

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

**HERNANDO FREIRE SILVA**

**RISCO CARDIOVASCULAR AUMENTADO:  
PLANO DE INTERVENÇÃO PARA ESTIMULAR A ADESÃO  
TERAPÊUTICA**

**TEÓFILO OTONI – MINAS GERAIS**

**2014**

**HERNANDO FREIRE SILVA**

**RISCO CARDIOVASCULAR AUMENTADO:  
PLANO DE INTERVENÇÃO PARA ESTIMULAR A ADESÃO  
TERAPÊUTICA**

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

Orientador: Prof. André Luiz dos Santos Cabral

**TEÓFILO OTONI – MINAS GERAIS**

**2014**

**HERNANDO FREIRE SILVA**

**RISCO CARDIOVASCULAR AUMENTADO:  
PLANO DE INTERVENÇÃO PARA ESTIMULAR A ADESÃO  
TERAPÊUTICA**

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

Orientador: Prof. André Luiz dos Santos Cabral

**Banca Examinadora:**

**Prof.**

**Prof.**

**Aprovado em:**

**TEÓFILO OTONI – MINAS GERAIS**

**2014**

## RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada importante fator de risco cardiovascular, o que torna a importância de seu estudo e conhecimento de sua prevalência algo inquestionável. O presente estudo teve como objetivo realizar uma revisão narrativa acerca do tema hipertensão arterial e propor um projeto de intervenção com foco na adesão ao tratamento, na atenção primária à saúde, tendo como cenário de atuação o Programa de Saúde da Família Nova Esperança - Araçuaí/MG. Os resultados demonstram que a educação em saúde é uma estratégia fundamental visando aumentar a adesão ao tratamento na hipertensão arterial. Outro ponto encontrado neste estudo tange ao planejamento de ações na rede de atenção básica à saúde, o qual precisa, necessariamente, envolver a capacitação permanente da equipe de saúde, a conscientização e informação ao paciente e sua família, seja na adoção de hábitos saudáveis, seja na adesão à terapia medicamentosa. Com base nos resultados obtidos foi proposto o plano de ação com a descrição de todas as etapas, profissionais envolvidos, materiais necessários e resultados esperados, visando aumentar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial.

**PALAVRAS CHAVE:** Hipertensão Arterial Sistêmica. Adesão. Atenção primária. Fatores de risco. Saúde da Família.

## ABSTRACT

The systemic arterial hypertension (SAH) is considered an important cardiovascular risk factor, which makes the importance of their study and knowledge of its prevalence unquestioned. The present study aimed to perform a literature review on the subject hypertension and propose an intervention project focusing on adherence to treatment in primary health care, and as an action scene the Program Family Health New Hope - Araçuaí / MG. The results show that health education is a key strategy to increase adherence to treatment in hypertension. Another point in this study pertains to planning aimed to increase treatment adherence among hypertensive patients in the primary health care network. Planning actions must necessarily involve ongoing training of health staff, awareness and information to patients and their families, whether in adopting healthy habits, whether in adherence to drug therapy. Based on the results we proposed the plan of action with the description of all steps involved professionals, materials needed and expected results, with the ultimate objective increase adherence to treatment of hypertension.

**KEY WORDS:** Systemic Arterial Hypertension. Accession. Primary Care. Risk Factors. Accession. Health of the Family.

## LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
HIPERDIA	Sistema informatizado de cadastro e acompanhamento dos pacientes portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
PSF	Programa de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
DML	Depósito de material de limpeza
SUS	Sistema Único de Saúde
DM	Diabetes Mellitus

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	06
2. JUSTIFICATIVA.....	11
3. OBJETIVOS.....	12
4. METODOLOGIA.....	13
5. REVISÃO DA LITERATURA.....	14
5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica: um problema de saúde pública.....	14
5.2 Fatores associados a pouca adesão ao tratamento anti-hipertensivo.....	15
5.3 Educação e Saúde .....	17
6. PROJETO DE INTERVENÇÃO .....	20
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	24
REFERÊNCIAS.....	25

## 1 INTRODUÇÃO

O município de Araçuaí está localizado na região do médio Jequitinhonha, no Vale do Jequitinhonha, região do Estado de Minas Gerais, sempre reconhecida mais por sua pobreza do que pela sua riqueza cultural ou até mesmo mineral, muito evidente no Vale.

As terras do atual município de Araçuaí, durante o século XVIII, estiveram ligadas à antiga Comarca do Serro Frio e depois ao município de Minas Novas. Já no século XIX, o padre Carlos Pereira de Moura havia fundado na confluência dos rios Araçuaí e Jequitinhonha, a Aldeia do Pontal - local aprazível onde aportavam as canoas que permutavam mercadorias vindas da Bahia, assim como as daquela região de Minas. Onde há canoeiros, há mulheres, bebidas alcóolicas e muita farra. Isso o Padre Carlos não aceitava em sua aldeia, muito menos na futura cidade que planejava fundar. O que fez então? Expulsou dali todas as meretrizes que, desorientadas, emigraram rio Araçuaí acima, achando abrigo na Fazenda Boa Vista, de Luciana Teixeira. Essa boa senhora cedeu suas terras, à margem direita do Ribeirão Calhau e do rio Araçuaí, às emigrantes que se alojaram. Atraídos pelas mulheres, os canoeiros mudaram de porto e no local desenvolveu-se um arraial, com o nome de Calhau. A instalação sob a denominação de Vila de Arassuay deu-se em 1º de julho de 1871, para finalmente a 21 de setembro de 1871 ser elevada a categoria de cidade, por força da lei nº 1870, com o nome de Araçuaí. Tal nome é de origem indígena, e quer dizer Rio das Araras Grandes.

Com área de 2.326 Km<sup>2</sup>, o que corresponde a 0,39% da superfície do Estado de Minas Gerais, localiza-se no médio Jequitinhonha, nordeste do Estado, e está a 678 km da capital – Belo Horizonte. Os municípios limítrofes são: ao norte o município de Coronel Murta, ao sul o município de Novo Cruzeiro, o oeste o município de Virgem da Lapa, o leste o município de Caraí. De acordo com a localização, pertence à Superintendência Regional de Saúde de Diamantina, a 378 km desse município.

A população do município é de aproximadamente 36.013 habitantes (IBGE 2010), sendo estes distribuídos em 67 comunidades rurais, 3 distritos (Engenheiro Schnoor, Alfredo Graça e Itira) e a zona urbana. Apresenta



densidade demográfica de 16,10hab/Km<sup>2</sup>, com 9.929 domicílios, sendo 6.566 urbanos e 3.363 domicílios rurais. A população de Araçuaí é formada por diversas etnias, em sua maioria negra, parda e de origem indígena.

Na atenção básica à saúde, em nossa região, vivenciamos um entrave ao pleno funcionamento do serviço. Os próprios usuários, por desconhecerem a sua forma de organização, os sobrecarregam. Tem-se ainda a superpopulação dos Programas de Saúde da Família (PSF), que às vezes chega a ser o dobro de pacientes recomendado pelo Ministério da Saúde. A equipe do PSF não tem condições de realizar os ideais de saúde preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma os conceitos de territorialização, rede horizontal, situação demográfica e epidemiológica perdem os parâmetros, e a atenção contínua ao paciente torna-se inexistente ou insuficiente.

A Unidade Básica de Saúde - UBS Nova Esperança conta com 1.150 famílias, aproximadamente 5.500 usuários. Sendo que não foi realizada a territorialização ainda. A área do PSF Nova Esperança abrange os Bairros Esplanada, Arraial, Corredor, Nova Esperança, Lazaredo, Pedregulho e as comunidades rurais Macieira, Ponte do Calhauzinho, Taboa, Piabanha. A maioria da população tem ensino fundamental incompleto. As residências são simples, e muitas não tem rede de esgoto, água encanada, pavimentação de ruas e coleta de lixo, principalmente as rurais. Observa-se que não ocorreu planejamento adequado para alocação das casas, pois muitas não têm alinhamento e muitas ruas não seguem geometria definida. Existem grandes áreas desertas, com muito mato e entulho espalhado pelos terrenos. Não foram observadas áreas de recreação como: praças, quadras ou ginásios. As casas possuem poucos cômodos, sendo geralmente dois quartos que, muitas vezes abrigam até 10 pessoas. Em muitas casas o banheiro fica do lado de fora e não possui banhado. O banho é realizado com o uso de mangueiras ou bacias. Além disso, muitos realizam eliminações fisiológicas no entorno da residência, favorecendo as verminoses e protozooses. Em muitas casas a higiene é precária, permanecendo, no mesmo cômodo, vários objetos guardados e com pouca circulação de ar, contribuindo muitas vezes para as doenças de ordem respiratória e as dermatológicas, tornando-se queixas frequentes no PSF. Percebe-se também, desníveis acentuados nas casas, mesmo de um cômodo

para outro, contribuindo para quedas de idosos e consequente fraturas ósseas, principalmente de fêmur, tornando muitos desses pacientes acamados indefinidamente. Algo que chamou a atenção nas visitas domiciliares foi que, os pacientes, principalmente os idosos, não guardam os medicamentos de forma correta. Foram observados receitas e medicamentos já proscritos e, mesmo assim, o paciente fazia uso esporádico do medicamento, tornando mal controladas doenças como diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica, com alta taxa de prevalência e de difícil controle, favorecendo com isso, quadros agudos de crises hipertensivas e cetoacidose diabética. Conseqüentemente, doenças como infarto agudo do miocárdio e acidentes vasculares encefálicos são favorecidas.

Várias pessoas chamam a atenção para a violência que é muito presente na região, contribuindo de forma incisiva para o aumento na taxa de homicídios do município.

A taxa de emprego, na região de Nova Esperança, é baixa, prevalecendo a seguintes ocupações: lavradores, empregadas domésticas, pedreiros, moto-taxistas, garimpeiros, balconistas e artesãos. Fato interessante nos pacientes que procuram o PSF é a relação do trabalho exercido com problemas de saúde apresentados. Os mais prevalentes: lombalgias, artralguas e cervicalgias.

O PSF Nova Esperança não está centralizado na área de abrangência, mas é de fácil acesso para a maioria da população. O horário de funcionamento é de 7:00 às 11:00 13:00 às 17:00 horas. Conta com 8 agentes comunitários de saúde - ACS, 1 recepcionista, 1 auxiliar serviços gerais, 1 médico, 1 enfermeira, 1 técnica enfermagem. As consultas, geralmente 30 por dia para o médico, são divididas entre livre demanda e pré-agendamentos, todas passando por triagem prévia.

A estrutura da UBS é própria e foi inaugurada em 15/02/2013, obedecendo às normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, contando com recepção, sala de vacina, consultório ginecológico, expurgo, espaço para esterilização, 4 consultórios, sala de curativo, consultório odontológico para 4 cadeiras (ainda sem funcionamento), 5 banheiros, copa, 1 sala de reunião, 1 sala de agente, 1 Depósito de Material de Limpeza (DML) e almoxarifado.

O Programa de Saúde da Família prevê uma equipe mínima, sendo que esta é constituída por um médico, um enfermeiro, um a dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes de saúde. Pressupõe atuação multiprofissional que trabalhe de forma integrada e com níveis de competência bem estabelecidos, na abordagem da avaliação de risco cardiovascular, medidas preventivas primárias, e atendimento à hipertensão arterial (BRASIL, 2006).

Um dos maiores problemas vivenciados no PSF Nova Esperança, onde atuo como médico é o grande número de pessoas com hipertensão arterial. Ao realizarmos classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico do PSF Nova Esperança, o risco cardiovascular aumentado foi considerado problema de alta importância, classificado com grau de urgência nove, sendo parcial a nossa capacidade de enfrentamento. Conseguimos elencar alguns fatores que contribuem para essa situação: os hábitos de vida da população, o nível educacional, a idade dos pacientes vitimados por essa afecção, a estrutura do serviço de saúde, o acompanhamento feito pela equipe de saúde, a característica crônica e silenciosa da doença, além da baixa adesão ao tratamento.

Há uma série de fatores que fazem com que a problemática da adesão ao tratamento anti-hipertensivo seja um campo complexo. Há uma rede multifacetada onde se sobrepõem fatores associados ao paciente, à terapêutica prescrita e ao próprio sistema de saúde. Em relação ao paciente temos: sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico, doenças (cronicidade, assintomáticas), crenças, hábitos culturais e de vida (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença, contexto familiar, conceito saúde-doença, autoestima). Quanto ao tratamento temos: custo, efeitos indesejáveis, esquemas complexos, qualidade de vida. Em relação ao sistema de saúde podemos citar: política de saúde, acesso, distância, tempo de espera e atendimento, relacionamento com equipe de saúde (envolvimento e relacionamento inadequados), capacitação da equipe de saúde. Considerando esse contexto percebemos que as ações visando aumentar a adesão ao tratamento precisam considerar os fatores culturais, sociais, econômicos e as decisões políticas, para que, de fato, possam se concretizar (ROCHA, 2009).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema de saúde de grande magnitude. Configura-se como a mais frequente das doenças cardiovasculares. É o principal fator de risco para as complicações como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais (BRASIL, 2006). O impacto causado pela doença é mensurável não apenas em valores financeiros, mas também sociais, o que a torna importante problema de saúde pública. HAS é uma doença que pode ser adequadamente tratada e controlada (OLIVEIRA et al., 2008).

Por ser na maior parte do seu curso assintomática, diagnóstico e o tratamento são frequentemente negligenciados, além de ser comum a baixa adesão ao tratamento prescrito devido à uma série de fatores (BRASIL, 2006).

A adesão a um tratamento pode ser entendida como o grau de coincidência entre a prescrição médica, incluindo as orientações não farmacológicas e o comportamento que deve ser adotado pelo paciente, como o uso efetivo do medicamento, realização de mudanças no estilo de vida e comparecimento às consultas médicas (ROCHA, 2009).

O controle da hipertensão arterial é responsabilidade dos serviços de atenção básica. Foi estabelecido pelo Ministério da Saúde, por meio da Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS (ANEXO I). Parte das ações estratégicas são as medidas preventivas, que incluem ações educativas para controle das condições de risco (obesidade, sedentarismo e tabagismo) e prevenção de complicações (BRASIL, 2002).

## **2. JUSTIFICATIVA**

Em minha atuação, como médico do PSF Nova Esperança, convivemos no cotidiano do nosso trabalho com os problemas relacionados à baixa adesão ao tratamento do paciente hipertenso. Percebo a necessidade de melhorar a capacitação dos agentes comunitários de saúde para que possam monitorar melhor os pacientes. O hipertenso necessita de um tratamento correto, condizente com suas características pessoais e considerando seus hábitos e suas condições de vida.

Trata-se de um problema que requer intervenção conjunta onde, tanto a família, quanto o paciente e a equipe de saúde, precisam estar informados, conhecer bem a situação de cada paciente e buscar a melhor estratégia para garantir a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, o melhor controle da pressão arterial e prevenção das complicações.

### 3. OBJETIVOS

#### **GERAL:**

- Elaborar plano de intervenção que estimule a adesão terapêutica dos pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica na população assistida pelo PSF Nova Esperança.

#### **ESPECÍFICOS:**

- Propor ações educativas junto aos hipertensos, considerando os fatores de risco desencadeantes dos problemas cardiovasculares e que interferem na adesão terapêutica: os inerentes ao paciente, à doença, à terapêutica e aos serviços de saúde;
- Capacitar os agentes comunitários de saúde para a melhor intervenção no sentido de aumentar a adesão ao tratamento.

#### **4. METODOLOGIA**

Foi realizada revisão da literatura sobre o tema hipertensão arterial. Após esse levantamento, foi proposto um plano de intervenção visando aumentar a adesão terapêutica para o controle da hipertensão arterial na área de cobertura do PSF Nova Esperança em Araçuaí - MG.

O método utilizado para a revisão bibliográfica foi a busca de artigos científicos publicados sobre o tema em revistas indexadas e em periódicos publicados pelo Ministério da Saúde. A pesquisa foi realizada nas bases de dados BVS, LILACS e SciELO. A busca sistematizada foi realizada por meio dos Descritores em Ciências da Saúde (DECS): Hipertensão Arterial Sistêmica, Adesão, Atenção primária, Fatores de risco, Saúde da Família.

O Plano de Intervenção foi proposto a partir do tema escolhido – hipertensão arterial, visando solucionar a situação-problema que é a baixa adesão ao tratamento da hipertensão arterial pelos pacientes no PSF Nova Esperança.

Um projeto de intervenção é “[...] uma ação social planejada, estruturada em objetivos, resultados e atividades, baseados em uma quantidade limitada de recursos [...]” (ARMANI, 2000, p.18).

## 5. REVISÃO DA LITERATURA

### 5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica: um problema de saúde pública

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um problema de saúde pública cujo controle baseia-se na prevenção de agravos à saúde. O tratamento prescrito tem como objetivo propor ações de forma continuada, visando à prevenção de alterações irreversíveis no organismo e relacionadas à morbimortalidade cardiovascular. Porém, o controle da HAS está diretamente relacionado ao grau de adesão do paciente ao regime terapêutico proposto (ARAÚJO, 2010).

Segundo dados do DATASUS, 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, além de representarem 40% das aposentadorias precoces do INSS. São responsáveis por 65% do total de óbitos na faixa etária de 30 a 69 anos, atingindo a população adulta em plena fase produtiva. Trata-se de doença de caráter crônico e incapacitante, podendo deixar sequelas (BRASIL, 2001).

Na atenção primária à saúde, o Ministério da Saúde, alinhado com as propostas das atuais políticas de promoção e proteção à saúde, tem recomendado e promovido ações multiprofissionais como estratégia de combate à hipertensão arterial. No contexto do Programa de Saúde da Família (PSF), a eficácia da atuação avaliada em estudo foi atestada pela redução estatisticamente significativa na pressão arterial e o aumento na normalização da pressão arterial. Mas para isso é fundamental a reorganização do cuidado primário baseada na integração de uma equipe multiprofissional (ARAÚJO e GUIMARÃES, 2007).

Em 2001, o Ministério da Saúde propôs o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (DM), com a Proposta de Educação permanente em Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus para os municípios com população acima de 100.000 habitantes, sendo o objetivo principal a redução da morbimortalidade por meio de um componente básico -



a formação de recursos humanos por meio da educação permanente. O Plano baseava-se em parceria entre o Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Sociedades Científicas e Associações de Portadores de HAS e DM para apoiar a reorganização da rede básica de saúde, mediante o desenvolvimento de ações articuladas de promoção, prevenção e recuperação da saúde (BRASIL, 2001).

O número de casos de pessoas com problemas cardiovasculares é crescente e seu aparecimento está cada vez mais precoce. Além disso, os custos – econômico e social - da doença, representado pela morbimortalidade, é muito alto. Considerada grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, os problemas cardiovasculares nos colocam, enquanto médicos, atuando na atenção básica à saúde, diante de uma realidade que precisa de intervenção urgente.

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de óbito em importante parcela da população adulta, particularmente aquela maior de 30 anos de idade (CARDOSO et al., 2011). A doença cardiovascular é potencializada por diversos fatores de risco, os quais precisam ser alvo de ações que tenham como objetivo diminuir a incidência deste grave problema de saúde. São eles: tabagismo, sedentarismo, diabetes mellitus, obesidade, maus hábitos alimentares, hipercolesterolemias, e *stress* excessivo. Todos precisam ser discutidos com a população. É necessário conhecimento para propor intervenções. É fundamental que as pessoas conheçam os riscos e as consequências que as doenças cardiovasculares podem causar como: acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca, afastamentos do trabalho e até mesmo invalidez permanente.

## **5.2 Fatores associados à pouca adesão ao tratamento anti-hipertensivo**

A importância do tratamento da hipertensão arterial sistêmica para a redução da morbidade e mortalidade causadas pelas doenças cardiovasculares é consenso entre os profissionais que atuam na atenção primária à saúde. Porém, observa-se que a adesão ao tratamento da HAS é ainda insatisfatória, havendo resistência por parte dos pacientes em relação às orientações e

prescrições, o que acaba resultando em um controle da doença que fica aquém do esperado com base no conhecimento científico vigente (LIMA et al., 2009).

A falta de adesão ao tratamento é uma das maiores dificuldades encontradas no atendimento às pessoas hipertensas. Estudos demonstram que cerca de 20 a 50% dos pacientes com HAS descontinuem a medicação anti-hipertensiva durante o primeiro ano de uso, e um número substancial daqueles que permanecem em uso o fazem de modo inadequado (ANDRADE et al., 2002). Nos serviços de atenção primária é fato comum pacientes com hipertensão arterial que não utilizam os medicamentos conforme prescrição médica (PIMENTA, CALHOUN e OPARIL, 2007).

Há vários fatores que podem resultar na não adesão ao tratamento da HAS. Esses podem estar associados ao paciente, à prescrição terapêutica e ao sistema de saúde. Em suma, é importante que a equipe de saúde conheça as dificuldades dos pacientes em aderir ao tratamento anti-hipertensivo com o objetivo de planejar ações para tentar superá-las, juntamente com o paciente, e alcançar assim melhor controle da HAS (ARAÚJO, 2010).

Segundo Rocha (2009) um dos fatores que dificultam o tratamento da HAS, gerando prejuízo nas taxas de adesão, é a implicação que a terapêutica gera na vida do paciente. É imprescindível a modificação de hábitos, o que muitas vezes leva à segregação do paciente em seu ambiente familiar, restringindo a participação em algumas situações culturalmente inseridas no cotidiano da família.

Dentre as mudanças relacionadas às orientações que fazem parte do tratamento da HAS podemos citar: uso de gordura vegetal, de adoçantes dietéticos, consumo adequado de sal, abstenção do álcool e do tabaco, peso controlado, prática regular de exercício físico, ingestão adequada de café (até 100 ml/dia), preferência por vegetais e por carnes brancas e gerenciamento do estresse (MOREIRA et al. , 2009).

Outro fator diz respeito ao tratamento medicamentoso, cujos fatores intervenientes na adesão mais citados foram: dose, número de medicamentos, horário da medicação, efeitos colaterais, eficácia das drogas, custo, tratamento prolongado, mudanças de medicamento e descontinuidade do tratamento (SARQUIS et al. ,1998).

A quantidade de medicamentos a ser utilizados com várias doses ao dia configura-se como um fator dificultador para a adesão ao tratamento. Por exigirem vigilância constante podem acabar gerando confusão e esquecimento. A associação de diferentes medicamentos anti-hipertensivos em uma única apresentação tende a beneficiar o seguimento do tratamento. Outra questão são os efeitos colaterais, apesar da eficácia e da especificidade cada vez maior das drogas, eles configuram-se como mais um fator que dificulta a adesão. A determinação dos horários e esquemas para uso de medicação deve ser atrelada ao dia a dia do paciente de modo a facilitar a incorporação do novo hábito, e serem claras e considerarem o nível intelectual do paciente, pois do contrário podem dificultar a adesão ao tratamento medicamentoso (SARQUIS et al., 1998).

No âmbito do sistema de saúde, um dos fatores mais importantes diz respeito ao preparo da equipe de saúde para intervir junto à população com HAS e com suas famílias. A equipe de saúde precisa estar preparada para sensibilizar o paciente e a comunidade para a importância da adesão às medidas terapêuticas indicadas, orientando-os quanto aos riscos que o paciente está exposto e a importância das mudanças no estilo de vida para a prevenção de complicações (ROCHA, 2009).

Quando o assunto é adesão ao tratamento, a educação vem ganhando cada vez mais destaque no trabalho junto aos indivíduos hipertensos. O papel da orientação sobre a doença, o apoio da equipe de saúde e os cuidados relacionados ao paciente e familiares e/ou cuidadores têm sido considerados como fundamentais no sucesso do tratamento. A aquisição de informação por meio de programas de orientação influencia positivamente na adesão ao tratamento proposto.

### **5.3 Educação em saúde**

A importância de programas educativos que visam promover maior adesão ao tratamento da HAS, com resultados que apontam para o melhor controle da hipertensão arterial tem sido objeto de estudo de diversos profissionais da área da saúde em vários lugares do mundo (SILVA et al., 2006).

Em estudo realizado por Moreira e colaboradores (2009) foi reforçada a importância da educação em saúde como estratégia de mudança de hábitos e valores pela aquisição de novos conhecimentos e adoção de atitudes favoráveis à saúde, oportunizando ao sujeito assumir participação ativa em seu processo de aprendizagem. Os pontos ressaltados em tal estudo foram: a percepção da gravidade da HAS, dos benefícios da adesão, dos custos da mudança, identificação das alterações necessárias visando à adesão e motivação para o estabelecimento de metas para a mudança.

A educação em saúde configura-se como importante instrumento para aumentar não só a adesão ao tratamento como a mudança de hábitos dos que convivem com o hipertenso, atuando também em nível preventivo. Estando associada ao acompanhamento efetivo da equipe de saúde de forma que os pacientes tornem-se aptos a manterem o autocontrole dos níveis pressóricos, realizarem atividade física e à seguirem a prescrição da dieta alimentar, a educação em saúde torna-se um instrumento fundamental para aumentar a procura por tratamento e controlar os índices de pacientes hipertensos. Analisando um contexto mais amplo, a educação em saúde pode estar relacionada à melhora da qualidade de vida, à redução do número de descompensações, ao menor número de internações hospitalares e à maior aceitação da doença (SILVA et al., 2006).

Em uma oficina de trabalho conduzida pela Liga Mundial de Hipertensão em 1994 sobre educação do paciente hipertenso, foi estabelecido que o objetivo a ser atingido por meio da educação do paciente é influenciar seu comportamento, induzindo-o à mudança e manutenção do tratamento. Para isso, as estratégias de ação dos profissionais de saúde deveriam ser: guiar o paciente em direção a crença, valores, percepções e atitudes corretas em relação à doença; permitir ao paciente ajustar-se a problemas práticos, como treiná-lo no uso das medicações, auto-aferição da pressão arterial, preparo adequado da dieta; e ajudar o paciente, através da indução do meio, no qual se incluem a família, amigos e profissionais de saúde, e reforçar sua motivação para ajustar-se à doença (SARQUIS et al., 1998).

O Ministério da Saúde, em 2001, propôs a implementação de processo de educação permanente em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus para os profissionais da rede básica de saúde do SUS, nos municípios com população

acima de 100 mil habitantes, visando capacitar e atualizar continuamente esses profissionais na prevenção, diagnóstico, tratamento e controle desses agravos (BRASIL, 2001).

A proposta da educação em saúde remete-nos à capacitação da equipe como aspecto fundamental para alcançar os resultados pretendidos. Todos precisam estar conscientes de seu papel de educadores e, para que possam repassar conhecimentos é necessário participar de programas de educação permanente. A organização dos grupos de trabalho com os pacientes e a rotina, garantia do fornecimento de medicação e atendimento às intercorrências, bem como trabalhos individuais ou em grupos, com equipes multiprofissionais, envolvendo paciente e família são estratégias, assim como é fundamental o estabelecimento de uma rotina e de grupos de trabalho para capacitar a equipe, discutir as condutas e trocar conhecimentos.

## 6. PROJETO DE INTERVENÇÃO

Um plano de intervenção visando aumentar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica deve incluir ações voltadas para aumentar o nível de conhecimento sobre a hipertensão arterial, mudança dos hábitos e estilos de vida por parte do paciente e preparação da família e da equipe de saúde para o cuidado.

### 6.1 Cenário da intervenção

**PÚBLICO ALVO:** Pacientes de ambos os sexos e suas famílias; com diagnóstico médico de hipertensão arterial sistêmica, cadastrados e acompanhados no programa de hipertensão - HIPERDIA e equipe do PSF Nova Esperança.

Baseado no Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, proposto pelo Ministério da Saúde em 2001, o presente Projeto de Intervenção divide-se em três etapas:

- **Etapa 1** – Capacitação dos profissionais da Unidade Básica de Saúde - Nova Esperança na atenção à Hipertensão Arterial, sobretudo os agentes comunitários de saúde (ACS) e auxiliares de enfermagem, pois esses serão os responsáveis pelo planejamento e pela realização das oficinas;
- **Etapa 2** – Campanha de informação sobre hipertensão arterial junto à população de referência da Unidade Básica de Saúde - Nova Esperança e suas famílias, identificação e cadastramento dos casos suspeitos de HAS e vinculação dos casos diagnosticados ao tratamento. Ações de Promoção de Hábitos Saudáveis de Vida;
- **Etapa 3** - Confirmação diagnóstica e início da terapêutica e das ações de educação em saúde por meio das oficinas.

As oficinas terão como objetivo levar ao público-alvo informações pertinentes ao tema hipertensão arterial, buscando conscientizá-los da doença, aumentar a adesão ao tratamento e a adoção de estilos de vida mais saudáveis.

As oficinas serão realizadas mensalmente com os seguintes temas:

- 1) Hipertensão: conceito, ocorrência e consequências;
- 2) Dieta hipossódica;
- 3) Influência da obesidade;
- 4) Álcool e Tabagismo;
- 5) Atividade física;
- 6) Fatores de risco cardiovasculares;
- 7) Prevenção e tratamento medicamentoso e não medicamentoso e uso correto de medicação prescrita.

**MATERIAL:** Retroprojektor, transparências e outros recursos cabíveis; cartazes informativos a respeito da hipertensão, suas causas e complicações; painéis com fotos ilustrativas; esfigmomanômetro e estetoscópio próprios; folders, álbuns seriados, materiais disponibilizados pelo Ministério da saúde e pela Secretaria de Estado da Saúde.

**LOCAL:** sala de reuniões

O desenho operacional do Plano de Intervenção para estimular a adesão terapêutica dos pacientes com hipertensão arterial está baseado nos seguintes elementos que foram diagnosticados em nossa atuação cotidiana, observação e pesquisa:

**NÓS CRITICOS:**

- Baixa adesão ao tratamento da HAS;
- Maus hábitos de vida da população;
- Baixo nível educacional;
- Idade dos pacientes vitimados pelo risco cardiovascular;
- Estrutura do serviço de saúde;

- Baixo acompanhamento feito pela equipe de saúde.

### **OPERAÇÃO/PROJETO:**

- Capacitação dos agentes comunitários de saúde;
- Busca ativa de pacientes mais predispostos ao diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica;
- Realização de oficinas com palestras e reuniões periódicas com grupos de hipertensos.

### **RESULTADOS ESPERADOS:**

- Garantir que os pacientes possam passar por consulta médica sempre que houver indicação e que participem de ações educativas para conhecer mais sobre a HAS enquanto fator de risco para doenças cardiovasculares ou cerebrovasculares, os cuidados que devem ser tomados e o controle exigido para estabilização dos níveis pressóricos;
- Fornecer orientações sobre a necessidade de adesão ao tratamento, nutrição, controle de estresse e exercícios físicos;
- Garantir a realização e efetividade das buscas ativas dos pacientes predispostos à HAS, a ser realizadas pelos ACS;
- Monitorar a implantação de ações conjuntas de educação em saúde;
- Contribuir para a construção de intervenções onde os profissionais reconheçam como é importante conhecer a realidade de cada usuário, para que as abordagens sejam diferentes, pois nem todo mundo tem a mesma facilidade de compreensão;
- Garantir que cada agente de saúde compreenda o que está ensinando.

### **PRODUTOS ESPERADOS**

- Fornecimento, no primeiro encontro, de um cartão de controle da hipertensão para uso próprio do paciente;
- Estimular a participação no grupo de atividades físicas realizado no Mercado Municipal pelo serviço de fisioterapia do município;
- 100% de adesão ao tratamento da hipertensão arterial;
- Orientação e reuniões periódicas com pacientes;



- Utilizar a mesma tática de educação permanente para capacitar agentes de saúde que não possuam nenhum outro meio de capacitação disponível;
- Reuniões periódicas entre toda a equipe do PSF e propiciando a troca de conhecimento entre os participantes, levantamento de dúvidas e a busca de caminhos para saná-las.

## **6.2 Procedimentos da intervenção**

Por meio de estudo de casos clínicos e treinamento em serviço com o desenvolvimento de proposta de educação permanente em saúde, toda a equipe será capacitada, sob a coordenação da enfermeira e do médico da unidade. Espera-se que nessa etapa seja elaborada campanha de informação para a população sobre HAS e o planejamento de oficinas a serem desenvolvidas com a comunidade.

## **6.3 Resultados esperados**

1. Fortalecer e expandir a Atenção Primária em Saúde em hipertensão arterial, por meio de ações de informação, diagnóstico e tratamento;
2. Ampliar o acesso da população com hipertensão arterial aos programas de acompanhamento e qualidade de vida;
3. Monitorar o acesso da população e garantir 100% de cobertura assistencial aos casos diagnosticados de hipertensão arterial;
4. Implementar a qualificação e desenvolvimento dos trabalhadores da equipe de saúde do PSF Nova Esperança;
5. Implementar oficinas de conscientização e educação em saúde.

## **6.4 Avaliação da intervenção**

A avaliação do impacto da intervenção será realizada a partir dos seguintes indicadores:

- Impacto da intervenção na estrutura dos serviços e no processo de trabalho da equipe do PSF Nova Esperança através do número de pacientes acompanhados na unidade participantes das oficinas e de seus depoimentos;

- Aumento do número de consultas mensais realizadas para diagnóstico da doença, por médico ou enfermeiro;
- Avaliação da cobertura real dos casos detectados e cobertura dos casos confirmados, através de tabelas e gráficos com os dados numéricos obtidos.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo fica evidente a necessidade de incluir no cotidiano da equipe de saúde a educação e a capacitação permanentes para que todos trabalhem em alinhamento e conscientes da importância de suas ações. Com o plano de ação proposto acredito que poderemos, de fato, inserir atividades educativas não apenas com os pacientes, mas também com suas famílias que são cuidadores e apoiadores diretos e nas ações de educação permanente de nossa equipe.

Especificamente em relação à adesão ao tratamento da hipertensão arterial é de fundamental importância o apoio dos ACS e de toda a equipe no acompanhamento e na orientação para a mudança de hábitos de vida que favoreçam o controle da doença. Conhecer quais são esses fatores ajuda a agir de forma mais pontual, reconhecendo em cada caso qual é a questão que está interferindo diretamente na adesão ao tratamento. Outro ponto é que podemos reconhecer em qual esfera está o problema, se no paciente ou no sistema de saúde, ou em ambos.

Fica evidente com este estudo a necessidade de conhecer profundamente as características da população que estamos tratando, pois aspectos muito individuais interferem na questão analisada - adesão ao tratamento da hipertensão arterial. São hábitos de vida arraigados nas famílias e na cultura durante toda uma vida.

A proposta é trabalhar alicerçados na educação e no conhecimento, tanto da equipe de profissionais – com ênfase nos ACS – quanto nos pacientes hipertensos e em suas famílias, cujo apoio é imprescindível.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. P. et al, Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol** 2010; 95(1 supl.1): 1-51

ARAÚJO JC, GUIMARAES AC. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Revista Saúde Pública**. 2007; 41(3):368-74. DOI:10.1590/S0034-89102007000300007

ARAÚJO, Kátia Gualberto. **Plano de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento de hipertensão arterial em idosos no PSF São Jerônimo - município de Teófilo Otoni-MG**. Teófilo Otoni, 28f., 2010. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

ARMANI, Domingos. **Como elaborar projetos**. Tomo Editorial. São Paulo, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus: Proposta de educação permanente em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus para os municípios com população acima de 100 mil habitantes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS**. Brasília, 2002. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis./gm/2002/prt0373\\_27\\_02\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis./gm/2002/prt0373_27_02_2002.html). Acesso em: 30 de novembro de 2013.

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

CARDOSO, Ana Paula Zambuzi et al . Aspectos clínicos e socioeconômicos das dislipidemias em portadores de doenças cardiovasculares. **Physis: Revista de saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, 2011.

IBGE, Censo Demográfico 2010- Resultados gerais da amostra. Rio de Janeiro, 2012.

LIMA, S. M. L. et al . Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p.2001-2011. Set. 2009.

MOREIRA, Ana Karine de Figueiredo; SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo; CAETANO, Joselany Afio. Aplicação do modelo de crenças em saúde na adesão do trabalhador hipertenso ao tratamento. **Physis**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, 2009. Disponível em

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312009000400005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000400005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 11 dez. 2013.

OLIVEIRA, T.R.P.O. et al. Estudo da hipertensão arterial sistêmica: repercussões quanto a adesão ao tratamento. **Rev. Triangulo Ensino Pesquisa Extensão**. Uberaba – MG, v.1. n.1, p. 97-110, jul./dez. 2008.

PIMENTA, E.; CALHOUN, D. A. e OPARIL, S. Mecanismos e tratamento da hipertensão arterial refratária. **Arq. Bras. Cardiologia**, vol.88, n.6, p. 683-692, jun. 2007.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÇUAÍ. **Plano Municipal de Saúde de Araçuaí**. Minas Gerais. 2007.

ROCHA, A. A. S. **Projeto de intervenção: Estímulo à adesão terapêutica anti-hipertensiva em uma unidade do programa saúde da família de Beberibe-Ceará**. Escola de Saúde Pública do Ceará - Especialização em Práticas Clínicas em Saúde da Família Fortaleza, 2009.

SARQUIS, L. M. M. et al . A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 32, p.335-353, n. 4, dez. 1998.

SILVA, T. R. et al . Controle de diabetes Mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 15, n. 3, p.614-626, dez. 2006.