

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

LEONARDO MOREIRA DE VASCONCELOS

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO  
DE PACIENTES PORTADORES DE HIPERTENSÃO  
ARTERIAL SISTÊMICA NA UBS GUIMARÃES  
ROSA NA CIDADE DE ITAGUARA MG**

FORMIGA/MG  
2014

LEONARDO MOREIRA DE VASCONCELOS

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO  
DE PACIENTES PORTADORES DE HIPERTENSÃO  
ARTERIAL SISTÊMICA NA UBS GUIMARÃES  
ROSA NA CIDADE DE ITAGUARA MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do certificado de especialista

**Orientador:** Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

FORMIGA/MG  
2014

LEONARDO MOREIRA DE VASCONCELOS

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO  
DE PACIENTES PORTADORES DE HIPERTENSÃO  
ARTERIAL SISTÊMICA NA UBS GUIMARÃES  
ROSA NA CIDADE DE ITAGUARA MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do certificado de especialista

**Orientador:** Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

BANCA EXAMINADORA

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena (UFMG)

Prof.

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

## **DEDICATÓRIA**

À todos que de alguma forma colaboraram na execução desse trabalho fazendo com que ele se tornasse possível.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, que é fonte de vida e inspiração para meus dias.

À minha namorada, Vânia e a minha irmã Soraia, que todo o tempo me incentivou para este feito.

Aos meus pais pelo incentivo e pelo amor para comigo, dando-me força para prosseguir nos meus estudos.

Aos professores, tutores e supervisores que buscaram ampliar meus conhecimentos contribuindo para a minha formação.

Ao meu orientador Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena pela dedicação, persistência, paciência e orientação para conclusão deste trabalho.

“O que eu ouço, eu esqueço.  
O que eu vejo, eu lembro.  
O que eu faço, eu entendo”

**CONFÚCIO**

## RESUMO

Este trabalho tem como objetivo principal apresentar uma proposta de intervenção para a Equipe de Saúde da Família Guimarães Rosa, no intuito de aumentar a adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica adscrita a uma unidade da Estratégia em Saúde da Família. Para isso é importante a parceria entre Equipe de Saúde da Família, comunidade e Secretaria Municipal de Saúde. A Equipe de Saúde da Família Guimarães Rosa registrou no ano de 2014 a ocorrência de um número considerável de casos de não adeptos ao tratamento de Hipertensão Arterial Sistêmica. O que motivou a elaboração de um plano de ação para o enfrentamento do problema. Esse plano de ação foi elaborado a partir do diagnóstico situacional seguindo o método Planejamento Estratégico Situacional. Para o embasamento científico foi realizada revisão literária com utilização dos seguintes descritores: “Adesão ao tratamento de hipertensão arterial”, “Grupos operativos educativos” e “Cuidados ao usuário hipertenso” em sites de busca como o SciELO, Lilacs, e Biblioteca Virtual da UFMG sobre o assunto, como critério de inclusão foram utilizados artigos publicados entre os anos de 1993 e 2014. Concluiu-se que há necessidade da adoção de programas educativos visando a adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica, a prevenção e a promoção de saúde da população bem como a melhoria nos níveis de responsabilidade e conhecimento dos profissionais envolvidos. Educação em saúde, educação continuada dos profissionais, conscientização da comunidade e dos profissionais e atendimento clínico com busca ativa de indivíduos em grupo de risco são ações imprescindíveis para se alcançar o objetivo.

**Palavras-chave:** Adesão ao tratamento, Educação em saúde, Cuidados na Hipertensão Arterial Sistêmica.

## ABSTRACT

This work aims to present a proposal for intervention to the Family Health Team Guimarães Rosa, in order to increase adherence to treatment of systemic hypertension ascribed to a unit of the Family Health Strategy. For this it is important the partnership between the Family Health Team, community and Municipal Health Department. The Family Health Team Guimarães Rosa recorded in 2014 the occurrence of a considerable number of cases of non-fans to the treatment of Hypertension . What motivated the development of an action plan to address the problem. This action plan was drawn from the situation analysis following the method Situational Strategic Planning. For the scientific basis was performed literature review using the following descriptors: "Adherence to treatment of hypertension", "educational operating Groups" and "Care to hypertensive patients" in search engines like SciELO, Lilacs, and Virtual UFMG Library on the subject, as inclusion criteria were used articles published between 1993 and 2014. it was concluded that there is need to adopt educational programs for adherence to treatment of systemic hypertension, prevention and health promotion of the population and the improvement in the levels of responsibility and knowledge of the professionals involved. Health education, continuing professional education, community awareness and professional and clinical care with active search for risk group individuals are essential actions to achieve the goal.

**Keywords:** Adherence to treatment, health education, care in Hypertension.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

AVC- Acidente Vascular Cerebral

AVE - Acidente Vascular Encefálico

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

UBS - Unidade Básica de Saúde

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PES - Planejamento Estratégico Situacional

PSF - Programa Saúde da Família

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Distribuição da população de Itaguara segundo a faixa etária, 2010.....	14
<b>Quadro 2:</b> Prevalência de alguns fatores de risco segundo sexo no grupo etário de 15 a 59 anos.....	29
<b>Quadro 3:</b> Priorização dos problemas.....	42
<b>Quadro 4:</b> Nós-críticos .....	44
<b>Quadro 5:</b> Recursos críticos .....	45
<b>Quadro 6:</b> Análise de viabilidade .....	46
<b>Quadro 7:</b> Plano Operativo do planejamento.....	47

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1:</b> Mortalidade proporcional por grupos de causas.....	27
--	----

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Adesão: Fenômeno Multidimensional.....	35
---	----

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>19</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>22</b>
3.1 Objetivo Geral.....	22
3.2 Objetivos Específicos.....	22
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>23</b>
<b>5 REVISÃO LITERATURA.....</b>	<b>25</b>
5.1 A Hipertensão Arterial Sistêmica .....	25
5.2 Prevalência e Causas.....	27
5.3 Fundamentos que Embasam a tratamento e o Controle da HAS.....	30
5.4 O Papel da ESF na adesão do usuário do PSF ao tratamento da HAS.....	32
<b>6 PLANO DE AÇÃO.....</b>	<b>45</b>
6.1 Definição dos problemas.....	45
6.2 Priorização dos problemas.....	46
6.3 Como o problema foi identificado.....	46
6.4 Descrição e explicação do problema.....	47
6.5 Nós Críticos.....	47
6.6 Desenho das operações e recursos críticos.....	48
<b>7 DISCUSSÃO E RESULTADOS.....</b>	<b>51</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>53</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>56</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A HAS é reconhecida como importante problema de saúde pública e na grande maioria das vezes necessita de diagnóstico precoce, emprego de vasta terapêutica medicamentosa e de ações educativas para as mudanças no estilo de vida. Além disso, é uma doença de difícil controle e a manutenção dos níveis pressóricos dentro do limite recomendado é insatisfatória. Isso evidencia a problemática da baixa adesão ao tratamento.

Se não tratada adequadamente, a HAS pode acarretar graves conseqüências para o indivíduo, estando entre as causas mais freqüentes de morbi-mortalidade dos adultos e idosos. A doença é responsável por 25% das mortes por doença arterial coronariana no Brasil, sendo imperativa a reflexão dos profissionais da saúde sobre a gravidade das conseqüências desses eventos, para que os mesmos possam orientar e estimular o portador de hipertensão a modificar hábitos nocivos à sua saúde, auxiliando-o a controlar seus níveis pressóricos (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

Diversos estudos revelam uma grande proximidade dos fatores para o desenvolvimento/agravamento da hipertensão arterial e os fatores de risco para a doença coronariana e suas complicações, já que é sabido que, dentre os fatores de risco alteráveis para eventos coronarianos, a hipertensão arterial é forte contribuinte.

A não adesão ocasiona desnecessário ajuste no regime terapêutico devido à falta de resposta positiva ao tratamento, aumento dos custos no cuidado à saúde com a elevação das taxas de hospitalizações e tratamento de complicações. Além disso, frustra os profissionais de saúde, pois os impede de alcançar os objetivos traçados na atenção à saúde do hipertenso.

A problemática da adesão ao tratamento é complexa, pois vários fatores estão associados: paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível sócio-econômico); doenças (cronicidade, assintomatologia); crenças, hábitos culturais e de vida (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença, contexto familiar, conceito saúde-doença, autoestima); tratamento (custo, efeitos indesejáveis, esquemas complexos, qualidade de vida); instituição (política de saúde, acesso, distância, tempo de espera e de atendimento); e relacionamento com equipe de saúde (envolvimento e relacionamento inadequados). Por

consequente, a adesão do paciente usuário da UBS deve ser apreciada com vista a esses fatores.

Itaguara é um município do estado de Minas Gerais. Pertence à Região Metropolitana de Belo Horizonte. A sede do município está localizada a 95 quilômetros da capital. Devido ao grande fluxo migratório para a capital do estado, tem havido um grande desfalque na população de Itaguara. A população é de 12.999 habitantes segundo a estimativa do IBGE para o ano de 2013 que ocupam uma área de 410,719 km<sup>2</sup> com uma densidade populacional de 30,12hab/km<sup>2</sup>.

São cidades limítrofes do município de Itaguara: Carmo do Cajuru, Carmópolis de Minas, Crucilândia, Piracema, Cláudio, Rio Manso e Itatiaiuçu.

Os primeiros habitantes da região de Itaguara foram os índios Cataguases, que eram os donos da terra até meados do século XVII. Com o fim das brigas entre as famílias Pires e Camargos, os paulistas voltaram suas atenções para as incursões sertanejas, sendo que a década de 1660 a 1670 foi a mais promissora para o movimento que ficou conhecido como Bandeirismo.

O relevo do município de Itaguara apresenta-se com grandes elevações com morros e pequenas serras, sendo assim considerado de montanhas. Os solos são argilosos de moderada resistência à erosão, de profundidade variável, de baixa a moderada fertilidade natural, com maior aproveitamento na pecuária.

A maior elevação de relevo do município é o Pico dos Paivas e Pico do Sumaré, localizado na Fazenda dos Paivas. Principais serras de Itaguara: Serra da Picada, Serra da Pipoca, Serra da Serrinha, Serra da Bocaina, Serra da Boa Vista, Morro do Cardoso, Serra do Barreiro, Serra do Campo Grande, Serra do Nogueira, Morro das Pedras.

O município é cortado pelo Ribeirão Conquista e Rio São João, da Bacia do Rio São Francisco. O Rio Pará faz fronteira entre Itaguara, Carmópolis de Minas e Cláudio.

## 1.1 Aspectos Demográficos

O quadro 1 apresenta a distribuição da população segundo a faixa etária para o ano de 2010

**Quadro 1:** Distribuição da população da população de Itaguara segundo a faixa etária, 2010.

Idade	Itaguara		Minas Gerais		Brasil	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
0 a 4 anos	291	262	523.258	504.533	5.638.154	5.444.151
5 a 9 anos	413	414	726.034	702.961	7.623.749	7.344.867
10 a 14 anos	505	500	858.109	830.051	8.724.960	8.440.940
15 a 19 anos	522	462	868.022	851.253	8.558.497	8.431.641
20 a 24 anos	459	508	874.104	859.390	8.629.807	8.614.581
25 a 29 anos	519	482	851.586	853.105	8.460.631	8.643.096
30 a 34 anos	544	485	790.229	805.450	7.717.365	8.026.554
35 a 39 anos	480	485	694.342	722.116	6.766.450	7.121.722
40 a 44 anos	467	445	671.738	702.039	6.320.374	6.688.585
45 a 49 anos	467	422	628.195	666.388	5.691.791	6.141.128
50 a 54 anos	383	346	548.830	584.829	4.834.828	5.305.231
55 a 59 anos	318	315	441.415	479.714	3.902.183	4.373.673
60 a 64 anos	234	230	339.165	376.212	3.040.897	3.467.956
65 a 69 anos	197	215	251.626	290.172	2.223.953	2.616.639
70 a 74 anos	147	185	191.852	233.376	1.667.289	2.074.165
75 a 79 anos	113	136	129.276	168.843	1.090.455	1.472.860
80 a 84 anos	71	78	76.292	112.030	668.589	998.311
85 a 89 anos	34	43	34.862	56.569	310.739	508.702
90 a 94 anos	7	19	12.469	24.269	114.961	211.589
95 a 99 anos	2	3	3.332	7.576	31.528	66.804
Mais de 100 anos	1	0	739	1.904	7.245	16.987

Fonte: IBGE (2010).

## **1.2 Aspectos socioeconômicos**

As principais atividades socioeconômicas de Itaguara são: pecuária, agricultura e comércio. Na cidade ainda consta uma fábrica de móveis, que se torna fonte de emprego e traz benefícios para o município.

Em Itaguara são investidos quase 30% do orçamento em Saúde - percentual muito acima da responsabilidade legal (15%). Nos últimos 30 meses Itaguara avançou muito neste setor. Os números positivos comprovam isso. Com a entrada de Itaguara no CISMEP (Consórcio de Saúde do Médio Paraopeba), foram realizados milhares de procedimentos importantes, sobretudo nas áreas de oftalmologia, angiologia e otorrinolaringologia. Foram quase duas mil consultas nestas áreas.

Itaguara trabalha também em parceria com a Santa Casa e é importante destacar que sua subvenção foi reajustada em mais de 120% neste período. Merece destaque ainda a construção da Unidade Básica de Saúde (UBS) da Região Central e da Farmácia Pública. Ambas estão em fase final e deverão ser inauguradas até o final do ano.

## **1.3 Índice de Desenvolvimento Humano IDH**

O IDH médio para o ano de 2000 foi de 0,743 (IBGE, 2000). O sistema de tratamento de esgoto de Itaguara é composto por dois reatores anaeróbios de fluxo ascendente, filtro anaeróbio, sistema de desidratação do lodo (leito de secagem), aterro sanitário de rejeitos (para tratamento do lodo gerado), além de 9,6 km de rede interceptora que é responsável por coletar os esgotos nas margens do Ribeirão Conquista, Córrego Conquistinha (bairro dos Dias), córrego Cachoeira, Córrego dos Nogueiras, Córrego Catiguá (que passa atrás do Museu Sagarana) e encaminhá-los, por gravidade, até estação a estação elevatória, próximo à siderúrgica, daí estes são bombeados para a ETE - unidade operacional do sistema de esgoto sanitário que utiliza como matéria-prima o esgoto bruto, sendo ele de origem doméstica e através de processos físicos e biológicos removem os aditivos poluentes do mesmo, devolvendo ao meio ambiente o produto final, o efluente tratado, com 99% de eficiência de tratamento..

## **1.4 Educação**

A educação é fundamental na formação social, econômica, política e cultural de qualquer sociedade. O município atende um total de 842 alunos distribuídos nas 4 escolas de sua atuação, das quais 3 estão localizadas na zona rural.

Escola M. Padre Geraldo R. Costa – situada no bairro Dias, é a escola que oferece maior atendimento de alunos na Educação Infantil e Anos Iniciais do Ensino Fundamental.

Seu quadro pedagógico conta com 4 Especialistas, 1 Diretora, 1 Vice, 40 professoras, todas graduadas em cursos relacionados ao Magistério e ainda, mais 8 monitoras que atuam diretamente no processo de Educação Inclusiva.

Em parceria com o Governo Federal, a Escola também acolhe os cursos ofertados pelo PRONATEC, ofertando diversas possibilidades de capacitação e formação profissional.

Possui também o Tele centro Comunitário que viabiliza aos estudantes a inclusão digital.

As escolas situadas nos povoados rurais são 3:

- Escola M. Pará dos Vilelas – Pará dos Vilelas
- Escola M. São Sebastião – Boa Vista
- Escola M. Barão do Rio Branco – Campo do Gentio

As escolas rurais são atendidas por uma Supervisora Pedagógica e seu quadro de professoras é constituído por quinze profissionais, todas devidamente habilitadas em conformidade à legislação educacional vigente. Possui também uma professora especializada para aulas de Educação Física e uma recuperadora que auxilia na melhoria do processo pedagógico.

## **1.5 Recursos da comunidade**

O município conta com escola, creche, igrejas, ginásio poliesportivo, praças e comércio atuante.

Serviços existentes de luz elétrica, água, telefonia, correios e bancos.



## 1.6 Sistema Municipal de Saúde

Itaguara possui uma secretaria Municipal de Saúde que oferece serviços de atenção básica, por meio de 05 equipes de PSF, com 100% de cobertura, sendo três urbanas e duas rurais que priorizam na sua prática a prevenção e promoção da saúde. O município possui 03 UBS construídas com recurso do Ministério da Saúde.

As equipes rurais, por atenderem uma população muito dispersa, tem como locais de apoio para atendimento três escolas desativadas que foram reformadas com a ajuda da comunidade para atendimento médico e outras atividades sociais da comunidade, além de realizar atendimento em escolas e outros espaços cedidos pela comunidade.

Possui ainda um Centro de saúde onde além de atendimento básicos em pediatria, ginecologia, clínica médica e enfermagem (curativos, nebulização, vacinas, etc.). Oferece atendimento em fonoaudiologia, CAF, laboratório de análises clínica e o serviço de Vigilância em saúde com controle de endemias (com prioridade no combate à dengue) e controle à doença de Chagas. Neste espaço também funciona a secretaria de saúde com a regulação, TFD, Faturamento do SUS e agendamento de consultas, exames e cirurgias no CISMEP (angiologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, dermatologia, cardiologia).

A Secretaria Municipal de Saúde Oferece ainda atendimento em fisioterapia que atende em uma casa alugada à Av. N. S<sup>a</sup> das Dores, 148, Centro, com 01 profissional. Além disso, dispõe de 02 profissionais fazendo atendimento em domicílio para aqueles pacientes acamados e trabalho de educação em saúde em parceria com as ESFs.

Todas as ESFs têm o serviço de Saúde Bucal proporcionando uma cobertura de 100% da população.

Os procedimentos de Média e Alta Complexidade que não são realizados no próprio Município são encaminhados para Itaúna, Betim, Divinópolis, Belo Horizonte, Brumadinho, Santo Antônio do Amparo.

O atendimento de emergência é realizado na Santa Casa de Misericórdia de Itaguara, que possui 44 leitos, sendo 13 para cirurgia geral, 16

clínicas médica, 7 em obstetrícia, 3 em pediatria e 5 apartamentos. A Santa Casa, além de atender o município, atende ainda os municípios vizinhos.

O presente trabalho tem como problemática a importância de se aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. O principal objetivo é fazer com que ocorra a adesão terapêutica pelo uso correto dos medicamentos e mudança de hábitos de vida. O foco principal das ações concentra-se na conscientização dos pacientes sobre os riscos da evolução e complicações dessa doença por meio de grupos operativos educativos a fim de se promover a conscientização dos usuários e o auto cuidado.

A melhor forma de trazer esses pacientes para participarem destes grupos seria a busca ativa, ou seja, informando a todos quanto à importância do comparecimento aos grupos para os cuidados com a saúde.

## 2 JUSTIFICATIVA

A não-adesão do usuário ao tratamento tem constituído um grande desafio para os profissionais que o acompanha, e possivelmente tem sido responsável pelo aumento dos custos sociais com absenteísmo ao trabalho, licenças para tratamento de saúde, e aposentadorias por invalidez, haja vista que a hipertensão arterial tem sido responsável pelo aumento destes custos (SANTOS *et al.*, 2005).

Este trabalho se justifica pela alta prevalência de hipertensão arterial na comunidade, pelo grande número de pacientes com níveis pressóricos não controlados e pelo risco cardiovascular aumentado e suas consequências.

Essa definição aconteceu a partir do diagnóstico situacional e com base nesse diagnóstico, a hipertensão apareceu como um dos problemas de saúde mais frequentes na área de abrangência. A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais para fazer um Projeto de Intervenção, portanto a proposta é viável.

Portanto, mediante a problemática citada, optou-se por este trabalho com o objetivo de proporcionar a melhora da adesão do usuário hipertenso da UBS Guimarães Rosa com abordagem interdisciplinar.

A hipertensão arterial é uma doença altamente prevalente, com custos sociais elevados, que atualmente apresenta dois grandes desafios, a adesão ao tratamento e a colocação dos pacientes, que aderem aos tratamentos, dentro das metas preconizadas pelas diversas diretrizes publicadas pelas sociedades científicas nacionais e internacionais.

As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade no Brasil e a hipertensão arterial está entre os seus principais fatores de risco. De acordo com Bloch *et al* (2008) a não adesão ao tratamento medicamentoso é uma das principais causas das baixas taxas de controle da hipertensão.

A não adesão ao tratamento da hipertensão arterial é um dos mais importantes problemas enfrentados pelos profissionais que atuam na atenção primária. Gera custos substanciais, pelas baixas taxas de controle alcançadas, que acabam aumentando a morbimortalidade consequente a essa síndrome.

A problemática da adesão ao tratamento é complexa, pois vários fatores estão associados: paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico); doenças (cronicidade, assintomatologia); crenças,

hábitos culturais e de vida (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença, contexto familiar, conceito saúde-doença, autoestima); tratamento (custo, efeitos indesejáveis, esquemas complexos, qualidade de vida); instituição (política de saúde, acesso, distância, tempo de espera e de atendimento); e relacionamento com equipe de saúde (envolvimento e relacionamento inadequados) (SANTOS *et al.*, 2005). Por conseguinte, a adesão do cliente deve ser apreciada com vista a esses fatores, visto que, pacientes que não aderem às recomendações de mudança de estilo de vida e/ou não seguem as prescrições, dificilmente apresentarão níveis de pressão arterial controlados. A falta de adesão ao tratamento da hipertensão arterial é o maior desafio para todos os que trabalham e investigam esta área, uma vez que, aumenta os custos e os riscos de eventos cardiovasculares em consequência do controle inadequado da pressão, provocado por esta prática (JARDIM; JARDIM, 2006).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) pode evoluir para complicações nos sistemas cardiovascular, renal e vascular, como: insuficiência renal, acidente vascular encefálico, infarto do miocárdio e insuficiência cardíaca (ROBBINS; COTRAN, 2000). Essas complicações ocorrem principalmente pela não utilização ou utilização inadequada da medicação.

Os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso sensibilizando-o a seguir o tratamento.

É preciso ter em mente que a manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que os profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso. Para complicar ainda mais a situação, é importante lembrar que um grande contingente de pacientes hipertensos também apresenta outras comorbidades, como diabetes, dislipidemia e obesidade, o que traz implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de um aglomerado de condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada.

Para entender o contexto da adesão ao tratamento anti-hipertensivo e suas consequências para a sociedade no aspecto saúde, diversas teorias que procuravam explicar e orientar formas de abordagem, para se obter o

comprometimento dos pacientes com doenças crônicas com seu próprio cuidado, passou então a ser investigadas, sem, entretanto, conseguir uma explicação que atendesse à maioria das situações e que justificasse a baixa adesão ao tratamento.

Diante dos fatos citados, acredita-se que nos serviços de saúde brasileiros há necessidade de implantação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial, bem como de melhoria dos serviços de saúde, da educação permanente dos profissionais de saúde, que atuam principalmente na rede básica, da porta de entrada do sistema, desenvolvendo ações de prevenção de doença e promoção de saúde.

Justifica-se esta pesquisa pelo fato de que, a problemática envolvida nessa questão, como também o papel de destaque que ocupa no controle da doença, acredita-se ser de extrema relevância realizar uma revisão da literatura sobre os fatores associados à resistência para adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Nesta perspectiva, este trabalho consistiu em realizar uma revisão teórica sobre os determinantes associados à resistência para adesão ao tratamento anti-hipertensivo, que podem estar contribuindo para o controle da hipertensão arterial sistêmica. O estudo de cada um destes fatores, bem como de suas inter-relações, permite evidenciar variáveis, oferecendo, dessa maneira, subsídios para formulação de estratégias que venham solucionar o problema e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida dos hipertensos da área de abrangência. No próximo capítulo será apresentada uma breve contextualização dos problemas cardiovasculares, hipertensão arterial.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Elaborar um projeto de intervenção sobre o abandono ao tratamento de hipertensão na área de abrangência da equipe do Programa de Saúde da Família da UBS Guimarães Rosa do Município de Itaguara.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Definir o papel de cada profissional da UBS na promoção da saúde e adesão ao tratamento do usuário hipertenso.
- Criar ações para que ocorram avaliações periódicas dos usuários pertencentes aos grupos de risco da área de abrangência das ESF;
- Diagnóstico dos casos desconhecidos.
- Sensibilizar os profissionais e usuários quanto à necessidade da realização de avaliações periódicas dos pacientes hipertensos para renovação de receitas.
- Sensibilizar a população quanto aos cuidados e adoção de hábitos e vida saudável.
- Propor a realização de cursos de educação permanente para os profissionais envolvidos;
- Oferecer encaminhamento dos pacientes hipertensos para a participação dos grupos operativos educativos de HAS.

#### 4 METODOLOGIA

Inicialmente foi realizado um diagnóstico situacional para identificar os problemas relativos à comunidade da região centro, área adscrita da ESF Guimarães Rosa, como objeto de pesquisa. Através das visitas domiciliares, consultas feitas no consultório da unidade, entrevistas e observação ativa foi possível saber sobre os principais problemas e priorizar os de maior importância.

A elaboração de uma pesquisa requer o emprego de metodologias adequadas. Dessa forma, para esta pesquisa será empregada a pesquisa bibliográfica como base metodológica.

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado. Constituem-se de livros, dissertações, teses, artigos científicos, periódicos e sites como Scielo, Lilacs, Google Acadêmico, site da Sociedade brasileira de cardiologia e Programas do Ministério da Saúde. Foram consultados textos dos módulos da Biblioteca Virtual do CEABSF do Curso de Pós Graduação Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família para subsidiar ações de implementação do projeto. Buscou-se por artigos publicados em língua portuguesa, no período de 1993 a 2014 e que tivessem relação como o tema proposto, com a utilização dos seguintes descritores: Adesão ao tratamento de hipertensão arterial, Grupos operativos educativos e Cuidados ao usuário hipertenso.

Dentre os trabalhos encontrados, foram selecionados aqueles que se enquadravam no enfoque do trabalho e mais relevantes em termos de delineamento e resultados encontrados. Alguns artigos citados nesses trabalhos foram utilizados, a fim de trazer informações complementares.

Propôs-se então a elaboração de um plano de ação para o enfrentamento do problema levantado pela Equipe de Saúde da Família Guimarães Rosa, no município de Itaguara, baseado no Planejamento Estratégico Situacional (PES), conteúdo trabalhado no módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do CEABSF (CAMPOS, 2010) onde a ESF priorizou o problema da falta de adesão ao tratamento da HAS e a falta de programas operativos e educativos, busca ativa e/ou avaliação de usuários hipertensos desta área de abrangência.

Campos, Faria e Santos (2010) definem que para que ocorra a transformação de determinada realidade, sempre haverá o consumo de recursos, podendo ser onerosos ou não. Desta forma, a dimensão dessa transformação vai depender da disponibilidade de determinados recursos, a favor ou contra as mudanças desejadas.

Nesse contexto, essa etapa consiste em reconhecer o que cada operação demanda de recursos críticos, sendo esta etapa considerada fundamental, principalmente para viabilizar a execução do plano de ação.



## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 A Hipertensão Arterial Sistêmica

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) e 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 (SBC, 2010).

A HAS é a mais frequente das doenças cardiovasculares e apresenta alta prevalência e baixas taxas de controle. Ela é ainda, considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio e doença renal crônica terminal.

Irigoyen *et al.* (2003) afirmam que estudos demonstraram que a pressão arterial é mais elevada em homens que em mulheres até a faixa etária de 60 anos. Logo, a Hipertensão Arterial é a maior causadora das doenças cardiovasculares, constituindo, assim, um dos problemas de saúde de maior prevalência na atualidade.

As mudanças dos estilos de vida, tanto individual ou coletiva, são fundamentais para a prevenção da hipertensão arterial e para alcançar as medidas pressóricas adequadas preconizadas pelo Ministério de Saúde, são recomendadas:

- Alimentação adequada;
- Diminuição do consumo de sal;
- Controle do peso;
- Prática de atividade física;
- Diminuição do uso de tabaco e álcool (BRASIL, 2006).

De acordo com Lom *et al.* (2006) o controle e o diagnóstico da hipertensão tem sido atribuição da Saúde da Família e tem caráter de ação prioritária na saúde do adulto em sua fase inicial e é uma ação estratégica de atuação após o Pacto em Defesa da Vida de 2005.

Pensando nisso, a Política Nacional de Promoção da Saúde, aprovada em 2006, prioriza ações de alimentação saudável, atividade física, prevenção ao uso do tabaco e álcool, inclusive com transferência de recursos a estados e

municípios para a implantação dessas ações de uma forma Inter setorial e integrada (BRASIL, 2011).

A partir desta política, o Ministério da Saúde lançou, em sete de abril de 2011, o programa Academia da Saúde, com o objetivo de promoção da saúde por meio de atividade física, com meta de expansão a quatro mil municípios até 2015. Desde 2006, “a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde apoia e financia programas de atividade física que somaram mais de mil projetos em todo o país em 2011” (BRASIL, 2011, p. 10).

Mion Jr. *et al.* (2002) atestam que a Hipertensão Arterial é um dos principais agravos à saúde no Brasil. Sabe-se que a hipertensão e suas complicações são responsáveis por alta frequência de internações, que corresponde a 600 mil casos entre 2000 e 2004, sendo a IC é a principal causa de hospitalização entre as afecções cardiovasculares (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

E, segundo Oigman (2003) o acidente vascular encefálico (AVE) e a doença isquêmica coronariana são as complicações da Hipertensão Arterial mais frequentes, seguidas pela insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica, encefalopatia hipertensiva e aneurisma dissecante da aorta.

Lotufo (2006) aponta que no Brasil, em 2003, 27,4% dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares, e coloca que a principal causa de morte em todas as regiões do Brasil é o AVE.

Lima *et al.* (2006) argumentam que a hipertensão arterial sistêmica constante pode acarretar várias alterações pelo fato do coração desenvolver trabalho superior ao normal e pouco a pouco tornar-se insuficiente e encaminha para a descompensação; além da redução da função renal é possível surgir sinais de sofrimento cerebral e episódios epiléticos. Neste sentido, a hipertensão arterial constitui um fator de risco para ocorrência de acidente vascular encefálico, devido à irrigação sanguínea insuficiente.

## **5.2 Prevalência e Causas**

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Considerando-se valores

de PA  $\geq$  140/90 mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9% (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos. Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países (SBC, 2010).

Revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres (SBC, 2010).

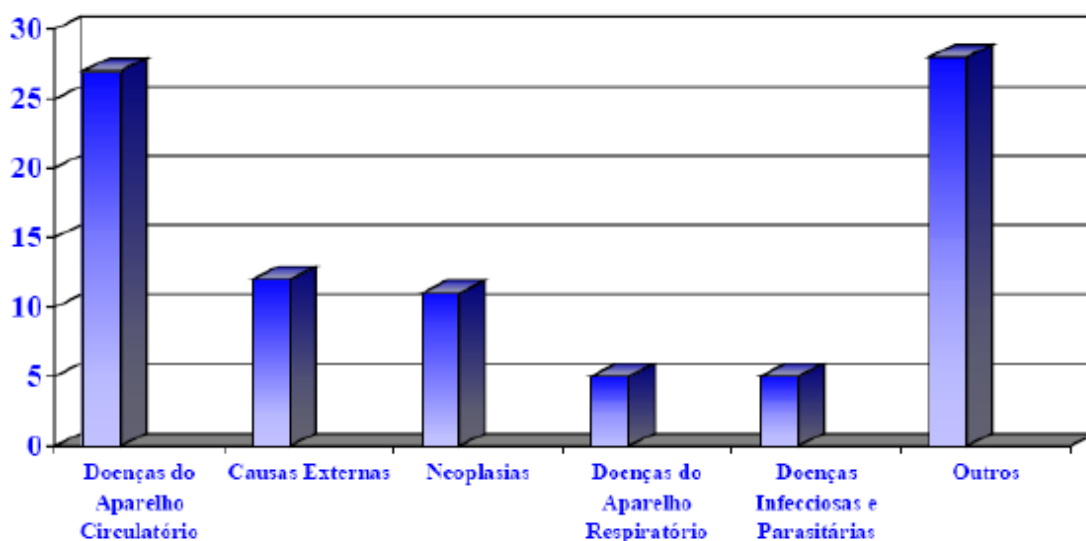
A HAS ocupa lugar de destaque no contexto da transição epidemiológica e diversos estudos demonstram uma prevalência elevada de hipertensão arterial na sociedade brasileira (ARAÚJO; GARCIA, 2006).

Os segmentos sociais mais pobres são os que possuem maior prevalência de hipertensão e também de complicações como acidentes vasculares. As regiões rurais apresentam menor prevalência de hipertensão em relação à metropolitana (BRASIL, 2006).

As doenças do aparelho circulatório representam um importante problema de saúde pública em nosso país. Há algumas décadas, é considerada a primeira causa de morte no Brasil, segundo os registros oficiais (BRASIL, 2000).

Em 2000, corresponderam a mais de 27% do total de óbitos, ou seja, neste ano 255.585 pessoas morreram em consequência de doenças do aparelho circulatório, como mostra o gráfico abaixo (BRASIL, 2001).

**Gráfico 1: Mortalidade proporcional por grupos de causas**



Fonte: DATASUS (2000).

Em 2000, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 15,2 % das internações realizadas no SUS, na faixa etária de 30 a 69 anos. Do total de casos, 17,7% foram relacionados ao Acidente Vascular Encefálico (AVE) e ao Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Estas doenças são de grande importância epidemiológica, visto o seu caráter crônico e incapacitante, podendo deixar seqüelas para o resto da vida. Dados do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) demonstram que 40% das aposentadorias precoces decorreram dessas doenças (BRASIL, 2001).

Entre as complicações mais freqüentes decorrentes desta patologia encontram-se o IAM, AVE, a insuficiência renal crônica, a cegueira definitiva, os abortos e as mortes perinatais.

As doenças cardiovasculares são responsáveis por 65% do total de óbitos na faixa etária de 30 a 69 anos, atingindo a população adulta em plena fase produtiva. No SUS as doenças cardiovasculares são responsáveis por 1.150.000 das internações/ano com um custo aproximado de R\$ 475 milhões, sendo que nesses números não estão inclusos os gastos com procedimentos de alta complexidade. Deste total, 25,7% foram gastos com internações de pacientes por acidente vascular encefálico (AVE) ou infarto agudo do miocárdio (IAM) (GIROTTI, 2007).

Os hábitos de vida são sem dúvida, um dos fatores mais importantes no adoecer e morrer das doenças cardiovasculares. Dentre eles o sedentarismo ocupa o primeiro lugar e, no Brasil, mais de 70 % da população tem hábitos de vida sedentários.

A tabela abaixo apresenta a distribuição dos principais fatores de risco para esta doença. Acresce-se a estes fatores, o consumo inadequado do sal de cozinha, o aumento da ingestão de gorduras saturadas e a redução de fibras na alimentação. A adesão a alguns deles, certamente, resultará em benefício para o controle de várias doenças, uma vez que, cessada a exposição, a tendência é a gradativa redução dos danos que porventura já tenham sido provocados ao organismo.

**Quadro 2:** Prevalência de alguns fatores de risco segundo sexo no grupo etário de 15 a 59 anos

FATORES DE RISCO	HOMENS	PREVALÊNCIA (%)	
		MULHERES	TOTAL
Sedentarismo	57,3	80,2	69,3
Tabagismo	44,6	31,9	37,9
Hipertensão	31,0	14,4	22,3
Obesidade	14,2	21,4	18,0
Alcoolismo	12,6	3,3	7,7

**Fonte:** Brasil (2001).

### 5.3 Fundamentos que Embasam a tratamento e o Controle da HAS

Estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares. No Brasil, 14 estudos populacionais realizados nos últimos 15 anos com 14.783 indivíduos revelaram baixos níveis de controle da PA (19,6%) (SBC, 2010).

A comparação das frequências, respectivamente, de conhecimento, tratamento e controle nos estudos brasileiros com as obtidas em 44 estudos de 35 países, revelou taxas semelhantes em relação ao conhecimento (52,3% vs. 59,1%), mas significativamente superiores no Brasil em relação ao tratamento e controle (34,9% e 13,7% vs. 67,3% e 26,1%) em especial em municípios do interior com ampla cobertura do PSF, mostrando que os esforços concentrados dos profissionais de saúde, das sociedades científicas e das agências governamentais são fundamentais para se atingir metas aceitáveis de tratamento e controle da HAS (SBC, 2010).

O grande impacto da morbimortalidade cardiovascular na população brasileira, que tem a HAS como um dos importantes fatores de risco, traz um desafio para o sistema público de saúde: a garantia de acompanhamento sistemático dos indivíduos identificados como portadores desse agravo, assim como o desenvolvimento de ações referentes à promoção da saúde e à prevenção de doenças crônicas não transmissíveis.

O acompanhamento e controle da HAS no âmbito da atenção básica poderão evitar o surgimento e a progressão das complicações, reduzindo o número de internações hospitalares devido a estes agravos, bem como a mortalidade por doenças cardiovasculares.

Apesar da existência de várias experiências municipais bem sucedidas em todo o Brasil quanto à garantia do acompanhamento dos casos de HAS no âmbito da atenção básica, em grande parte do país observa-se a falta de vínculo entre os portadores e as unidades de saúde. Em geral, o atendimento aos pacientes ocorre de modo não sistemático nos serviços de emergência, sem a garantia da identificação de lesões em órgãos-alvo e do tratamento adequado a cada caso (BRASIL, 2001).

Diante do exposto, o Ministério da Saúde, com o propósito de reduzir a morbimortalidade associada à HAS assumiu o compromisso de executar ações em parceria com estados, municípios e sociedade para apoiar a reorganização da rede de saúde, com melhoria da atenção aos portadores dessas patologias.

O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial, implementado pelo MS, tem por objetivo estabelecer as diretrizes e metas para essa reorganização no SUS, investindo na atualização dos profissionais da rede básica, oferecendo a garantia do diagnóstico e proporcionando a vinculação do paciente às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento, promovendo a reestruturação e a ampliação do atendimento resolutivo e de qualidade para os portadores (BRASIL, 2001).

O Plano em si contempla o estabelecimento de diretrizes voltadas ao processo de detecção e tratamento dos portadores da HAS, no âmbito do SUS. No que tange ao tratamento dos hipertensos, foram estabelecidos que os medicamentos Captopril 25 mg, Hidroclorotiazida 25 mg e Propranolol comp. 40 mg seriam aqueles que devem estar disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Com isto, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Políticas de Saúde, em parceria com os representantes estaduais e municipais de saúde, traçaram estratégias complementares no tocante ao processo de aquisição e disponibilização desses medicamentos (BRASIL, 2001).

No tocante aos medicamentos para tratamento da hipertensão arterial, o Ministério da Saúde, em estreita sintonia com os gestores estaduais e municipais de saúde, estão definindo uma estratégia que possa disponibilizar os medicamentos a toda a rede de saúde do SUS.

Vale ressaltar que os medicamentos incluídos nessas ações de operacionalização do Plano são medicamentos considerados “essenciais” pela Organização Mundial de Saúde e fazem parte da atual Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME do Brasil.

Conforme estabelecido, o Plano tem na educação e promoção à saúde seus alicerces, mas não pode prescindir das evidências acumuladas de prevenção secundária contra as complicações, as quais necessariamente incluem tratamento farmacológico e exames a serem oferecidos ainda na atenção básica

O atendimento eficiente e eficaz no sentido de contribuir para a redução da morbimortalidade associada à HAS no país depende, sobretudo, do estabelecimento de bases construídas a partir da pactuação solidária entre a União, estados e municípios, contando com o apoio e a participação das sociedades científicas e das entidades de portadores dessas patologias (MINAS GERAIS, 2006).

#### **5.4 O Papel da ESF na adesão do usuário do PSF ao tratamento da HAS**

Os resultados dos estudos comprovam que grande parte dos usuários apresenta adesão insatisfatória ao tratamento da hipertensão arterial, e este fato está associado ao déficit de conhecimento sobre a doença e as condutas terapêuticas, ausência de sintomatologia da HAS, prática inadequada das atividades de autocuidado, custos e efeitos colaterais da medicação, e participação inefetiva nas atividades educativas planejadas pelas equipes de saúde da família (SANTOS; FROTA, 2005).

Embora muitos pesquisadores relacionem adesão ao tratamento com adesão à medicação, esse termo se refere a numerosos outros comportamentos inerentes à saúde que vão além do simples seguimento da prescrição de medicamentos e envolvem aspectos referentes ao sistema de saúde, fatores socioeconômicos, além de aspectos relacionados ao tratamento, paciente e à própria doença (GUSMÃO JR., 2006).

O Projeto Adesão da OMS, por exemplo, adota como definição de adesão a tratamentos crônicos, uma fusão de outras duas definições de Haynes e Rand que conceituam adesão como o grau em que o comportamento

de uma pessoa representado pela ingestão de medicação, o seguimento da dieta, as mudanças no estilo de vida correspondem e concordam com as recomendações de um médico ou outro profissional de saúde.

Miller *et al.* conceituam adesão ao tratamento como um meio para se alcançar um fim, uma abordagem para a manutenção ou melhora da saúde, visando reduzir os sinais e sintomas de uma doença. (GUSMÃO JR., 2006).

As estratégias utilizadas para o desenvolvimento das atividades e/ou estudos devem basear-se no seguinte formato: consulta inicial; avaliação do estado de saúde; determinação dos riscos; definição do diagnóstico; estabelecimento de metas e intervenções de enfermagem; determinação de demandas de autocuidado; consulta de seguimento, nesta, alguns itens são avaliados como a determinação do índice de prontidão ao autocuidado, nível de controle de riscos, uso de medicação, exame físico ambulatorial, problemática de vida do paciente (SILQUEIRA; MOURA; JARDIM, 2005).

A busca de estratégias que conduzam ao auto diagnóstico e estabelecimento de metas conjuntas a serem alcançadas devem partir após o conhecimento das condições do paciente.

O grupo operativo é uma forma de estratégia de atendimento para aumentar o conhecimento do paciente, trabalhando dúvidas, reforçando conceitos, conduzindo à participação na assistência através da troca de experiência, enfrentamento dos problemas, busca de soluções e controle de riscos. (SILQUEIRA; MOURA; JARDIM, 2005).

No desenvolvimento dos grupos operativos é importante a utilização de cartazes, manequins, dados estatísticos e a visão do mundo de cada um dos participantes. Pode-se utilizar ainda, uma cartilha com o objetivo de gerar a discussão para adesão também da família. Para o bom aproveitamento e rendimento dos participantes, os grupos educativos devem ser de no máximo dez participantes (SILQUEIRA; MOURA; JARDIM, 2005).

A hipertensão arterial é uma doença que necessita de tratamento por toda a vida. O tratamento do paciente hipertenso tem como objetivo reduzir o índice de complicações inerentes à doença e evitar descompensações que coloquem o indivíduo em risco de vida, além de aliviar os sintomas. Para tanto, existem medidas não farmacológicas e o tratamento farmacológico, o qual deverá ser avaliado de acordo com critérios médicos. De acordo com Brasil



(2001) até 30% dos pacientes com HAS podem ser tratados com medidas não medicamentosas, ou seja, mudanças de estilo de vida.

O tratamento não medicamentoso tem por objetivo auxiliar o indivíduo a fazer mudanças em seus hábitos alimentares, favorecendo o melhor controle metabólico, do peso corporal, da pressão arterial e do nível glicêmico. São modificações de estilo de vida de comprovado valor na redução da pressão arterial: a redução do peso, a redução da ingestão de sódio, maior ingestão de potássio, uma dieta rica em frutas e vegetais e alimentos com pouco teor de gordura, a diminuição ou abolição do álcool e a atividade física (MANO, 2009).

As modificações do estilo de vida são aplicáveis a todos os pacientes que se propõem a diminuição do risco cardiovascular, incluindo os normotensos, e necessárias também quando se impõe o tratamento farmacológico da hipertensão (MANO, 2009).

O tratamento farmacológico se impõe quando as medidas não farmacológicas não são suficientes para o controle da pressão arterial, nos pacientes com hipertensão. Reforça que, em qualquer caso, o tratamento não farmacológico sempre deve ser mantido (MANO, 2009).

A adesão é a principal determinante para a efetividade do tratamento, pois a não adesão pode causar atenuação dos benefícios clínicos. A baixa adesão é identificada como a principal causa do controle inadequado da pressão arterial. Dos pacientes que não têm adequado controle da pressão arterial, aproximadamente 50% não adere ao medicamento recomendado pelo médico (BARBOSA; LIMA, 2006).

A preocupação com a adesão às recomendações terapêuticas data de muito tempo. Uma das primeiras descrições na literatura sobre adesão ao tratamento foi citada por Hipócrates, na qual enfatizava a importância de observar as falhas do paciente em relação ao que havia sido prescrito.

De acordo com Barbosa e Lima (2006) é difícil detectar a falta de adesão e, mais ainda, quantificá-la. Apesar de a adesão ser freqüentemente descrita como variável dicotômica (adesão *versus* não adesão), ela pode variar ao longo de um contínuo de zero a mais de 100% em pacientes que usam mais do que as medicações prescritas pelo médico.

Ainda não há consenso acerca do padrão que constitui a taxa de adesão adequada para o tratamento de doenças crônicas. Alguns ensaios, relativos à hipertensão, consideram taxas acima de 80% aceitáveis.

Existe escassez de dados de índices de adesão no Brasil e no mundo, sendo que foram obtidos em diferentes tipos de população e com critérios variados. Estudos no Japão, Noruega, Estados Unidos, China, Alemanha, Gâmbia, Seychelles, Grécia e Eslováquia apresentaram respectivos índices de adesão à medicação de 65%, 58%, 51%, 43%, 32,3%, 27%, 26%, 15% e 7%, mas a meta seria de ao menos 80%. A não adesão ao tratamento da hipertensão é o principal fator para a falta de controle da pressão arterial em mais de dois terços dos indivíduos hipertensos (BARBOSA; LIMA, 2006).

Reforçando esta colocação, Penaforte (2006) estima que a adesão a farmacoterapia anti-hipertensiva varie entre 50% a 70%. Esta baixa ou não adesão à terapêutica constitui, além de um sério problema de saúde pública, um dos maiores desafios no tratamento da hipertensão arterial.

Uma das dificuldades encontradas no atendimento a pessoas hipertensas é a falta de adesão ao tratamento, pois 50% dos hipertensos conhecidos não fazem nenhum tratamento e dentre aqueles que o fazem, poucos têm a pressão arterial controlada (ARAÚJO; GARCIA, 2006).

Conforme se observa, a adesão ao tratamento é um dos mais importantes desafios de quem trata o grande número de pacientes com hipertensão arterial. (ARAÚJO; GARCIA, 2006).

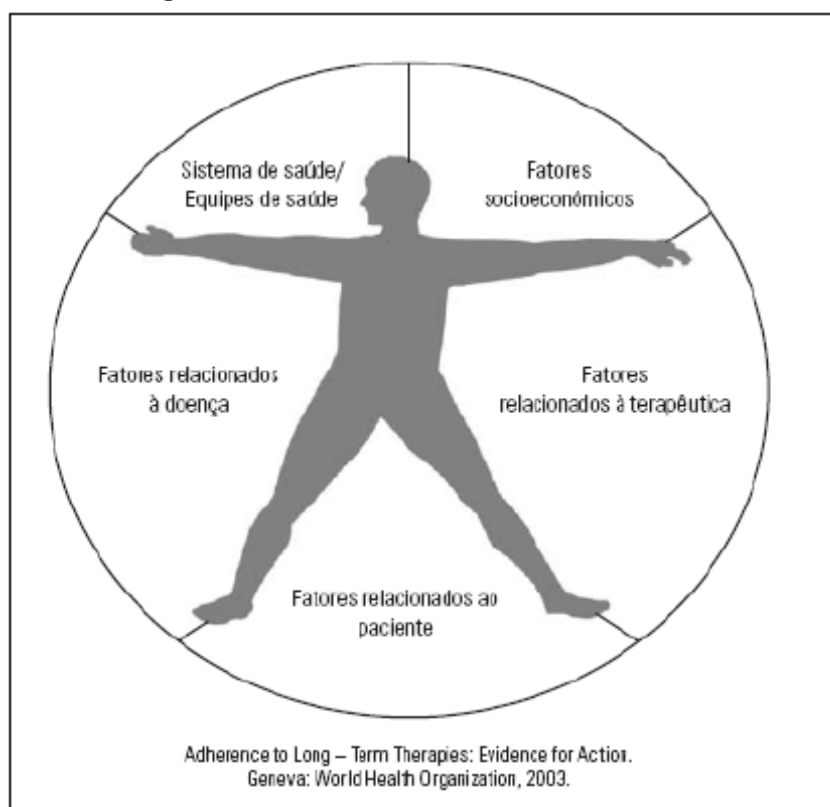
Em um estudo realizado por Amorim (2007) mostrou que os fatores implicados ao não uso da medicação ou ao seu uso incorreto foram: uso de terapias alternativas (12,5%), desconforto com o uso da medicação (20,8%), falta da medicação na UBS (6,9%), esquecimento (11,1%), normalização da PA (4,2%) e desconhecimento da necessidade de continuação do tratamento (6,9%). Mesmo afirmando fazer uso correto da medicação, mais da metade dos pacientes encontrava-se com níveis pressóricos elevados.

Pacientes que não aderem às recomendações de mudança de estilo de vida e/ou não seguem as prescrições, dificilmente apresentarão níveis de pressão arterial controlados. Pela importância do tema, inúmeras teorias que estudam a adesão ao tratamento foram desenvolvidas ao longo do tempo. Foram hipóteses desde as mais complexas até as mais simples, sem, entretanto, terem sido encontrados, até o momento, os fatores que diferenciam o comportamento dos indivíduos, tornando-os mais ou menos fiéis às prescrições, medicamentosas ou não (CUNHA, 2005).

Modelos iniciais de estudos de adesão ao tratamento anti-hipertensivo tentaram relacionar a adesão a algumas características pessoais e/ou sociodemográficas dos indivíduos, como sexo, idade, estado civil, nível socioeconômico e religião (JARDIM; JARDIM, 2006).

Como aponta Machado (2008) a adesão ao tratamento é fenômeno multidimensional, em que estão envolvidos pelo menos cinco fatores como mostra a figura abaixo.

**Figura1 : Adesão: Fenômeno Multidimensional**



**Fonte:** Revista Brasileira de Hipertensão (2008)

A figura, de maneira resumida, relaciona os mais importantes fatores relacionados com as baixas taxas de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. O estudo dos fatores implicados na adesão ao tratamento da hipertensão arterial tem mostrado a influência de variáveis estruturais, de fatores relacionados ao caráter crônico e assintomático da doença, da relação médico-paciente, da complexidade dos esquemas de tratamento, dos efeitos colaterais dos medicamentos entre outros (GIORGI, 2006).

Dos fatores relacionados com o paciente, o mais significativo é o baixo nível de conhecimento sobre a importância do tratamento da hipertensão, que, apesar de ser doença inicialmente assintomática, é o principal fator de risco

para 40% dos casos de mortalidade por acidente vascular cerebral e 25% das mortes por doença arterial coronariana (MACHADO, 2008). Araújo e Garcia (2006) atribuem algumas variáveis relacionadas ao paciente para adesão ao tratamento, são elas: sociodemográficas, conhecimento, crenças do paciente sobre a HAS, apoio familiar e social.

Com relação ao sexo, segundo alguns autores, as mulheres geralmente aderem mais ao tratamento, quando comparadas aos homens. No estudo de Kyngäs e Lahdenperä (1999) citado por Araújo e Garcia (2006), enquanto 83% das mulheres seguiam a dieta hipossódica, apenas 17% dos homens haviam aderido a essa recomendação. Sarquis *et al.* (1998) também enfatizam que os homens tendem a ser menos aderentes que as mulheres, possivelmente porque elas demonstram uma maior preocupação com a saúde.

Os indivíduos de idade mais avançada são mais propensos à adesão. Em pesquisa realizada por Chor (1998) com funcionários de um banco estatal no Rio de Janeiro, verificou que, enquanto 17,1% dos indivíduos mais jovens realizavam tratamento anti-hipertensivo, esse número aumentou para 77,4% em indivíduos de 45 anos ou mais. Car *et al.* (1991) explicam que o jovem não se sente vulnerável à doença, enquanto que o idoso, mais preocupado com a saúde, se apegava ao tratamento como alternativa de prolongamento da vida.

Pesquisas demonstram que, quanto mais elevado o grau de instrução, maior também será o nível de adesão. Chor (1998) constatou que o número de indivíduos com curso superior que se tratava era seis vezes maior que o número de indivíduos que não tinha ingressado na universidade e realizava tratamento anti-hipertensivo.

Para Araújo e Garcia (2006), as pessoas com um baixo nível educacional têm menos conhecimento de como prevenir as doenças e, em vista disso, menor nível de adesão.

Alguns autores mencionaram a situação financeira como fator diretamente relacionado à adesão. Os fatores socioeconômicos são demonstrados por várias publicações, ou seja, quanto mais baixos os níveis, menores são as taxas de adesão ao tratamento anti-hipertensivo, pois é menor o conhecimento da doença e mais difícil o acesso aos serviços de saúde (MACHADO, 2008).

Em trabalho realizado por Trentini *et al.* (1996) os hipertensos relataram problemas decorrentes da dificuldade financeira, principalmente no tocante à

compra de medicamentos e à compra de alimentos de acordo com as restrições dietéticas.

Segundo Car *et al.* (1991) a situação sócio-econômica é um fator altamente interveniente na adesão, estando não só relacionada à compra de medicamentos, mas também a aspectos educacionais, culturais e sociais.

Marcon *et al.* (1995) afirmam que, para uma decisão específica de saúde ser tomada, é necessário que o indivíduo perceba a doença como ameaça. Em se tratando da HAS, essa questão é bastante problemática, pois, sendo essa doença, na maioria das vezes, assintomática, os pacientes não a encaram como um problema de saúde que necessite de tratamento.

Em pesquisa realizada por Castro e Car (2000) comprovou-se que as modificações no estilo de vida relacionaram-se à presença de sintomatologia, à compreensão dos doentes sobre a doença e ao impacto desta em suas vidas. Para as autoras, o enfrentamento da cronicidade da HAS envolve, entre outros aspectos, a compreensão do seu significado, de acordo com as concepções do hipertenso sobre saúde-doença.

De acordo com Araújo e Garcia (2006) o entendimento que o paciente tem de sua condição de saúde está diretamente relacionado a sua independência e cooperação com a proposta terapêutica. Portanto, na primeira consulta, deve-se informar ao paciente a importância do tratamento, como tratar, o que ocorre se não for tratado adequadamente e as causas de não adesão relacionadas com os pacientes.

Reforçando esta colocação, Jardim e Jardim (2006), afirmam que quando conhecem aspectos da doença, os pacientes se tornam elementos ativos no tratamento, ou seja, eles se tornam sujeitos e não simples objetos das ações a eles dirigidas. Para esses autores, os pacientes conscientes da importância do tratamento seguem mais corretamente as recomendações.

A assiduidade dos pacientes aos encontros/consultas também ocupa lugar de destaque entre os preditores da adesão. Jardim e Jardim (2006) verificaram, em um programa de acompanhamento de hipertensos, que indivíduos mais assíduos aos encontros tiveram uma maior redução nos níveis tensionais. Segundo esses autores, a presença do paciente na unidade de saúde é determinante no controle da hipertensão, pois traz motivação individual e esta, por sua vez, leva a atitudes que contribuem para a redução da pressão arterial.

Para Araújo e Garcia (2006) encontros frequentes propiciam uma melhor monitorização dos níveis pressóricos, assim como a oportunidade de ter mais acesso a informações que podem servir de base para a adesão.

O apoio familiar e social também foi apontado como um evento que contribui para a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Na visão de Araújo *et al.* (1998) a HAS provoca limitações no estilo de vida não somente do hipertenso, como também no estilo de vida dos outros elementos do núcleo familiar, pois a alteração na saúde de um dos membros da família acaba por provocar mudanças no todo, devendo-se incluir o grupo familiar no contexto do tratamento e acompanhamento dos hipertensos.

Segundo Araújo *et al.* (1998) para muitos hipertensos, um dos aspectos mais importantes da assistência é ter o apoio da família, o que pode ser exemplificado no comportamento do familiar de lembrar o hipertenso do horário das medicações e de orientá-lo na dieta, ou na disposição de algum dos membros da família para acompanhar o hipertenso às consultas.

Segundo Bittar (1995), com a introdução de novos agentes farmacológicos, a qualidade de vida dos hipertensos tem melhorado significativamente e esse ponto parece influenciar diretamente na adesão. O autor ainda chama a atenção para a pouca ou nenhuma ocorrência de sintomas ligados à hipertensão, pois, quando os pacientes sentem intensos efeitos colaterais ao iniciar o uso de medicamentos anti-hipertensivos, podem fazer associação do tratamento com piora da qualidade de vida e, assim, aumenta a tendência a descontinuar o uso do medicamento.

O tratamento farmacológico deve ser efetivo, ter pouco ou nenhum efeito colateral e não interferir negativamente na qualidade de vida dos pacientes (ARAÚJO; GARCIA, 2006). O grau de tolerância dos pacientes a essas reações também tem importância na questão da adesão (SARQUIS *et al.*, 1998).

Outro aspecto do tratamento, que é também objeto de preocupação, é a complexidade da prescrição e a simplificação é um dos pontos chave, enfatiza Araújo & Garcia (2006). Quanto maior o número de comprimidos ou drogas anti-hipertensivas, menor a adesão. Eisen *et al.* (1987) citado por Jardim e Jardim (2006) mostraram, em população de 105 pacientes hipertensos, que a adesão caiu de 83,6% em tomadas únicas para 53% tomadas três vezes ao dia.

O horário da tomada dos medicamentos é apontado por Araujo & Garcia (2006) como fator que intervém na adesão, pois, correlacionando-se o horário das dosagens com atividades da rotina diária, que sirvam de lembretes, há melhora no nível de adesão. Por isso, alguns autores enfatizam a importância de uma prescrição medicamentosa individualizada, elaborada de acordo com o estilo de vida dos pacientes. Portanto, é de extrema importância levar em conta as necessidades e preferências pessoais por ocasião da realização da prescrição.

Os aspectos do tratamento relacionados ao custo e à eficácia são também bastante investigados nos protocolos de adesão ao tratamento anti-hipertensivo (JARDIM; JARDIM, 2006).

Para Akashi *et al.* (1998) o custo do tratamento deve ser uma consideração importante na seleção do fármaco pois, sem dúvida, influencia na adesão ao tratamento. No que se refere à terapêutica não farmacológica, Castro e Car (2000) consideram que o processo de aceitação e adaptação às modificações no estilo de vida relaciona-se diretamente ao seguimento do tratamento para o controle da HAS.

Para Cruz *et al.* (1995), a experiência com um problema de saúde crônica exige a ativação de mecanismos de adaptação ao novo estilo de vida. Tal adaptação nem sempre é fácil, pois, muitas vezes, determina mudança de hábitos prazerosos, acrescenta Chor (1998).

Castro e Car (2000) verificaram que os pacientes relacionam o tratamento a mudanças problemáticas no cotidiano, como restrições alimentares, de lazer e trabalho. No estudo de Kyngäs e Lahdenperä (1999) mostra que enquanto os mais altos níveis de adesão relacionavam-se à medicação, os piores estavam relacionados justamente ao tratamento não medicamentoso, incluindo a dieta, atividades físicas e ingestão de álcool. Segundo as autoras, os pacientes que utilizam medicamentos tendem a aderir menos às modificações no estilo de vida, pois acreditam que o uso das drogas é suficiente para se obter o controle da pressão arterial.

Este comportamento é de fato preocupante, tendo em vista que os objetivos do tratamento não farmacológico são, além de reduzir as cifras tensionais, reduzir os fatores de risco cardiovasculares. Levando em conta esses aspectos, é recomendável que os profissionais de saúde discutam com os pacientes quais modificações estes consideram possíveis de serem

realizadas, para que as práticas terapêuticas possam ser incorporadas efetiva e realisticamente ao seu cotidiano (ARAÚJO e GARCIA, 2006).

Para Kjellgren *et al.* (2000) é recomendável os profissionais pesquisem a opinião dos pacientes a respeito do tratamento medicamentoso e das mudanças no estilo de vida, como também de sua prontidão e capacidade de seguir o tratamento.

O “Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis”, realizado em 15 capitais e no Distrito Federal nos anos de 2002 a 2003, publicado pelo Instituto Nacional do Câncer (Inca) - 2004 mostraram que de 66,0% a 97,6% das pessoas entrevistadas tinham verificado sua pressão nos últimos dois anos, e de 7,4% a 59,0% referiam ser hipertensas. Portanto, o acesso à medida e ao diagnóstico de hipertensão arterial vem melhorando, mas deve-se aperfeiçoar a adesão e o controle nesses indivíduos.

Muitos autores têm descrito que os profissionais de saúde, especialmente os médicos, se relacionam com seus pacientes de forma diretiva e autoritária. Com isso, os pacientes não expressam suas dúvidas e necessidades e acabam não seguindo as orientações médicas relacionadas ao tratamento anti-hipertensivo.

O ponto crucial para o aumento da adesão ao tratamento da hipertensão, que também foi relacionado no estudo do Nhanes (2008) citado por Machado (2008), é a facilidade de acesso aos serviços de saúde. Este acesso aos serviços de saúde melhorou muito com a implantação do SUS, que garante universalidade e equidade de atendimento para a população desde 1988, bem como a regulamentação dos serviços de saúde suplementar em 1998, contudo ainda se tem longo caminho a percorrer.

Com relação ao sistema de saúde, inúmeros autores pontuam a extrema relevância do acesso aos serviços. Sarquis *et al.* (1998) colocam que as políticas de saúde vigentes, a facilidade de acesso do paciente aos serviços de saúde e a qualidade do trabalho desenvolvido nesses serviços influenciam diretamente no processo de adesão.

A ação integrada dos órgãos governamentais, das sociedades científicas médicas e demais associações da sociedade civil devem se direcionar no sentido de proporcionar um programa de atenção que seja efetivo, de baixo custo e que priorize ações e estratégias mínimas para o



controle da hipertensão, tais como diagnóstico de casos, cadastramento dos portadores, busca ativa de casos, tratamento dos casos, diagnóstico precoce de complicações, atendimento de urgências e medidas preventivas (BRASIL, 2001).

A disponibilidade de medicamentos nos serviços para fornecimento aos pacientes também foi apontado como fator importante para a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. No estudo realizado por Castro e Car (1999) os hipertensos entrevistados mencionaram, como fatores facilitadores da adesão ao tratamento, o recebimento gratuito de medicamentos, a facilidade de marcar consultas, a proximidade do serviço, como também o recebimento de vale transporte para o comparecimento às consultas. Segundo Marcon *et al.* (1995), a facilidade de acesso ao serviço e o tratamento gratuito, incluindo consultas e exames, são fatores que, de fato, influenciam no seguimento do tratamento. A disponibilidade de serviços de referência para encaminhamento de casos complexos, ou em caso de urgência, como a crise hipertensiva, é enfatizado por Clark *et al.* (2000) citado por Araújo e Garcia (2006).

Jardim e Jardim (2006) ressaltam que o atendimento dos hipertensos por profissionais de diferentes áreas melhora, em muito, a adesão à terapêutica recomendada. Neste sentido, Campos (1996) pontua os benefícios da instituição da equipe multidisciplinar nos serviços, pois sua existência permite que os diversos fatores envolvidos na HAS e seu tratamento sejam examinados de modo mais profundo, visto que são abordados conjuntamente. Poderão fazer parte dessa equipe médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, professores de educação física, farmacêuticos, funcionários administrativos, cada serviço adequando à composição da equipe de acordo com suas possibilidades e com a necessidade da clientela atendida.

Jardim & Jardim (2006) enfatizam que deve haver harmonia de objetivos e uniformização de linguagem, além de um treinamento adequado dos membros da equipe.

Como aponta Machado (2008) há necessidade de melhoria dos serviços de saúde, da educação permanente dos profissionais de saúde, que atuam principalmente na porta de entrada do sistema, representado pela Unidade Básica de Saúde, desenvolvendo ações de prevenção de doença e promoção de saúde como está previsto em todo o modelo de atenção.

## 6 PLANO DE AÇÃO

### 6.1 Definição dos Problemas

Na Unidade Básica de Saúde (UBS) Guimarães Rosa no município de Itaguara -MG. Percebe-se que existem pontos que precisam ser melhorados tanto estruturalmente, como em relação à abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na população. Entre os vários problemas identificados no diagnóstico situacional a equipe destacou:

- Falta de capacitação dos profissionais, Os profissionais deste (setor), não sabem acolher o paciente, procurar resolver suas dúvidas.

- Não realização da classificação de risco. As triagens são feitas para que não seja remarcada nenhuma consulta e conseqüentemente o paciente não retorne as suas casas sem atendimento. Com isso ocorre superlotação, fica difícil realizar um trabalho bem feito.

- Falta de adesão ao tratamento, particularmente entre os idosos hipertensos;
- Alta incidência a dengue no município de Itaguara;
- Uso indiscriminado de antidepressivos e ansiolíticos.
- Hábitos e estilos de vida;
- Falta de campanhas educativas;
- Abandono de Tratamento.

### 6.2 Priorização dos Problemas

**Quadro 3:** Priorização dos problemas

<b>Principais Problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Capacidade de enfrentamento</b>
Falta de capacitação da equipe para o acolhimento	Alta	6	parcial
Triagem sem classificação de risco	Alta	4	Parcial

Falta de adesão ao tratamento para hipertensão	Alta	7	Parcial
Alta incidência da Dengue	Alta	7	parcial
Uso indiscriminado de ansiolíticos e anti-depressivos	Alta	6	parcial
Hábitos e Estilo de Vidas	Alta	7	parcial
Falta de campanhas educativas	Alta	6	parcial
Abandono de tratamento	Alta	7	parcial

**Fonte:** Autoria Própria (2014).

### 6.3 Como o problema foi identificado?

Por meio do diagnóstico situacional na Unidade Básica de Saúde (UBS) Guimarães Rosa no município de Itaguara-MG, observou-se um significativo número de pacientes hipertensos que fazem uso inadequado de medicamentos; deixando o uso de bebidas alcólicas se imporem sob o uso correto de medicamentos.

### 6.4 Descrição e Explicação do Problema

No que se refere aos pontos negativos é que ainda possuem uma baixa adesão à procura de serviços e exames específicos, como a participação dos pacientes hipertensos a grupos operativos, um outro dado preocupante evidenciado durante a coleta de dados foi que do total de pacientes hipertensos cadastrados poucos compareciam aos grupos operativos, esse dado configurou como uma preocupação devido à gravidade da hipertensão.

O objetivo principal da educação em saúde é o incentivo e o fortalecimento da autonomia dos usuários no controle do processo saúde-

doença. Deve fornecer instrumentos, apoio e orientação ao usuário para se tornar independente na condução de seus hábitos, no conhecimento do seu corpo, no acompanhamento e manutenção da sua saúde.

O modo como a educação em saúde tem sido realizado mostra-nos grandes limitações na obtenção de mudanças de comportamentos.

Exemplificando as principais causas da hipertensão: hábitos e estilos de vidas como alimentação rica em sal e gordura, vida sedentária, estresse, fatores genéticos e ambientais e uso de bebida alcoólica.

#### **Consequências do abandono do tratamento:**

- Dificuldade de controle dos níveis pressóricos;
- Risco cardiovascular aumentado;
- Aumento das complicações da hipertensão (AVC IAM);
- Aumento de internações;
- Aumento de invalidez;
- Aumento de óbitos;
- Aumento da demanda e gastos para o sistema de saúde e previdenciário.

### **6.5 Nós Críticos**

A partir do momento em que o problema, ou seja, os nós críticos são explicitados, é possível pensar e desenvolver as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A partir de cada nó, foi estruturada uma operação/projeto.

**Quadro 4:** Nós-críticos

<b>Nó-crítico</b>	<b>Projeto</b>
- Hábitos e estilos de vida (Ex: alimentação rica em sal e gordura);	Mudança de hábito
- Vida sedentária;	Prática de atividade física
- Estresse	Exercer alguma atividade que lhe traga prazer – hobby
- Uso de bebida alcoólica	Conscientização e grupos operativos educativos
- Fatores genéticos	Ações promocionais e preventivas

**Fonte:** Autoria Própria (2014).

## 6.6 Desenho das Operações e Recursos Críticos

Campos, Faria e Santos (2010.) definem que para que ocorra a transformação de determinada realidade, sempre haverá o consumo de recursos, podendo ser onerosos ou não. Desta forma, a dimensão dessa transformação vai depender da disponibilidade de determinados recursos, a favor ou contra as mudanças desejadas.

Nesse contexto, essa etapa consiste em reconhecer o que cada operação demanda de recursos críticos, sendo esta etapa considerada fundamental, principalmente para viabilizar a execução do plano de ação.

**Quadro 5: Recursos Críticos**

<b>Projeto</b>	<b>Recursos críticos</b>
Mudança de hábito	<u>Político</u> : articulação com toda comunidade e Secretaria Municipal de Saúde. <u>Cognitivo</u> : criação do projeto; <u>Organizacional</u> : organização da demanda e das atividades a serem desenvolvidas; <u>Financeiro</u> : para a aquisição e construção de material didático-educativo.
Vida Sedentária	<u>Político</u> : articulação com toda comunidade e Secretaria Municipal de Saúde. <u>Cognitivo</u> : criação do projeto; <u>Organizacional</u> : organização da demanda e das atividades a serem desenvolvidas; <u>Financeiro</u> : para a aquisição de local e equipamentos e profissional qualificado para prática de atividades físicas.
Estresse	<u>Político</u> : articulação com toda comunidade e Secretaria Municipal de Saúde. <u>Cognitivo</u> : criação do projeto; <u>Organizacional</u> : organização da demanda e das atividades a serem desenvolvidas. <u>Financeiro</u> : aquisição de material e pessoal qualificado para prática de atividades lúdicas.
Uso de bebida alcóolica	<u>Político</u> : articulação com toda comunidade e Secretaria Municipal de Saúde. <u>Cognitivo</u> : criação do projeto; <u>Organizacional</u> : organização da demanda e das atividades a serem desenvolvidas; <u>Financeiro</u> : para a aquisição e construção de material didático-educativo e contratação de pessoal qualificado e grupos operativos.
Fatores genéticos	<u>Político</u> : articulação com toda comunidade e Secretaria Municipal de Saúde. <u>Cognitivo</u> : criação do projeto; <u>Organizacional</u> : organização da demanda e das atividades a serem desenvolvidas; <u>Financeiro</u> : Para aquisição de material audiovisual, panfletos, folders para conscientizar a população.

**Fonte:** Autoria Própria (2014).

A viabilidade do plano refere-se à motivação dos agentes envolvidos na idealização e prática das operações. Assim sendo é preciso caracterizar os atores que administram os recursos críticos, analisar a motivação dos mesmos e delinear as prováveis estratégias para concretização do plano em si (CAMPOS *et al.*, 2010).

No quadro abaixo estão expostas as variáveis para a viabilidade do plano.

**Quadro 6:** Análise de Viabilidade

Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Administrador	Motivação	
Mudança de hábito, vida sedentária, estresse, uso de bebida alcóolica e fatores genéticos	<p><u>Econômicos:</u> Para a aquisição de material informativo, panfletos, folders, folhetos educativos, contratação de profissional especializado, aquisição de equipamentos e contratação de grupos operacionais;</p> <p><u>Políticos:</u> Articulação entre os setores da saúde e da educação</p>	Prefeitura Municipal e Secretaria Municipal de Saúde;	Favorável	Apresentação do projeto.

**Fonte:** Autoria Própria (2014).

Realizado e discutido o diagnóstico situacional da área de abrangência das equipes de saúde da UBS Guimarães Rosa, foi feito a elaboração de um plano operativo para a concretização das ações propostas para solucionar o problema a partir do diagnóstico realizado.

**Quadro 7:** Plano Operativo do planejamento:

Operações	Resultados	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Mudança de hábito, vida sedentária, estresse, uso de bebida alcóolica e fatores genéticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibilização quanto à importância de uma dieta correta com baixo teor de sal e gordura;</li> <li>- População mais informada.</li> <li>- Garantia de promoção e prevenção da saúde para a</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Palestras nas escolas e nas UBS, para que os população fique bem informada, a respeito da hipertensão e da importância de uma alimentação correta, com baixo teor de sal e gordura.</li> <li>- Distribuição de</li> </ul>	Equipe de saúde (ESF) : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Médicos,</li> <li>- enfermeiros,</li> <li>- Técnicos em Enfermagem,</li> <li>- Agente Comunitário de Saúde (ACS)</li> </ul>	Um ano, para definir quem atuará como ator social, selecionar um indivíduo ou grupo de pessoas capazes de intervir em determinada realidade. É imprescindível que tal grupo defina um projeto de intervenção (o que

	população.	material informativo e fixação de cartazes na UBS e nas escolas da área de abrangência; - Discussão em grupos, atividades lúdicas, teatro, desenhos, textos		a equipe se propõe a fazer), seja capaz de mobilizar recursos necessários ao plano (por exemplo, levantamento de dados dos prontuários dos usuários, colheita de depoimentos dos usuários), e que tenha conhecimento e experiência suficientes para a implementação do plano.
--	------------	--	--	---

**Fonte:** Autoria Própria (2014).

## 7 DISCUSSÃO E RESULTADOS ESPERADOS

Segundo Trentini *et al.* (1996) alimentação adequada, exercícios físicos e, principalmente, ausência de angústia caracterizam um estilo de vida que pode ser considerado como saudável. Cury Jr. (1996) e Campos (1996) consideram que, apesar da intensidade das situações ambientais estressantes terem influência na elevação da pressão arterial, se o hipertenso adotar um melhor posicionamento frente a elas, o efeito dos fatores que as desencadeiam fica atenuado. E ainda, a discussão de dúvidas e preocupações a respeito de seu problema com todos os envolvidos pode permitir a obtenção de melhores resultados da terapia recomendada. Devine e Reifschneider (1995) alertam que, apesar da educação ter um largo efeito no conhecimento e, conseqüentemente, na adesão, esse efeito tende a diminuir com o tempo, fazendo-se necessário que tais medidas sejam efetivadas com certa periodicidade. Alguns autores referem vantagens das ações educativas grupais. Segundo Medel (1997) este tipo de abordagem é mais efetivo do que a individual, pois é mais variada e estimulante para os pacientes, que se encontram sem o estresse próprio da consulta. As ações educativas em grupo também fazem com que os integrantes percebam problemas comuns, sendo estimulados a desenvolver o autocuidado, aumentando assim a adesão e a eficácia do tratamento (MOREIRA *et al.*, 1999). Os benefícios das ações educativas grupais foram evidenciados no estudo de Trentini *et al.* (1996) em que destacam a importância de se utilizar uma estratégia que permita liberdade para refletir e criticar a realidade, permitindo que seja desenvolvida nos participantes a consciência da cidadania.

Tomando como base os diversos eventos antecedentes necessários para a ocorrência do estímulo da adesão ao tratamento, percebe-se a necessidade de considerar esse conceito como sendo multidimensional, pois envolve diferentes aspectos. Embora se deva considerar o portador de hipertensão como o foco central do processo, a ocorrência da adesão não depende unicamente dele, mas do conjunto de elementos constituintes do processo, ou seja, do conjunto portador de hipertensão, Profissional de saúde, sistema de saúde. O esforço desenvolvido por um elemento isolado desse conjunto certamente não conduzirá a bons resultados, sendo necessária a



ação conjunta para que o estímulo a adesão ao tratamento anti-hipertensivo seja alcançada. Vista a partir dessa perspectiva, não se reduz a complexidade da adesão ao âmbito individual, como muitas vezes ocorre na nossa prática diária. A melhor forma, portanto, de realizar a conscientização dos usuários sobre a importância da adesão ao tratamento de HAS e implementar o auto cuidado seria pela participação destes aos grupos operativos educativos e a melhor forma de trazer esses pacientes para participarem destes grupos seria pela busca ativa, ou seja, informando a todos quanto à importância do comparecimento aos grupos para os cuidados com a saúde (SILVA, 2004).

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS é reconhecida como importante problema de saúde pública e na grande maioria das vezes necessita de diagnóstico precoce, emprego de vasta terapêutica medicamentosa e de ações educativas para as mudanças no estilo de vida. Além disso, é uma doença de difícil controle e a manutenção dos níveis pressóricos dentro do limite recomendado é insatisfatória. Isso evidencia a problemática da baixa adesão ao tratamento.

Se não tratada adequadamente, a HAS pode acarretar graves conseqüências para o indivíduo, estando entre as causas mais freqüentes de morbi-mortalidade dos adultos e idosos. A doença é responsável por 25% das mortes por doença arterial coronariana no Brasil, sendo imperativa a reflexão dos profissionais da saúde sobre a gravidade das conseqüências desses eventos, para que os mesmos possam orientar e estimular o portador de hipertensão a modificar hábitos nocivos à sua saúde, auxiliando-o a controlar seus níveis pressóricos.

A não adesão ocasiona desnecessário ajuste no regime terapêutico devido à falta de resposta positiva ao tratamento, aumento dos custos no cuidado à saúde com a elevação das taxas de hospitalizações e tratamento de complicações. Além disso, frustra os profissionais de saúde, pois os impede de alcançar os objetivos traçados na atenção à saúde do hipertenso.

A problemática da adesão ao tratamento é complexa, pois vários fatores estão associados: paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível sócio-econômico); doenças (cronicidade, assintomatologia); crenças, hábitos culturais e de vida (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença, contexto familiar, conceito saúde-doença, autoestima); tratamento (custo, efeitos indesejáveis, esquemas complexos, qualidade de vida); instituição (política de saúde, acesso, distância, tempo de espera e de atendimento); e relacionamento com equipe de saúde (envolvimento e relacionamento inadequados). Por conseguinte, a adesão do paciente usuário da UBS deve ser apreciada com vista a esses fatores.

- Conforme se observa, a adesão ao tratamento é um dos mais importantes desafios de quem trata o grande número de

pacientes com hipertensão arterial. O alcance da meta fundamental da boa adesão ao tratamento está diretamente relacionado ao melhor controle da pressão arterial e a menores taxas de complicações secundárias à hipertensão.

- Como vimos, a preocupação é antiga, geral e só será atenuada quando conseguirmos um modelo de atuação que torne os pacientes verdadeiros agentes das mudanças tão necessárias, corresponsabilizando-os por seus cuidados. Dessa forma, teremos dado um grande passo para a diminuição da morbimortalidade ocasionada por esse agravo tão prevalente e incapacitante.
- A ESF em estudo tem dificuldades no desenvolvimento da atenção primária à saúde ao portador de hipertensão arterial sistêmica, pois ainda não há uma visão clara por parte de cada integrante da equipe sobre o processo de trabalho para a integralidade das ações. As atividades são fragmentadas e a importância de cada profissional na cadeia de eventos é relativa.
- Percebem-se algumas iniciativas tímidas na busca de ações direcionadas para a promoção e prevenção da saúde, mas sem ter continuidade, provavelmente relacionada à falta de integração da equipe ao processo de trabalho, com possível sobrecarga de atividades no cotidiano da unidade básica.
- Percebe-se que cada profissional denota uma visão parcial tanto do programa de saúde da família como de seu próprio papel no cenário de atuação no trabalho em equipe.
- Especificamente quanto ao papel do enfermeiro, pôde-se inferir uma sobrecarga de trabalho e de responsabilidades na ESF, com tarefas administrativas que dificultam sua atuação em atividades educativas na prevenção de doenças.
- Embora as atribuições técnicas de cada profissional estejam definidas em documento específico da Estratégia Saúde da Família, pelo Ministério da Saúde, essas atribuições que buscam

definir um perfil mínimo de atuação não são suficientes para um trabalho em saúde compartilhado.

## REFERÊNCIAS

AMORIM, P.A. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo entre usuários da Unidade Básica de Saúde Mina União**, 2007. Disponível em:< [http://200.18.15.7/medicina/tcc/2007\\_1/2007\\_01\\_r81.pdf](http://200.18.15.7/medicina/tcc/2007_1/2007_01_r81.pdf) >.

ARAÚJO, G. B. S; GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Rev. Eletr. Enf.** 2006; 8(2): 259-72. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_2/v8n2a11.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a11.htm)>.

ARAÚJO, T. L. *et al.* Reflexo da hipertensão arterial no sistema familiar. **Rev. Soc. Card. Estado de São Paulo**, v. 8, n.2 (Supl A) p.1–6, 1998.

BARBOSA, B. G. R.; LIMA, C. K. N. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. **Rev Bras Hipertens** vol.13(1): 35-38, 2006. Disponível em:< <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/09-indices-de-adesao.pdf>>.

BLOCH, K. V. *et al.* Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(12): 2979-2984, dez, 2008.

BRANDÃO A. P. *et al.* **Hipertensão arterial no idoso**. Tratado de Geriatria e Gerontologia. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. Ed Guanabara Koogan. 2002, p. 2-12.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde – SUS. **Doenças cardiovasculares no Brasil: dados epidemiológicos, assistência médica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, **Hipertensão arterial sistêmica** - Cadernos de Atenção Básica nº 15. Brasília, D.F., 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde – Secretaria de Políticas Públicas. Informes Técnicos Institucionais - Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. **Rev Saúde Pública**, 2001; 35(6): 585-8 585. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n6/7073.pdf>>.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema de Informação sobre Mortalidade- SIM**, 2000. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/Brasil-2000.htm>>.

CAMPOS, E. P. Contribuição da psicologia ao tratamento do hipertenso. **Folha Méd.**, v.113, n.2, p.153–156, 1996.

CAMPOS, F. G. G. *et al.* **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

CARVALHO, F. *et al.* Uma investigação antropológica na terceira idade: concepções sobre a hipertensão arterial. **Cad. Saúde Pública**, v.14, n.3, p.617–621, 1998.

CASTRO, V. D.; CAR, M. R. O cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.34, n.2, p.145–153, 2000.

- CHOR, D. Hipertensão arterial entre funcionários de banco estatal no Rio de Janeiro. **Hábitos de vida e tratamento**. Arq. Bras. Cardiol., v.71, n.5, p.100–119, 1998.
- CRUZ, I. C. F. *et al.* O cliente/família com hipertensão arterial essencial: considerações sobre o diagnóstico e tratamento de enfermagem na consulta. **Rev. Enf. UERJ**, v.3, n.1, p.71–76, 1995.
- CUNHA, V.F *et al.* **Não adesão ao tratamento anti-hipertensivo** , 2005. Disponível em : <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/57cbe/resumos/1228.htm>>.
- GIORGI, D. M. A. Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Rev. bras. hipertens**;13(1):47-50, jan.-mar. 2006. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/>>
- GIROTTTO, E. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo e fatores associados na área de abrangência de uma unidade de saúde da família**, Londrina, PR, 2007. Disponível em: <http://bibliotecadigital.uel.br/document/?code=vtls000129935>.
- GUSMÃO, J. L. D.; MION JR, L. K. Adesão ao tratamento–conceitos - **Rev Bras Hipertensão**, 2006.
- IBGE. Itaguara, MG. Disponível em: < <http://www.cidades.ibge.gov.br/>> Acesso em 22 setembro 2014
- JARDIM , P.C.B.V.; JARDIM, T. S.V. Modelos de estudos de adesão ao tratamento antihipertensivo. **Rev Bras Hipertens** vol.13(1): 26-29, 2006.
- KUNCL, N.; NELSON, K. M. Antihypertensive drugs – balancing risks and benefits. **Nursing**, p.46–49, 1997.
- MACHADO, C. A. Adesão ao tratamento – Tema cada vez mais atual. **Rev Bras Hipertens**,vol.15(4):220-221, 2008. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/15-4/11-comunicacao-breve%20.pdf>.
- MANO, R. Hipertensão arterial sistêmica. **Manuais de cardiologia**, 2009. Disponível em: < [http://www.manuaisdecardiologia.med.br/has/has\\_Page357.htm](http://www.manuaisdecardiologia.med.br/has/has_Page357.htm)>.
- MARCON, S. S. *et al.* Comportamento preventivo de servidores da UEM hipertensos e a aderência ao programa de assistência ao hipertenso do ambulatório. **Ciencia Y Enfermería**, v.1, n.1, p.33–42, 1995.
- MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F.J.U. (Org.). **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, 1989.
- OLIVEIRA, C. J. *et al.* Avaliação do risco coronariano em idosos portadores de hipertensão arterial em tratamento - **Arquivos Brasileiros de ciências da saúde**, 2008.
- PACHECO, M. T. *et al.* Elaboração e validação de instrumento avaliador da adesão ao tratamento da hipertensão - **Rev Saúde Pública**, 2014
- PENAFORT, R. T. *et al.* **O impacto das reações adversas a medicamentos na redução da adesão ao tratamento anti-hipertensivo**. Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2006. Disponível em: < [http://: www.scielo.br](http://www.scielo.br)>

ROBBINS, A. K.; COTRAN, K. V. **Patologia: Bases Patológicas das Doenças**. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2000.

SANTOS, A. S. M. Z. *et al.* Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Enferm.** vol.14 no.3. Florianópolis July/Sept. 2005. Disponível em:< [http// : www. scielo.br](http://www.scielo.br) >.

SARQUIS, L. M. M. *et al.* A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.32, n.4, p.335–353, 1998.

SILVA, S. P. *et al.* Prática de grupo educativo de hipertensão arterial em uma unidade básica de saúde - **Arquivo Ciência e Saúde**, 2004

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, 2010.