2012. Disponível em: <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/03_jul-set/V30_n3_2012_p255a260.pdf>; acesso em 10/07/2014.

BARBOSA, R. G. B.; LIMA, N. K. C. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. **Revista Brasileira de Hipertensão** vol.13(1): 35-38, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde**, 2006. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 15). (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. – 2ª ed. – Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. 114p. Disponível em: http://xa.yimg.com/kq/groups/20794875/906456230/name/Planejamento%20e%20Avaliacao%20das%20Acoes%20em%20Saude_NESCON.pdf. Acesso em 12/07/2014.

CARVALHO FILHA, F. S. S. C.; NOGUEIRA, L. T.; VIANA, L. M. M. Hiperdia: adesão e percepção de usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste** - v. 12, n. esp., p. 930-936. 2011. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_esp_html_site/a06v12espn4.html>. Acesso em: 21 set. 2014.

FERREIRA, C. L. R. A.; FERREIRA, M. G. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde: análise a partir do sistema HiperDia. **Arquivos Brasileiros Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, vol. 53, n 1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302009000100012&lng=en&nrm=isso>. Acesso em: 21 set. 2014.

GOMES T. J. O; SILVA M. V. R; SANTOS A. A. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Brasileira Hipertensão** vol.17(3): 132 - 139, 2010.

GOMES, T. J. O; SILVA, M. V. R.; SANTOS, A. A. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Brasileira Hipertensão**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 132-139, jan., 2010. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-3/03-controle.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=311180&search=minas-gerais|canapolis> Acesso em 16/05/2014.

MANFROI, A.; OLIVEIRA, F. A. Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. v.2, n.7, p.165-176, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de informática do SUS - DATASUS: **banco de dados**. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABCMG.def>. Acesso em 12 jul.2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB**, 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CANÁPOLIS. Sistema de Informação da Atenção Básica. Relatório situação de saúde. Consolidado, 2013.

SARAIVA; K. R. O. *et al.* O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.1, p.63-70, 2007. Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71416108> Acesso em 20 jul.2014.

SILVA, S. S. B. E.; COLOSIMO, F. C.; PIERIN, A. M. G. O efeito de intervenções educativas no conhecimento da equipe de enfermagem sobre hipertensão arterial. **Revista Escola Enfermagem USP**, v 44, n 2, p 488 – 496, 2010.

SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 16, p. 91-104, set, 2004/fev. 2005. Disponível em: <http://issuu.com/revista.interface/docs/v.9-n.16-set.2004-fev.2005>. Acesso em: 20 de set. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** 95 (1 supl. 1), p 1-51, 2010.

STRELEC, M. A. A. M.; PIERIN, A. M. G.; MION JR. D. A influência do Conhecimento sobre a doença e a atitude frente a tomada de remédios no controle da hipertensão arterial. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. n. 81, p.343-348, 2003. Disponível em <http://publicacoes.cardiol.br/abc/2003/8104/8104002.pdf>; Acesso em 05 jul.2014.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010. Disponível em: http://www.anad.org.br/profissionais/images/VI_Diretrizes_Bras_Hipertens_RDHA_6_485.pdf