

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

KATIA MARIA NARANJO FONSECA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ADESÃO AO
TRATAMENTO DO PACIENTE COM HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA 5 DE PIAU,
MUNICÍPIO PIRANHAS - ALAGOAS**

**MACEIO - ALAGOAS
2016**

KATIA MARIA NARANJO FONSECA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ADESÃO AO
TRATAMENTO DO PACIENTE COM HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA 5 DE PIAU,
MUNICÍPIO PIRANHAS - ALAGOAS**

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

Orientadora: Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira

**MACEIO - ALAGOAS
2016**

KATIA MARIA NARANJO FONSECA.

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ADESÃO AO
TRATAMENTO DO PACIENTE COM HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA 5 DE PIAU,
MUNICÍPIO PIRANHAS - ALAGOAS**

Banca Examinadora

Profa. Ms. Maria Dolores Soares Madureira - orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 26 de março de 2016.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meu esposo, minha filha e toda minha família que sempre me apoiam e compartilham minhas ideias com amor.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ser meu guia nos caminhos da vida e pelo grande amor.

À minha orientadora Profa. Maria Dolores Soares Madureira pela grande ajuda oferecida e seu imenso apoio.

A meu esposo, minha filha e família pelo carinho e força constante.

À Equipe de Saúde da Família 5 de PIAU, pela preocupação e amizade.

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica, popularmente conhecida como pressão alta, é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo uma das doenças mais frequentes na população. Geralmente, ela é assintomática, o que contribui para torná-la mais grave, constituindo-se um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. Na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família 5 de Piau foram identificados, por meio do diagnóstico situacional, vários pacientes hipertensos com dificuldades na adesão ao tratamento anti-hipertensivo, o qual é um fator que provoca um alto grau de descontrole destes pacientes e conseqüentemente aparição de complicações. Este trabalho teve como objetivo elaborar um plano de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento do paciente com hipertensão arterial sistêmica na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família 5 de PIAU, município Piranhas, Alagoas. Com este plano, pretende-se melhorar a adesão do paciente hipertenso ao tratamento, contribuindo para a aceitação do paciente em relação à doença e à adoção de atitudes de vida saudável e do autocuidado, às mudanças no estilo de vida; para tanto é necessário que o comportamento do paciente esteja de acordo com as orientações estabelecidas pelos profissionais de saúde, associadas à terapia medicamentosa. Para a elaboração do mesmo, foi utilizado diagnóstico situacional e estudo descritivo, com revisão de literatura sobre o problema trabalhado; no tocante à revisão de literatura, a busca de artigos e outras publicações científicas foram realizadas em bibliotecas e bancos de dados eletrônicos. Com a elaboração e implantação deste projeto de intervenção esperamos incrementar as atividades coletivas com o grupo de hipertensos e aumentar a adesão da equipe de saúde às ações preventivas, além de alcançar uma melhor adesão da população hipertensa ao tratamento, estimulando desta forma a autonomia dos sujeitos em relação ao seu estado de saúde.

Palavras-chave: Hipertensão. Adesão. Plano de intervenção.

ABSTRACT

The systemic arterial hypertension, popularly known as high blood pressure is a serious problem of public health in Brazil and in the world, being one of the most frequent diseases in the population. It is usually asymptomatic, which contributes to make it more serious, constitutes a risk factor for the development of cardiovascular and cerebrovascular diseases. In the area of coverage of the family health team 5 of Piau were identified through a situational diagnosis, several hypertensive patients with difficulties in adherence to antihypertensive treatment, which is a factor that causes a high degree of upset conditions of these patients and consequently the apparition of complications. This study had as objective to elaborate a plan of intervention to improve adherence to treatment of patient with systemic arterial hypertension in the area of coverage of the family health team 5 of Piau, municipality Piranhas, Alagoas. With this plan, we intend to improve patient compliance hypertensive treatment, contributing to the acceptance of the patient in relation to the disease and to adopt attitudes of healthy living and self-care, to changes in lifestyle; It is necessary that the patient's behavior conforms to the guidelines established by health professionals, related to drug therapy. For the elaboration of same, we used situational diagnosis and descriptive study, with literature review about the problem worked, in relation to the literature review, the search for articles and other scientific publications was held in libraries and electronic databases. With the drafting and implementation of this intervention project we hope to increase the activities collective relations with the group of hypertensive patients and increase the membership of the health team to preventive actions, in addition to achieving a better accession of hypertensive population to treatment, thereby stimulating the autonomy of subjects in relation to its state of health.

Key words: Hypertension. Accession. Intervention plan.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
ESF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
PA	Pressão Arterial
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PIB	Produto Interno Bruto
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Contextualizando o município.....	10
1.2 Diagnóstico situacional de saúde.....	11
2 JUSTIFICATIVA	16
3 OBJETIVOS.....	18
3.1 Objetivo geral	18
3.2 Objetivos específicos.....	18
4 METODOLOGIA	19
5 REVISÃO DE LITERATURA	20
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO	25
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	33

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualizando o município

Identificação do município

Piranhas é um município brasileiro, situado no estado de Alagoas. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a estimativa para 2014 era de uma população de 24.759 habitantes. Sua área territorial é de 408,107 km² com uma densidade populacional de 56,47 hab/km². Limita-se ao norte com o município de Inhapi, ao sul com o estado de Sergipe, ao este com os municípios de São José da Tapera e Pão de Açúcar, a oeste com o município de Olho d'Água do Casado e ao nordeste com o município de Senador Rui Palmeira (IBGE, 2014).

O município é banhado pelo majestoso rio São Francisco e é considerado um dos principais destinos turísticos de Alagoas. Composto pelos bairros: Xingó, o qual é seccionado em Vila Alagoas e Vila Sergipe; Nossa Senhora da Saúde; Nossa Senhora das Graças; Centro Histórico, além de vários distritos e povoados, destacando-se Cascavel, Entre Montes e Piau.

Histórico de criação do município

Piranhas, data do século XVII. A localidade era, então, conhecida como Tapera. Conta-se que em um riacho que é hoje chamado das Piranhas, um caboclo pescou uma grande piranha. Preparou e salgou o peixe, levando-a para sua residência. Lá chegando, verificou que se esqueceram do cutelo. E, voltando-se para o filho, disse: Vá ao porto da piranha e traga o meu cutelo? Esta versão foi passando de geração em geração e, segundo parece, ficou o lugar denominado Piranhas. E como Tapera, com o decorrer do tempo, longe de escombros e prédios espalhados, passou a ser uma povoação organizada, o nome das Piranhas foi-se estendendo desde o riacho até a povoação (IBGE, 2014, sp.).

Piranhas tornou-se município em 1887. Em divisão territorial datada de 1^o de janeiro de 1.979, passou a ser constituído de dois distritos: Piranhas e Entremontes (IBGE, 2014).

A cidade antiga foi construída "talhada" entre os montes de vegetação da caatinga e ganhou fama ao expor, na década de 30, as cabeças de Lampião e Maria Bonita,

em frente ao prédio da Prefeitura Municipal. No museu da cidade podem ainda ser vistas várias fotos de Lampião, inclusive a famosa foto que mostra o empilhamento das cabeças na escadaria.

Aspectos socioeconômicos

Ultimamente, o comércio de Piranhas vem crescendo cada vez mais. Atualmente, o município conta com três agências bancárias e um posto de atendimento bancário. As principais atividades econômicas do município são: comércio, serviços, pecuário e silvicultura.

O Índice de Desenvolvimento Humano de Piranhas (IDHM) é de 0,589 e o produto interno bruto (PIB) *per capita* em 2012 era de 3.937,38 reais.

1.2 Diagnóstico situacional de saúde

A Equipe de Saúde da Família 5 de Piau possui uma área de abrangência com 978 famílias e uma população de 3.270 habitantes, sendo 1.561 do sexo masculino e 1.709 do feminino, distribuídos por faixa etária, o que pode ser visto na tabela 1.

Tabela 1- População segundo a faixa etária na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família 5 de Piau, município Piranhas, 2015.

Faixa etária	Número	%
Menos de 1 ano	42	1.3
1 a 4 anos	273	8.3
5 a 9 anos	304	9.3
10 a 14 anos	332	10.2
15 a 19 anos	371	11.3
20 a 49 anos	1386	42.4
50 a 59 anos	211	6.5
60 anos e +	351	10.7
TOTAL	3270	100

Fonte: Estatística da Secretaria de Saúde de Piranhas.

A população da Equipe de Saúde 5 está constituída por oito micro áreas; a estrutura de saneamento básico é relativamente boa; esta população encontra-se no centro

desta área. Nota-se que as maiores dificuldades encontram-se nas micro áreas seis e sete.

Nas tabelas 2, 3 e 4 estão apresentadas as modalidades de coleta de lixo, instalações sanitárias e abastecimento de água.

Tabela 2 - Famílias coleta de lixo segundo a modalidade e micro área, ESF 5 de PIAU, município Piranhas, 2015.

Modalidade	micro1	2	3	4	5	6	7	8	Total
Coletado	94	149	115	114	136	111	127	126	972
Queimado	0	0	0	0	0	4	2	0	6
Total	94	149	115	114	136	115	129	126	978

Fonte: Sistema de Informação de Atenção Básica, 2014.

Observa-se que 972 famílias (99,3%) têm o lixo coletado em dias alternos e em 6 famílias (0,6 %) ele é queimado.

Tabela 3 - Famílias cobertas por instalações sanitárias segundo a modalidade e micro área, ESF 5 de PIAU, município Piranhas, 2015.

Modalidade	micro1	2	3	4	5	6	7	8	Total
Rede de esgoto	94	149	115	114	136	102	118	126	954
Fossa rudimentar	0	0	0	0	0	13	11	0	24
Total	94	149	115	114	136	115	129	126	978

Fonte: Sistema de Informação de Atenção Básica, 2014.

Observa-se que a rede de esgoto é a forma mais encontrada de instalações sanitárias, em 954 famílias (97,5 %) e 24 famílias (2,5 %) ainda dispõem de fossa rudimentar nas microáreas 6 e 7.

Tabela 4 - Famílias cobertas por abastecimento de água segundo a modalidade e micro área, ESF N° 5, PIAU, município Piranhas, 2015.

Modalidade	micro1	2	3	4	5	6	7	8	Total
Rede geral	94	149	115	114	136	115	129	126	978
Outros (caminhões)	94	149	115	114	136	115	129	126	978
Total de Famílias	94	149	115	114	136	115	129	126	978

Fonte: Sistema de Informação de Atenção Básica, 2014.

A população dispõe da rede geral, mas devido ao déficit da água a mesma chega de forma muito irregular, ou seja, a cada 15 dias ou uma vez ao mês; por isso famílias

utilizam outro tipo de modalidade para o abastecimento, como os caminhões de água. Isto leva a um armazenamento inadequado da mesma e por consequência a aparição de doenças.

A alfabetização da população da área pode ser sintetizada nos seguintes indicadores: 2.625 (80,2 %) pessoas são alfabetizadas e 645 (19,8 %) pessoas não são alfabetizadas.

A área conta com três escolas, uma creche, cinco igrejas, um ginásio poliesportivo, um serviço de correio, serviços existentes de luz elétrica e telefonia.

Aspectos epidemiológicos

As principais causas de internação no ano 2014 foram: complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes *Mellitus* (DM), e câncer.

Cobertura de vacinação: a cobertura vacinal da população de menores de 5 anos de idade foi de 93 %.

Os dados de morbidade referida estão apresentados na Tabela 5, a seguir.

Tabela 5 - Morbidade referida segundo a micro área, ESF 5 de PIAU, município Piranhas, 2015.

Morbidade	micro1	2	3	4	5	6	7	8	Total
Hipertensos	39	27	29	28	19	25	47	31	245
Diabetes Mellitus	7	7	13	8	3	11	9	8	66
Asma Bronquial	4	1	0	0	1	1	0	0	7
Epilepsia	3	3	1	0	1	5	2	1	16
Tuberculose	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hanseníase	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Alcoolismo	6	10	4	5	9	12	10	5	61
Doença de Chagas	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	59	48	47	41	33	54	68	45	395

Fonte: Coordenação Epidemiologia/Piranhas.

No ano de 2014, a taxa bruta de natalidade foi de 16, 43%, ou seja, 407 nascidos vivos (SIAB, 2014).

Quanto à mortalidade no ano de 2014 ocorreram 89 óbitos, taxa bruta de mortalidade: 3,59% (SIAB, 2014). As principais causas de morte foram:

- Causas externas totais: 88,82%, 44,49% por acidentes de transporte e um 44,40% por homicídios.
- Causas do aparelho circulatório-doenças isquêmicas do coração: 4,4%.
- Causas do aparelho circulatório-doenças cerebrovasculares: 3,37%.

Produção da equipe de saúde

Durante o ano de 2014, foram realizadas: 3.620 consultas médicas, 233 visitas domiciliares; realizaram-se também consultas de pré-natal (médico e enfermeiro), puericulturas e acompanhamentos aos pacientes com doenças crônicas. Em relação aos hipertensos da área, a equipe realizou duas consultas no ano aos hipertensos diagnosticados, e aos pacientes diabéticos três consultas; estes últimos foram avaliados em 100%.

Recursos humanos

A Equipe de Saúde da Família está composta por: uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um dentista, um auxiliar da Saúde bucal, um médico, oito Agentes comunitários de Saúde (ACS), duas recepcionistas; todos trabalham 40 horas semanais.

Recursos materiais

A unidade de saúde de Piau foi restaurada no dia 15 de outubro do ano 2001 e está situada perto da rua principal que faz a ligação com o centro da cidade. A Unidade oferece atendimento às 24 horas, durante o dia atendimento pelas equipes de saúde e nas noites plantão por médicos brasileiros. O mesmo ainda precisa de alguma reforma, pois conta com três consultórios médicos; dois consultórios de enfermagem, dois de odontologia, uma sala de fisioterapia, uma sala de observação, uma sala de curativos e procedimentos, uma farmácia e um laboratório.

Na Unidade Básica de Saúde comparece diariamente uma grande quantidade da população. A área destinada à recepção é pequena, por esse motivo nos horários da manhã percebe-se tumulto na unidade, gerando dificuldades no atendimento e é

motivo de insatisfação de usuários e profissionais de saúde. Não existe espaço nem cadeiras para todos e muita gente tem que aguardar o atendimento em pé. As reuniões com os Agentes Comunitários de Saúde são realizadas no salão disponível para eles que é pequeno e com pouca ventilação.

Quanto à cobertura de saúde da população, 95 % é completamente dependente do Sistema Único de Saúde (SUS). A unidade conta com uma ambulância para transporte de pacientes que precisam de atendimento fora da cidade; isso provoca demora nos encaminhamentos realizados pelos médicos, portanto neste aspecto ainda devemos melhorar.

Levando em conta os aspectos de referência para os demais níveis assistenciais e as contrarreferências apresentamos dificuldades nos primeiros meses de trabalho, nos últimos meses a aceitação dos mesmos foi maior o que melhora ainda mais nosso trabalho.

Na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família 5 de Piau foram identificados, por meio do diagnóstico situacional, vários pacientes hipertensos com dificuldades na adesão ao tratamento anti-hipertensivo, o que contribui para um alto grau de descontrole destes pacientes e conseqüentemente aparição de complicações.

2 JUSTIFICATIVA

Em muitos estudos realizados, a Hipertensão arterial é identificada como um dos fatores de risco que mais influem na aparição de doenças cardiovasculares, uma vez que os efeitos prejudiciais da pressão sanguínea aumentam continuamente à medida que a pressão se eleva (ROBBINS; COTRAN; KUMAR, 2005; RIBEIRO; LOTUFO, 2005).

Nas estatísticas de saúde pública percebe-se que a HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerado um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis, e um dos mais importantes problemas de saúde pública, como citado nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (NOBRE *et al.*, 2010).

Na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família 5 de Piau foram identificados, por meio do diagnóstico situacional, vários problemas de saúde: pacientes hipertensos com dificuldades de adesão ao tratamento anti-hipertensivo, população com vários fatores de risco que levam à aparição de doenças crônicas não transmissíveis como dislipidemias, obesidade, sedentarismo, dificuldades com o abastecimento de água levando ao armazenamento inadequado e conseqüente aparição de doenças transmissíveis, parasitismo intestinal, doenças diarreicas.

Mediante a realização do atendimento diário à comunidade, observou-se que os pacientes hipertensos apresentam dificuldades no controle da HAS o que geralmente está relacionado ao grau de adesão ao tratamento orientado. Salienta-se que esta adesão envolve aspectos educativos, aceitação da doença, existência de fatores de risco relacionados aos estilos de vida e o autocuidado.

Na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família 5 de Piau foram identificados, por meio do diagnóstico situacional, vários pacientes hipertensos com dificuldades na adesão ao tratamento anti-hipertensivo, o qual é um fator que provoca um alto grau de descontrole destes pacientes e conseqüentemente aparição de complicações.

Considerando essa situação a equipe de saúde propôs um projeto de intervenção que contribua para um melhor controle destes pacientes e uma redução das complicações da HAS. Mediante orientação e informação de forma exequível e dinâmica desta doença, espera-se alcançar mudanças nos estilos de vida, uso correto da medicação, maior adesão ao tratamento e um maior autocuidado.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento do paciente com hipertensão arterial sistêmica na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família 5 de PIAU, município Piranhas, Alagoas.

3.2 Objetivos específicos

- Aumentar o nível de conhecimento das famílias destes pacientes hipertensos e da população em geral.
- Identificar os fatores que dificultam a adesão ao tratamento em pacientes hipertensos.
- Incrementar o desenvolvimento das ações educativas pela Equipe de Saúde da Família.

4 METODOLOGIA

Para a elaboração deste trabalho, foram utilizados diagnóstico situacional, estudo descritivo, com revisão de literatura sobre o problema trabalhado e elaboração de um plano de intervenção. Foram realizadas reuniões semanais da equipe de saúde 5, Piau durante um mês, cada membro expos os problemas que consideravam mais relevantes, chegando ao consenso da “baixa adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica”; dessa forma foi elaborado o plano de ação.

No tocante à revisão de literatura, a busca de artigos e outras publicações científicas foi realizada em bibliotecas e bancos de dados eletrônicos, guiada pelos descritores: Hipertensão; Cooperação do paciente; Tratamento e Educação em saúde.

O projeto de intervenção foi pautado no Planejamento Estratégico Situacional (PES), conforme o módulo de Planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A hipertensão arterial sistêmica, popularmente conhecida como pressão alta é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo uma das doenças mais frequentes na população. Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a doença atinge quase 25% dos brasileiros, sendo a hipertensão arterial uma doença crônica, ela pode ser controlada, mas não curada, pelo que os pacientes requerem tratamento para toda sua vida.

O fator mais preocupante é que boa parte das pessoas com hipertensão desconhecem sua doença, que na maioria das vezes é assintomática, ou seja, muitos não sabem que são hipertensos até enfrentarem uma manifestação grave dessa doença.

Araujo e Garcia (2006) afirmam que geralmente um terço das pessoas hipertensas não sabe que tem HAS e daqueles que sabem que são hipertensos, apenas a metade faz o tratamento adequado aderindo-se a ele.

A HAS constitui um importante fator de risco:

[...] para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabete, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006, p.9).

Neste sentido, Aziz (2014, p.75) reforça a Hipertensão Arterial Sistêmica é um grave problema de saúde pública, não só no Brasil, constituindo-se no “principal fator de risco para a morbidade e mortalidade das doenças cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico”.

Segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p.7), a HAS pode ser definida como:

[...] uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) e associa-se com frequência a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos alvo (encéfalo, coração, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

Para Weber, Oliveira e Colet (2014, p.114), a HAS é uma das doenças mais prevalentes no mundo, afetando 22,3 a 43,9% da população adulta brasileira. Geralmente, ela é assintomática, o que contribui para torná-la mais grave, constituindo-se “um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares”.

Caracteriza-se a HAS quando a Pressão Arterial (PA) sistólica for igual ou maior que 140mmHg e/ou diastólica igual ou maior que 90mmHg, medidas em pelo menos três ocasiões em condições ideais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Para Bastos-Barbosa *et al.* (2012, p.637), “o diagnóstico correto e a persistência dos pacientes no acompanhamento são fatores-chave muito importantes para atingir a meta ideal de tratamento e reduzir a morbimortalidade cardiovascular”.

Daniel e Veiga (2013, p.332) destacam que embora a identificação do diagnóstico possa ser considerada tarefa fácil e medidas terapêuticas eficientes sejam conhecidas, “a manutenção e o controle eficaz do regime terapêutico relacionado à HA têm sido tarefa árdua. Tal situação tem sido vivenciada pelo portador da doença, seus familiares, profissionais e instituições de saúde”.

Estima-se que a adesão ao tratamento medicamentoso aconteça em aproximadamente 50% dos casos, sendo que em relação ao tratamento não medicamentoso com foco nas mudanças no estilo de vida esta taxa ainda é menor (SEROUR *et al.*, 2007 *apud* BASTOS-BARBOSA *et al.*, 2012).

Oliveira-Filho *et al.* (2012, p.650), citando Munger, Van Tassell e Lafleur (2007), relatam que a não adesão terapêutica dos pacientes com HAS:

[...] é um importante e frequentemente não reconhecido fator de risco que contribui para o reduzido controle da Pressão Arterial (PA), levando ao desenvolvimento de outras doenças cardiovasculares, tais como insuficiência cardíaca, doença arterial coronariana, insuficiência renal e acidente vascular cerebral.

Inúmeros estudos têm apontado que as pessoas hipertensas vivenciam enormes dificuldades para seguir as recomendações médicas, o que contribui para que o tratamento seja abandonado de forma expressiva (DUARTE *et al.*, 2010).

Para a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2006) *apud* Duarte *et al.* (2010, p.2604), “estima-se que cerca de dois terços dos pacientes com Hipertensão Arterial (HA) não têm seus níveis pressóricos adequados, devido, em grande parte, ao seguimento incorreto do tratamento medicamentoso”.

Estudos internacionais e nacionais têm demonstrado que as taxas de adesão da pessoa ao tratamento ou mesmo o abandono variam muito, dependendo de diversos fatores, incluindo o método utilizado, a definição do que seja adesão e da amostra estudada. É importante também, na assistência a pessoas com doenças crônicas, como a HAS, reconhecer a complexidade do cuidado e do autocuidado por longo tempo (DUARTE *et al.*, 2010). “Destaca-se, nesse reconhecimento, a crítica à abordagem estritamente técnica da adesão do paciente e à restrita consideração das dificuldades vividas em seu cotidiano” (CYRINO; SCHRAIBER; TEIXEIRA, 2009 *apud* DUARTE *et al.*, 2010, p.2604).

Para Weber, Oliveira e Colet (2014, p.120),

[...] a adesão ao tratamento trata-se de um processo complexo, pois não depende somente da orientação do profissional e do fornecimento apropriado dos medicamentos, mas também do correto entendimento por parte do usuário e de seu engajamento com a terapia proposta.

A não adesão do paciente ao tratamento é considerada por Bastos-Barbosa *et al.* (2012, p.637) como “a causa principal da Pressão Arterial (PA) não controlada, representando assim um risco significativo de eventos cardiovasculares”.

Adaptar-se ao tratamento não é uma tarefa fácil, sendo que a não adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso interfere diretamente no controle da HAS e suas complicações. Portanto, a adaptação ao tratamento, “é responsável pela enorme resistência encontrada pelos profissionais para a adesão do paciente ao regime terapêutico. A não adesão é um grande obstáculo no controle da doença”, sendo necessário investir em diversos fatores, principalmente os comportamentais (VITOR *et al.*, 2011, p.252).

Costa *et al.* (2014), citando Vitor *et al.* (2011), consideram que as dificuldades de mudança de hábitos e do estilo de vida, bem como o não seguimento da prescrição

terapêutica associados à falta de informações são os maiores entraves para o controle da doença.

Alguns autores, como Weber, Oliveira e Colet (2014, p.120) destacam a importância de se definir estratégias que possibilitem melhorar a adesão do paciente ao tratamento. Os autores alertam para o fato de que “estas estratégias devem ser planejadas individualmente, levando em consideração as potencialidades e limitações de cada usuário”.

Moura *et al.* (2015) relatam que a literatura demonstra que quando a adesão ocorre, menores são as possibilidades de complicações da HAS e portanto, a morbimortalidade da doenças é reduzida, o que reforça a necessidade de investir em esforços para obtenção da adesão do paciente ao tratamento.

As intervenções em educação em saúde, neste sentido, devem ser uma prática do cotidiano da equipe de saúde, estabelecendo estratégias para incentivar a adoção de hábitos de vida saudáveis, como: alimentação adequada, controle do peso, atividade física, e desenvolver no paciente a confiança no profissional de saúde e nos tratamentos propostos (WEBER; OLIVEIRA; COLET, 2014 *apud* ASSIS, 2015, p.24).

Para a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010, p.30), entre as estratégias para melhorar a adesão do paciente ao tratamento, está a educação em saúde voltada para o esclarecimento dos conceitos relacionados à doença, como prevenção e tratamento. Nesse processo educativo é importante esclarecer as pessoas sobre “os benefícios dos tratamentos, incluindo mudanças de estilo de vida, informações detalhadas e compreensíveis aos pacientes sobre os eventuais efeitos adversos dos medicamentos prescritos e necessidades de ajustes”. Os cuidados e abordagens interdisciplinares devem levar em conta a necessidade de cada paciente, considerando o seu contexto sociocultural, informando-lhe sobre a necessidade de agendamento das consultas, grupos e outros procedimentos.

Os profissionais da saúde nas áreas de atenção deverão estabelecer um importante trabalho para alcançar um adequado controle desta doença, informando e educando aos pacientes hipertensos de forma motivada para que realizem o tratamento e não façam abandono do mesmo.

Sintetizando, é essencial destacar que o tratamento da HAS inclui o medicamentoso e não medicamentoso. Portanto além da adesão do paciente ao esquema medicamentoso proposto, é imprescindível também a adesão à mudança do estilo de vida e dos hábitos inadequados, incluindo uma alimentação saudável e prática de atividades físicas orientadas (BRASIL, 2013; COSTA *et al.*, 2014).

Portanto, para que haja de fato uma adesão ao tratamento, “é necessário que o comportamento do paciente esteja de acordo com as orientações estabelecidas pelos profissionais de saúde, essas orientações estão intimamente ligadas à terapia medicamentosa e as mudanças no estilo de vida” (COSTA *et al.*, 2014).

Outro fator importante também a ser considerado na adesão ao tratamento é a aceitação do paciente em relação à doença e como o mesmo a reconhece, para que assim “possa haver a adaptação às condições de saúde e a identificação dos fatores de risco, atitudes de vida saudável e do autocuidado” (BASTOS-BARBOSA *et al.*, 2012 *apud* COSTA *et al.*, 2014, p.474).

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

O diagnóstico de saúde é uma ferramenta importante, pois por meio dela coletamos dados sobre as condições de vida e saúde da população da área de abrangência, posteriormente os analisamos, planejamos e realizamos ações orientadas a melhorar a saúde das pessoas. Entretanto para a sua realização, é necessária uma participação ativa das pessoas da comunidade e da equipe, em geral, assim como de outros setores.

Esse projeto de intervenção segue os passos do Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Definição dos problemas

Na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família 5 de Piau, foram identificados vários problemas de saúde:

- Pacientes hipertensos associado a dificuldades com a adesão ao tratamento anti-hipertensivo.
- População com vários fatores de risco que levam a aparição de doenças crônicas não transmissíveis como são: Dislipidemias, obesidade, sedentarismo.
- Dificuldades com o abastecimento de água, pelo que utilizam outro tipo de modalidade (caminhões) o qual leva ao armazenamento, com a conseguinte aparição de doenças transmissíveis, parasitismo intestinal, doenças diarréicas.

Priorização de problemas

Identificados os problemas, considerando a importância do problema, sua urgência e a capacidade da equipe para o seu enfrentamento, segundo Campos, Faria e Santos (2010), priorizou-se para o projeto de intervenção o seguinte problema de

saúde: pacientes hipertensos associado a dificuldades com a adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Descrição e explicação do problema selecionado

Em nossa área de saúde trabalhamos com uma grande quantidade de pacientes hipertensos, muitos deles dispõem de baixo nível de informação sobre a hipertensão arterial e as complicações que a mesma pode provocar pelo que se encontram pouco motivados para a realização diária dos tratamentos indicados (não farmacológicos e farmacológicos).

A família constitui um fator importante de ajuda e cuidados para esses pacientes e também necessita de conhecimentos sobre esta doença. Portanto, a equipe de saúde deverá incluir a participação da família ao planejar ações de promoção e prevenção que permitam incrementar o grau de adesão ao tratamento e alcançar um melhor controle da hipertensão arterial.

Seleção dos “nós críticos”

Foram identificados como "nós críticos" do problema escolhido:

- Baixo nível de informação da população sobre a hipertensão arterial.
- Falta de conhecimentos das famílias sobre a hipertensão arterial para o cuidado e enfrentamento desta doença.
- Processo de trabalho da equipe de saúde: realização de maior quantidade de ações de promoção e prevenção para incrementar a adesão do tratamento anti-hipertensivo.

Desenho das operações

Identificados os "nós críticos" do problema, foram traçadas as operações para enfrentá-los, conforme mostra o quadro 1.

Quadro 1- Desenho de operações para os “nós” críticos do problema de risco: dificuldades com a adesão ao tratamento anti-hipertensivo na ESF 5 de PIAU, Piranhas, Alagoas

Nós críticos	Operações	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Baixo nível de informação da população.	Saber + Aumentar o nível de informação da população sobre a doença de Hipertensão Arterial.	População mais informada sobre a Hipertensão arterial.	Aumento do nível de informação da população sobre hipertensão arterial e adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Aumento do nível de capacitação da equipe de saúde.	Cognitivo: conhecimento sobre o tema. Organizacional: organização da agenda. Político: articulação intersetorial (com o setor educação e mobilização social).
Falta de conhecimentos das famílias sobre a hipertensão arterial para o cuidado e enfrentamento desta doença.	+ Apoio familiar Aumentar o nível de conhecimento dos familiares sobre a importância da adesão ao tratamento anti-hipertensivo.	Incluir a família no tratamento e acompanhament o dos pacientes hipertensos.	Avaliar maior número de participação das famílias no acompanhamento dos pacientes hipertensos.	Organizacional: Organização da agenda. Cognitivo: Conhecimento sobre o tema Político: Intersetorial, mobilização social. Financeira: Disponibilização de distintos materiais educativos.
Capacitação da equipe de saúde para incrementar a adesão do tratamento anti-hipertensivo na população.	Aprender + Incrementar as ações de capacitação da equipe sobre a adesão do tratamento anti-hipertensivo.	Organização do grupo operativo. População mais informada e com melhor adesão ao tratamento anti-hipertensivo.	Reuniões mensais com o grupo operativo. Avaliação do nível de informação da equipe de saúde e população sobre a hipertensão arterial.	Organizacional: Organização da agenda. Cognitivo: Informação sobre o tema, estratégias de comunicação. Político: mobilização social, articulação com outros setores (educação). Financeira: recursos audiovisuais, folhetos educativos.

Identificação dos recursos críticos

Segundo Campos, Faria e Santos (2010), a dimensão da realidade a ser transformada depende da disponibilidade dos recursos a favor ou contra a transformação proposta, portanto é necessário identificar esses recursos para cada operação pensada.

Quadro 2 – Identificação dos recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema dificuldades com a adesão ao tratamento anti-hipertensivo na ESF 5 de PIAU, Piranhas, Alagoas.

Operação/Projeto	
Saber +	Cognitivo: conhecimento sobre o tema. Organizacional: organização da agenda. Político: articulação intersetorial (com o setor educação e mobilização social).
+ Apoio familiar	Organizacional: Organização da agenda. Cognitivo: Conhecimento sobre o tema Político: Intersectorial, mobilização social. Financeira: Disponibilização de distintos materiais educativos.
Aprender +	Organizacional: Organização da agenda. Cognitivo: Informação sobre o tema, Estratégias de comunicação. Político: mobilização social, articulação com outros setores (educação). Financeira: recursos audiovisuais, folhetos educativos.

Análise de viabilidade do plano

Ao se analisar a viabilidade do plano, necessário se faz que sejam identificados os atores responsáveis pelo controle dos recursos críticos, “analisando seu provável posicionamento em relação ao problema, para então definir as operações/ações estratégias capazes de construir viabilidade para o plano ou, dito de outra maneira, motivar o ator que controla o plano” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A análise dessa viabilidade está representada no quadro 3.

Quadro 3- A análise da viabilidade do plano relacionado a dificuldades com a adesão ao tratamento anti-hipertensivo na ESF 5 de PIAU, Piranhas, Alagoas.

Operações	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
<p>Saber + Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da Hipertensão Arterial.</p>	<p>Cognitivo: conhecimento sobre o tema. Organizacional: organização da agenda. Político: articulação intersectorial (com o setor educação e mobilização social).</p>	<p>Equipe de Saúde da Família. Secretaria Municipal de Saúde.</p>	<p>Favorável. Favorável.</p>	<p>Apresentar projeto para equipe.</p>
<p>+ Apoio familiar Aumentar o nível de conhecimento dos familiares sobre a importância da adesão ao tratamento anti-hipertensivo.</p>	<p>Organizacional: Organização da agenda. Cognitivo: Conhecimento sobre o tema. Político: Intersetorial, mobilização social. Financeira: Disponibilização de distintos materiais educativos.</p>	<p>Equipe de Saúde da Família. Secretaria Municipal de Saúde.</p>	<p>Favorável. Favorável.</p>	<p>Apresentar projeto para equipe.</p>
<p>Aprender + Incrementar as ações de capacitação da equipe sobre a adesão do tratamento anti-hipertensivo.</p>	<p>Organizacional: Organização da agenda. Cognitivo: Informação sobre o tema, estratégias de comunicação. Político: mobilização social, articulação com outros setores (educação). Financeira: recursos audiovisuais, folhetos educativos.</p>	<p>Equipe de Saúde da Família. Secretaria Municipal de Saúde.</p>	<p>Favorável. Favorável.</p>	<p>Apresentar projeto para equipe.</p>

Elaboração do plano operativo

Quadro 4 - Elaboração do plano operativo do projeto de intervenção relacionado a dificuldades com a adesão ao tratamento anti-hipertensivo na ESF 5 de PIAU, Piranhas, Alagoas.

Operações	Resultados	Produtos esperados	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Saber + Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da Hipertensão Arterial.	População mais informada sobre a Hipertensão arterial.	Aumento do nível de informação da população sobre hipertensão arterial e adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Aumento do nível de capacitação da equipe de saúde.	Apresentar projeto para equipe.	Equipe de Saúde da Família. Secretaria Municipal de Saúde.	3 meses para o início das atividades.
+ Apoio familiar Aumentar o nível de conhecimento dos familiares sobre a importância da adesão ao tratamento anti-hipertensivo.	Incluir a família no tratamento e acompanhamento dos pacientes hipertensos.	Avaliar maior número de participação das famílias no acompanhamento dos pacientes hipertensos.	Apresentar projeto para equipe.	Equipe de Saúde da Família. Secretaria Municipal de Saúde.	4 meses para o início das atividades.
Aprender + Incrementar as ações de capacitação da equipe sobre a adesão do tratamento anti-hipertensivo.	Organização do grupo operativo. População mais informada e com melhor adesão ao tratamento anti-hipertensivo.	Reuniões mensais com o grupo operativo. Avaliação do nível de informação da equipe de saúde e população sobre a hipertensão arterial.	Apresentar projeto para equipe.	Equipe de Saúde da Família. Secretaria Municipal de Saúde.	4 meses para o início das atividades.

Gestão do plano

Quadro 5 – Planilha para acompanhamento das operações

Operações	Produtos esperados	Responsáveis	Prazo inicial	Situação atual	Justificativas	Novo prazo
Saber + Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da Hipertensão Arterial.	Aumento do nível de informação da população sobre hipertensão arterial e adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Aumento do nível de capacitação da equipe de saúde.	Equipe de Saúde da Família. Secretaria Municipal de Saúde.	3 meses	Implantado		
+ Apoio familiar Aumentar o nível de conhecimento dos familiares sobre a importância da adesão ao tratamento anti-hipertensivo.	Avaliar maior número de participação das famílias no acompanhamento dos pacientes hipertensos.	Equipe de Saúde da Família. Secretaria Municipal de Saúde.	4 meses	Implantado		
Aprender + Incrementar as ações de capacitação da equipe sobre a adesão do tratamento anti-hipertensivo.	Reuniões mensais com o grupo operativo. Avaliação do nível de informação da equipe de saúde e população sobre a hipertensão arterial.	Equipe de Saúde da Família. Secretaria Municipal de Saúde.	4 meses	Implantado		

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão de literatura reforçou que a Hipertensão Arterial Sistêmica é considerada um sério problema de saúde pública e que a adesão do paciente ao tratamento é essencial para o controle da doença, cabendo aos profissionais e serviços de saúde estabelecer estratégias que favoreçam a adesão das pessoas hipertensas ao tratamento.

Com a elaboração e implantação deste projeto de intervenção para a área de abrangência da equipe de saúde número 5 de PIAU esperamos incrementar as atividades coletivas com o grupo de hipertensos e aumentar a adesão da equipe de saúde às ações preventivas. Também esperamos alcançar uma melhor adesão da população hipertensa ao tratamento, estimulando desta forma a autonomia dos sujeitos em relação ao seu estado de saúde.

A elaboração desse projeto representa um aprendizado de grande importância na busca de soluções para o problema identificado, pois o plano de ação direciona as ações a ser executadas pela equipe. Pode-se assim obter boa aderência ao tratamento anti-hipertensivo dos pacientes da área, alcançando um adequado controle da pressão arterial e permitindo um melhor estado de saúde destes pacientes, além de diminuir a aparição de outras doenças consequentes à pressão arterial elevada.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, G. B. S.; GARCIA, T.R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Rev. Eletr. Enf.**, v.8, n.2, p.259-72, 2006.

ASSIS, R. R. de. **Uso inadequado de medicamentos e baixa adesão ao tratamento na zona rural do município de Abaeté/MG – Projeto de intervenção.** Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Bom Despacho, 2015. 39f.

AZIZ, J. L.. Sedentarismo e hipertensão arterial. **Rev. Bras. Hipertensão**, v.21, n.2, p.75-82, 2014.

BASTOS-BARBOSA, R.G. *et al.* Adesão ao Tratamento e Controle da Pressão Arterial em Idosos com Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.99, n.1, p.636-641, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p. (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; p.128, 2013.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P. de.; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG. 2010. 118p.

COSTA, Y. F.; ARAUJO, O. C.; ALMEIDA, L. B. M.; VIEGA, S. M. F.. O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: revisão integrativa da literatura. **O Mundo da Saúde**, v.38, n.4, p.473-481, 2014.

CYRINO, A. P.; SCHRAIBER, L. B.; TEIXEIRA, R. R.. A educação para o autocuidado no diabetes mellitus tipo 2: da adesão ao "empoderamento". **Interface**, v.13, n.30, p.93-106, 2009.

DANIEL, A. C. Q. G.; VEIGA, E. V.. Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. **Einstein**, v.11, n.3, p.331-337, 2013.

DUARTE, M. T. C. *et al.* Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2603-2610, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades Alagoas.** 2014. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=270710&search=alagoas|piranhas>. Acesso em: 26 ago. 2015.

MOURA, A. A.; GODOY, S.; TOGNOLI, S. H.; MENDES, I. A. C.. Adesão ao tratamento da hipertensão arterial no contexto da atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE**, v.9, n.4, p. 7420-30, 2015.

MUNGER, M. A.; VAN TASSELL, B. W.; LAFLEUR, J. Medication nonadherence: an unrecognized cardiovascular risk factor. **MedGenMed**. v.9, n.3, p.58, 2007.

NOBRE, F. *et al.* VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.1-57, 2010.

OLIVEIRA-FILHO, A. D.; BARRETO-FILHO, J.A.; NEVES, S. J. F.; LYRA JR., D. P. de. Relação entre a Escala de Adesão Terapêutica de Oito Itens de Morisky (MMAS-8) e o Controle da Pressão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.99, n.1, p.649-658, 2012.

RIBEIRO, R. C.; LOTUFO, P.A. **Hipertensão Arterial: Diagnóstico e Tratamento**. São Paulo: Ed. Sarvier, 117p. 2005.

ROBBINS, R. S.; COTRAN, R. S.; KUMAR, V. *et al.* **Patologia - Bases patológicas das doenças**. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005, p.75-77.

SEROUR, M.; ALGHENAEI, H.; AL-SAGABI, S.; MUSTAFA, A.R.; BEN-NAKHI, A.. Cultural factors and patients 'adherence to lifestyle measures. **Br. J. Gen. Pract.** v.57, n.537, p.291-5, 2007.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA MUNICIPAL. Dados da Ficha D do SIAB. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.95, n.1, supl.1, p.1-51, 2010.

VITOR, A. F.; MONTEIRO, F. P. M.; MORAIS, H. C. C.; VACONCELOS, J. D. P.; LOPES, M. V. O.; ARAUJO, T. L.. Perfil das condições de seguimento terapêutico em portadores de hipertensão arterial. **Esc. Anna Nery**. v.15, n.2, p.251-60. 2011.

WEBER, D.; OLIVEIRA, K. R. de; COLET, C. de F.. Adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso de hipertensos em Unidade Básica de Saúde. **Rev. Bras. Hipertensão**, v.21, n.2, p.114-121, 2014.