

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

MANUEL RAMÓN TORRES GÓMEZ

**AÇÕES DE SAÚDE PARA AUMENTO DA ADESÃO AO
TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL**

CAMPOS GERAIS-MG
2016

MANUEL RAMÓN TORRES GÓMEZ

**AÇÕES DE SAÚDE PARA AUMENTO DA ADESÃO AO
TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL**

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

Orientadora: Prof. Dra Vânia Regina Bressan

**CAMPOS GERAIS-MG
2016**

MANUEL RAMÓN TORRES GÓMEZ

**AÇÕES DE SAÚDE PARA AUMENTO DA ADESÃO AO
TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Banca Examinadora:
Prof.Ms.Eulita Maria Barcelos(UFMG)

Aprovado em Belo Horizonte, ____/____/____

**CAMPOS GERAIS-MG
2016**

DEDICATÓRIA

Dedico primeiramente a Deus por guiar meus passos pela vida e a minha família pelo apoio incondicional.

AGRADECIMENTOS

A equipe da ESF que me acolheu e fez parte deste trabalho
A minha orientadora Professora Dra. Vânia Bressan pelas orientações e pela
paciência.

RESUMO

A hipertensão arterial é um importante problema de saúde pública. É a causa mais freqüente de morbidade e importante fator de risco para complicações cardiovasculares e doenças renais, de alta prevalência e com baixas taxas de controle. Sua prevalência aumenta progressivamente com a idade, com a não adesão ao tratamento, o baixo nível de escolaridade, o esquecimento dos medicamentos, o baixo nível de conhecimento sobre a doença e regime terapêutico. Diante desta situação, com o apoio da Estratégia de Saúde da Família Complexo Habitacional II, houve realização do diagnóstico situacional, sendo eleito o problema de maior prioridade o acompanhamento aos pacientes com hipertensão arterial, com o intuito de aumentar a adesão dos mesmos ao tratamento. Conclui-se que foi necessária a elaboração de uma proposta de intervenção com palestras informativas sobre a doença e suas complicações e a capacitação da equipe da ESF para atingir o objetivo de aumentar a adesão ao tratamento e controlar a hipertensão.

Descritores: Hipertensão_ Atenção Primária à Saúde _ adesão à medicação.

ABSTRACT

High blood pressure (hypertension) is a major public health problem. Is the most frequent cause of morbidity and a major risk factor for cardiovascular complications and renal diseases with high prevalence and low control rates. Its prevalence increases progressively with age, non-adherence to treatment, the low level of education, oblivion of drugs, the low level of knowledge about the disease and the treatment regimen. In this situation, with the support of the Family Strategy Team Complejo Habitacional II, there was realization of Situational Diagnosis, being elected the highest priority problem monitoring to patients with arterial hypertension, in order to increase adherence to treatment thereof. We conclude that was necessary an intervention proposal with informative talks about hypertension and his complications and training of the Family Strategy Team with the objective of increase to adherence to treatment and control de hypertension.

Keywords: Hypertension, Primary Health Care, medication adherence.

LISTA DE FIGURAS

Quadro 1-População de Poços de Caldas.....	10
Figura 1- Localização geográfica de Poços de Caldas.....	10
Quadro 2- População cadastrada na ESF Complexo Habitacional II.....	13
Quadro 3-Classificação da pressão arterial em adultos.....	20
Quadro 4-Priorização dos problemas da ESF Complexo habitacional II.....	24
Quadro 5- Descritores do problema hipertensão arterial sistêmica.....	25
Figura 2-Árvore explicativa do problema.....	26
Quadro 6-Desenho das operações para os nós críticos sobre o problema hipertensão.....	27
Quadro 7-Identificação dos recursos críticos.....	29
Quadro 8-Propostas de ações para motivação dos atores.....	29
Quadro 9-Plano operativo.....	30
Quadro 10- Acompanhamento do plano de ação.....	31

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	JUSTIFICATIVA.....	15
3	OBJETIVO.....	16
4	MÉTODO.....	17
5	REVISÃO DA LITERATURA.....	19
6	PLANO DE INTERVENÇÃO.....	24
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33

1 INTRODUÇÃO

Poços de Caldas é uma cidade situada no sudeste do país. O município está localizado na mesorregião do Sul e Sudoeste de Minas Gerais, Brasil, na divisa com o estado de São Paulo. Sua população estimada segundo o IGBE (2010) é de 152.435 habitantes.

Quadro 1- População de Poços de Caldas.

	-1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-25	25-39	40-59	60 e +	Total
Área Urbana	2135	6680	9325	11167	11427	12790	36921	38393	19885	148723
Área Rural	68	142	291	324	384	262	802	916	523	3712
Total	2203	6822	9616	11491	11811	13052	37723	39309	20408	152435

Fonte: IGBE, 2010.

A cidade tem um conjunto de balneários de águas térmicas dentro do caráter do vulcão extinto com uma área de 547.059km², dos quais aproximadamente 85km²formam a zona urbana e 459 km² a zona rural. É composto por um único distrito e tem como limites oito Municípios: ao Norte, Botelhos e Bandeira do Sul; a Leste, Caldas; ao Sul, Andradas e a Oeste os Municípios de Águas da Prata, São Sebastião da Gramma, Caconde e Divinolândia, os quatro últimos no Estado de São Paulo. Poços de Caldas ocupa posição geográfica altamente estratégica, em função da proximidade com São Paulo de 243 km, Belo Horizonte com 460km e Rio de Janeiro com 470Km, cujas ligações se processam por rodovias asfaltadas e por estarem integradas as rotas das estâncias hidrominerais paulistas de Serra Negra, Águas de Lindóia, Socorro, Monte Alegre do Sul e Águas da Prata, e também com as estâncias mineiras de Caldas (Pocinhos do Rio Verde), Cambuquira, Lambari, Caxambu e São Lourenço (BRASIL, 2014).

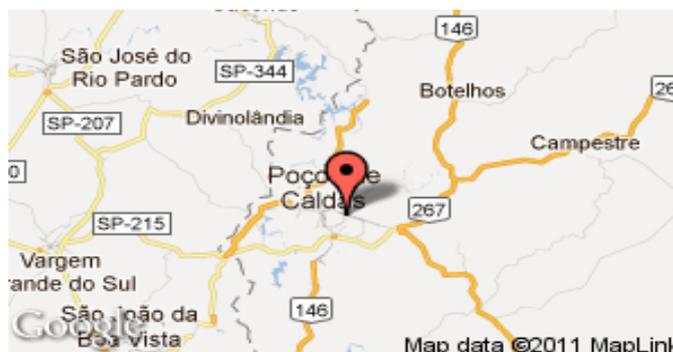


Figura1: Localização geográfica de Poços de Caldas.

A história de Poços de Caldas começou a ser escrita a partir da descoberta de suas primeiras fontes e nascentes, no século XVII. As águas raras e com poder de cura foram responsáveis pela prosperidade da cidade. Até a década de 1950, a principal fonte de emprego do município era o turismo. As primeiras indústrias de porte instalaram-se nos anos 1970, explorando as grandes jazidas de bauxita e a Laticínios Poços de Caldas iniciou sua produção de iogurtes com a tecnologia da Francesa Danone. A Alcoa é hoje a maior empresa de Poços de Caldas, suas atividades: pesquisa de recursos de subsolos, extração de bauxita e outros minerais, transformação de bauxita em óxido de alumínio e lingotes de alumínio e produção de condutores elétricos.

Poços de Caldas é hoje a cidade de médio porte mais desenvolvida do Sul de Minas Gerais. Segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento é apresentada como a cidade com o sexto maior Índice de Desenvolvimento Humano de Minas Gerais de 0,779. (BRASIL, 2014).

A coleta de lixo é feita diariamente no centro da cidade (assim como a limpeza das ruas nesta parte). O índice de alfabetização é de 94%. O município conta com três universidades públicas e cinco privadas, vários centros de educação tecnológicos, 66 escolas do Ensino Inicial, 49 do Ensino Fundamental e 16 do Ensino Médio. Poços de Caldas conta com serviços de luz elétrica, água, telefonia fixa, correios e bancos, possui um aeroporto inaugurado em 1937, o Aeroporto Embaixador Walther Moreira Salles. É um aeroporto regional e atende o sul de minas e leste paulista. Infelizmente o Aeroporto de Poços não está operando viagens comerciais, tem uma ferrovia apenas para trens cargueiros, que fazem o transporte de bauxita de alumínio entre os estados de MG e SP. Está em andamento o retorno da malha ferroviária do trecho Poços de Caldas a Campinas. A cidade tem 54 linhas de ônibus urbanos, que abrangem todo o município e possui linhas intermunicipais que ligam a cidade com cidades vizinhas (BRASIL, 2014).

A Secretaria de Saúde de Poços de Caldas tem por finalidade formular e coordenar a política de saúde da administração pública municipal, em íntima e estreita cooperação com os demais órgãos envolvidos no processo de melhoria da qualidade de vida da população, desenvolvendo ações coordenadas no sentido da prevenção de doenças, promoção e desenvolvimento da saúde e

dos mecanismos de acesso da população de baixa renda e carente aos serviços e oportunidades oferecidas pelo Sistema.

O Sistema Municipal de saúde está composto pela Atenção Básica: 32 Unidades de Saúde da Família, com 28 equipes de Saúde da Família, quatro equipes de saúde bucal e três equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A atenção especializada está integrada por três núcleos de especialidades, com atendimento médico e de fisioterapia, além do serviço de Referência de Saúde da Mulher e da Criança e o Centro de Especialidade Odontológica. Na saúde mental os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS2) e CAPS Álcool e Drogas(AD). Para atenção de urgência e emergência há a Unidade de Pronto Socorro Municipal, Pronto Atendimento do Hospital Margarita Morais e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Em relação à assistência farmacêutica a farmácia central e três farmácias regionais. Centros de vigilância em saúde são o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST); Centro de Referência em AIDS e Hepatite, serviço de vigilância sanitária e a central de vacinas. Também existem serviços privados que mantêm convênio ou contrato com a prefeitura (BRASIL, 2013)

1.1 Equipe de Saúde da Família - ESF

A Estratégia de Saúde da Família Complexo Habitacional II (COHABI II) na qual a intervenção será realizada está situada na região sul de Poços de Caldas, constituindo uma unidade tripla. O Complexo Habitacional II (COHABI II) está situado na área de abrangência e possui uma população em crescimento. O índice de alfabetização é de 94.8%. As principais fontes de emprego são a agroindústria voltada basicamente para o mercado regional, a indústria de fundidos de alumínio que é altamente estratégica, o turismo e a Laticínios de Poços de Caldas. A religiosidade é bastante diversificada, sendo que o maior número é de católicos, seguidos de evangélicos, testemunhas de Jeová, espíritas, umbandistas e budistas.

O abastecimento de água é da rede pública beneficiando a 1.208 famílias da unidade e poços/nascentes para 03 famílias e a eletricidade beneficia a todas as famílias. O principal meio de transporte usado é o ônibus coletivo. A coleta de lixo é feita em dias alternados.

De acordo com os dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB, 2014) há um total de 1.211 famílias cadastradas. O número de pessoas cadastradas atualmente são 3.953, 1.900 do sexo masculino 2.053 do sexo feminino.

Quadro 2- População cadastrada na ESF Complexo Habitacional II.

Sexo	-1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-25	25-39	40-59	60 e +	Total
Masculino	5	105	136	169	159	302	311	398	315	1900
Feminino	5	108	120	155	141	333	312	491	388	2053
Total	10	213	256	324	300	635	623	889	703	3953

Fonte: SIAB, 2014.

A equipe está formada pelos seguintes profissionais: um médico que atua 32 horas semanais na unidade, uma enfermeira, seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dois técnicos de enfermagem, um auxiliar administrativo e uma auxiliar de limpeza geral que atuam 40 horas semanais na unidade.

A ESF foi inaugurada há 03 anos, tem área adequada e um bom espaço físico, contando com sala para reuniões, recepção com quantidade de cadeiras suficientes para a demanda, uma sala para consulta médica, uma para consulta de enfermagem, pré-consulta, almoxarifado, farmácia, sala dos agentes comunitários, sala de expurgo e de esterilização. A unidade funciona de segunda-feira a sexta-feira, de 07 a 17 horas e está localizada em um bairro periférico de Poços de Caldas. As principais causas de internação da população da unidade no ano de 2014 foram: complicações do diabetes, cardiopatias e câncer. As principais causas de óbitos foram: infarto agudo do miocárdio e câncer. A cobertura vacinal da população de menores de 05 anos de idade foi de 92%.

Após discussão com a equipe da ESF Complexo Habitacional II, foi realizado um diagnóstico local, pontuou-se os problemas do bairro e selecionaram-se aqueles de maior prioridade. Os problemas identificados foram: dislipidemias, síndrome ansiosa depressiva, diabetes mellitus, a falta de especialistas no município e a hipertensão arterial sistêmica, a qual foi escolhida para realizar a intervenção. Observa-se elevado índice de pessoas cadastradas pela equipe que apresentam hipertensão arterial sistêmica e sofrem as complicações provocadas por ela, em comparação com outras

doenças crônicas. Considerando a não adesão ao tratamento como causa principal do elevado índice de pessoas com a doença descontrolada, a ESF considerou a importância do problema, sua urgência e a capacidade de enfrentamento. A ESF tem 372 pessoas com hipertensão cadastradas, integrantes do programa Hiperdia. Desses 207 com valores pressóricos controlados e 165 com valores descontrolados, 123 sem adesão ao tratamento.

O Programa Hiperdia destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde – SUS, permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados. As reuniões são organizadas pela equipe e são realizadas na ESF quinzenalmente. Os pacientes recebem os medicamentos, são verificados os valores pressóricos, além de receberem orientações e esclarecerem dúvidas. As pessoas que não podem participar do grupo na ESF são atendidas em visitas domiciliares. Os enfermeiros e os ACS são profissionais de saúde capacitados para desempenhar papel fundamental na promoção da adesão, garantindo aos pacientes uma compreensão da necessidade do tratamento e identificando as principais barreiras associadas a este fenômeno. Com o intuito de aumentar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial, pretende-se elaborar um plano de ação que será executado pela ESF Complexo Habitacional II.

2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a mais prevalente doença vascular no mundo e o mais potente fator de risco para doenças cerebrovasculares, predominante causa de morte no Brasil. Portanto, a importância social da HAS é incontestável. “Estima-se que o número de indivíduos com hipertensão no Brasil é de, aproximadamente, 30 milhões, sendo que apenas 30% estão sob controle clínico (ROSÁRIO *et al.*,2009,p 672)”.

A Estratégia de Saúde da Família do Complexo Habitacional II (COHABI II) do município de Poços de Caldas apresenta um elevado índice de hipertensão arterial, com um grande número de pessoas em consultas e em visitas domiciliares com níveis pressóricos não controlados, demonstrando que não cumprem as orientações adequadamente, não têm adesão ao tratamento e apresentam risco cardiovascular aumentado com conseqüências graves como insuficiência cardíaca, arritmias cardíacas, infarto do miocárdio, aneurismas, acidentes vasculares cerebrais (AVC), arteriosclerose, retinopatia hipertensiva, demência provocada por micro infartos no cérebro, insuficiência renal crônica.

A não adesão é um fenômeno complexo, multidimensional e uma das causas mais frequentes para a falha terapêutica, uma vez que o tratamento não se restringe à terapia medicamentosa e ao seguimento das prescrições dos profissionais de saúde, constituindo a necessidade de aumentar a adesão ao tratamento para hipertensão arterial a justificativa deste trabalho.

3 OBJETIVO

Elaborar uma proposta de intervenção para aumento da adesão ao tratamento e controle da hipertensão arterial na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família do Complexo Habitacional II (COHABI II) do município de Poços de Caldas, MG.

4 MÉTODO

Para a execução da proposta de intervenção foram realizadas três etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do plano de ação.

4.1 Diagnóstico Situacional

Entende-se por diagnóstico situacional o resultado de um processo de coleta, tratamento e análise dos dados colhidos no local onde se deseja realizá-lo. Esses dados são oriundos da participação efetiva das pessoas que atuam no local de estudo. O diagnóstico pode ser considerado como uma das mais importantes ferramentas de gestão. É uma pesquisa das condições de saúde e risco de uma determinada população, para posteriormente planejar e programar ações (REZENDE *et al.*,2010).

Os dados foram coletados segundo o registro da equipe durante o período de outubro 2014 até outubro 2015, levantados pelo método de estimativa rápida, coletados por meio de registros escritos existentes ou fontes secundárias; entrevistas utilizando roteiros ou questionários curtos ou observação ativa da área. Com os dados coletados por estes meios pode-se desenvolver um perfil superficial sobre a população específica e seus problemas e prioridades (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Neste período obtivemos um total de 3.953 habitantes com um total de 327 pessoas com hipertensão cadastradas. Desses 47 foram diagnosticados durante o ano aumentando o número de doentes.

Essa multiplicidade de conseqüências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças cardiovasculares. Portanto, caracteriza-se como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos, originada principalmente pela não adesão dos pacientes ao tratamento anti-hipertensivo. Os nós críticos identificados foram: hábitos e condições de vida, processo de trabalho da equipe e o nível de informação.

4.2 Fundamentação teórica

Na segunda etapa desse trabalho foi realizada a Revisão da literatura em bases de dados eletrônicos: Literatura latino-americana e do Caribe (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), sendo considerados os seguintes critérios:

- artigos;
- idioma – Português;
- período: de 2011 a 2015;
- descritores: hipertensão, Atenção Primária à Saúde, adesão à medicação.

Os estudos selecionados serviram de referência para a contextualização do estudo e para a discussão.

4.3 Plano de ação

Na terceira etapa, a elaboração da proposta de intervenção foi realizada utilizando-se o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) por ser um método de planejamento por problemas e que trata principalmente dos problemas mal estruturados e complexos que, por definição, são aqueles para os quais não existe solução normativa. Os problemas são abordados em suas múltiplas dimensões política, econômica, social e cultural onde as soluções dependem muitas vezes de recursos em outras esferas e da interação dos diversos atores envolvidos. (CAMPOS, FARIA, SANTOS; 2010)

5 REVISÃO DE LITERATURA

Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2014), a hipertensão arterial é uma das doenças de maior prevalência na população que afeta cerca de 02 bilhões de pessoas em todo o mundo. A pressão alta contribui para cerca de 9,4 milhões de mortes por doenças cardiovasculares a cada ano, sendo uma das causas mais constantes para doenças cardíacas e acidentes vasculares cerebrais que, juntos, formam a principal causa mundial de morte prematura e invalidez. Atinge em média de 30% da população brasileira e há outros 12 milhões que ainda não sabem que possuem a doença, chegando a mais de 50% na terceira idade e está presente em 5% das crianças e adolescentes no Brasil. É responsável por 40% dos infartos, 80% dos acidentes vascular cerebral (AVC) e 25% dos casos de insuficiência renal terminal. De acordo com dados de pesquisa do Ministério da Saúde sobre a hipertensão, a frequência de adultos com diagnóstico de HAS esteve entre 12,9% em Palmas e 29,8% no Rio de Janeiro. Ressalta-se que, no sexo masculino, as maiores frequências foram observadas no Rio de Janeiro (23,9%) e em Campo Grande (23,9%) e, entre as mulheres, as maiores frequências foram observadas no Rio de Janeiro (34,7%) e em Recife (30,3%) (BRASIL, 2013).

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), é considerada como uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados da pressão arterial. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais. A HAS é definida como pressão arterial sistólica igual ou superior a 140mmHg e pressão arterial diastólica igual ou superior a 90mmHg naqueles indivíduos que não estão em uso de medicamentos anti-hipertensivos (BRASIL, 2006).

A alteração dos níveis pressóricos ocorre devido ao aumento na contratilidade da camada muscular lisa que forma a parede da artéria. Algumas substâncias químicas do organismo promovem a contração das artérias, e em

situações de desequilíbrio, ou da alteração dessa camada muscular, ocorre o aumento da pressão sanguínea dentro dos vasos (DUNCAN *et al.*, 2013).

A classificação da pressão arterial em adultos, de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia:

Quadro-3 Classificação da pressão arterial em adultos.

Classificação	PAS (mmHg)	PAS (mmHg)
Ótimo	<120	<80
Normal	120-129	80-84
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão		
Estágio 1	140-159	90-99
Estágio 2	160-169	100-109
Estágio 3	>ou=180	>ou=110

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.

Os fatores de risco para HAS são a idade sendo a prevalência superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos; em relação a gênero e etnia a prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da 5ª década em relação à cor, é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não-branca. O excesso de peso e obesidade se associa com maior prevalência de HAS desde idades jovens, na vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, incremento de 2,4 kg/m² no índice de massa corporal (IMC) acarreta maior risco de desenvolver hipertensão. A ingestão excessiva de sal tem sido correlacionada com elevação da PA; a ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a PA e a mortalidade cardiovascular em geral; o sedentarismo é associado a incidência de HAS; a influência dos fatores socioeconômicos na ocorrência da HAS é complexa e difícil de ser estabelecida, no Brasil foi mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade. A contribuição de fatores genéticos para a gênese da HAS está bem estabelecida na população (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A hipertensão apresenta alta morbi-mortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. Esse diagnóstico não requer tecnologia sofisticada e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e disponíveis na Atenção Básica (BRASIL, 2013).

A decisão terapêutica deve ser baseada no risco cardiovascular considerando a presença de fatores de risco, lesão em órgão-alvo e/ou doença cardiovascular estabelecida, e não apenas no nível da pressão arterial (PA). A abordagem no tratamento poderá ser medicamentosa ou não medicamentosa (mudança do estilo de vida) e depende, além da classificação dos fatores de risco cardiovascular, da evolução da doença, classificação da HAS e a combinação medicamentosa e não medicamentosa (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Apesar do risco que a HAS representa, a adesão à terapia anti-hipertensiva ainda é insatisfatória e permanece como desafio aos serviços de saúde e às políticas públicas, em especial na Atenção Primária à Saúde (APS). A grande maioria dos portadores de HAS não tem sua pressão controlada de forma efetiva, o que pode ser explicado pela baixa adesão ao tratamento. Estima-se que, entre os pacientes em tratamento, 75% a 92% não consigam manter a pressão arterial em níveis satisfatórios (RIBEIRO *et al.*, 2012).

A adesão ao tratamento é definida como o grau de coincidência entre a prescrição e o comportamento do paciente. Vários são os determinantes para a não-adesão ao tratamento. Os percentuais de controle de pressão arterial são muito baixos, apesar das evidências de que o tratamento anti-hipertensivo é eficaz em diminuir a morbidade e mortalidade cardiovascular, devido à baixa adesão ao tratamento. Estudos isolados apontam controle de 20% a 40%. A taxa de abandono, grau mais elevado de falta de adesão, é crescente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

De acordo com Soler, Meiners e Lima (2010), diversos são os fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento: aqueles ligados ao paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico); os relacionados à doença (cronicidade, ausência de sintomas e de complicações); os concernentes às crenças de saúde (percepção da seriedade do problema,

desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e auto-estima) e os ligados ao tratamento, que englobam a qualidade de vida (custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos), os relacionados à instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera e tempo de atendimento) e ao relacionamento com a equipe de saúde.

Resultados desejáveis estão articulados a várias dimensões do cuidado, como o acesso aos medicamentos, à possibilidade de diálogo entre profissionais de saúde e pacientes e à maneira que estes aderem à terapêutica proposta. Recomenda que a equipe de saúde contemple os saberes de todos os profissionais envolvidos (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde), bem como conduza rotinas e procedimentos que ordenem as ações de saúde da equipe, em particular dos serviços organizados segundo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) (HELENA, *et al.*, 2010).

Dificuldade de adesão ao tratamento pelos pacientes hipertensos foi a conclusão principal da investigação realizada, por este motivo foi elaborado com o apoio da equipe um plano de intervenção a ser desenvolvido. As atividades para os pacientes com hipertensão na ESF atualmente são contínuas, dentre elas os grupos de Hipertensão com frequência quinzenal, onde é verificada a pressão arterial e é entregue a medicação do paciente com a participação da equipe da ESF, juntamente com o NASF, abordando diversos assuntos que interferem na saúde do paciente. Serão realizadas palestras, ou atividades dinâmicas, e cada profissional abordará um tema, como, alimentação saudável, importância da atividade física, as complicações da hipertensão, mudanças do estilo de vida, adoção de hábitos saudáveis em seu cotidiano e abandono de vícios como uso de tabaco ou álcool, entre outros. O grupo de atividade física que acontece três vezes por semana, realizado pelo educador físico e a fisioterapeuta e no momento de espera da consulta são realizadas palestras com distribuição de informativos sobre a doença, abrindo espaço para os pacientes tirarem suas dúvidas.

Também entre as diversas estratégias de intervenções, podemos citar o trabalho diretamente com os grupos de risco, nas visitas domiciliares (VD). Orientações práticas são realizadas de acordo com a realidade de cada família, por meio da observação sistemática da compra de gêneros alimentícios,

preparação e consumo de alimentos. Desenvolver conversas com temáticas sobre alimentação, prática de atividade física, importância do peso saudável, interpretação de rótulos de alimentos, influência da mídia na alimentação, refeições fora de casa dentre outras, também devem ser consideradas.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Conforme descrito nos Métodos, a proposta de intervenção para a ESF Complexo Habitacional II foi elaborada por meio do Planejamento Estratégico Simplificado (PES), de acordo com os dez passos a seguir:

Primeiro Passo: identificação dos problemas

Os principais problemas identificados pela equipe e por ordem de prioridade foram:

- Hipertensão Arterial Sistêmica: Originada pelos maus hábitos alimentares, fatores de risco cardiovasculares como dislipidemias, tabagismo e fatores predisponentes como obesidade, sedentarismo, etnia e fatores psicossociais e principalmente a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo.
- Dislipidemias: Causadas pelos maus hábitos alimentares, obesidade, sedentarismo.
- Síndrome ansiosa depressiva: Causa fundamental o estresse além das doenças como câncer, doenças cerebrovasculares, epilepsia.
- Diabetes mellitus: Originada pelos maus hábitos alimentares, fatores de risco cardiovascular como dislipidemias, tabagismo e fatores predisponentes como obesidade, sedentarismo, etnia e fatores psicossociais.
- Falta de especialistas: Causada pela insuficiente formação de especialistas pelas Escolas Médicas.

Segundo Passo: priorização dos problemas

Quadro 4- Priorização dos problemas da ESF Complexo habitacional II.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Hipertensão arterial sistêmica	Alta	9	Parcial	1
Dislipidemias	Alta	8	Parcial	2
Síndrome ansiosa depressiva	Alta	8	Parcial	3

Diabetes Mellitus	Alta	7	Parcial	4
Falta de Especialistas	Alta	6	Fora	5

Fonte: autoria própria

Pontuação considerada em uma escala de 0 a 10

Terceiro Passo: descrição do problema

O tema escolhido para ser abordado foi a alta incidência de pessoas com hipertensão. A ESF tem 372 hipertensos cadastrados e desses 47 foram diagnosticados durante o último ano aumentando o número de doentes.

Quadro 5- Descritores do problema hipertensão arterial sistêmica.

Descritores	Valores	Fonte
Total de Habitantes	3.953	Registro da equipe
Total de pessoas com hipertensão cadastradas	372	Registro da equipe
Total de pessoas com hipertensão, com valores pressóricos controlados e com adesão ao tratamento	207	Registro da equipe
Total de pessoas com hipertensão, com valores pressóricos descontrolados	165	Registro da equipe
Total de pessoas com hipertensão que não aderem ao tratamento	123	Registro da equipe
Total de pessoas com hipertensão diagnosticadas no último ano (Incidência).	47	Registro da equipe

Fonte: autoria própria

Quarto Passo: explicação do problema

A hipertensão arterial sistêmica é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). É um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente. Essa multiplicidade de conseqüências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

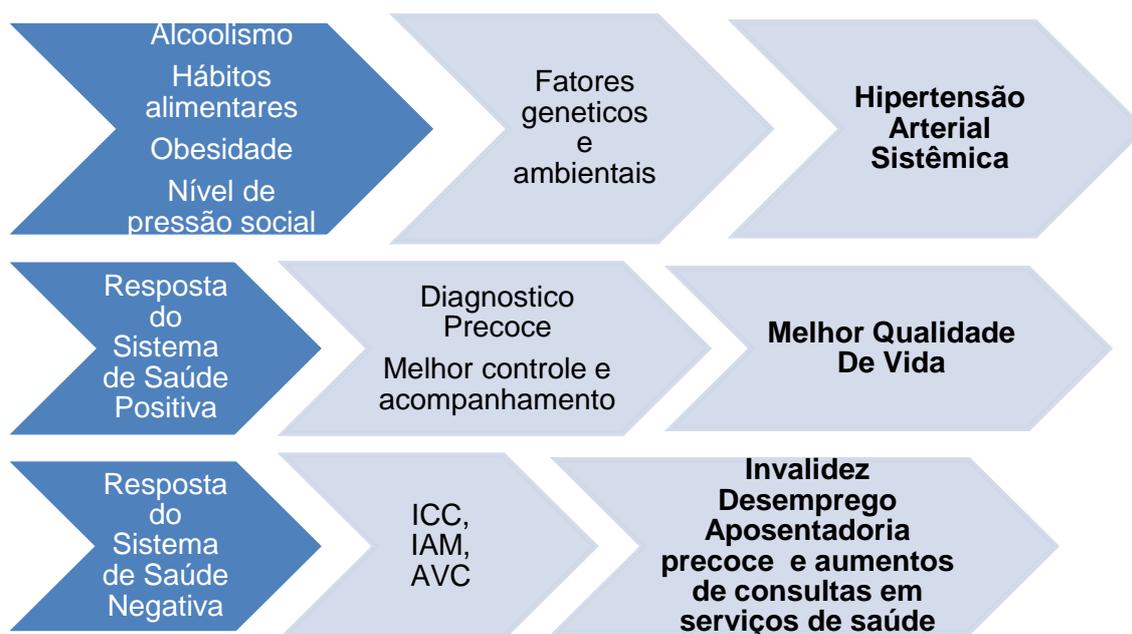


Figura 2- Árvore explicativa do problema.

Quinto Passo: identificação dos nós críticos

Foi necessário realizar uma análise capaz de identificar entre as várias causas aquelas mais importantes na origem do problema e que precisam ser enfrentadas. Para isso, utilizou-se o conceito de “nós críticos”, ou seja, causas de um problema que possam sofrer intervenção da equipe de saúde dentro de seu espaço de governabilidade proposto pelo PES (CAMPOS, FARIA; SANTOS, 2010).

O nó crítico é a causa de um problema que pode impactar e refletir sobre o problema principal. Traz a idéia de algo sobre o qual se pode intervir e tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Os “nós críticos” encontrados foram:

1. Hábitos e condições de vida.
2. Processo de trabalho da equipe de saúde da família.
3. Baixo nível de informação dos pacientes hipertensos e dos ACS sobre a hipertensão arterial, seus fatores de risco e tratamentos.

Sexto Passo: desenho das operações.

Esse passo tem como objetivos:

- Descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como “nós críticos”;
- Identificar os produtos e resultados para cada operação definida;
- Identificar os recursos necessários para a concretização das operações.

Quadro 6- Desenho das operações para os nós críticos sobre o problema da HAS.

Nós Críticos	Operação/Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Hábitos e condições de vida.	Vida Nova Modificar hábitos e estilos de vida	Implantação de grupos de atividade física.	Orientação por HIPERDIA. Campanhas informativas	Organizacional: Desenvolvimento das reuniões HIPERDIA. Cognitivo: Ampla

		Diminuição do consumo de sal e gorduras em 25% da população.	por meios audiovisuais. Pacientes mais orientados quanto a importância de adequar seus hábitos e condições de vida mais saudáveis	informação do tema a tratar. Político: Conseguir espaço na rádio e TV local. Financeiro: Para comprar os materiais necessários.
Processo de trabalho da equipe de saúde da família.	Trabalha Melhor Reestruturar o processo organizativo do funcionamento da Equipe de Saúde da Família. Cadastrar e monitorar os pacientes com risco cardiovascular aumentado.	Cadastramento e monitoramento de 75% da população com risco cardiovascular aumentado.	Processo de Educação continuada Protocolos implantados.	Organizacional: Cumprir os protocolos Cognitivo: Elaboração do projeto. Político: Articulação intersetorial, aprovação do projeto e decisão de recursos para estruturar o serviço. Financeiro: Financiamento do projeto
Baixo nível de informação dos pacientes hipertensos e dos ACS sobre a hipertensão arterial, seus fatores de risco e tratamentos.	Para Saber Oferecer capacitação para os agentes comunitários de saúde e ações educativas para os pacientes.	População mais informada sobre hipertensão arterial, seus fatores de risco e tratamentos.	Campanhas Promocionais de Saúde em diferentes pontos da comunidade e na ESF. Processo de Educação continuada.	Cognitivo: Conhecimento sobre o tema e estratégias de comunicação. Organizacional: Pessoas capacitadas para organizar e realizar as atividades. Financeiro: Para confeccionar e comprar os materiais.

Fonte: autoria própria

Sétimo Passo: identificação dos recursos críticos.

O processo de transformação da realidade sempre consome algum tipo de recurso, sendo que a dimensão dessa transformação vai depender da disponibilidade de determinados recursos, a favor ou contra as mudanças desejadas. O objetivo desse passo é identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 7- Identificação dos recursos críticos.

Operação\projeto	Recursos críticos
Projeto Vida Nova	Político: conseguir espaço na rádio e televisão local. Financeiro: para comprar os materiais necessários
Projeto Trabalha Melhor	Político: articulação intersetorial, aprovação do projeto e decisão de recursos para estruturar o serviço. Financeiro: financiamento do projeto
Projeto Para saber	Financeiro: para confeccionar e comprar os materiais

Fonte: autoria própria

Oitavo Passo- análise da viabilidade e plano operativo.

São objetivos desse passo:

- Identificar os atores que controlam recursos críticos necessários para implementação de cada operação;
- Fazer análise da motivação desses atores em relação aos objetivos pretendidos pelo plano;
- Desenhar ações estratégicas para motivar os atores e construir a viabilidade da operação.

Quadro 8- Propostas de ações para motivação dos atores.

Operação/Projeto	Recursos Críticos	Ator que controla os recursos críticos	Motivação	Ação Estratégica
Vida Nova Modificar hábitos e estilos de vida	Político: Conseguir espaço na rádio e televisão local.	Responsável pelas comunicações do Município	Indiferente	Apresentação do projeto
	Financeiro: Para comprar	Prefeito	Indiferente	Apresentação do projeto

	os materiais necessários.			
Trabalha Melhor Reestruturar o processo organizativo do funcionamento da Equipe de Saúde da Família.	Político: Articulação intersetorial, aprovação do projeto e decisão de recursos para estruturar o serviço. Financeiro: Financiamento do projeto.	Secretaria de Saúde Prefeito	Indiferente Indiferente	Apresentação do projeto
Para saber Oferecer capacitação para os agentes comunitários de saúde e ações educativas para os pacientes.	Financeiro: Para confeccionar e comprar os materiais.	Secretaria de Saúde	Favorável	Apresentação do projeto

Fonte: autoria própria

Nono Passo- elaboração do plano operativo

São objetivos desse passo:

- 1- Designar os responsáveis por cada operação;
- 2- Definir os prazos para a execução das operações.

Quadro 9- Plano operativo

Operação	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Vida Nova Modificar hábitos e estilos de vida	Implantação de grupos de atividade física. Diminuição do consumo de sal e gorduras em 25%da população.	Orientação HIPERDIA. Campanhas informativas por meios audiovisuais. Pacientes mais orientados quanto a importância de adequar seus hábitos e condições de vida mais saudáveis	Apresentação do projeto	Enfermeira e ACS	De 03 a 12 meses

Trabalha Melhor Reestruturar o processo organizativo do funcionamento da Equipe de Saúde da Família.	Cadastrament o e monitoramento de 75% da população com risco cardiovascular aumentado.	Processo de Educação continuada. Protocolos implantados.	Apresentaçã o do projeto	Enfermeira e ACS	De 03 a 12 mese s
Para saber Oferecer capacitação para os agentes comunitários de saúde e ações educativas para os pacientes.	População mais informada sobre hipertensão arterial, seus fatores de risco e tratamentos.	Campanhas Promocionai s de Saúde em diferentes pontos da comunidade e na ESF. Processo de Educação continuada.	Apresentaçã o do projeto	ACS e Médico	De 03 a 12 mese s

Fonte: autoria própria

Décimo Passo: gestão do plano.

Desenhar um modelo de gestão do plano de ação onde devem ser estruturadas todas as metas e decisões da equipe, assim como os prazos estabelecidos, fazendo as correções quando necessárias e discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

Quadro 10- Acompanhamento do plano de ação

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa
Orientação HIPERDIA. Campanhas informativas por meios audiovisuais. Pacientes mais orientados quanto a importância de adequar seus hábitos e condições de vida mais saudáveis.	Enfermeira e ACS	De 03 a 12 meses	Dentro do prazo	Organizar ações e iniciar ação.
Processo de Educação continuada. Protocolos implantados.	Enfermeira e ACS	De 03 a 12 meses	Dentro do prazo	Organizar ações e iniciar ação.

Campanhas Promocionais de Saúde em diferentes pontos da comunidade e na ESF. Processo de Educação continuada.	ACS e Médico	De 03 a 12 meses	Dentro do prazo	Organizar ações e iniciar ação.
---	--------------	------------------	-----------------	---------------------------------

Fonte: autoria própria

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste trabalho foi de muita importância para traçar as ações que devem ser executadas pela equipe multiprofissional na área de atuação da ESF Complexo Habitacional II, a fim de prevenir, controlar e diminuir os agravos decorrentes da hipertensão arterial aumentando a adesão ao tratamento anti-hipertensivo dos pacientes acompanhados pela equipe. A relação médico/paciente deve ser a base de sustentação para o sucesso do tratamento. A participação de vários profissionais da área da saúde, com uma abordagem multidisciplinar, pode facilitar a adesão ao tratamento e consequentemente aumentar o controle da pressão arterial.

Após o diagnóstico da hipertensão arterial, se faz necessário a adesão do paciente ao tratamento. Aumentar a adesão de maior número de pessoas depende de múltiplos fatores. Primeiramente é necessária a identificação do problema para poder intervir de forma individual e coletivamente.

Após a implantação do plano de intervenção serão feitas reuniões semestrais para avaliação, discussão e modificação de acordo com a necessidade do momento e estabelecendo medidas de controle que permitam ao hipertenso compreender a necessidade de adesão às terapêuticas indicadas pela equipe de saúde.

Deseja-se que a partir da implantação do plano de intervenção consiga-se a manutenção dos níveis pressóricos dentro dos limites padronizados pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, e também, melhorar a qualidade de vida dos hipertensos atendidos na ESF.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 37. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, Hipertensão Arterial Sistêmica. Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, F. C.C. FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família-Nescon/UFMG, Belo Horizonte, 2^a edição, p.15-113, 2010.

DUNCAN *et al.* **Medicina Ambulatorial.** 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

HELENA, E. T.S *et al.* Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em Unidades de estratégia Saúde da Família. **Saúde Social**, v.19, n.3, jul/set 2010.

IBGE. **Censo Demográfico 2010:** <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010>. Último acesso 20 out. 2015

REZENDE, A.C.; *et al.* Diagnóstico Situacional da Unidade Básica de Saúde Barreiro de Cima. Belo Horizonte, 2010. Disponível em: https://www.ufmg.br/portalprosaudebh/images/pdf/BC_diagnostico.pdf.

RIBEIRO, A. G., *et al.* Hipertensão Arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. Revista Nutrição, Campinas, v.25, 2012.

ROSÁRIO, T. M.; et al. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. *ArqBraCardiol*, v.93, n.6: p.672-678, 2009.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Rede de Serviços de Saúde da Prefeitura de Poços de Caldas-2013. Poços de Caldas; 2013. Disponível em: <http://www.pocosdecaldas.mg.gov.br/site/?page_id=9245>. Acesso em: 10 maio 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH) – A Campanha, São Paulo, 2014. Disponível em: <www.sbh.org.br/geral/acampanha.asp>. Acesso em: 13 junho. 2015.

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