

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

CRISTINA LUIZA FERREIRA CUNHA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO AO
TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE PACIENTES HIPERTENSOS
NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF BELA VISTA, EM IPABA – MG**

Ipatinga / MG

2015

CRISTINA LUIZA FERREIRA CUNHA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO AO
TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE PACIENTES HIPERTENSOS
NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF BELA VISTA, EM IPABA – MG**

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

Orientadora: Profa. Maria Isabel Gondim Borges Moreira

Ipatinga / MG

2015

CRISTINA LUIZA FERREIRA CUNHA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO AO
TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE PACIENTES HIPERTENSOS
NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF BELA VISTA, EM IPABA – MG**

Banca examinadora

Examinador 1: Profa. Maria Isabel Gondim Borges Moreira – Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM

Examinador 2: Zilda Cristina dos Santos – Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM

Aprovado em Uberaba, em _____ de _____ de 2015.

AGRADECIMENTOS

Agradeço às minhas tutoras Karoline de Castro Morais e Aline Vasconcellos Martins Vaz e à minha orientadora Maria Isabel Gondim Borges Moreira pela dedicação e por todos os ensinamentos durante esta especialização. Agradeço a toda equipe da ESF Bela Vista pelo auxílio e presteza em fornecer as informações necessárias para a elaboração deste trabalho. À equipe da UBS de Ipaba, a minha gratidão pelo carinho e pelos meses de muito trabalho e aprendizado.

RESUMO

Ipaba é um município da região leste de Minas Gerais, que apresenta uma população de 16.708 habitantes. A ESF Bela Vista possui 349 pacientes hipertensos cadastrados no HIPERDIA, com idades entre 30 a 80 anos, e a maioria destes são analfabetos ou analfabetos funcionais. A prevalência de hipertensos em Ipaba está acima da média, em relação a outros municípios do país e há uma correspondência entre as dificuldades encontradas na UBS Central e no PSF Bela Vista, entre elas a baixa adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes hipertensos, devida à baixa escolaridade. Este estudo teve por objetivo elaborar um Projeto de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso dos pacientes hipertensos na área de abrangência da ESF Bela Vista, em Ipaba – MG. Para diagnóstico situacional e elaboração da proposta de intervenção, foram utilizadas a metodologia da Estimativa Rápida e do Planejamento Estratégico Situacional, além de levantamento bibliográfico sobre o tema. Para enfrentamento do problema priorizado foi definida a operação "Entendendo meu tratamento". Se for obtido êxito com essa intervenção, pode-se estender o plano de ação para outras ESF's, visando o controle global do tratamento da população, não somente em pacientes hipertensos, mas também em outras doenças encontradas na população do município.

Palavras chave: Hipertensão; Estratégia Saúde da Família; Adesão à Medicação

ABSTRACT

Ipaba is a municipality in the eastern region of Minas Gerais, which has a population of 16,708 inhabitants. The ESF Bela Vista has 349 hypertensive patients registered in HIPERDIA, aged 30 to 80 years and most of these are illiterate or functionally illiterate. The prevalence of hypertension in Ipaba is above average compared to other municipalities in the country and there is a correspondence between the difficulties encountered in Central UBS and PSF Bela Vista, including low adherence to drug therapy in hypertensive patients, due to low education. This study aimed to develop an intervention Project to improve adherence to drug treatment of hypertensive patients in the area covered by the ESF Bela Vista in Ipaba - MG. For situational diagnosis and intervention design proposal, we used the methodology of Flash Estimate and the Situational Strategic Planning, and literature on the subject. To cope with the prioritized problem was defined operation "Understanding my treatment.". If success is achieved with this intervention, may extend the action plan to other ESF 's, seeking the global population control treatment, not only in hypertensive patients, but also in other diseases found in the city population.

Keywords: Hypertension; Family Health Strategy; Medication Adherence

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 JUSTIFICATIVA	11
3 OBJETIVO	12
3.1 Objetivo geral	12
3.2 Objetivos Específicos	12
4METODOLOGIA	13
5REVISÃO DE LITERATURA	15
6PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	19
6.1 PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS	19
6.2SELEÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS	19
6.3 DESENHO DAS OPERAÇÕES	19
7CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23

1 INTRODUÇÃO

O município de Ipaba é localizado no leste de Minas Gerais e faz parte do colar metropolitano da região do Vale do Aço, distando 248 Km da capital do estado. Tem como prefeito o Sr. Edimarques Gonçalves Teixeira, como secretário municipal de saúde a Sra. Graciely Aparecida da Silva Pimentel e como coordenadora da atenção básica a Sra. Nubia Leles da Silva (FERREIRA, 2014). A partir de janeiro de 2015, a Sra. Graciely foi substituída pelo atual secretário de saúde Pedro Ferreira de Paula.

As cidades limítrofes de Ipaba são: Santana do Paraíso, Belo Oriente, Caratinga e Bugre. Ipaba foi elevada à categoria de distrito em 8 de outubro de 1982 e à categoria de município em 27 de abril de 1992. É composto por um distrito (Vale Verde) e cinco povoados (Água Limpa dos Vieiras, Água Limpa dos Antunes, Água Limpa dos Gonçalves, Boachá e Beija-Flor) (FERREIRA, 2014).

O nome Ipaba vem de origem indígena (Tupi-Guarani) que quer dizer: IPA (água), BA (muito), ou seja, “muita água”. Isto devido à abundância de água, como o Rio Doce, lagos e córregos (IBGE, 2014).

A população do município tem concentração habitacional de 15.028 habitantes na zona urbana e 1.680 na zona rural, segundo a estimativa do IBGE para o ano de 2010, e ocupa uma área de 113,128 km², com densidade populacional de 147,69 habitantes/km² (IBGE, 2014).

As principais atividades econômicas do município são provenientes da agricultura (arroz, feijão, amendoim, mandioca) e da pecuária (asininos, bovinos, suínos). A cidade ainda conta com duas empresas de extração de madeira (CENIBRA e CAF), que se tornam fonte de emprego e trazem benefícios para o município (IBGE, 2010).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Ipaba para o ano de 2010 foi de 0,665 (Atlas Brasil, 2013).

No ano de 2010, o município contava com uma estrutura de saneamento básico em domicílio de 95,27% da população com água encanada, 98,43% com energia elétrica e 98,68% com coleta de lixo e instalação sanitária (FERREIRA, 2014).

Em relação à educação, Ipaba conta com 8 escolas que atendem ao ensino fundamental (4 públicas municipais e 4 públicas estaduais), 2 escolas que atuam no ensino médio (2 públicas estaduais) e 5 escolas que assistem o ensino pré-escolar (4 públicas municipais e 1 particular).

Em Minas Gerais, no ano de 2010, 51,43% da população de 18 anos ou mais de idade tinha completado o ensino fundamental e 35,04% o ensino médio. Já no município de Ipaba, esses valores foram de 40,92% e 25,23% respectivamente, durante o mesmo período. Esse indicador mostra uma baixa adesão aos estudos no município, em função do peso das gerações mais antigas e de menor escolaridade também. Apesar disso, a taxa de analfabetismo da população de 18 anos ou mais diminuiu 18,91% nas últimas duas décadas.

No que diz respeito ao sistema de saúde, verifica-se que a maior parte da população do município é dependente do SUS (FERREIRA, 2014). O total destinado à área da saúde, no ano de 2013, foi de R\$ 1.568.474,61.

Para prestar o atendimento, o município conta com quatro Unidades de Saúde da Família (USF) na Sede e uma na área rural do Vale Verde, todas tendo a Unidade Básica de Saúde (UBS) como ponto de apoio. Existe também a equipe do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), que auxilia no atendimento primário das ESF's. Aquela é integrada por nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos, fisioterapeutas e educadores físicos. O município ainda possui um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, na área urbana (FERREIRA, 2014).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) do município localiza-se no centro da cidade, na Avenida Manoel Machado Franco, número 602, no segundo andar. Ela possui três consultórios médicos, uma sala de triagem, uma para enfermagem, duas para realização de curativos e procedimentos, uma copa, um sanitário disponível para os usuários e outro para os funcionários, e uma sala para a coordenação.

A sua equipe é formada por sete técnicas de enfermagem, duas enfermeiras, uma coordenadora de limpeza, duas auxiliares de limpeza, quatro recepcionistas, duas profissionais para atuar na sala de esterilização, uma técnica de enfermagem responsável pela realização do ECG, dois vigias, uma diretora de atenção básica e

uma chefe de divisão administrativa. O local possui ainda uma farmácia que atende todo o município.

A unidade funciona durante 24 horas, diariamente, e presta atendimento médico no período de 7h00 as 1h00 do dia seguinte, durante cinco dias na semana. Este profissional é responsável pelo atendimento da demanda livre da população, ou seja, não tem população adscrita. Também assiste pacientes de áreas rurais que não possuem equipe de SF ou que não conseguiram atendimento nas suas respectivas unidades de saúde.

Devido ao caráter de atenção básica, as emergências são encaminhadas à UPA (Unidade de Pronto Atendimento) do município de Ipatinga, ao Hospital "Eliane Martins" de Ipatinga ou ao Hospital Márcio Cunha, também localizado em Ipatinga.

O município ainda conta com quatro ambulâncias para transporte de pacientes que precisam de atendimento fora da cidade e um microônibus para o Tratamento Fora do Domicílio (TFD). A referência para a média e alta complexidade são os municípios de Ipatinga, Governador Valadares e Belo Horizonte, todos localizados em Minas Gerais. São oferecidos atendimentos nas áreas de angiologia, cardiologia, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, hematologia, neurologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pneumologia, ultra-sonografia, reumatologia, urologia e infectologia (FERREIRA, 2014).

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, o orçamento destinado à saúde encontra-se no CNPJ (Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica) desta secretaria (CNPJ 66229543/0001-93). A mesma destaca que os valores repassados fundo a fundo para o município de Ipaba, por setor, no ano de 2013 foram: R\$ 1.476.154,12 para a Atenção Básica, R\$ 118.041,83 da Vigilância à saúde, R\$ 186.600,00 para a Assistência Farmacêutica, R\$ 112.000,00 para Investimentos, totalizando R\$ 1.892.795,95, sendo que os itens de média e alta complexidade, Gestão do SUS não receberam recursos (PREFEITURA MUNICIPAL DE IPABA, 2013).

Não existe hospital no município. Ipaba possui uma clínica privada (Ser Clínica) e dois laboratórios (Maфра e Acil) onde são realizados os exames por meio de convênios com a Prefeitura. A cidade possui duas farmácias que participam do

programa da Farmácia Popular, inauguradas há dois anos e são localizadas no centro.

Dentre as unidades de saúde existentes no município, a USF Bela Vista encontra-se na Avenida Manoel Machado Franco, número 602, Centro, no primeiro andar. Ela foi implantada em 2007, tendo funcionado um ano em sede alugada e a partir daí em sede própria, no prédio da UBS Central, de segunda a sexta feira, de 7h00 às 12h00 e de 13h00 às 16h00.

Possui uma equipe de 16 pessoas, sendo 50% efetivos e 50% contratados. Para realizar reuniões, a equipe conta com uma sala na secretaria de saúde. A unidade possui uma recepção com quantidade suficiente de cadeiras para a demanda espontânea e programada, uma sala para consulta médica, uma para consulta de enfermagem e pré-consulta, almoxarifado (localizado na UBS, no 2º andar), farmácia, sala de repouso (localizada na UBS, no 2º andar) com quatro macas, sala dos agentes de saúde, sala de expurgo e de esterilização (localizada na UBS, no 2º andar). Além da estrutura física, a unidade também se encontra equipada e com os recursos necessários para o funcionamento da equipe. Nela, não são realizados atendimentos de urgência e primeiros socorros.

A região correspondente à área de abrangência da Equipe de Saúde da Família da USF Bela Vista tem relevo de planícies e planaltos, e apresenta todas as ruas pavimentadas.

A Equipe de saúde Bela Vista é constituída por um profissional médico (sendo médica do PMMB), uma enfermeira, uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal, uma auxiliar de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde, uma recepcionista, um auxiliar administrativo e uma coordenadora. A equipe atua por 40 horas semanais.

Durante os sete anos de existência desta ESF, verificam-se alguns pontos deficientes em relação à abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na população. Dentre os problemas identificados no diagnóstico situacional, a equipe destacou a dificuldade para a adesão medicamentosa dos pacientes hipertensos e diabéticos além do elevado número de gestantes adolescentes.

Ao realizar a priorização dos problemas, a equipe de saúde levou em consideração a importância dessas questões. Desse modo, o problema priorizado para a realização do projeto de intervenção foi a dificuldade de adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes hipertensos, justificada pela baixa escolaridade. Como consequências dessa lacuna, ocorrem muitos picos hipertensivos e há um aumento da morbimortalidade relacionadas a esta doença crônica.

A ESF Bela Vista possui 349 pacientes hipertensos cadastrados no HIPERDIA, com idades entre 30 a 80 anos, e a maioria destes são analfabetos ou analfabetos funcionais.

Após a minha atuação na UBS Central pelo PROVAB durante os últimos dez meses, foi possível perceber que é grande a demanda de pacientes hipertensos que estão descompensados, muitas vezes, devido à má interpretação da posologia ou mesmo devido à incapacidade de ler as receitas ou as embalagens das medicações.

A UBS Central e a ESF Bela Vista estão localizadas na mesma estrutura física, portanto, a interação entre as equipes é facilitada. Sendo assim, ao analisar os problemas levantados com a equipe da ESF, foi ressaltada a mesma dificuldade de adesão ao tratamento medicamentoso entre os pacientes hipertensos em sua área de abrangência, principalmente devida à baixa escolaridade da população do município. Desta forma, o projeto se baseará em criar uma proposta de intervenção visando aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso dos pacientes hipertensos do PSF Bela Vista.

2 JUSTIFICATIVA

A relevância deste estudo se justifica devido a elevada prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) no município de Ipaba no ano de 2013, baseando-se no cadastramento no SIAB, em comparação à prevalência nacional. Segundo o DATASUS, em 2013, a porcentagem de hipertensos em Ipaba era de 1.601 casos (10,4%), enquanto o número nacional foi de 9,5%. Nesse sentido, merece uma abordagem diferenciada, pois a prevalência está acima da média, em relação a outros municípios do país, em 2013. Além desse motivo, há uma correspondência entre as dificuldades encontradas na UBS Central e no PSF Bela Vista, entre elas a baixa adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes hipertensos devida a baixa escolaridade.

Por essas considerações, justifica-se a realização deste estudo para propor ações que possam ser implantadas, inicialmente na ESF Bela Vista, a fim de melhorar o processo de trabalho das equipes de saúde da família quanto à adesão ao tratamento medicamentoso dos hipertensos e evitar o aumento da demanda na UBS por esse problema, assim como manter níveis pressóricos adequados e diminuir os agravos da doença.

3 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Elaborar um projeto de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso dos pacientes hipertensos na área de abrangência da ESF Bela Vista, em Ipaba – MG.

4.2 Objetivos Específicos

Realizar uma revisão de literatura procurando novas maneiras de abordagem para aumentar a adesão medicamentosa de pacientes com baixa escolaridade;

Estabelecer mecanismos que aumentem a adesão ao tratamento medicamentoso dos pacientes hipertensos.

4 METODOLOGIA

Para realizar este projeto de intervenção, foi realizada uma busca sistematizada na literatura, utilizando sites de busca, como: ScientificElectronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados de Enfermagem (BDENF), edições do Ministério da Saúde e outros. A busca foi guiada utilizando-se os seguintes descritores: Hipertensão, *Hypertension*, *Hipertensión*; Estratégia Saúde da Família, *Family Health Strategy* e *Estrategia de Salud Familiar*; Adesão à Medicação, *Medication Adherence* e *Cumplimiento de la Medicación*. O trabalho foi constituído através da seleção e análise de publicações relativas ao tema. O período de busca foi de publicações entre 2000 e 2014, exceto legislações e outras publicações básicas anteriores.

Por fim, as informações contidas nos textos científicos e os dados do diagnóstico situacional serviram de base para o desenvolvimento do plano de ação.

Os dados coletados durante a realização do diagnóstico situacional foram utilizados na construção do plano de ação do Projeto de Intervenção, tendo como referência os dez passos propostos no Módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família (CAMPOS et al, 2010) e que nortearam todo o processo, sendo eles:

- a) Primeiro passo: definição dos problemas (o que causou os problemas e as suas consequências);
- b) Segundo passo: priorização dos problemas (avaliar a importância do problema, sua urgência, a capacidade de enfrentamento da equipe, ordenar os problemas por prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios);
- c) Terceiro passo: descrição do problema selecionado (caracterização quanto à dimensão do problema e sua quantificação);
- d) Quarto passo: explicação do problema (causas do problema e qual a relação entre elas);

- e) Quinto passo: seleção dos “nós críticos” (causas mais importantes a serem enfrentadas);
- f) Sexto passo: desenho das operações (descrever as operações, identificar os produtos e resultados, recursos necessários para a concretização das operações);
- g) Sétimo passo: identificação dos “recursos críticos” (identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação);
- h) Oitavo passo: análise de viabilidade do plano (construção de meios de transformação das motivações dos atores através de estratégias que busquem mobilizar, convencer, cooptar ou mesmo pressionar estes, a fim de mudar sua posição);
- i) Nono passo: elaboração do plano operativo (designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações);
- j) Décimo passo: desenhar o modelo de gestão do plano de ação; discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Ela geralmente provoca alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo e associa-se a alterações metabólicas, levando a um aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010).

Atualmente, a HAS é definida como níveis pressóricos de PA sistólica maior ou igual a 140mmHg e/ou de PA diastólica maior ou igual a 90mmHg, aferidos em pelo menos três ocasiões, em condições ideais. A partir do nível pressórico, ela pode ser classificada entre ótima, normal, limítrofe, HAS estágio 1, 2, 3 e Hipertensão Sistólica Isolada (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010).

Tabela 1 - Classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica		
Classificação	PA Sistólica (mmHg)	PA Diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 – 139	85 – 89
HAS estágio 1	140 – 159	90 – 99
HAS estágio 2	160 – 179	100 – 109
HAS estágio 3	> 180	> 110
Hipertensão sistólica isolada	> 140	< 90

Adaptada da VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010

Segundo CARVALHO *et al.* (2011) cerca de 60 a 80% dos casos de HAS podem ser tratados na rede primária de saúde. A partir dos anos 90 foram criados o

Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) e a atenção primária recebeu o reforço para a criação de medidas preventivas e de promoção de saúde. Atualmente, estes programas são considerados estratégicos para o tratamento da HAS, que conta com o Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes Mellitus – HIPERDIA para o seu controle e realização.

No entanto, apesar da criação de programas para a prevenção de doenças, eles não são garantia para a resolução dos problemas. A baixa adesão ao tratamento medicamentoso é a principal responsável pelas falhas no tratamento e por complicações da doença (CARVALHO *et al.*, 2011). A pouca adesão pode ser relacionada à dificuldade de realização de grupos operativos, à cultura dos pacientes, à falta de medicações disponíveis e ao analfabetismo e dificuldade de interpretação da receita médica. Segundo CAVALARI *et al.* (2011), além destes citados, outros fatores contribuem para que a má adesão ocorra, destacando-se entre eles os relativos à doença, como a cronicidade e a ausência de sintomas específicos; ao tratamento como custo, os efeitos indesejáveis e os esquemas terapêuticos complexos; as crenças de saúde; ao sistema de saúde: aspectos institucionais, como a falta de política no atendimento das doenças crônicas; e ao relacionamento com membros da equipe de saúde.

Por ser uma doença crônica, o controle da HAS requer tratamento por toda a vida com medidas farmacológicas e não farmacológicas. Os medicamentos anti-hipertensivos disponíveis para o seu tratamento são eficazes em reduzir a pressão arterial, mas a baixa adesão à terapia medicamentosa é uma das principais razões do pequeno percentual de controle da HAS nos pacientes (REINERS *et al.*, 2012).

A adesão ao tratamento pode ser caracterizada pelo grau de coincidência entre a prescrição médica e o comportamento do paciente. O controle inadequado da pressão arterial (PA) pode estar relacionado à falta de adesão do portador de hipertensão arterial ao tratamento (CAVALARI *et al.*, 2011).

Pacientes com escolaridade inferior a cinco anos de estudo também apresentaram maior risco de abandono do acompanhamento, quando comparados aos com mais de cinco anos de estudo (BUSNELLO; *et al.*, 2001).

Em 1958, a Organização das Nações Unidas para a Educação, e Ciência e a Cultura (UNESCO) definiu como analfabeto aquele indivíduo que não conseguia ler ou escrever algo simples, relacionado à sua vida diária. Na década de 80, a UNESCO sugeriu a adoção dos conceitos de analfabetismo e alfabetismo funcional, segundo o qual é considerada alfabetizada funcionalmente a pessoa capaz de utilizar a leitura, escrita e habilidades matemáticas e utilizá-las para continuar aprendendo e se desenvolvendo ao longo da vida. Na década de 90, foi adotado o critério de que são analfabetas funcionais as pessoas com menos de quatro anos de escolaridade (5º INDICADOR NACIONAL DE ANALFABETISMO FUNCIONAL: UM DIAGNÓSTICO PARA INCLUSÃO SOCIAL PELA EDUCAÇÃO, 2005).

Segundo CASTRO (2011), o analfabetismo pode tornar insuficiente o tratamento dos pacientes. A dificuldade em ler e interpretar de forma adequada a receita médica ou identificar na embalagem qual remédio está usando, pode levar ao mau uso da medicação e conseqüentemente levar ao fracasso do tratamento e à persistência da patologia.

Ainda de acordo com CASTRO (2011), a utilização de estratégia lúdica para aumentar a adesão ao tratamento dos pacientes, naquele cenário, foi considerada satisfatória em termos de queda nos níveis pressóricos dos pacientes e melhora da adesão. Foram designados desenhos para representar o horário que a medicação deveria ser tomada, e utilizados traços verticais para representar a quantidade de medicação que deveria ser usada.

Em Londrina, para solucionar o problema de baixa adesão medicamentosa, estagiários de enfermagem elaboraram uma “caixinha de medicamentos”, feita de papelão e com divisórias conforme os diferentes medicamentos e a frequência que deveriam ser administrados. A caixa foi dividida em período da manhã, tarde e noite, com desenhos que os indicavam os horários que a medicação deveria ser tomada, respectivamente, um sol, um prato com talheres e uma lua. As quantidades foram representadas por desenhos de círculos (1 ou 2 comprimidos). Foi realizada orientação ao paciente e a esposa quanto à posologia (BARBOSA; POLITA; NONINO, 2008).

O profissional da saúde deverá, sempre que possível, fazer orientações escritas e até desenhos explicativos para as drogas prescritas, com controle das

dosagens e horários de tomada no caso de o usuário não ser alfabetizado, e garantir acesso a todos os medicamentos (REINERS *et al.*, 2012). Deve ainda adotar uma visão holística do portador de HA e não apenas no tratamento medicamentoso ou não medicamentoso (CAVALARI *et al.*, 2011).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Priorização do problema

A escolha da baixa adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes hipertensos foi baseada no seu alto grau de importância, visto que ele interfere diretamente na morbimortalidade desta doença crônica.

Os principais critérios para a escolha do tema foram os grandes benefícios que estes trariam para a sociedade com relação à saúde da população local, e a possibilidade de enfrentamento utilizando poucos recursos.

6.2 Seleção do Nó Crítico

Os nós críticos são as causas fundamentais de um problema. Quando as ações recaem sobre um nó crítico, é possível impactar e transformar efetivamente um problema (CAMPOS, 2010).

O nó crítico foi selecionado considerando a capacidade de intervenção da equipe e o quanto ele interfere no tratamento da HAS:

1. Baixa escolaridade dos pacientes adscritos da ESF Bela Vista.

6.3 Desenho das operações

A partir do nó crítico, foram elaboradas operações com os atores envolvidos, e foram identificados os recursos necessários e os resultados esperados (quadro 1).

Quadro 1 – Operações sobre o “nó crítico baixa escolaridade” relacionado ao “problema baixa adesão medicamentosa”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bela Vista, em Ipaba, Minas Gerais

Nó crítico	Baixa adesão ao tratamento medicamentoso devido à baixa escolaridade
Operação/Projeto	“Entendendo o meu tratamento”
Resultados	Aumento da adesão ao tratamento medicamentoso de

esperados	pacientes hipertensos da ESF Bela Vista
Produtos	Sacola ou envelope com orientação sobre a posologia da medicação a ser disponibilizada para as pessoas com hipertensão arterial.
Atores sociais/ responsabilidades	Médicos/ Técnicos de enfermagem/ Enfermeiros/ Farmacêuticos: Responsáveis por separar as medicações em sacolas plásticas ou envelopes de papel, desenhar os símbolos e o número de comprimidos que deverão ser usados e explicar ao paciente como aderir a esta estratégia. Pacientes: Aderir à estratégia e usar corretamente as medicações, relatar dificuldades e dúvidas encontradas
Recursos necessários	Estrutural: Sacolas plásticas ou envelopes de papel / Canetas esferográficas para desenhar / Equipe disponível para atuar no projeto de intervenção Cognitivo: Capacidade de decodificar receituário e organizar envelope/sacola com medicação. Financeiro: Para aquisição de sacolas plásticas ou envelopes de papel e canetas. Político: Apoio por parte da secretaria de saúde e autoridades responsáveis do município.
Recursos críticos	Financeiro
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretário de Saúde e Prefeito de Ipaba Motivação favorável dos atores.
Responsáveis	Médico, enfermeira, técnicos de enfermagem da ESF, farmacêutico e funcionários da farmácia.
Cronograma/Prazo	Início do projeto plano de ação em fevereiro de 2015, atuando durante o primeiro e o segundo semestres de 2015. No final do segundo semestre, avaliar se houve melhora da adesão medicamentosa.
Gestão, acompanhamentos e avaliação	Acompanhar os pacientes durante as consultas os Grupos Operativos, aferir a pressão arterial, perguntar sobre o tratamento e uso das medicações.

	Avaliar se houve aumento da adesão ao tratamento, uso correto das medicações e controle dos níveis pressóricos. Avaliar se as atividades estão se desenvolvendo conforme o cronograma.
--	--

Os profissionais da equipe deverão escrever as orientações em envelopes de plástico ou papel sobre a posologia das medicações usadas por cada paciente. Serão desenhados uma nuvem para especificar que o horário para usar a medicação será pela manhã, um sol para identificar o período da tarde e uma estrela, que irá corresponder ao uso no período noturno. Além de ser estabelecido o horário que cada medicação deverá ser usada, serão colocados traços verticais correspondentes ao número de comprimidos que o paciente deverá usar em cada período. Em cada envelope ou sacola plástica ficará apenas uma medicação e sua identificação, além dos desenhos e traços verticais.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A baixa escolaridade é uma realidade no município de Ipaba e, conseqüentemente, na área de abrangência da ESF Bela Vista. Este fato costuma afetar a adesão ao tratamento medicamentoso. Com este projeto de intervenção espera-se que aumente o entendimento dos pacientes sobre o seu tratamento e uso correto das medicações, que melhore a adesão ao tratamento e diminua a morbimortalidade relacionada à HAS. Se for obtido sucesso nessa intervenção, pode-se estender o plano de ação para outras ESFs, visando o controle global do tratamento da população, não somente em pacientes hipertensos, mas também em outras doenças encontradas na população do município.

REFERÊNCIAS

5º INDICADOR NACIONAL DE ALFABETISMO FUNCIONAL: UM DIAGNÓSTICO PARA INCLUSÃO SOCIAL PELA EDUCAÇÃO. Instituto Paulo Montenegro/Ação Educativa/IBOPE Opinião, 2005. Disponível em www.acaoeducativa.org/downloads/inaf05.pdf. Acesso em: 31/01/15

ATLAS BRASIL, 2013. **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento**. Acessado em 30/07/14.

BARBOSA, T. C. F.; POLITA, N. B.; NONINO, E. A. P. M. Estudo de Caso: Uso de Estratégias de Educação em Saúde Visando Facilitar a Identificação de Medicamentos para um Paciente Idoso, Analfabeto, Hipertenso e Diabético. **UNOPAR Cient., Ciênc. Biol. Saúde**, Londrina, v.10, n.1, p.59-63, abr. 2008. Disponível em <http://www.pgss.com.br/revistacientifica/index.php/biologicas/article/view/235>> Acessado em 31/01/15

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2014**. Acessado em 29/07/14.

BRASIL. Ministério da Saúde - **DATASUS | Sistema de Informação da Atenção Básica - Cadastramento Familiar**. Acessado em 10/08/14.

BUSNELLO et al. Características Associadas ao Abandono do Acompanhamento de Pacientes Hipertensos Atendidos em um Ambulatório de Referência. **Arq Bras Cardiol** 2001; 76: 349-51. Disponível em <http://www.arquivosonline.com.br/pesquisartigos/pdfs/2001/v76n5/76050001.pdf>> Acessado em 31/01/15

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos . **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p. Acessado em 19/08/14.

CARVALHO et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hipertensão no município de Teresina (PI) **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(7):1885-1892, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700028> Acessado em 31/01/15.

CASTRO, Eugênio Motta de. **Estratégia lúdica para melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso dos pacientes hipertensos analfabetos da equipe de saúde da família 1 da unidade básica de saúde Alcides Lins**. Belo Horizonte, 2011. Disponível em <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2921.pdf>> Acessado em 31/01/15

CAVALARI et al. Adesão ao tratamento: Estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2012 jan/mar; 20(1):67-72. Disponível em <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/3979/2761>> Acessado em 31/01/15

FERREIRA, H. C. **Relatório Anual de Gestão, 2014**. Secretaria Municipal de Saúde de Ipaba.

REINERS et al. Adesão ao tratamento de hipertensos da atenção básica. **CiencCuidSaude** 2012 Jul/Set; 11(3):581-587. Disponível em <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/16511/pdf>> Acessado em 30/01/15

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **ArqBrasCardiol** 2010; 95 (1 supl.1): 1-51.

Disponível em

<http://www.anad.org.br/profissionais/images/VI_Diretrizes_Bras_Hipertens_RDHA_6485.pdf

f> Acessado em 18/08/14.