

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**FELIPE MARZULLO CABRAL**

**Considerações sobre os fatores que levam o paciente a não adesão  
ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica no PSF Recreio  
Vale do Sol, na cidade de Alfenas, MG.**

**POLO CAMPOS GERAIS / MG**

**2014**

**FELIPE MARZULLO CABRAL**

**Considerações sobre os fatores que levam o paciente a não adesão  
ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica no PSF Recreio  
Vale do Sol, na cidade de Alfenas, MG.**

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

Orientador: Profa. Dra. Walnéia Aparecida de Souza

POLO CAMPOS GERAIS / MG

2014

**FELIPE MARZULLO CABRAL**

**Considerações sobre os fatores que levam o paciente a não adesão  
ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica no PSF Recreio  
Vale do Sol, na cidade de Alfenas, MG.**

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

Orientadora: Profa. Dra. Walnéia Aparecida de Souza

Banca Examinadora

Profa. Dra. Walnéia Aparecida de Souza

Profa.

Aprovado em Belo Horizonte: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus pelo dom da vida.

À comunidade pertencente à Unidade de Saúde PSF Recreio Vale do Sol pela oportunidade de trabalho.

Aos pacientes que tanto me ensinaram e pelos quais quero sempre aprimorar meus conhecimentos como profissional médico.

Aos colegas e funcionários da Unidade de Saúde PSF Recreio Vale do Sol, pelo companheirismo e por partilhar comigo a constante busca do conhecimento.

Aos tutores que me acompanharam durante todo o processo do curso de especialização, sempre prontos a ajudar.

À minha orientadora pela atenção e tempo a mim dedicados.

## RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um problema de saúde pública cujo controle, de forma continuada, visa prevenção de alterações irreversíveis no organismo e relacionadas a morbimortalidade cardiovascular. Na Unidade de Saúde PSF Recreio Vale do Sol, observa-se a dificuldade na manutenção da pressão arterial dos hipertensos em níveis considerados adequados. O controle da HAS está diretamente relacionado ao grau de adesão do paciente ao regime terapêutico proposto. O estudo seguiu a metodologia de análise conceitual e foi realizado através de um levantamento bibliográfico de artigos científicos da área médica e de enfermagem pertinentes à temática com o objetivo de avaliar os fatores associados a má adesão ao tratamento anti-hipertensivo dos pacientes e elaborar um plano de intervenção visando aumentar a adesão dos usuários da Unidade de Saúde da Família do PSF Recreio Vale do Sol, na cidade de Alfenas, Minas Gerais. Como resultado, verificou-se que as principais questões que dificultam a adesão ao tratamento anti-hipertensivo estão associadas ao paciente, ao regime terapêutico e ao sistema de saúde. O plano de intervenção elaborado incluiu ações voltadas para aumentar o nível de conhecimento da população acerca da hipertensão arterial, mudança dos hábitos e estilos de vida e preparação da equipe de saúde para o cuidado. Em suma, é importante a equipe de saúde conhecer as dificuldades dos pacientes em aderir ao tratamento anti-hipertensivo com o objetivo de planejar ações para tentar superá-las, juntamente com o paciente, e alcançar assim um melhor controle da HAS.

**Palavras-chave:** Hipertensão Arterial Sistêmica, Atenção Primária em Saúde, Adesão ao tratamento.

## **ABSTRACT**

Hypertension is a public health problem whose control on a continuous basis, aims to prevent irreversible changes in the body and related morbidity and mortality. At the Family Health Unit Recreio Vale do Sol area, it is difficult to maintain the blood pressure of hypertensive patients under control. The control of hypertension is directly related to the degree of patient adherence to therapy. The study followed the methodology of conceptual analysis and was conducted through a literature review of scientific articles in medical and nursing relevant to the topic. this study aimed to evaluate the factors that act to lead to worse adherence to antihypertensive treatment of patients and propose an intervention plan to improve adherence at the Family Health Unit Recreio Vale do Sol, Alfenas, Minas Gerais. The issues that hinder treatment adherence can be associated to the patients, to the therapeutic regimen or to the health system. The intervention plan included actions towards improving population knowledge on hypertension, changing habits and lifestyle and preparing the healthcare team. In summary, it is important to the healthcare team to understand the difficulties of patients to adhere to antihypertensive treatment in order to plan actions to overcome them and result in better blood pressure control.

**Keywords:** Hypertension, Primary Health Care, Treatment adherence.

## SUMÁRIO

<b>1- INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>1-1- Identificação do município.....</b>	<b>10</b>
<b>1-2- História do Município: .....</b>	<b>11</b>
<b>1-3- Aspectos geográficos do Município: .....</b>	<b>11</b>
<b>1-4- Aspectos Socioeconômicos:.....</b>	<b>12</b>
<b>1-4-1- Proporção de moradores abaixo da linha de pobreza:.....</b>	<b>12</b>
<b>1-4-2- Porcentagem de municípios com Abastecimento de Água Tratada: 12</b>	
<b>1-4-3- Proporção de municípios com Tratamento de Esgoto Sanitário:.....</b>	<b>13</b>
<b>1-4-4- Atividades Econômicas:.....</b>	<b>13</b>
<b>1-5- Aspectos Demográficos do município: .....</b>	<b>14</b>
<b>1-5-1- Taxa de Crescimento Anual: .....</b>	<b>16</b>
<b>1-5-2- Taxa de escolarização: .....</b>	<b>16</b>
<b>1-5-3- Índice de desenvolvimento da educação básica, absoluto e relativo no Brasil: .....</b>	<b>17</b>
<b>1-6- Sistema Local de Saúde do Município: .....</b>	<b>17</b>
<b>1-6-1- Conselho Municipal de Saúde: .....</b>	<b>17</b>
<b>1-6-2- Orçamento destinado à Saúde:.....</b>	<b>18</b>
<b>1-6-3- Programa de Saúde da Família em Alfenas: .....</b>	<b>19</b>
<b>1-6-3-1- Sistema de Referência e Contra referência:.....</b>	<b>21</b>
<b>1-6-3-2- Quanto às Unidades de PSF: .....</b>	<b>21</b>
<b>1-7- Unidade de Saúde Recreio Vale do Sol: .....</b>	<b>21</b>
<b>1-8- Dados da população adscrita a Unidade de Saúde Recreio Vale do Sol (ano de 2013): .....</b>	<b>23</b>
<b>1-8-1- Atividade de trabalho da população adscrita ao PSF:.....</b>	<b>24</b>
<b>1-8-2- Saneamento Básico .....</b>	<b>24</b>
<b>1-8-2-1- Abastecimento de água: .....</b>	<b>24</b>
<b>1-8-2-2- Instalação sanitária: .....</b>	<b>25</b>
<b>1-8-3- Coleta de lixo:.....</b>	<b>25</b>
<b>1-8-4- Doenças e mortalidade .....</b>	<b>26</b>
<b>1-9- Indicadores de cobertura da Unidade (ano de 2013):.....</b>	<b>27</b>
<b>1-10- Ações realizadas na Unidade no ano de 2013: .....</b>	<b>28</b>

1-11- Plano de Ação .....	31
Passo 1 - Definição do problema:.....	31
Passo 2 - Priorização do Problema: .....	31
Passo 3 - Descrição do problema:.....	32
Passo 4 - Explicação do problema: .....	33
Passo 5 - Seleção dos nós críticos: .....	34
Passo 6 – Desenho das operações: .....	36
Passo 7 – Identificação dos recursos críticos: .....	37
Passo 8– Análise da viabilidade do plano: .....	38
Passo 9 – Elaboração do plano operativo do projeto de intervenção: .....	39
Passo 10 – Gestão do plano: .....	40
2- JUSTIFICATIVA .....	42
3- OBJETIVO .....	43
3-1- Objetivo geral.....	43
3-2- Objetivos específicos .....	43
4- REVISÃO DE LITERATURA.....	44
4-1- Generalidades sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).....	45
4-2- HAS e adesão ao tratamento.....	45
5- METODOLOGIA .....	49
5-1- diagnostico situacional do PSF Recreio Vale do So.....	49
5-2- fundamentação teórica.....	50
5-3- plano de ação .....	50
6- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
7- REFERÊNCIAS.....	52

## 1- INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares representam a principal causa de mortalidade na população brasileira, e a hipertensão arterial, com prevalências que variam de 19,2 a 44,4% na população adulta (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006) age como principal fator de risco para essas doenças (CONCEIÇÃO et al., 2006; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Desse modo, o controle dos níveis pressóricos é fundamental para prevenir ou retardar o aparecimento de complicações crônicas, especialmente danos aos órgãos-alvo (POZZAN, 2004).

Para o controle adequado da hipertensão não são suficientes apenas as medidas de orientação, mas também, estratégias que auxiliem os indivíduos na mudança de atitudes, exigindo ações de promoção da saúde e de prevenção (LIMA; BUCHER; LIMA, 2004). Assim, é fundamental o acompanhamento sistemático dos indivíduos acometidos por esse agravo, especialmente na atenção básica à saúde, mais próximo e acessível a essa população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença assintomática, o que dificulta o seu diagnóstico, tratamento e dificulta a adesão do paciente às orientações terapêuticas prescritas. Assim, uma preocupação constante dos profissionais de saúde, diz respeito à dificuldade do paciente em seguir, de forma regular e sistemática, o tratamento por eles propostos (LUSTOSA; ALCAIRES; JOSIE, 2011).

Observa-se, por parte dos profissionais, uma preocupação na forma em que as orientações adequadas são dadas aos pacientes, visando o benefício para a saúde dos mesmos. Para isto, muitos utilizam-se de métodos diretos e indiretos para medir a adesão ao tratamento como, contagens de pílulas, auto relato, resultados clínicos, diário do paciente, monitores eletrônicos, análise biológica entre outros (LUSTOSA; ALCAIRES; JOSIE, 2011).

A adesão ao tratamento é o fator mais importante para o controle efetivo de da hipertensão arterial e de outras doenças crônicas (SOUZA et al., 2007). É muito difícil identificar a falta de adesão assim como quantificá-la. Ela pode variar de zero a 100% em pacientes que usam tanto as medicações prescritas, quanto outras por

conta própria. Encontra-se ainda porcentagem maior quando a falta de adesão tem relação direta com o estilo de vida, como dieta, atividade física, tabagismo, etilismo etc. (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005).

Trabalhos que identifiquem a frequência e os motivos da não-adesão ao tratamento podem contribuir para a detecção de dificuldades e/ou problemas relacionados à atenção prestada pelos serviços de saúde à população geral. Possibilitam, ainda, a identificação dos grupos mais vulneráveis a não-adesão ao tratamento, contribuindo para a adoção de ações voltadas a estes grupos, como estimulação à prática de hábitos que visem à melhora da qualidade de vida (GIROTTI; ANDRADE; CABRERA, 2010).

Visto a grande prevalência dessa doença crônico-degenerativa no contexto de atenção à saúde nas unidades de atenção à saúde, em particular o número elevado de pacientes na Estratégia de Saúde Recreio Vale do Sol, que não respondem ao tratamento, torna-se necessário, realizar um estudo sobre os fatores relacionados a não adesão ao tratamento dos pacientes. Dessa forma, pode-se estabelecer uma prioridade na abordagem da população, reduzindo o número de casos não controlados e evitando internações ou complicações da doença.

### **1-1- Identificação do município**

Alfenas é um município que pertence e se situa ao sul do Estado de Minas Gerais, tendo como vizinhos os municípios de: Serrania, Areado, Machado, Paraguaçu, Campos Gerais, Alterosa e Campo do Meio. Localiza-se a 378 km de distância de Belo Horizonte, capital do Estado, a 900 Km de Brasília, capital federal, à 306 Km de São Paulo (SP) e à 430 Km do Rio de Janeiro (RJ).

Tem como atual Prefeito: Maurílio Peloso (gestão 2013-2016); secretário de Saúde: Kleuber Batista Rocha; coordenador da Atenção Básica: Maurício Durval de Sá e coordenadora da Saúde Bucal: Alice Engel Novaes Freire.

O município conta com dois distritos: Barranco Alto e Gaspar Lopes, e nove bairros rurais.

## **1-2- História do Município**

A região onde se localiza o município de Alfenas encontra-se nos vales dos Rios Sapucaí, Machado e Verde. Rica em água e recursos naturais, primitivamente era povoada por tribos indígenas Tupi-Guarani e Sapucaí. Nos últimos anos do século XVIII, imigrantes europeus e negros africanos de diversas nações povoaram a região e disputaram a posse e direito de uso do território e assim as tribos indígenas foram extintas com o tempo.

As terras passaram a ser divididas em glebas, doadas em sesmarias onde se fixavam as famílias colonizadoras, que com escravos e animais domésticos formavam arraiais e criavam vilas. Em 1805 Francisco de Siqueira Ramos e sua esposa Mariana Ferreira de Araújo doaram terras para a construção de uma capela, consagrada a São José e a Nossa Senhora das Dores, em área da Fazenda Pedra Branca. Em 1832, por resolução do Imperador D. Pedro II, criou-se a paróquia de São José dos Alfenas. Em 1939 passa a se chamar Freguesia de Alfenas e depois São José e Dores de Alfenas.

Com a criação da vila, em 1860, passou a denominar-se Vila Formosa e, em 1869, passou a categoria de cidade como Vila Formosa de Alfenas. A partir de 1871, muda-se o nome para Alfenas.

A designação do município, originou-se da expressão "Vamos nos Alfenas", usada pelos habitantes da região ao se dirigirem ao povoado, em virtude de membros da família Martins Alfenas serem os moradores mais próximos. De acordo com o site [www.alfenasonline.com.br](http://www.alfenasonline.com.br), sua data de fundação é 15/10/1869.

## **1-3- Aspectos geográficos do Município**

Alfenas tem área territorial total de 848,320 Km<sup>2</sup>, com uma densidade demográfica de 91,3 Km<sup>2</sup>. Sua altitude é de 888 metros na cabeceira do Córrego Mateus Cego e altitude média de 768 metros na Represa de Furnas. Alfenas possui clima tropical mesotérmico com temperatura média anual de 19,6° C. No verão e primavera, que são as estações mais quentes, a temperatura máxima varia entre 28° a 30°C. Outubro e Novembro são os meses mais quentes chegando a 37°C.

Raramente a temperatura chega abaixo de 0°C, situação essa onde pode ocorrer geada. Quanto ao regime de chuvas, o clima é úmido, com precipitação média anual de 1592 mm.

#### **1-4- Aspectos Socioeconômicos**

Alfenas tem índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,761, cálculo de 2010, o que a situa na faixa considerada de IDH alto (entre 0,7 e 0,799).

A renda per capita do município teve crescimento de 64,27% nas últimas décadas conforme Quadro 1 abaixo:

Quadro 1- rendimento médio mensal da população de Alfenas.

Rendimento médio mensal per capita na zona Urbana	931,08 reais
Rendimento médio mensal per capita na zona Rural	515,80 reais
Rendimento médio mensal total	906,46

Fonte: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil.print/alfenas.mg>- Acesso em 19 jun. de 2014.

##### **1-4-1- Proporção de moradores abaixo da linha de pobreza**

É considerado como extrema pobreza, pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00. Em Alfenas, a porcentagem de moradores abaixo da linha da pobreza passou de 4,90% em 1991 para 1,95% em 2000 e para 0,48% em 2010.

##### **1-4-2- Porcentagem de municípios com Abastecimento de Água Tratada**

O Quadro 2 demonstra o percentual de domicílios com abastecimento de água por meio de rede geral de distribuição, existindo ou não canalização interna do domicílio.

Quadro 2 – domicílios com abastecimento de água em Alfenas-MG, 2010.

	Domicílios com abastecimento por rede	Total de domicílios	% de domicílios com abastecimento por rede
010	21.819	23.206	94%

Fonte: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil.print/alfenas.mg>- Acesso em 19 jun. de 2014.

### 1-4-3- Proporção de municípios com Tratamento de Esgoto Sanitário

O Quadro 3 demonstra o percentual de domicílios permanentes com esgoto sanitário por meio de rede coletora ou fossa séptica.

Quadro 3 – domicílios com rede de esgoto em Alfenas-MG, 2010.

Ano	Domicílios com rede de esgoto	Total de domicílios	Percentual de domicílios com rede de esgoto
2010	22.018	23.206	95%

Fonte: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil.print/alfenas.mg>- Acesso em 19 jun. de 2014,

O Quadro 4 demonstra o percentual de domicílios com acesso ao serviço de coleta de lixo.

Quadro 4 – domicílios com coleta de lixo em Alfenas.

Ano	Domicílios com coleta de lixo	Total de domicílios	Percentual de coleta
2010	22.060	23.206	97%

Fonte: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil.print/alfenas.mg>- Acesso em 19 jun. de 2014.

### 1-4-4- Atividades Econômicas

É um município com atividade agropastoril, sendo grande produtor de café, que é consumido internamente e também exportado para outros estados e fora do país. Cultiva-se também arroz, alho, batata-inglesa, feijão, milho, cana-de-açúcar, mandioca, soja, tomate e frutas, cada uma delas com mais de 100 hectares de terra

cultivada. A atividade pecuária leiteira é bem desenvolvida. Existem iniciativas na agroindústria de sucos e laticínios. Na área industrial o município vem desenvolvendo vocação para o setor têxtil. O comércio de artigos em geral e bares e restaurantes, assim como várias empresas (distrito industrial) são fontes geradoras de emprego para a população. Há um pequeno número de trabalhadores rurais e mulheres que trabalham como diaristas sem carteira assinada, além de muitos trabalhadores liberais. Não se encontram crianças e adolescentes até 14 anos trabalhando ou fora da escola.

A Prefeitura Municipal de Alfenas se caracteriza como grande geradora de empregos destacando os cargos de serviços gerais.

Idosos acima de 65 anos, na sua grande maioria são aposentados, sendo a maioria aposentados por tempo de serviço.

O Distrito Industrial é um dos maiores do Sul de Minas; é administrado pela Companhia de Distritos Industriais de Minas Gerais – CDI-MG, e agrega quase todo setor industrial de Alfenas, com indústrias de grande e médio porte.

#### **1-5- Aspectos Demográficos do município:**

O município de Alfenas conta com uma população de 73.774 habitantes, conforme censo feito em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sua população, de acordo com a etnia, fica assim distribuída:

Quadro 5 – População e etnia em Alfenas-MG, 2010.

População (Censo 2010)	Número	%
Branca	50.324	68,21%
Preta	4.870	6,60%
Amarela	446	0,60%
Parda	18.025	24,43%

Indígena	108	0,14%
Sem declaração	1	0,00%

Fonte: [http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=310160&idte\\_ma=108&search=minas-gerais|alfenas|censo-demografico-2010:-resultados-da-amostra-rendimento](http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=310160&idte_ma=108&search=minas-gerais|alfenas|censo-demografico-2010:-resultados-da-amostra-rendimento)

Quadro 6 - População/gênero e localização rural e urbana em Alfenas-MG, 2010.

População	Número	%
Residentes masculinos	36.081	48,91%
Residentes femininos	37.693	51,09%
Zona urbana	69.176	93,77%
Zona rural	4.598	6,23%
Taxa Urbanização	93,77%	

Fonte: [http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=310160&idte\\_ma=108&search=minas-gerais|alfenas|censo-demografico-2010:-resultados-da-amostra-rendimento](http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=310160&idte_ma=108&search=minas-gerais|alfenas|censo-demografico-2010:-resultados-da-amostra-rendimento)

Quadro 7 – População e faixa etária em Alfenas, 2010.

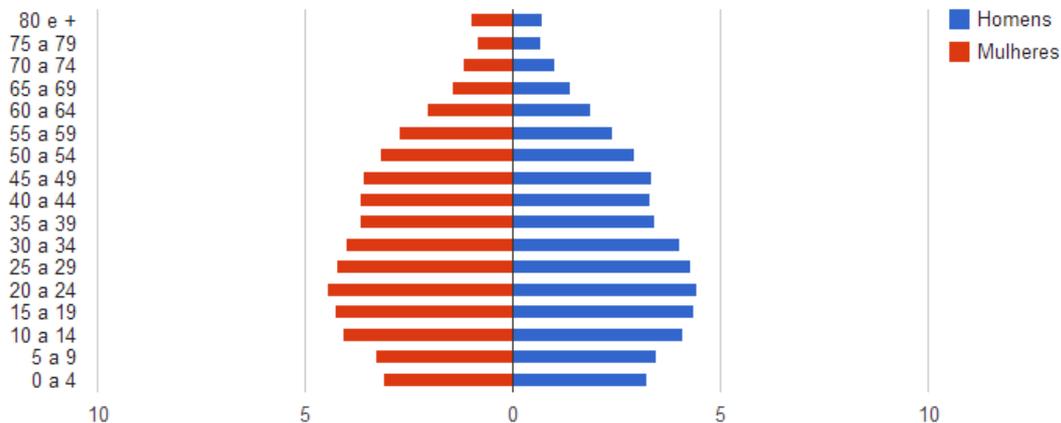
Estrutura etária	Número	%
Menos de 15 anos	15.755	21,36%
15 a 64 anos	51.876	70,32%
65 anos ou mais	6.143	8,33%

Fonte: [http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=310160&idte\\_ma=108&search=minas-gerais|alfenas|censo-demografico-2010:-resultados-da-amostra-rendimento](http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=310160&idte_ma=108&search=minas-gerais|alfenas|censo-demografico-2010:-resultados-da-amostra-rendimento).

Figura 1 - Pirâmide de faixa etária em Alfenas-MG, 2010.

## 2010 Pirâmide etária - Alfenas - MG

Distribuição por Sexo, segundo os grupos de idade



Fonte: Relatórios anuais de gestão do secretário municipal de saúde ano 2013.  
<http://aplicacao.saude.gov.br/portalthtransparencia/index.jsf>- Acessado em 19 de junho de 2014.

### 1-5-1- Taxa de Crescimento Anual

Entre 2000 e 2010, a população teve uma taxa média de crescimento anual de 0,97%. Na década anterior de 1991 a 2000, a taxa média de crescimento anual foi de 2,70%.

### 1-5-2- Taxa de escolarização

Para o período entre 2000 e 2010, Alfenas apresentou grande avanço no quesito educação, com um crescimento de 0,185 %. A quantidade de crianças e jovens frequentando ou tendo completado ciclos de escolaridade indica a situação educacional de uma população e compõe o IDH Educação. Entre os anos de 2000 e 2010, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola cresceu 29,66%. A proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental cresceu 23,69% (SECRETARIA MUNICIPAL DE ALFENAS, 2013).

A proporção de jovens entre 15 e 17 anos com ensino fundamental completo cresceu 25,75%. E a proporção de jovens entre 18 e 20 anos com ensino médio completo cresceu 50,84% entre 2000 e 2010.

Quanto à escolaridade da população adulta, em 2010, 56,77% completou o ensino fundamental e 40,02% o ensino médio.

.A taxa de analfabetismo da população de 18 anos ou mais diminuiu 7,32% nas últimas duas décadas.

### **1-5-3- Índice de desenvolvimento da educação básica, absoluto e relativo no Brasil:**

O índice de desenvolvimento da educação básica (IDEB) foi implantado pelo Ministério da Educação e é um indicador de qualidade educacional que combina informações de desempenho em exames padronizados (Prova Brasil) – obtido pelos estudantes ao final das etapas de ensino (5<sup>o</sup> e 9<sup>a</sup> séries do ensino fundamental) com informações sobre o rendimento escolar (aprovação) (SECRETARIA MUNICIPAL DE ALFENAS, 2013).

IDEB para rede municipal, ano 2011 – séries iniciais – 5,5

IDEB para rede municipal, ano 2011 – séries finais – 5,7.

IDEB para rede estadual, ano 2011 – séries iniciais – 6,1.

IDEB para rede estadual, ano 2011 – séries finais – 3,8.

## **1-6- Sistema Local de Saúde do Município**

### **1-6-1- Conselho Municipal de Saúde**

O Conselho de Saúde Nacional, Estadual ou Municipal é um órgão colegiado que atua, em caráter permanente e deliberativo, na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive no que tange os aspectos econômicos e os financeiros. As reuniões ocorrem

mensalmente e são abertas ao público. Sua composição é paritária, sendo usuários (50%), trabalhadores de saúde (25%), representantes do governo e prestadores de serviço (25%). Entre outras finalidades servem para garantir a participação regular do cidadão: na elaboração de diretrizes gerais da política de saúde e definição de metas com vistas ao alcance de objetivos traçados para a política de saúde; na formulação das estratégias de implementação das políticas de saúde; no controle sobre a execução das políticas e ações de saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE ALFENAS, 2010).

### **1-6-2- Orçamento destinado à Saúde**

Quanto ao orçamento destinado à saúde, de acordo com o portal da transparência, no ano de 2013, o estado de Minas Gerais repassou para o município de Alfenas, a quantia de R\$ 4.894.645,31 para a atenção básica, R\$ 38.179.601,14 para os atendimentos de alta complexidade, R\$503.591,40 para a assistência farmacêutica, R\$ 815.536,00 para a gestão do SUS, R\$ 656.404,41 para a vigilância em saúde e R\$ 330.200,00 como investimentos.

Já referente ao ano de 2014 o repasse foi respectivamente :

Atenção básica: R\$ 2.203.627,98

Atendimento de alta e média complexidade: R\$ 23.179.931,00

Assistência farmacêutica: R\$ 199.829,75

Investimentos: R\$ 150.210,00

Outros dados, de acordo com dados do SIOPS, sobre orçamento direcionado para a saúde temos:

% das transferências para o SUS no total de recurso transferidos para o município – 42,61%

% das transferências da união para o SUS, no total da transferência para o município – 61,12%

% da despesa com medicamentos na despesa total com saúde – 3,75%

### 1-6-3- Programa de Saúde da Família em Alfenas

A assistência em saúde na cidade de Alfenas-MG é constituída por serviços próprios, contratados e conveniados ao SUS, distribuídos nos níveis primário, secundário e terciário da atenção à saúde.

No nível **primário** de atendimento (USF) são feitas aplicações de vacinas, curativos, inalações, prevenção de câncer de colo uterino, procedimentos auxiliares de enfermagem, atividades educativas e consultas médicas em algumas especialidades consideradas como básicas (clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia e odontologia básica). São doze as Unidades do Programa de Saúde da Família em Alfenas (PSF Jardim Primavera; PSF Vila Formosa; PSF Jardim São Carlos; PSF Itaparica; PSF Santos Reis; PSF Vila Betânia; PSF Jardim Boa Esperança; PSF Caensa; PSF Santa Clara-Pinheirinho; PSF Recreio Vale do Sol; PSF Unisaúde; PSF Zona Rural) e 07 UBS convencionais (Posto de Saúde Gaspar Lopes, Ambulatório de Atenção Básica Aparecida; Ambulatório de Atenção Básica São Vicente; Ambulatório Central; Ambulatório Jardim São Carlos, Ambulatório Morada do Sol; Ambulatório Pinheirinho) que possuem atendimento de Clínicos Gerais, Pediatras, Ginecologistas e atendimento de Enfermagem.

Para a realização dos exames laboratoriais de rotina no município de Alfenas, tem-se: Laboratório Hospital Universitário Alzira Velano; Laboratório de Análises Clínicas Dr. Roque Tamburini; Laboratório da Unifal; Laboratório Alfenas – Santa Casa.

O atendimento odontológico é realizado nas UBSF para a população do território adscrito, onde as famílias passam por uma triagem e cada membro é classificado quanto ao risco de cárie, doença periodontal, necessidades de próteses e diagnóstico precoce de câncer bucal.

Há também um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) que realiza ações de diagnóstico e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, onde é possível realizar testes para HIV, sífilis e hepatites B e C gratuitamente.

Cada equipe de saúde referida acima tem a seguinte composição: um

médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um cirurgião-dentista, uma auxiliar de saúde bucal, de seis a oito agentes comunitários, um recepcionista e um auxiliar de serviços gerais. Estes profissionais trabalham de 07:00 às 11:00 e de 13:00 às 17:00 horas de segunda a sexta-feira, totalizando 40 horas semanais. Contamos ainda com uma equipe do NASF (Núcleo de Assistência a Saúde da Família). A composição desta equipe tem como profissionais: fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, assistente social, educador físico e fonoaudiólogo.

Na atenção **secundária** são feitos os atendimentos de especialidades e também os mais complexos como, por exemplo, gravidez de alto risco.

Compõe-se das seguintes Unidades: Ambulatório de Atenção Secundária Dr. Plínio do Prado Coutinho; Ambulatório de Atenção Secundária Cruz Preta (HUAV); Ambulatório Casa de Caridade N. S. Perpétuo Socorro; Consórcio de Saúde CISLAGOS (Policlínica). Há também uma Unidade de Saúde Mista - Ambulatório Vila Esperança (HUAV) com atendimento de Pediatras, Ginecologistas e outros Especialistas. Na Atenção à Saúde Mental há o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), que realiza atendimento aos portadores de sofrimento mental, no período das 07h às 17h, de segunda à sexta-feira. Além do acolhimento, são realizadas atividades individuais e em grupo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, entre outras atividades.

Nesse nível de atendimento secundário, na Saúde bucal as consultas especializadas são realizadas pelos profissionais odontólogos da Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS) e Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL), que são credenciadas pelo SUS. O Município de Alfenas conta ainda com um Centro Especializado de Atendimento a Fissurados (Centro Pró-Sorriso), que atende a pacientes de todo o Estado de Minas Gerais com deformidades craniofaciais e fissuras labio-palatinas. As cirurgias são realizadas no Hospital Universitário Alzira Velano.

Na atenção **terciária** de atendimento, o município conta com três hospitais, sendo um particular (IMESA) e dois com atendimento pelo SUS: Santa Casa de Misericórdia de Alfenas e o Hospital Universitário Alzira Velano. Eles são

considerados referência para atendimento de Urgência e Emergência, suprindo toda a macrorregião.

#### **1-6-3-1- Sistema de Referência e Contra referência**

A secretaria Municipal de Saúde de Alfenas implantou em dezembro de 2007 um mecanismo de referência e contra referência da atenção primária para o nível secundário de assistência, utilizando-se de um formulário que é levado do SUS para as consultas especializadas e retorna à unidade de origem.

#### **1-6-3-2- Quanto às Unidades de PSF**

Cada equipe de Saúde da Família é composta por uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, um médico, um dentista, um auxiliar de saúde bucal, seis a oito agentes comunitários de saúde, um auxiliar de serviços gerais e uma recepcionista. Há também atendentes de farmácia nas ESF, auxiliares de enfermagem que atuam nas salas de vacina, fisioterapeutas e uma equipe do NASF (fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, assistente social, educador físico, fonoaudiólogo). Os profissionais trabalham 40 horas semanais, atendendo no período das 07 às 11h e das 13às 17h.

Os exames laboratoriais podem ser autorizados logo após a consulta na recepção da Unidade e o usuário tem a opção de escolher o laboratório.

#### **1-7- Unidade de Saúde Recreio Vale do Sol**

Foi constituída em 05 de julho de 2002 e inicialmente funcionava no mesmo espaço físico da Unidade Básica de Saúde PSF Pinheirinho. Hoje se situa no bairro Alvorada, em estabelecimento próprio e em condições adequadas para os serviços de atendimento à saúde. Possui ampla recepção com dois banheiros (adequados ao uso de deficientes físicos), sala de curativo, quatro consultórios (médico, enfermagem, NASF e atendimento odontológico), sala de inalação, almoxarifado, sala para acolhimento, espaço de reuniões, cozinha e dois banheiros para funcionários. Abrange os bairros: Jardim Alvorada, Jardim Boa Esperança, Jardim São Paulo e Recreio Vale do Sol. Abrangem 1340 famílias, num total de 4.400 indivíduos. Seu horário de funcionamento é de 07:00 às 11:00h e de 13:00 às 17:00h , de segunda à sexta feira.

Há também na unidade uma pequena farmácia com alguns poucos medicamentos, que são deficientes em quantidade e variedade para atender a população.

Estão também adscritos nessa unidade o Condomínio Alterosa (apartamentos populares – Programa Minha Casa Minha Vida) e uma área rural com pequenos sítios, pouco distante da unidade.

Sua equipe é constituída de: um médico, uma enfermeira, uma dentista, uma auxiliar de consultório dentário (ACD), uma atendente de farmácia, um auxiliar de serviços gerais, sete agentes comunitários de saúde (ACS), um técnico de enfermagem e também uma equipe do NASF e demais especialidades.

Quadro 8- Carga horária dos membros da equipe do PSF Recreio Vale do Sol.

Enfermeira	40h semanais
Médico	32 h semanais
Aux. Enfermagem	40 h semanais
Dentista	40 h semanais
ACS	40 h semanais
Recepcionista	40 h semanais
Aux. Serviços gerais	40 h semanais
At. Farmácia	40 h semanais
Fisioterapeuta	12 h semanais
Fonoaudióloga/Psicóloga/Nutricionista/Fisioterapeuta (NASF)	4 h semanais
Médica Pediatra	4 h semanais

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB)- Dados de 2013.

A unidade não possui sala de imunização, embora tenha instalações para tal. Assim, a demanda é encaminhada para o PSF Pinheirinho e UBS Nossa Senhora Aparecida. As consultas especializadas são encaminhadas também para o Ambulatório Aparecida e para o Dr. Plínio Prado Coutinho, Cruz Preta e Cislagos. Também quando necessário, os pacientes são encaminhados para os hospitais Alzira Velano e Santa Casa de Misericórdia de Alfenas. Os exames laboratoriais são enviados para Santa Casa de Misericórdia de Alfenas, Hospital Universitário Alzira Velano, Laboratório da Universidade Federal de Alfenas ou Laboratório Dr. Roque

Tamburini. Os pacientes com problemas psiquiátricos são atendidos em uma associação interativa entre a unidade e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Em sua área de abrangência encontra-se o Centro de Referência à Assistência Social (GRAS), a Associação de Proteção e Assistência aos Condenados (APAC), a creche CEMEI, alguns pontos comerciais como supermercados, salões de beleza, casas de material de construção, padarias, fábricas, “LAN house”, oficinas mecânicas e outros. A unidade situa-se próxima ao distrito industrial do município.

### **1-8- Dados da população adscrita, a Unidade de Saúde Recreio Vale do Sol (ano de 2013)**

Quadro 9- População adscrita segundo a faixa etária.

Faixa etária	Número	%
Menores de 1 ano	58	1,3%
1 a 4 anos	300	6,8%
5 a 9 anos	393	8,9%
10 a 14 anos	441	10%
15 a 19 anos	414	9,4%
20 a 49 anos	2013	45,8%
50 a 59 anos	422	9,6%
60 anos ou mais	359	8,2%
Total	4400	100%

Fonte: Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB)- Dados de 2013.

Quadro 10- População adscrita segundo a faixa etária e sexo.

Faixa etária	Masculino	Feminino
Menor de 1 ano	25	33
1 a 4 anos	128	172
5 a 9 anos	164	229
10 a 14 anos	211	230
15 a 19 anos	191	223
20 a 49 anos	940	1073
50 a 59 anos	154	268

60 anos ou mais	161	198
Total	1982	2418

Fonte: : MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB)- Dados de 2013.

O índice de alfabetização da população é de 90%. Em relação à atividade laboral encontram-se: trabalhadores rurais, das indústrias, do comércio e autônomos. A renda familiar está entre um a dez salários mínimos. Há grande incidência de usuários de drogas ilícitas nos bairros envolvidos.

### **1-8-1- Atividade de trabalho da população adscrita ao PSF**

Situação da população (maiores de 10 anos), no ano de 2013 em relação à atividade exercida.

Quadro 11- População adscrita e relação com o trabalho.

População	Número	%
Maiores de 14 anos trabalhando	1537	69,8%
Maiores de 14 anos estudando	364	16,5%
Desempregados	67	3,04%
Aposentados	234	10,6%

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB)- Dados de 2013.

### **1-8-2- Saneamento Básico**

A população adscrita ao PSF Recreio Vale do Sol tem acesso ao tratamento de água e rede de esgoto, ambos administrados pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA).

#### **1-8-2-1- Abastecimento de água**

A região dessa unidade é abastecida com água tratada pela COPASA, que atua no município desde 2004. A empresa inaugurou na comunidade de Alfenas sua

ETE (Estação de Tratamento de Água) no ano de 2010, com capacidade para tratar 260 litros por segundo.

Quadro 12- População adscrita por micro área e abastecimento de água.

Modalidade	Micro 01	Micro 02	Micro 03	Micro 04	Micro 05	Micro 06	Micro 07	Total
Rede Geral	191	186	165	145	158	162	189	1031
Poço ou Nascente	-	-	-	4	-	-	-	
Total de famílias	191	186	165	149	158	162	189	1035

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB)- Dados de 2013.

### **1-8-2-2- Instalação sanitária**

Quadro 13- Tipos de instalação sanitária por micro área de abrangência.

Modalidade	01	02	03	04	05	06	07	Total
Rede Geral de Esgoto	191	186	165	149	158	162	189	1035
Fossa Séptica	-	-	-	-	-	-	-	-
Sem instalação sanitária	-	-	-	-	-	-	-	-
Total de	191	186	165	148	158	162	189	1035

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB)- Dados de 2013.

### **1-8-3- Coleta de lixo**

A coleta de lixo na área de abrangência ocorre três vezes por semana. Verificam-se alguns terrenos baldios com vegetação alta, onde se acumulam

dejetos, materiais dispensados pela população local e animais. Mas a atual gestão política municipal tem se responsabilizado pela limpeza da área.

Quadro 14- modalidade de coleta de lixo por microárea.

Modalidade	Micro 01	Micro 02	Micro 03	Micro 04	Micro 05	Micro 06	Micro 07	Total
Coleta pública	177	171	150	138	152	154	165	1107
Queimado ou enterrado	0	0	0	0	0	0	0	0
Céu aberto	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	177	171	150	138	152	154	165	1107

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB)- Dados de 2013.

#### 1-8-4- Doenças e mortalidade

No ano de 2013 não houve casos de doenças de notificação compulsória na área de abrangência da ESF Recreio Vale do Sol.

Quadro 15 - Casos de morbidade por microárea na Unidade de Saúde Recreio Vale do Sol, 2013.

Morbidade	01	02	03	04	05	06	07	Total
Alcoolismo	5	8	1	32	1	4	6	57
Doença de Chagas	-	-	-	-	-	-	1	1
Deficiência física	2	2	3	11	3	-	-	21
Dependência Química	1	-	-	4	-	-	4	9
Depressão	6	4	3	2	1	1	10	26

Epilepsia	3	3	2	4	5	-	-	17
DM	19	30	20	28	15	20	25	157
HAS	61	93	62	66	64	65	78	489
Tabagismo	41	42	8	61	17	39	78	286
Tuberculose	-	-	-	-	-	-	-	-
Hanseníase	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB)- Dados de 2013.

Quadro 16- relação mortalidade e faixa etária na Unidade de Saúde Recreio Vale do Sol, 2013.

Menores de 1 ano	Nº ocorrências
1 a 4 anos	-
5 a 14 anos	-
15 a 49 anos	3
50 anos ou mais	13
Total	17

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB)- Dados de 2013.

### 1-9- Indicadores de cobertura da Unidade (ano de 2013)

Quadro 17- Indicadores de cobertura da Unidade de Saúde Recreio Vale do Sol, 2013.

Nº de recém-nascidos	39	100%
Nº de RNs pesados	39	100%
Nº RNs com peso < 2500g	1	2,54%

Nº Aleitamento Materno exclusivo em crianças < de 6 meses	35	89,74%
Nº de < de 1 ano desnutridas	2	5,12%
Nº de < de 1 ano com vacinas em dia	39	100%
Nº de gestantes cadastradas	39	100%
Nº de gestantes menores de 20 anos	15	38,46%
Nº de gestantes acompanhadas	39	100%
Nº de gestantes vacinadas	39	100%

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB)- Dados de 2013.

### 1-10- Ações realizadas na Unidade de Saúde Recreio Vale do Sol, 2013.

#### Quadro 18- Número de consultas Médicas realizadas

Indicador	Número	%
Total de consultas médicas	3274	100%
Média mensal de consulta médica/mês	272,83	8,33%
Consulta/habitante/ano	0,7	0,02%

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB)- Dados de 2013.

#### Quadro 19- Número de atendimentos realizados pela equipe da Unidade de Saúde Recreio Vale do Sol, 2013.

Indicador	Número	%
Puericultura	157	4,79
Pré- Natal	165	5,03
Prevenção contra o câncer cervico-uterino	129	3,94
DM	604	18,44
HAS	1205	36,80

Hanseníase	2	0,06
Tuberculose	-	0

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB)- Dados de 2013.

Tabela 18- Nº de encaminhamentos realizados pela equipe da Unidade de Saúde Recreio Vale do Sol, 2013.

Indicadores	Número	%
Total de encaminhamentos	292	8,91
Total de exames solicitados	1145	34,97
Patologia Clínica	379	11,57
Exame cito cervical-vaginal	136	4,15
Ultrassonografia obstétrica	8	0,24
Outros exames	30	0,09

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB)- Dados de 2013.

Tabela 19- Número de procedimentos realizados na Unidade de Saúde Recreio Vale do Sol, 2013.

Procedimentos	Números	%
Nº Total de procedimentos	1185	100
Atendimento Individual da enfermeira	409	34,51
Consultas médicas e de enfermagem	61	5,14
Curativos	376	31,72
Inalações	9	0,75

Injeções	81	6,83
Retirada de pontos	187	15,78
Grupos de educação em saúde	55	4,64
Reuniões	7	0,59

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB)- Dados de 2013.

Tabela 20- N° de visitas domiciliares realizadas pela equipe da Unidade de Saúde Recreio Vale do Sol, 2013.

Visita domiciliar	Número	%
Visita domiciliar do médico	28	0,34
Visita domiciliar da enfermeira	271	3,33
Visita domiciliar do ACS	7703	94,65
Visita domiciliar de profissionais de nível médio	136	1,67
Total de visitas domiciliares	8138	100

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB)- Dados de 2013.

Os dados aqui relacionados foram obtidos através dos sites e documentos que constam nas referências abaixo e, também, por informações obtidas verbalmente em conversas com os componentes da equipe. Verificam-se algumas dificuldades de trabalho dentro da unidade, como por exemplo, a não realização da contra referência em grande parte dos atendimentos especializados. Há uma constante insatisfação dos pacientes devido à quantidade insuficiente de medicamentos na farmácia do PSF e isso gera desconforto à equipe. Verifica-se pouca frequência dos pacientes às reuniões e atividades de grupo, e também na adesão ao tratamento não medicamentoso orientado pelos profissionais de saúde (dieta e exercícios físicos). Faz-se necessário uma busca de meios e recursos para, de alguma forma, motivar essa população, ensinando-lhes o valor da prevenção.

## 1-11- Plano de Ação

### Passo 1 - Definição do problema

De acordo com o registro dos agentes comunitários de saúde (ACS) e dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), relativos ao ano de 2013, pôde-se observar que os principais problemas apresentados na Unidade de Saúde PSF Recreio Vale do Sol foram pacientes portadores de: hipertensão arterial sistêmica (HAS), tabagismo, diabete mellitus (DM) e alcoolismo. Os principais problemas observados na unidade referem-se a doenças de caráter crônico.

Tabela 1 - Problemas apresentados pela população adscrita à Unidade de Saúde Recreio Vale do Sol no ano de 2013, nas microrregiões de 01 a 07.

<b>Morbidade</b>	<b>01</b>	<b>02</b>	<b>03</b>	<b>04</b>	<b>05</b>	<b>06</b>	<b>07</b>	<b>Total</b>
<b>Alcoolismo</b>	5	8	1	32	1	4	6	57
<b>Doença de Chagas</b>	-	-	-	-	-	-	1	1
<b>Deficiência física</b>	2	2	3	11	3	-	-	21
<b>Dependência Química</b>	1	-	-	4	-	-	4	9
<b>Depressão</b>	6	4	3	2	1	1	10	26
<b>Epilepsia</b>	3	3	2	4	5	-	-	17
<b>DM</b>	19	30	20	28	15	20	25	157
<b>HAS</b>	61	93	62	66	64	65	78	489
<b>Tabagismo</b>	41	42	8	61	17	39	78	286
<b>Tuberculose</b>	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Hanseníase</b>	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB)- Dados de 2013.

### Passo 2 - Priorização do Problema

Pelos dados da tabela 1, pode-se verificar que os indivíduos portadores de hipertensão arterial sistêmica estão em maior número dentro da população adscrita. Como dificilmente podem-se resolver todos os problemas ao mesmo tempo, conclui-

se que a HAS, dessa forma, deve ser considerada como o problema de resolução prioritária. Como critérios para essa seleção de problemas e priorização foram considerados não somente o número de portadores da doença, mas sua importância, urgência e capacidade de enfrentamento da equipe.

Tabela 2 - Classificação dos problemas na Unidade de Saúde Recreio Vale do Sol no ano de 2013.

<b>Principais Problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Capacidade de Enfrentamento</b>	<b>Seleção - Ordem de prioridade</b>
<b>HAS</b>	Alta	8	Parcial	1
<b>Tabagismo</b>	Alta	5	Parcial	4
<b>DM</b>	Alta	8	Parcial	2
<b>Alcoolismo</b>	Alta	6	Parcial	3

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB)- Dados de 2013. HAS- hipertensão arterial sistêmica; DM- diabetes mellitus.

### **Passo 3 - Descrição do problema**

A HAS é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Assim, 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% das mortes por doença arterial coronariana são causadas pela HAS (Ministério da Saúde, 2006, p.9). É uma doença de curso assintomático, seu diagnóstico e tratamento muitas vezes é negligenciado e existe baixa adesão do paciente ao tratamento prescrito e às recomendações e orientações recebidas.

Na Unidade de Saúde Recreio Vale do Sol pode-se verificar a não adesão do paciente ao tratamento e, conseqüentemente, agravo no quadro clínico. Os pacientes apresentam grande dificuldade em seguir as orientações propostas, na maioria das vezes pelo desconhecimento do curso da doença e de suas complicações quando não controlada de forma adequada.

O controle através de uma dieta apropriada (hipossódica e hipocalórica), prática de exercícios físicos regulares, como caminhada, e uso correto dos medicamentos é um tratamento relativamente simples e leva ao controle da doença, evitando assim o aparecimento de suas complicações.

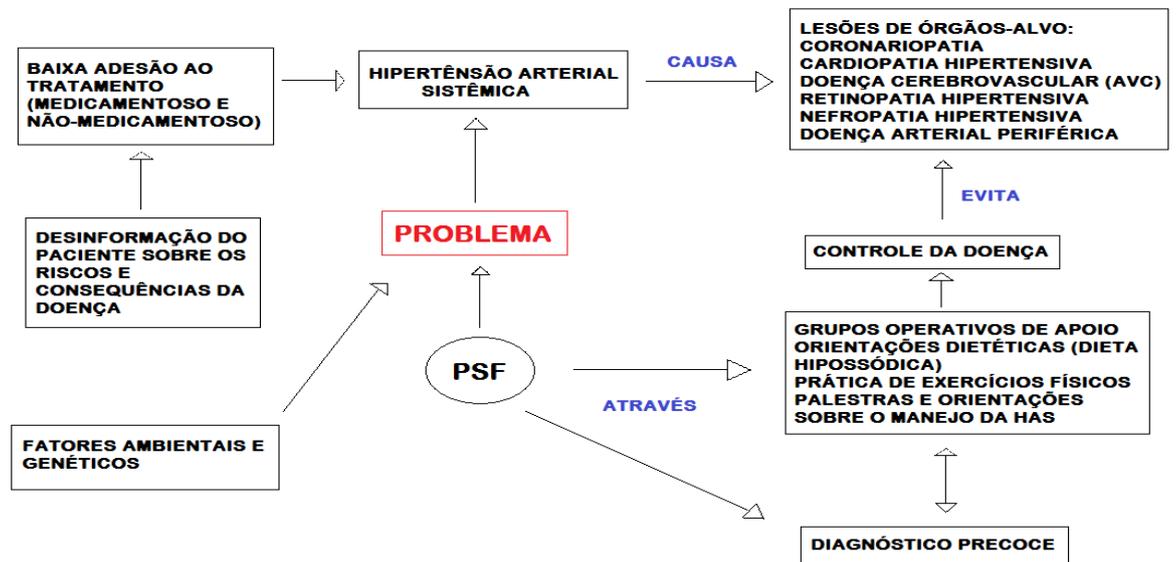
#### **Passo 4 - Explicação do problema**

Por meio do fluxograma abaixo, pode-se fazer uma análise e entender melhor a gênese do problema priorizado, a partir da identificação de suas causas.

Os aspectos ambientais, culturais e genéticos, baixo nível educacional, dificuldade em consultar em horário de trabalho podem explicar a baixa adesão do paciente aos serviços de saúde. O paciente que não adere ao tratamento terá, conseqüentemente, um agravamento de seu quadro clínico, que poderá levar a sequelas irreversíveis e até mesmo ao óbito.

A Unidade de Saúde deve ser estruturada com grupos de apoio e atenção a esses pacientes portadores de HAS. Nesses grupos o paciente deverá ser informado sobre a apresentação da doença, sua evolução silenciosa e quais as conseqüências deletérias de um tratamento inadequado. Também deverá ser estimulado a praticar exercícios físicos e caminhadas regularmente. Isso é fator de fundamental importância, pois o paciente conhecedor de seu problema terá mais condições de aderir ao tratamento e às orientações dietéticas. Em conseqüência disso, o paciente aderente ao tratamento terá sua pressão arterial mantida em níveis controlados e as sequelas de uma evolução desfavorável da doença poderão ser evitadas.

## Fluxograma 1 – Análise do problema



### Passo 5 - Seleção dos nós críticos

Entende-se como nó crítico uma determinada causa de um problema que pode impactá-lo, mas que também pode ser combatido, ou seja, está dentro da área possível de atuação dos que estão planejando a estratégia de ação para solução do problema.

O principal nó crítico da HAS identificado na Unidade de Saúde PSF Recreio Vale do Sol foi a desinformação dos pacientes e consequentemente sua não adesão ao tratamento. Como fatores que impedem ou dificultam essa adesão temos:

1. Nível de escolaridade baixo e desinformação sobre o curso da doença;
2. Fase inicial da doença assintomática não leva o paciente a crer no tratamento;
3. Hábitos e estilos de vida inadequados que favorecem o aparecimento de problemas cardiovasculares, com ênfase no sedentarismo;
4. Uso dos medicamentos somente quando a pressão arterial se encontra elevada e abandono do uso após a pressão estar controlada, por pensar que houve uma cura;

5. Não gostar de tomar o medicamento sistematicamente por achar que se tornará dependente deles;
6. Dificuldade em seguir uma dieta com restrição de sódio, pelo fato de toda a família ter que se habituar a ela;
7. Falta de dados atualizados do SIAB e os contidos na ficha A de cada paciente, para realizar um efetivo controle daqueles que se encontram em tratamento, e se estão controlados ou não;
8. Família sem preparação para o cuidado e enfrentamento da hipertensão arterial devido à falta de conhecimento.

Diante da situação encontrada na Unidade de Saúde PSF Recreio Vale do Sol, pode-se concluir que o desconhecimento do paciente sobre a HAS e a falta de estímulo em aderir ao tratamento é um problema que pode ser resolvido por meio de uma nova estratégia de ação pela equipe multidisciplinar. A realização de intervenções para melhor assistir os pacientes na busca de encontrar meios para estimulá-lo e mantê-lo atento à sua saúde é uma forma de enfrentamento para o problema.

Como ações de intervenção podem ser citadas as seguintes:

- Grupos operativos de apoio com reuniões/encontros regulares;
- Orientações dietéticas (palestras orientadoras);
- Estímulo à prática de exercícios físicos (grupos de caminhada);
- Palestras sobre o manejo da HAS;
- Orientações escritas (cartilhas);
- Melhor capacitação da equipe de saúde para coleta de dados da ficha A;
- Sistematização do atendimento médico e da equipe de saúde.

### Passo 6 – Desenho das operações:

Onde se descrevem as operações para o enfrentamento dos nós críticos identificados, os resultados para cada ação e os recursos necessários para concretizar as operações.

Quadro 21 – Desenho das operações para os “nós críticos” do problema na Unidade de Saúde PSF Recreio Vale do Sol, 2014.

Nós críticos	Operação Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Escolaridade baixa e desinformação da população	Aumentar o nível de conhecimento da população sobre a doença e a importância de se cuidar, mesmo sem apresentar sintomas.	População com mais conhecimento sobre a doença e necessidade de cuidados de prevenção e controle da mesma.	Campanha educativa através de palestras de orientação, distribuição de cartilhas explicativas, dentro de uma programação local da unidade de saúde.	Recursos financeiros para aquisição de materiais educativos como folders, panfletos e cartilhas, material audiovisual.
Fase inicial da doença assintomática	Aumentar o nível de conhecimento da população sobre a doença e a importância de se cuidar, mesmo sem apresentar sintomas.	População com mais conhecimento sobre a doença e necessidade de cuidados de prevenção e controle da mesma.	Campanha educativa através de palestras de orientação, distribuição de cartilhas explicativas, dentro de uma programação local da unidade de saúde.	Recursos financeiros para aquisição de materiais educativos como folders, panfletos e cartilhas, material audiovisual.
Hábitos de vida inadequados	Promoção à saúde. Modificar hábitos de vida inadequados, estimulando prática de exercícios físicos e dieta balanceada.	Diminuir o número de indivíduos sedentários, obesos, tabagistas e etilistas, refletindo em melhora nos níveis pressóricos.	Programa de caminhada orientada pela equipe de saúde e campanhas educativas.	Adquirir folhetos educativos e recursos audiovisuais para a campanha educativa. Disponibilidade da equipe de saúde para organizar as caminhadas.

Dificuldade em seguir uma dieta planejada	Orientação sobre dieta adequada, (hipossódica, hipolipídica e hipocalórica).	Conscientizar a população quanto ao efeito prejudicial da dieta hiperssódica na elevação da pressão arterial	Orientações dietéticas através de palestras orientadoras e apoio do nutricionista do NASF.	Organizar Campanha de orientação e recursos financeiros para compra de material usado na campanha educativa.
Dados insuficientes do SIAB e das fichas A.	Ter em mãos dados mais reais e atuais para uma análise correta da situação.	Melhorar a estrutura dos serviços com capacitação dos profissionais.	Orientar e capacitar toda a equipe de saúde para uma rotineira coleta de dados na ficha A, de forma completa e encaminhar esses dados ao SIAB.	Agendar reuniões da equipe, disponibilidade dos membros da equipe.

### Passo 7 – Identificação dos recursos críticos

Identificar os recursos críticos, que são os recursos indispensáveis para executar as operações e que não estão disponíveis.

Quadro 22 – Identificação dos recursos críticos na Unidade de Saúde PSF Recreio Vale do Sol, 2014.

Operação/Projeto	Recursos críticos
Aumentar o nível de conhecimento da população.	<b>Financeiro</b> → aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos. <b>Político</b> → articulação entre os setores de saúde e adesão dos profissionais. <b>Organizacional</b> → agendamento de horários para as campanhas educativas.
Ter em mãos dados mais reais e atuais para uma análise correta da situação.	<b>Organizacional</b> → agendamento de horários para reorganização dos dados populacionais pela equipe de saúde. <b>Político</b> → decisão de melhor estruturação dos sistemas de dados.

Hábitos de vida inadequados	<p><b>Organizacional</b> → agendamento de horários regulares para as caminhadas.</p> <p><b>Político</b> → decisão e adesão da população.</p>
-----------------------------	--

### Passo 8– Análise da viabilidade do plano

Tem como objetivo identificar quais os atores que controlam os recursos críticos necessários para executar as operações propostas e analisar a motivação desses atores em relação aos objetivos que as operações pretendem.

Quadro 23 – Propostas de ações para a motivação dos atores na Unidade de Saúde PSF Recreio Vale do Sol, 2014.

Operações /Projetos	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ação estratégica
Aumentar o nível de conhecimento da população	<p><u>Financeiro</u> → aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.</p> <p><u>Político</u> → articulação entre os setores de saúde e adesão dos profissionais.</p> <p><u>Organizacional</u> → agendamento de horários para as campanhas educativas.</p>	<p>Secretaria municipal de saúde.</p> <p>Coordenação da Atenção Básica.</p> <p>Profissionais de saúde da equipe.</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	Apresentar o projeto para a Secretaria Municipal de saúde e para a equipe de saúde da atenção básica da unidade Recreio Vale do Sol
Ter em mãos dados mais reais e atuais para uma análise correta da situação.	<p><u>Organizacional</u> → agendamento de horários para reorganização dos dados populacionais pela equipe de saúde.</p> <p><u>Político</u> → decisão de melhor estruturar</p>	<p>SIAB</p> <p>Equipe de saúde da Unidade Recreio Vale do Sol</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	Não é necessária

	sistema de dados.			
Hábitos de vida inadequados	<u>Organizacional</u> → agendamento de horários regulares para as caminhadas  <u>Político</u> → decisão e adesão da população	Profissionais de saúde da equipe	Favorável	Apresentar o projeto à Equipe da unidade.

### Passo 9 – Elaboração do plano operativo do projeto de intervenção

Esse passo consiste em designar os responsáveis pelos projetos e estabelecer os prazos para o cumprimento das ações.

Quadro 24 – Plano Operativo na Unidade de Saúde PSF Recreio Vale do Sol, 2014.

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Aumentar o nível de conhecimento da população sobre a HAS. (Educação em Saúde)	População consciente sobre os aspectos relacionados a fisiopatologia da HAS, assim como a necessidade de cuidados de prevenção e controle da mesma.	Campanha educativa através de palestras de orientação, material audiovisual, distribuição de cartilhas explicativas, dentro de uma programação local da unidade de saúde.	Apresentar o projeto para a Secretaria Municipal de saúde e para a equipe de saúde da atenção básica da unidade Recreio Vale do Sol.	Equipe de Saúde da Unidade PSF Recreio Vale do Sol, com apoio da Secretaria Municipal de saúde.	Apresentar o projeto em três meses e iniciar as atividades o mais breve possível e, após seu início, passar por avaliação a cada seis meses.
Ter em mãos dados mais reais e atuais para uma análise correta da situação. (Atualização de Dados)	Melhorar a estrutura dos serviços com capacitação dos profissionais da equipe de saúde e NASF.	Orientar e capacitar toda a equipe de saúde para uma rotineira coleta de dados nos prontuários dos pacientes e posterior cadastro	Reuniões regulares entre os membros da equipe com capacitação profissional.	Equipe de Saúde da Unidade PSF Recreio Vale do Sol, equipe do NASF. Secretaria Municipal de	Iniciar imediatamente o registro cuidadoso de todos os dados dos pacientes para que em um total de seis meses já se tenham todos os

		na ficha A.		Saúde.	prontuários com dados completos e atualizados.
Hábitos de vida inadequados (Estímulo a Saúde)	Diminuir o número de indivíduos sedentários, obesos, tabagistas e etilistas, refletindo em melhora nos níveis pressóricos.	Programa de caminhadas regulares orientadas pela equipe, acompanhamento pela equipe do NASF (nutricionista e fisioterapeuta), campanhas educativas e orientações em consultas médicas.	Apresentar o projeto para a equipe de saúde da unidade Recreio Vale do Sol.	Equipe de Saúde da Unidade PSF Recreio Vale do Sol, equipe do NASF.	Apresentar o projeto em três meses e iniciar as atividades o mais breve possível, com acompanhamento mensal dos pacientes.

### Passo 10 – Gestão do plano

Para que o plano de ação possa resultar em positivo, há a necessidade de uma gestão adequada do mesmo, onde se possa coordenar e acompanhar a execução das operações e também garantir uma eficiente utilização dos recursos.

Quadro 25- Plano de gestão na Unidade de Saúde Recreio Vale do Sol, 2014.

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa
Campanhas educativas	Equipe de saúde da família	Três meses	Projeto implantado, mas com falhas.	Falta de adesão da população; Ausência de recursos financeiros municipais.
Dados das fichas e prontuários completos e atualizados	SIAB; Equipe de saúde da família	Início imediato	Implantado.	Capacitação adequada da equipe.
Hábitos de vida inadequados	Equipe de saúde da família	Projeto apresentado em três meses; Início precoce	Implantado, com certas dificuldades	Acompanhamento adequado dos pacientes hipertensos, com certa dificuldade de adesão em

				casos particulares.
--	--	--	--	------------------------

## **2- JUSTIFICATIVA**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) não controlada pode levar a complicações graves como AVE (Acidente Vascular Encefálico), IAM (Infarto Agudo do Miocárdio) e doença renal crônica terminal, assim como complicações microvasculares em todo o organismo, sendo considerada principal causa de morbimortalidade na população por agravos crônicos não transmissíveis. O seu controle está diretamente relacionado à abordagem terapêutica da equipe de saúde da família, disponibilidade de recursos e principalmente a adesão do paciente ao tratamento medicamentoso e não-medicamentoso.

Numa análise de dados da população adscrita à Unidade de Saúde PSF Recreio Vale do Sol, verificou-se um alto índice de pacientes hipertensos que não aderem ao tratamento, sendo esse um grande desafio que a equipe enfrenta. Diante disso, percebeu-se a necessidade da realização de um projeto de intervenção, na busca de conscientizar o paciente hipertenso sobre a importância da adesão ao tratamento no controle da pressão arterial e na prevenção de agravos da doença cardiovascular, proporcionando assim uma maior longevidade e qualidade de vida a estes pacientes.

### **3- OBJETIVOS**

#### **3-1- Objetivo geral**

Elaborar uma proposta de intervenção para a sistematização do atendimento aos hipertensos de acordo com a realidade da comunidade adscrita, além da conscientização dos mesmos sobre a importância da adesão ao tratamento. Dessa maneira, pode-se contribuir na melhora da qualidade de vida dos portadores de HAS e na diminuição de suas complicações cardiovasculares.

#### **3-2- Objetivos específicos**

1. Realizar um levantamento inicial do perfil dos pacientes adscritos, buscando identificar os verdadeiros portadores de HAS;
2. Atualizar os dados das fichas do SIAB com as informações obtidas no levantamento;
3. Sistematizar o atendimento inicial ao paciente portador de HAS, instituindo terapêutica adequada;
4. Orientar a população hipertensa quanto à importância da adesão ao tratamento e controle regular da pressão arterial (educação em saúde);
5. Incentivar a prática de exercícios físicos e controle dietético (mudança do estilo de vida dos pacientes).

## 4- REVISÃO DE LITERATURA

### 4-1. Generalidades sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônico-degenerativa, multifatorial, assintomática, de evolução lenta e progressiva que pode prejudicar a função de órgãos nobres como coração, cérebro, rins e olhos. Ela pode produzir lesões em indivíduos em idade precoce e, portanto, produtiva, ocasionando altos custos socioeconômicos. Seu tratamento é longo e contínuo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

É crescente o número de portadores de HAS no Brasil e seu aparecimento está cada vez mais precoce, calculando-se em 4% o número das crianças e adolescentes portadoras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

É considerada Hipertensão Arterial a pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão diastólica maior ou igual a 90 mmHg, nos indivíduos que não estão sob o uso da medicação anti-hipertensiva. Seu diagnóstico é feito com detalhada anamnese e exame físico, associados a duas ou mais mensurações pressóricas com valores maiores ou iguais a 140/90 mmHg, em dias e horários diferentes, em indivíduos acima dos 18 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O quadro 26 apresenta a classificação da pressão arterial para adultos com mais de 18 anos segundo as SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (2010).

Quadro 26- Classificação da pressão arterial em adultos.

CLASSIFICAÇÃO	PAS (mmHg)	PAD(mmHg)
NORMAL	<120	<80
PRÉ-HIPERTENSÃO	120-139	80-89
ESTÁGIO 1	140-159	90-99
ESTÁGIO 2	≥160	≥100

PAS- pressão arterial sistólica PAD- pressão arterial diastólica.

Um dos maiores desafios está em detectar o mais precocemente possível a HAS, o que é conseguido com a apropriada aferição da pressão arterial. O profissional de saúde deve realizar a aferição como medida preventiva no exame clínico de rotina. Esse procedimento detecta indivíduos assintomáticos com níveis elevados de pressão, permitindo assim o início precoce do tratamento (CONCEIÇÃO et al., 2006).

Há necessidade de prudência antes de se rotular um paciente como hipertenso, pelo risco de um diagnóstico falso-positivo, evitando-se assim a ocorrência da “hipertensão do avental branco”, quando ocorre a elevação da pressão do indivíduo ante a presença do profissional de saúde no momento da aferição da mesma. Da mesma forma, mensurações após ingestão de álcool e café, por exemplo, sem o devido repouso prévio, podem proporcionar superestimativas relativas aos valores verdadeiros (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O tratamento para a HAS é farmacológico, com o uso de um só medicamento ou a associação de dois ou mais, e também não farmacológico, através das mudanças dos hábitos de vida e prática de atividades físicas aeróbicas regulares. (LOPES; BARRETO-FILHO; RICCIO, 2003).

O tratamento não farmacológico consiste no controle de peso, adoção de hábitos alimentares saudáveis, redução do consumo de bebidas alcoólicas, abandono do tabagismo e a prática de atividades físicas regulares (OLIVEIRA et al., 2013).

No tratamento não farmacológico da HAS, a dieta é um fator de grande importância. Reduzindo-se os teores de sódio (<2,4g/dia, equivalente a 6 gramas de cloreto de sódio) e tendo uma dieta baseada em frutas, legumes, verduras, cereais, leite desnatado, redução das gorduras saturadas como trans e colesterol na dieta, é possível reduzir a pressão arterial em indivíduos hipertensos. Estudos relatam a relação entre o alto consumo de bebida alcoólica e a elevação da pressão arterial. Recomenda-se uma ingestão diária de menos de 30ml/dia de etanol para homens e metade dessa quantidade para mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A influência do tabagismo na pressão arterial é proporcional ao número de cigarros fumados e parece ser maior em mulheres que em homens. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Vários outros aspectos exercem influência na pressão arterial, como a raça, idade, obesidade, uso de anticoncepcionais ou terapia hormonal com estrógenos e associação com comorbidades como diabetes mellitus e dislipidemia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Na raça negra, a gravidade e prevalência da hipertensão arterial são maiores. Em relação ao quesito idade, estima-se que, no Brasil, 65% dos idosos sejam hipertensos e, em alguns pacientes muito idosos é difícil reduzir a pressão abaixo de 140 mmHg, mesmo com boa adesão ao tratamento. A prevalência de hipertensão em crianças e adolescentes pode variar de 2% a 13% e é obrigatório a aferição da pressão arterial a partir de três anos de idade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A hipertensão arterial é duas a três vezes maior em mulheres que fazem uso de anticoncepcional oral, principalmente nas mais idosas e obesas. Para mulheres com mais de 35 anos e fumantes, o uso do anticoncepcional é contra-indicado (SILVA; SOUZA, 2004).

A presença de hipertensão em pacientes diabéticos é duas vezes maior que na população em geral. No diabetes tipo 1 pode haver associação de nefropatia diabética e o controle da pressão arterial é fundamental para o retardo da perda da função renal ( MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

#### **4-2. HAS e adesão ao tratamento**

O termo adesão ao tratamento é relacionado por muitos como adesão do indivíduo ao uso do medicamento prescrito. Entretanto, a adesão refere-se a muitos outros comportamentos inerentes à saúde, que vão além de simplesmente seguir a prescrição de fármacos pelo médico (MANFRONI; OLIVEIRA, 2006).

A problemática da adesão ao tratamento é bem complexa, pois são muitos os fatores que contribuem para tal. Esses fatores podem estar associados à terapêutica (efeitos colaterais dos medicamentos prescritos), ao sistema de saúde e ao indivíduo (LUSTOSA; ALCAIRES; JOSIE, 2011). Os fatores atribuídos ao indivíduo dizem

respeito à percepção que ele tem sobre a hipertensão como doença, sua atitude frente ao fato e sua motivação para buscar um melhor estado de saúde. (CONTIERO et al., 2009).

Em doenças assintomáticas, como é o caso da HAS em seu estágio inicial, a adesão ao tratamento torna-se desafiadora. (LUSTOSA; ALCAIRES; JOSIE, 2011). Assim, a não adesão ao tratamento é um dos maiores problemas no controle da HAS.

Entre outros fatores relacionados ao paciente pode-se citar ainda a ausência de sintomatologia, dificuldades financeiras e a comunicação inadequada entre paciente e médico (GIROTTO, 2008).

Outros fatores que podem influenciar na adesão ou não ao tratamento estariam ligados ao sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico. Nos trabalhos analisados, não se chegou a um consenso em relação a cada um dos fatores acima, pois como foram realizados com amostras diferentes (grupos de pessoas distintos) foram também encontrados resultados diversos (LIMA; MEINERS; SOLER, 2010).

No que se refere ao sistema de saúde cita-se ainda como fatores a dificuldade de acesso ao sistema, tempo de espera *versus* tempo de atendimento, em alguns casos indisponibilidade de medicação na rede básica de saúde e também ao relacionamento com a equipe de saúde (GUSMÃO; MION JR, 2006).

A participação ativa do paciente e dos profissionais de saúde e a coparticipação da família são necessários para o controle da HAS (RUFINO; DRUMMOND; MORAES, 2012). A família constitui-se em um suporte fundamental no auxílio ao cuidado e adesão ao tratamento do paciente, pois ela está presente na preparação da refeição, no lazer e também na rotina do uso de medicamentos.

Observou-se que a adesão ao tratamento é facilitada quando se tem o apoio familiar e social (CONTIERO et al., 2009). O enfermeiro, em sua visita domiciliar, também exerce papel de extrema importância para a adesão ao tratamento, pois ele, na convivência com o paciente, evidenciará suas necessidades e potencialidades, e, através da confiança adquirida, o estimulará a tratar-se.

Dentre os fatores da não adesão ao tratamento da HAS, no que se refere ao uso do medicamento, encontra-se o custo do mesmo e a dificuldade de acesso ao sistema público. (FAVA et al., 2014).

Outro importante fator que interfere na adesão correta ao tratamento está associado ao risco de esquecimento dos horários das doses diárias, muito comum em pacientes idosos ou que residem sozinhos. O contrário também é possível, podendo surgir efeitos exacerbados por superdosagem em pacientes que tomam medicamentos em excesso, além da quantidade prescrita pelo médico assistente. A polifarmácia é frequente dentre os pacientes hipertensos, podendo gerar complicações a partir de interações medicamentosas deletérias (PIERIN; STRELEC; MION JR, 2004) .

Compreende-se a "adesão ao tratamento anti-hipertensivo" como um fenômeno que envolve a participação ativa do paciente no plano terapêutico, considerada como um atributo crítico, uma vez que o paciente não se constitui em um mero cumpridor de recomendações médicas; ao contrário, é visto como sujeito do processo, ou seja, como um ser que toma decisões e assume, juntamente com os profissionais que o assistem, a responsabilidade pelo tratamento (PIERIN; STRELEC; MION JR, 2004).

Assim, por meio da participação ativa, o portador de hipertensão compartilha a responsabilidade pelo sucesso da terapêutica farmacológica e não farmacológica, ou seja, cumpre os pontos do regime de tratamento no que diz respeito ao uso correto dos medicamentos; comparece aos encontros agendados e monitora o plano terapêutico e seus resultados.

## **5- METODOLOGIA**

O projeto de intervenção foi elaborado utilizando-se de três etapas distintas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do plano de ação.

### **5-1- Diagnóstico Situacional do PSF Recreio Vale do Sol**

O método da estimativa rápida (CAMPOS et al., 2010) foi o meio utilizado para se fazer o diagnóstico situacional em saúde da Unidade de Saúde PSF Recreio Vale do Sol, em Alfenas-MG.

As fontes utilizadas no método foram:

1. Registros escritos existentes - Análise dos prontuários dos pacientes atendidos nos últimos seis, observando os principais problemas de saúde da população.
2. Fontes secundárias - Análise dos dados dos consolidados mensais do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).
3. Observação ativa da área - A equipe de saúde realizou observação do ambiente no qual a UBS está inserida, buscando encontrar as causas e possíveis soluções dos problemas encontrados.

A coleta dos dados ocorreu no período de março a dezembro de 2014.

Dentre os principais problemas encontrados na comunidade, destaca-se o número elevado de pacientes portadores de HAS não controlada, associado diretamente a não adesão ao tratamento.

A identificação dos "nós críticos" (CAMPOS et al., 2010), ou seja, causas de um problema que possam sofrer intervenção da equipe dentro de seu espaço de governabilidade, é essencial para resolução do problema abordado. No caso em questão, os "nós críticos" encontrados foram: o baixo nível de escolaridade e informação; Hábitos e estilo de vida inadequados; despreparo familiar; dados desatualizados nas fichas do SIAB; receio em usar medicamentos.

## **5-2- Fundamentação Teórica**

Na segunda etapa foi realizada a Revisão da literatura em bases de dados eletrônicos como a Literatura latino-americana e do Caribe (LILACS); Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde (IBECS), SCIELO, Portal do Ministério da Saúde e Diretrizes de Hipertensão Arterial Sistêmica, sendo considerado os seguintes critérios:

- Estudos científicos (teses, monografias, artigos)
- Idioma: Português/Inglês
- Período: 2001 a 2014
- Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica; Não adesão; Saúde Pública; Estratégia Saúde da Família.

Os estudos selecionados serviram de referência para a contextualização do estudo e para a discussão. Para o levantamento dos problemas foi realizado uma coleta de dados por meio de informações abstraídas durante as consultas médica e de enfermagem e, além disso, por meio de visitas domiciliares realizadas pelo médico da unidade e pelos agentes comunitários de saúde (ACS).

## **5-3- Plano de Ação**

Na terceira etapa, a elaboração do projeto de intervenção foi realizado utilizando-se o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) simplificado (CAMPOS et al., 2010), que se baseia em três fundamentos teóricos:

1. Projeto de governo - Plano que a equipe pretende realizar para alcançar seus objetivos.
2. Governabilidade - Recursos que a equipe controla ou não e que são necessários para execução do plano.
3. Capacidade de governo - Experiência e acúmulo de conhecimento da equipe, que são necessário para implementação do plano.

## **6- CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o seu tratamento adequado envolvem uma multiplicidade de fatores extremamente complexos, que exigem de todos os envolvidos o emprego de estratégias combinadas que dêem conta dessas complexidades. Em se tratando da adesão ao tratamento, percebe-se que há inúmeras questões envolvidas no sucesso ou no fracasso em obtê-la.

O projeto de intervenção proposto teve o objetivo de implantar métodos para estimular a adesão ao tratamento da HAS, através do adequado esclarecimento de dúvidas dos pacientes acerca da doença, da elucidação de riscos e das complicações quando não tratados corretamente e do estímulo a hábitos de vida saudáveis. Tudo isso foi construído de modo que o paciente participe do processo terapêutico e compreenda a real preocupação da equipe de saúde da família do PSF Recreio Vale do Sol com sua condição clínica.

A partir de uma efetiva atualização de dados e através da criação de grupos operativos, palestras educativas e acompanhamento regular, a equipe de saúde da família, apoiada pelos profissionais do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), almeja maior conscientização da população adscrita e, conseqüentemente, maior adesão e sucesso no tratamento da HAS. Dessa maneira, o paciente hipertenso poderá controlar seus níveis pressóricos desfrutando de maior qualidade de vida e conseguirá evitar complicações/sequelas cardiovasculares potencialmente irreversíveis.

## 7- REFERÊNCIAS

1. CONCEICÃO, T.V.; GOMES, .FA.; TAUIL, P.L.; ROSA, T.T. Valores de pressão arterial e suas associações com fatores de risco cardiovasculares em servidores da Universidade de Brasília. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.86, n.1, p. 26-31, 2006.
2. CONTIERO, A.P. et al. Idoso com Hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enfer.**, Porto Alegre (RS), v.30, n.1, p.62-70, 2009.
3. FAVA, S.M.C.L.; TERAOKA.E.C.; OLIVEIRA, A.S.; CALIXTO, A.A.T.F.; EID, L.P.; VEIGA, E.V. Fatores relacionados à adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Rene**, v.15, n.2, p. 354-61, 2014.
4. GIROTTTO, E.; ANDRADE, S.M.; CABRERA, M.A.S. Análise de três fontes de informação da atenção básica para o monitoramento da hipertensão arterial. **Epidemiol.Serv.Saúde**, Brasília, v.19, n.2, p. 133-141, 2010.
5. GIROTTTO, E.; ANDRADE, S.M.; CABRERA, M.A.S. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.18, n.6, p.1763-72, 2013.
6. <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil.print/alfenas.mg>- Acesso em 19 jun. de 2014.
7. <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=310160&idtema=108&search=minas-gerais|alfenas|censo-demografico-2010:-resultados-da-amostra-rendimento>.
8. GUSMÃO, J.L.; MION JR, D. Adesão ao tratamento - conceitos. **Rev. Bras. Hipertens.**, v.13, n.1, p. 23-25, 2006.

- 9.LIMA, M.T.; BUCHER, J.S.N.F.; LIMA, J.W.O. A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.4, p. 1079-87, 2004.
- 10.LIMA, T.; MEINERS, M.M.M.A.; SOLER, O. Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, Brasil. **Rev. Pan-Amaz. Saúde**, v.1, n.2, p. 113-120, 2010.
- 11.LOPES, H.F; BARRETO-FILHO, J.A.; RICCIO, G.M.G. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial. **Rev.Soc.Cardiol. estado de São Paulo**, v.13, n.1, p. 148-155, 2003.
- 12.LUSTOSA, M.A.; ALCAIRES, J. C.; JOSIE C. Adesão do paciente ao tratamento no Hospital Geral. **Rev. SBPH**, v. 14, n.2, p. 27-49, 2011.
- 13.MANFRONI, 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. **Rev. Bras. Med. Farm. Com.**, v.2, n.7, p.165-176, 2006.
- 14.\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Plano de reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. **Rev. Saúde Publ.**, v.35, n.6, p. 585-88, 2001.
- 15.\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde: produção e disseminação de informações sobre saúde no Brasil. Brasília: MS; 2009.
- 16.\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB)- Dados de 2010**, Alfenas-MG, 2010.
- 17.\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica nº 15**. Hipertensão Arterial Sistêmica.Brasília – DF- 2006.

18. OLIVEIRA, T.L.; MIRANDA, L.P.; FERNANDES, P.S.; CALDEIRA, A.P. Effectiveness of education in health in the non-medication treatment of arterial hypertension. **Acta Paul. Enferm.**, v.26, n.2, p. 179-184, 2013.
19. PASSOS, V.M.A.; ASSIS, T.D.; BARRETO, S.M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 15, n.1, p. 35-45, 2006.
20. PIERIN, A.M.G.; STRELEC, M.; MION JR, D. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. São Paulo: Ed., 2004.
21. POZZAN, R.; BRANDAO, A.A.; MAGALHAES, M.E.; FREITAS, E.V.; BRANDAO, A.P. O controle da pressão arterial como questão central no tratamento da hipertensão arterial. **Rev. Bras. Hiperten.**, v.10, n.4, p. 253-59, 2003.
22. \_\_\_\_\_. Prefeitura do município de Alfenas. **Sistema de Informação da Atenção Básica**. Indicadores/dados básicos para avaliação do nível de saúde entre unidades básicas. Alfenas: Prefeitura, 2010.
23. \_\_\_\_\_. Relatórios anuais de gestão do secretário municipal de saúde ano 2013- <http://aplicacao.saude.gov.br/portaltransparencia/index.jsf>- Acesso em 19 de junho de 2014.
24. RUFINO, D.B.R.; DRUMMOND, R.A.T.; MORAES, W.L.D. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde, **J. Health Sci. Inst.**, v.30, n.4, p. 336-42, 2012.
25. \_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Alfenas. Dados de 2013 da Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas (SMS).
26. SILVA, J.L.L.; SOUZA, S.L. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 06, n. 03, p. 330-335, 2004.

27.SILVEIRA, L.M.C.; RIBEIRO, V.M.B. Grupo de adhesión al tratamiento: espacio de “enseñanza” para profesionales de la salud y pacientes . **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.91-104, 2005.

28. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 95, n.1 (supl.1), p.1-51, 2010.

29.SOUZA, W.A.S. et al. Effect of pharmaceutical care on blood pressure control and health-related quality of life in patients with resistant hypertension. **Am. J. Health Syst. Pharm.**, v.64, n.18, p.1955-61, 2007.