

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

**ANDERSON KLEM SILVEIRA**

**HIPERTENSÃO ARTERIAL NÃO CONTROLADA:  
INTERVINDO ALÉM DAS RECEITAS**

Montes Claros / MG  
2014

ANDERSON KLEM SILVEIRA

**HIPERTENSÃO ARTERIAL NÃO CONTROLADA:  
INTERVINDO ALÉM DAS RECEITAS**

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: Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

Montes Claros / MG  
2014

ANDERSON KLEM SILVEIRA

**HIPERTENSÃO ARTERIAL NÃO CONTROLADA:  
INTERVINDO ALÉM DAS RECEITAS**

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: Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

Banca Examinadora

Prof. Antônio Leite Alves Radicchi - Orientador

Prof<sup>a</sup>. Ana Cláudia Porfírio Couto - Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte, 22/03/2014

## RESUMO

Este trabalho apresenta uma proposta de intervenção, para a equipe Verde de Saúde da Família de Cônego Marinho/MG, com o objetivo de atuar sobre o grande número de pacientes hipertensos com a pressão arterial não controlada residentes no território. Utilizou-se do método de planejamento denominado Planejamento Estratégico Situacional e através da Estimativa Rápida foram coletados dados sobre a realidade do município e do território, elaborando-se uma lista de problemas. Após uma etapa de priorização, levando-se em conta a urgência, importância e capacidade de enfrentamento, foi escolhido o problema a ser abordado. Diante da relevância da Hipertensão Arterial Sistêmica, considerada hoje como um dos principais problemas de saúde pública, e de suas temidas complicações, tornou-se viável planejar ações que interfiram em seus fatores de risco e agravantes, buscando-se maior aderência ao tratamento e conseqüente controle da pressão arterial. Estudos mostram que os índices de hipertensos controlados em geral são baixos e estão relacionados principalmente à aderência ao tratamento (tanto farmacológico como não farmacológico). Procurou-se, então, definir quais as causas desse problema presentes no território e propor estratégias de ação que mobilizem os atores envolvidos (população, profissionais e gestores) em direção à melhoria das condições de saúde.

**Palavras-chave:** Hipertensão. Tratamento. Adesão. Saúde da Família.

## **ABSTRACT**

This paper presents a proposal for intervention, for Green Family Health Team in Cônego Marinho/MG, with the goal of influencing the large number of hypertensive patients with uncontrolled blood pressure residing in the territory. We used the method of planning called Situational Strategic Planning and through Rapid Estimate, data on the reality of the city and territory were collected, by creating a list of problems. After a prioritization step, taking into consideration the urgency, importance and capacity of confrontation, it was chosen the problem to be approached. Given the importance of Hypertension, today considered as a major public health problem, and its dreaded complications, has become feasible plan actions that interfere with their risk factors and aggravating, seeking greater treatment adherence and consequent blood pressure control. Studies show that rates of controlled hypertension in general are low and are mainly related to adherence to treatment (both pharmacological and non-pharmacological). Then we tried to define what causes the condition in the territory and propose action strategies that mobilize the stakeholders (people, professionals and managers) towards the improvement of health conditions.

**Key-words:** Hypertension. Treatment. Adhesion. Family Health.

## LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
DCV	Doença Cardiovascular
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
mmHg	Milímetro de Mercúrio
PA	Pressão Arterial
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PPI	Programação Pactuada Integrada
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SES/MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>08</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>10</b>
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>11</b>
<b>3.1 OBJETIVO GERAL .....</b>	<b>11</b>
<b>3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....</b>	<b>11</b>
<b>4 MÉTODOS .....</b>	<b>12</b>
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>15</b>
<b>6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>20</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>26</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>27</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O município de Cônego Marinho, localizado na Região Norte do Estado de Minas Gerais, apresenta uma população total de 7.101 habitantes (IBGE, 2010), sendo que a maior parte dessa população (62%) reside na zona rural (SIAB, 2013).

Trata-se de um município de pequeno porte, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual a 0,64 (Cônego Marinho, 2009), cujas atividades econômicas predominantes são agricultura e pecuária.

Em relação à área da saúde, no município não há hospital, sendo que os casos de urgência e emergência são estabilizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e encaminhados, posteriormente, para Januária, município pólo da região de saúde. As consultas especializadas são referenciadas para o Consórcio Intermunicipal de Saúde Alto médio São Francisco, Centro Viva Vida de Januária, para outros municípios através da Programação Pactuada Integrada (PPI) e para clínicas particulares por meio de convênio. O município conta com uma Farmácia de Minas, que garante o acesso da população a medicamentos da Atenção Primária à Saúde por meio da estruturação da Rede Estadual de Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS). A Estratégia Saúde da Família existe desde o ano de 2001, sendo que o município conta atualmente com três equipes de Saúde da Família (ESF): uma alocada na zona urbana, onde há atendimento médico e de enfermagem diariamente, e duas na zona rural, onde os profissionais da equipe deslocam-se diariamente da UBS sede para prestarem atendimento nas comunidades, realizando um revezamento entre uma localidade e outra.

Neste contexto, a ESF Verde é responsável por uma área que abrange a zona rural e que é composta por sete comunidades distantes umas das outras: Cabeceira de Macaúbas, Poção, São José de Macaúbas, Forquilha, Dourados, Queimada Grande e Curral Velho. O acesso a essas comunidades, exceto Poção, ocorre por meio de estradas de terra, muito arenosas e estreitas, sendo que por várias vezes, o carro que conduzia a equipe atolou nos bancos de areia mesmo no tempo de estiagem.

Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (2013), o número de famílias cadastradas nesta área é de 550, totalizando 2293 pessoas. A quantidade de homens é praticamente a mesma de mulheres, sendo que 35% da



população encontram-se na faixa etária acima dos 40 anos, grupo responsável pela maioria dos atendimentos médicos da equipe (60%).

A estrutura de saneamento nessa área é precária, sendo que praticamente não existe sistema de esgoto (a destinação das fezes e urina é feita para fossas em 56% dos casos e em 43% é em céu aberto) e a coleta pública de lixo alcança apenas 20% da população (SIAB, 2013). O abastecimento de água é feito através de poços artesianos e riachos que passam pela região. Tal situação contextualiza a alta prevalência de doenças infecto-parasitárias na área, sendo que a comunidade São José de Macaúbas é considerada área endêmica de esquistossomose.

A população vive basicamente da agropecuária de subsistência, além de a administração pública municipal empregar alguns dos moradores. Observa-se também a presença de vários alambiques para produção de cachaça.

Por meio do diagnóstico situacional dessa área, a ESF Verde identificou os seguintes problemas: alto percentual de hipertensos com a pressão arterial (PA) não controlada, ausência de tratamento da água disponível para consumo, falta de banheiro nas casas, dificuldade de acesso às unidades de saúde tanto por deficiência no sistema de transporte quanto por estradas ruins, alcoolismo, e dificuldade de acesso a exames complementares e consultas especializadas (na maioria dos casos não são gratuitos).

Após uma etapa de priorização, o problema considerado prioritário pela equipe foi "alto percentual de hipertensos com a pressão arterial não controlada".

## 2 JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica, de evolução lenta e permanente, considerada como um dos principais fatores de risco modificáveis, com altas taxas de prevalência e baixas taxas de controle, estando associada a importantes comorbidades e mortalidade cardiovasculares e cerebrovasculares, sendo, portanto, um problema de saúde pública (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Segundo Manfroi e Oliveira (2006) o controle e acompanhamento de forma continuada "é essencial e visa à prevenção de alterações irreversíveis no organismo e relacionadas à morbimortalidade associadas à doença, exigindo, portanto, ações nos níveis individual e coletivo".

Desta forma, considerando a existência de um alto percentual de hipertensos não controlados no território de abrangência da ESF Verde, o risco que essas pessoas se encontram de desenvolverem complicações por vezes incapacitantes e até fatais e o caráter modificável da doença, torna-se necessário a elaboração de um projeto de intervenção com vistas a reduzir o percentual de hipertensos não controlados nessa área.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Reduzir o percentual de hipertensos não controlados da área de abrangência da ESF Verde do município de Cônego Marinho-MG de 70% para 50% em um ano.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Auxiliar o indivíduo com HAS a promover mudanças dos seus hábitos de vida.
- Conscientizar a população sobre malefícios do tabagismo e etilismo e promover grupos operativos sobre os temas.
- Promover o vínculo dos usuários à Equipe de Saúde da Família, garantindo-lhes acesso e acompanhamento sistemático.
- Capacitar profissionais e reorganizar o serviço, criando agenda programada.
- Aumentar o nível de informação dos usuários hipertensos e de seus familiares quanto a características da doença, abordagens terapêuticas, importância da adesão ao tratamento, complicações possíveis, posologia e efeitos colaterais das medicações.
- Conseguir, junto à Secretaria Municipal de Saúde, a liberação para realização gratuita de exames de avaliação laboratorial básica.

## 4 MÉTODOS

Para o desenvolvimento deste trabalho foi utilizado o método de planejamento denominado Planejamento Estratégico Situacional (PES), elaborado por Carlos Matus, o qual implica no desenvolvimento do planejamento de forma participativa, incluindo a população como ator social, com o intuito de identificar as demandas, as sugestões e as posições de todos os atores frente a uma situação e possibilitar uma negociação levando em conta as diferenças existentes (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Matus propõe a ideia de momentos do processo de planejamento que incluem o momento explicativo, o momento normativo, o momento estratégico e o momento tático-operacional (MATUS, 1989;1993 *apud* CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.28).

No momento explicativo busca-se conhecer a realidade atual, a situação atual, identificando seus problemas, priorizando-os e buscando suas causas. Nesta etapa foi feito o diagnóstico situacional em saúde da área de abrangência da equipe Verde por meio da Estimativa Rápida. Segundo Campos, Faria e Santos (2010, p.36) este método constitui-se em

um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo.

Para a coleta das informações foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 17 informantes-chaves, escolhidos pelos agentes comunitários de saúde, utilizando um roteiro desenhado por toda a equipe de saúde, feitas observações diretas do território e utilizados dados secundários obtidos em registros próprios da equipe e relatórios do SIAB. Assim, foram identificados os principais problemas do território e estes foram submetidos a uma etapa de priorização em uma reunião com toda a equipe, considerando os critérios de importância, urgência e capacidade de enfrentamento. Escolhido o problema prioritário, identificou-se as suas causas e os "nós críticos" (causas consideradas mais importantes na geração do problema e sobre as quais uma intervenção pode de fato transformar o problema).

No momento seguinte, o normativo, é onde se inicia a elaboração de propostas de solução, tomando como objeto a ser transformado os problemas

priorizados e suas causas principais. Aqui se iniciou a criação de operações e projetos abordando cada um dos nós críticos escolhidos para o problema "alto percentual de hipertensos com a PA não controlada", estabelecendo os resultados e produtos esperados com o projeto e os recursos necessários para executá-los.

No momento estratégico busca-se analisar a viabilidade das propostas de solução (operações/projetos), identificando os recursos que o ator que planeja (a equipe de saúde) não dispõe e os atores sociais que controlam esses recursos necessários e suas motivações quanto ao plano, se são favoráveis, indiferentes ou contrários à sua execução. Considerando que há diversos interesses em jogo, essa etapa adquire um valor importante na formulação de estratégias para tornar o plano viável e alcançar seus objetivos.

Por fim, no momento tático-operacional ocorre a execução do plano definindo os responsáveis por cada operação/projeto, não sendo necessariamente os que devem executá-los, mas coordenar para que tudo ocorra como planejado, além de estabelecer os prazos para cumprimento das tarefas. Concomitantemente são definidos e implementados o modelo de gestão (um sistema que visa coordenar e acompanhar as ações de modo a permitir que quem planeja esteja atualizado e mantenha um olhar crítico quanto ao andamento do plano, favorecendo a tomada de novos rumos, se necessário) e os instrumentos de avaliação e monitoramento do plano (utilizando-se de indicadores relacionados ao problema, com o objetivo de avaliar a relação entre objetivos propostos e resultados obtidos, identificando o real impacto causado pelas ações tanto durante seu desenvolvimento quanto após seu término).

Durante o processo de planejamento, a equipe de saúde passou por esses momentos, desenvolvendo cada um dos passos necessários em suas reuniões, até concluir o plano operativo.

As referências para a revisão da literatura foram selecionadas a partir de uma busca por artigos científicos nas bases de dados *LILACS* e *SciELO* e por publicações da Sociedade Brasileira de Cardiologia e da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Foi feita uma leitura seletiva de materiais direcionados para o tema em estudo. O levantamento bibliográfico abrangeu um recorte temporal das publicações entre os anos de 2001 a 2013, no idioma português, independente dos delineamentos metodológicos utilizados pelos autores.

Posteriormente, compilou-se as principais informações, seguidas de uma análise descritiva das mesmas e da elaboração do referencial teórico.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada pela elevação dos níveis tensionais acima dos parâmetros normais da pressão arterial sistêmica, associando-se frequentemente a lesões de órgão-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010; FORTES; LOPES, 2004).

Inquéritos populacionais brasileiros apontaram uma prevalência acima de 30% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010), assim como aumento da prevalência associada ao envelhecimento, chegando a 75% em indivíduos com idade acima dos 70 anos e, em Minas Gerais, a Secretaria de Estado de Saúde (SES/MG) estima prevalência de 20% em sua população com idade igual ou superior a 20 anos (SES/MG, 2013). Em se tratando de gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

A hipertensão é um fator de risco isolado para as doenças cardiovasculares (DCV), as quais são a maior causa de morte na maioria dos países ocidentais, inclusive no Brasil (COELHO *et al.*, 2005). Além disso, ocorre aumento progressivo da mortalidade por DCV com a elevação da PA a partir de 115/75mmHg de forma linear, contínua e independente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Dessa forma, torna-se importante diagnosticar corretamente a doença, com vistas a atuar sobre seus fatores determinantes e agravantes. Utiliza-se como parâmetro a classificação da pressão arterial de acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (Tabela-01).

Dentre os fatores de risco para HAS encontram-se: idade (aumento da prevalência com o envelhecimento), gênero e etnia (mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da 5ª década; duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca), sobrepeso e obesidade (associação com HAS desde

idades jovens), ingestão de sal (ingestão excessiva de sódio leva a aumento da PA e a restrição de sódio tem efeito hipotensor), uso excessivo de álcool (ingestão de álcool por longos períodos de tempo pode aumentar a PA e a mortalidade cardiovascular em geral), sedentarismo (atividade física reduz a incidência de HAS, bem como a mortalidade e o risco de DCV), fatores socioeconômicos (difícil de se estabelecer sua influência; no Brasil há predomínio entre indivíduos de baixa escolaridade) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010; SES/MG, 2013). Lessa (2006) destacou que muitos dos fatores de risco para HAS são modificáveis o que a torna evitável em grande parte dos casos ou permite grandes chances de controle, se já estabelecida.

**Tabela 01 - Classificação da pressão arterial para indivíduos acima de 18 anos**

Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limitrofe	130 - 139	85 - 89
Hipertensão estágio 1	140 - 159	90 - 99
Hipertensão estágio 2	160 - 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

FONTE: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010

Já é consagrado na literatura que o tratamento da HAS reduz, significativamente, o risco de complicações cardiovasculares (COELHO *et al.*, 2005) e envolve medidas farmacológicas e não farmacológicas. Em relação aos cuidados não farmacológicos, os objetivos referem-se a mudanças no estilo de vida, incluindo os cuidados com dieta com restrição de sal, redução de peso, atividade física regular, abandono do tabagismo e do álcool (MANFROI; OLIVEIRA, 2006). Quanto às medidas farmacológicas elas envolvem drogas anti-hipertensivas, de várias



classes terapêuticas, com mecanismos de ação, potência, posologia, efeitos colaterais e indicações diferentes, devendo ser usadas de maneira personalizada.

Entretanto, apesar de as opções terapêuticas serem bem difundidas e conhecidas entre os trabalhadores da área da saúde, as cifras de hipertensos com a pressão arterial controlada são baixas e o tema "aderência ou adesão ao tratamento" é bastante discutido na literatura. Entende-se por adesão ao tratamento o grau de concordância entre as recomendações do prestador de cuidados de saúde e o comportamento do paciente em relação ao regime terapêutico proposto (DELGADO; LIMA, 2001). Fortes e Lopes (2004) citam como principais motivos para o controle adequado da pressão arterial: a aderência ao tratamento a longo prazo por parte do paciente, a aceitação das modificações de seu estilo de vida e tratamento farmacológico apropriado.

Na área de abrangência da ESF Verde em Cônego Marinho o percentual de portadores de HAS com PA não controlada (140x90) chega a 70%, fato esse que não foge à realidade de outras localidades. Coelho *et al.* (2005) encontraram, em seu estudo realizado em um ambulatório especializado de Ribeirão Preto/SP, uma taxa de 33% de controle da PA entre aqueles que eram assíduos às consultas. Tanto Coelho *et al.* (2005) quanto Lessa (2006) também citaram em seus trabalhos dados americanos do National Health and Nutrition Examination Survey, mostrando patamar máximo de hipertensos controlados em 30%.

Outros dados importantes que se relacionam com o baixo controle da PA referem-se ao abandono do tratamento. Cerca de 16 a 50% descontinuem a medicação anti-hipertensiva durante o primeiro ano de uso, e um número substancial daqueles que permanecem em uso da medicação o fazem de modo inadequado (ANDRADE *et al.*, 2002). Castro *et al.* (2006), através de uma coorte de pacientes hipertensos, observaram o abandono do acompanhamento ambulatorial regular na ordem de 45%. Em sua coorte transversal, realizada em Barbacena/MG, Gilsogamo *et al.* (2008) detectaram que aproximadamente 50% dos entrevistados descontinuaram o tratamento no primeiro ano de diagnóstico.

Sabendo disso, Manfroi e Oliveira (2006) realizaram uma pesquisa qualitativa em Porto Alegre/RS para avaliar os fatores envolvidos na dificuldade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo sob o ponto de vista do paciente. Os resultados foram interessantes e refletem uma realidade frequente no Brasil (Quadro-01).

### Quadro 01 - Questões que dificultam a adesão ao tratamento anti-hipertensivo

---

Fase inicial assintomática

---

Uso de medicamento somente quando pensam que a pressão está elevada (relacionam o aumento a sintomas que creem ser ligados à HAS, como cefaleia, náuseas, ou quando “ficam nervosos”)

---

Impressão de cura com conseqüente abandono dos fármacos, quando, na realidade, a pressão está controlada

---

Desgosto de ter de tomar remédios continuamente, de ser “dependentes” deles

---

Sintomas adversos dos fármacos como disfunção erétil e tosse

---

Dieta hipossódica é difícil de ser seguida, principalmente pelo fato de os familiares terem de se habituar a ela

---

Necessidade de consultas médicas mensais para fornecimento de prescrições para a retirada do medicamento na unidade de saúde

---

Falta de medicamento gratuito na unidade de saúde, em algumas instâncias

---

Alguns pacientes ficam “escravos” dos horários da tomada de medicamentos, o que dificulta sua rotina diária

---

FONTE: MANFROI; OLIVEIRA, 2006

Não é ignorada a existência de outros fatores que dificultam o tratamento como a presença de hipertensão secundária, substâncias exógenas, que aumentam a pressão ou interferem com os medicamentos administrados, tratamento inadequado ou outros fatores que levam a não aderência. Todavia vale ressaltar que em 50% dos casos de hipertensão refratária, tem sido identificada falha dos pacientes em utilizar as drogas recomendadas (COELHO *et al.*, 2005).

Como dito por Lima; Soler e Meiners (2010, p.114): "Melhorar a adesão ao tratamento é prevenir complicações e agravos das doenças, proporcionando qualidade de vida aos pacientes".

Portanto, é importante orientar e educar os pacientes sobre sua patologia, possíveis complicações, tratamento e importância a adesão deste, além de individualizar a orientação do paciente conforme seu vocabulário, condições socioeconômicas e atividades diárias. De forma semelhante se faz necessário integrar o paciente à unidade de saúde e às atividades propostas pela unidade e comunidade (GILSOGAMO *et al.*, 2008). Manfroi e Oliveira (2006) propõe não somente educar o paciente, mas iniciar uma abordagem terapêutica que inclua uma negociação sobre o tratamento e o seu seguimento partindo das concepções que o

paciente tem a respeito da sua doença, estabelecendo uma parceria entre médico e paciente. Lessa (2006, p.43) lembra ainda que "o controle da HAS se faz com participação ativa do hipertenso e coparticipação da família".

## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Após análise das informações obtidas por meio do diagnóstico situacional a equipe estabeleceu cinco problemas principais, que passaram por uma etapa de priorização segundo os seguintes critérios: importância (alta, média e baixa), urgência (de 0 a 5) e capacidade de enfrentamento (dentro, parcial ou fora). Como produto desta etapa formulou-se a Tabela-02 e foi escolhido o problema prioritário.

**Tabela 02 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da área de abrangência da Equipe Verde em Cônego Marinho/MG**

PROBLEMA	IMPORTÂNCIA	URGÊNCIA (0 a 5)	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO	SELEÇÃO
Alto percentual de hipertensos com PA não controlada	alta	5	parcial	1
Alcoolismo	alta	5	parcial	2
Dificuldade de acesso a exames complementares e consultas especializadas	alta	5	fora	3
Ausência de tratamento de água	alta	5	fora	4
Falta de banheiro nas casas	alta	5	fora	5

Fonte: Equipe Verde de Saúde da Família - Cônego Marinho/MG, 2013

Segundo o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA, 2013), há 174 pessoas hipertensas e 45 hipertensas e diabéticas na área da Equipe Verde. No relatório SSA2 da equipe, referente a junho de 2013, há o registro de 306 hipertensos, sendo 301 acompanhados. Apesar dos dados conflitantes, percebe-se que 9,5 a 13,3% da população são de hipertensos. Desta forma, considerando tais dados, pode-se imaginar que há pacientes não diagnosticados na área, uma vez que a prevalência da HAS no Brasil está acima de

30%. O dado mais chamativo, obtido por registros da equipe, é o fato de cerca de 70% dos hipertensos não estarem com a PA controlada, isto é, apresentarem PA  $\geq$  140/90mmHg.

Como causas desse problema pode-se citar:

- Falha na prevenção primária e detecção precoce da HAS.
- Hipertensão realmente refratária.
- Não adesão ao tratamento medicamentoso: com medo de efeitos colaterais vistos em familiares ou vizinhos; efeitos colaterais que tenha apresentado; dificuldade em obter as medicações; pensar que a associação bebidas alcoólicas/medicamentos pode ser prejudicial, mas preferir a bebida aos anti-hipertensivos.
- Hábitos e estilo de vida inadequados: embora sem dados quantitativos é nítido no território a grande prevalência do tabagismo e do etilismo. Além disso, outros problemas percebidos foram a alimentação inadequada e o sedentarismo.
- Obesidade: também sem dados quantitativos do território, mas é um dentre os principais fatores associados ao desenvolvimento e manutenção de HAS e Diabetes Mellitus (DM).
- Nível de informação: a falta de informações sobre cuidados com a saúde e dieta adequada foi um dos principais problemas citados pela população durante o diagnóstico situacional e está relacionada com hábitos de vida não saudáveis e não adesão ao tratamento. Além disso a falta de conhecimento da população sobre a doença foi relatada pelos agentes comunitários de saúde.
- Acesso a medicações e exames: dentre os principais problemas citados pela população está a dificuldade de conseguir exames propedêuticos e consultas especializadas gratuitamente. Isso associado à baixa renda, leva a um aumento do tempo entre o dia da solicitação de exames e o dia de sua realização. Além disso, por se tratar de zona rural, é frequente a interrupção do tratamento quando as medicações terminam (usuários não compram ou não se deslocam até a cidade para retirá-las na Farmácia de Minas e esperam pela próxima vinda da equipe de saúde à localidade).
- Baixa renda: boa parte da população vive sob condições socioeconômicas ruins, com auxílio de benefícios dados pelo Governo, como Bolsa Família.

Sendo assim, dentre as principais causas, aquelas que foram escolhidas para serem abordadas, principalmente por uma maior possibilidade de intervenção da equipe de saúde, os chamados "nós críticos", foram:

- Hábitos e estilo de vida inadequados.
- Informações/educação em saúde.
- Acesso a consultas, exames e medicações.

As propostas de intervenção específicas para cada nó crítico estão organizadas nos quadros abaixo (Quadro-02, Quadro-03 e Quadro-04).

**Quadro 02 - Proposta de intervenção para o nó crítico "Hábitos e estilo de vida inadequados"**

Operação	Vida com saúde	
Objetivo	Modificar estilo de vida	
Produto esperado / Prazo	1) Programa de caminhada orientada;	1) Início em 2 meses;
	2) Grupos operativos (tabagismo e etilismo);	2) Início em 3 meses;
	3) Oficinas sobre alimentação saudável	3) Início em 3 meses.
Resultados esperados	Redução do número de obesos, tabagistas, etilistas e sedentários que são hipertensos e dos que não são hipertensos	
Recursos necessários	Organizacional (para organizar as caminhadas, grupos e oficinas) Cognitivo (conhecimento sobre os temas e estratégias de comunicação) Financeiro (para aquisição de material educativo) Político (mobilização social e contratação de nutricionista)	
Recursos críticos	a) Financeiro (aquisição de material educativo) b) Político (contratação de nutricionista)	
Atores que controlam os recursos críticos / Motivação	a) Secretaria de Saúde b) Prefeitura Municipal	a) Indiferente b) Indiferente
Ações estratégicas	Apresentar o projeto aos atores sociais	

Responsáveis	Enfermeira e um dos ACS
--------------	-------------------------

Fonte: Equipe Verde de Saúde da Família - Cônego Marinho/MG, 2013

**Quadro 03 - Proposta de intervenção para o nó crítico "Informações/educação em saúde"**

Operação	Aprender para cuidar	
Objetivo	Aumentar o nível de informação da população sobre hipertensão	
Produto esperado / Prazo	1) Avaliação do nível de informação; 2) Programa de saúde escolar; 3) Trabalho com grupos (pacientes e familiares); 4) Capacitação dos ACS's	1) Início em um mês e término em 4 meses; 2) Início em 4 meses; 3) Início em 2 meses; 4) Início em 2 meses e término em 3 meses.
Resultados esperados	População mais informada sobre características da doença, prevenção, tratamento, posologia e efeitos colaterais das medicações, complicações e cuidados, melhorando a adesão ao tratamento e prevenindo novos casos	
Recursos necessários	Organizacional (para organizar o trabalho com grupos e capacitação dos agentes, formular o roteiro para entrevistas e executá-las) Cognitivo (conhecimento sobre os temas e estratégias de comunicação) Financeiro (para aquisição de material educativo) Político (mobilização social, parceria com o setor de educação)	
Recursos críticos	a) Financeiro (aquisição de material educativo) b) Político (parceria com o setor da educação)	
Atores que controlam os recursos críticos / Motivação	a) Secretaria de Saúde b) Secretaria de Educação	a) Indiferente b) Indiferente
Ações estratégicas	Apresentar o projeto aos atores sociais	
Responsáveis	Enfermeira, um dos ACS e Médico	

Fonte: Equipe Verde de Saúde da Família - Cônego Marinho/MG, 2013

**Quadro 04 - Proposta de intervenção para o nó crítico "Acesso a consultas, exames e medicações"**

Operação	Auxílio para sempre	
Objetivo	Facilitar o acesso dos usuários da zona rural aos serviços de saúde	
Produto esperado / Prazo	1) Cadastro atualizado; 2) Agenda programada (03 consultas anuais); 3) Exames laboratoriais gratuitos; 4) Entrega de medicações nas comunidades mais distantes	1) Início em um mês e término em cinco meses; 2) Início após cadastro atualizado; 3 e 4) Um mês para apresentar o projeto e três meses para aprovação e liberação.
Resultados esperados	Medicações de controle sempre disponíveis; acompanhamento regular desses pacientes; garantia de exames (avaliação laboratorial básica).	
Recursos necessários	Organizacional (organizar a agenda, funcionário responsável pela entrega das medicações) Cognitivo (criar cadastro mais detalhado sobre os hipertensos e pré-hipertensos) Financeiro (disponibilizar medicações e exames) Político (parceria com a secretaria municipal de saúde e prefeitura municipal para cobrir o valor dos exames laboratoriais)	
Recursos críticos	a) Organizacional (funcionário responsável pela entrega das medicações) b) Financeiro (disponibilizar medicações e exames) c) Político (parceria com a secretaria municipal de saúde e prefeitura municipal para cobrir o valor dos exames laboratoriais).	
Atores que controlam os recursos críticos / Motivação	a) Equipe de Saúde / Secretaria de Saúde b) Secretaria de Saúde / Fundo Nacional de Saúde	a) Favorável / Indiferente b) Indiferente / Favorável



	c) Secretaria de Saúde / Prefeitura Municipal	c) Indiferente / Indiferente
Ações estratégicas	Apresentar o projeto aos atores sociais	
Responsáveis	Médico e Técnica de Enfermagem	

Fonte: Equipe Verde de Saúde da Família - Cônego Marinho/MG, 2013

Para monitoramento e avaliação das ações propôs-se construir um cadastro individual e coletivo mais detalhado sobre os hipertensos da área, seguindo-se a comparação com a atualização desses registros a cada 6 meses. Dentre as variáveis encontram-se: número de hipertensos cadastrados; estratificação de risco; número de hipertensos controlados (PA < 140/90 mmHg;  $\leq$  130x80 em situações de risco), com aferições da PA mensais; adesão ao grupo de caminhada e grupos operativos; número de hipertensos etilistas, tabagistas e obesos; número de consultas médicas e de enfermagem; aderência ao tratamento medicamentoso (auto referida).

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante do exposto, torna-se evidente que há um grande desafio para a ESF Verde em Cônego Marinho. As variáveis são muitas e boa parte delas não está sob o domínio da equipe. Fatores relacionados ao paciente, aos trabalhadores da área da saúde, ao território e à gestão em saúde, interferem no resultado final de uma proposta de tratamento para HAS.

O estudo sobre o tema trouxe um alívio ao evidenciar que a dificuldade em obter boas taxas de hipertensos controlados não é exclusividade do município e ao mesmo tempo serviu de estímulo para tentar superá-la.

Espera-se que haja amadurecimento da equipe em seu processo de trabalho, na sua maneira de interagir com os pacientes e na forma de direcioná-los ao autocuidado. Mais importante que medicações disponíveis, grupos temáticos e profissionais capacitados é a presença de um paciente que compreende sua responsabilidade e deseja cuidar de sua saúde. Dessa forma, esses outros elementos concorrerão para o seu bem.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. P. *et al.* Aspectos epidemiológicos da aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Campinas, v.79, n.4, p.375-379, 2002.

CAMPOS, F. C. C. de; FARIA, H. P. de; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

CASTRO, M. S. de *et al.* Contribuição da atenção farmacêutica no tratamento de pacientes hipertensos. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.13, n.3, p.198-202, 2006.

COELHO, E. B. *et al.* Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos. **Arquivos Brasileiro de Cardiologia**, Ribeirão Preto, v.85, n.3, p.157-161, 2005.

CÔNEGO MARINHO. **Plano Municipal de Saúde de Cônego Marinho 2010-2013**. Cônego Marinho, 2009.

DELGADO, A. B.; LIMA, M. L. Contributo para a validação concorrente de ma medida de adesão aos tratamentos. **Psicologia, Saúde e Doenças**, Lisboa, v.2, n.2, p.81-100, 2001.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)**. Disponível em <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>>. Acesso em: 27 mar. 2013.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. **Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA)**. Disponível em <<http://hiperdia.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 29 maio 2013.

FORTES, A. N.; LOPES, M. V. de O. Análise dos fatores que interferem no controle da pressão arterial de pessoas acompanhadas numa unidade básica de atenção à saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.13, n.1, p.26-34, 2004.

GILSOGAMO, C. A. *et al.* Fatores que interferem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica em pacientes atendidos no Núcleo de Atendimento ao Hipertenso (NAHI) e ao Programa Saúde da Família (PSF), no município de Barbacena. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.4, n.15, p.179-188, 2008.

**IBGE Cidades**. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 01 abr. 2013.

LESSA, I. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Bahia, v.13, n.1, p.39-46, 2006.

LIMA, T. de M.; SOLER, O.; MEINERS, M. M. M. de A. Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, Ananindeua, v.1, n.2, p.113-120, 2010.

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

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Atenção à Saúde do Adulto - Linha-Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica**. Belo Horizonte, 200p, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** 2010; 95(1 supl.1): 1-51.