

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

MISLAIDI ACOSTA POUZA

**AVALIAÇÃO DE CAUSAS DA NÃO ADESÃO DOS PACIENTES AO
TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE
FAMILIA Nº 2 DO MUNICÍPIO JOSÉ GONÇALVES DE MINAS- MG: PROJETO DE
INTERVENÇÃO**

ARAÇUAI - MINAS GERAIS

2015

MISLAIDI ACOSTA POUZA

**AVALIAÇÃO DE CAUSAS DA NÃO ADESÃO DOS PACIENTES AO
TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE
FAMILIA Nº 2 DO MUNICÍPIO JOSÉ GONÇALVES DE MINAS- MG: PROJETO DE
INTERVENÇÃO**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

ARAÇUAI - MINAS GERAIS

2015

MISLAIDI ACOSTA POUZA

**AVALIAÇÃO DE CAUSAS DA NÃO ADESÃO DOS PACIENTES AO
TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE
FAMILIA Nº 2 DO MUNICÍPIO JOSÉ GONÇALVES DE MINAS- MG: PROJETO DE
INTERVENÇÃO**

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo – UFMG

Prof. Edison José Corrêa -- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em : 29/03/2015

DEDICATORIA

A minha mãe, responsável por todas as coisas boas aprendidas e feitas ao longo da minha vida.

AGRADECIMENTOS

A todas as pessoas que ajudaram na realização deste projeto,
em especial à Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiro de Araújo

RESUMO

As doenças cardiovasculares são as principais causas de morbimortalidade no Brasil e no mundo. A Hipertensão Arterial está entre os principais fatores de risco para desenvolvimento das doenças cerebrovasculares e renais. Um dos fatores que influi no controle deficiente da hipertensão é a não adesão ao tratamento farmacológico o qual constitui um dos aspectos fundamentais a ser trabalhado pelos profissionais de saúde da atenção primária. Este trabalho tem elaborar um projeto de Intervenção contemplando as causas de não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial da Estratégia de Saúde Família nº 2 do Município José Gonçalves de Minas. Foi realizada uma revisão bibliográfica com a finalidade de levantar as evidências já existentes sobre com a finalidade de subsidiar a elaboração do projeto de intervenção. Espera-se que as atividades propostas venham contribuir na adesão dos hipertensos a terapêutica medicamentosa.

Descritores: Hipertensão. Tratamento medicamentoso. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are cause of morbidity and mortality in Brazil and worldwide. Hypertension is one of the main risk factors for the development of cerebrovascular and renal diseases. One factor that affects the poor control of hypertension is not pharmacological treatment which is one of the fundamental issues to be worked by health professionals in primary care. This work has draw up an intervention project contemplating the causes of non-adherence of patients to the treatment of hypertension of the Family Health Strategy n. 2 of the Municipality José Gonçalves de Minas. A literature review in order to raise the existing evidence on in order to support the development of the intervention project was carried out. It is expected that the proposed activities will contribute to the adherence of hypertensive drug therapy.

Keywords: Hypertension. Drug treatment. Primary Health Care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 JUSTIFICATIVA.....	18
3 OBJETIVOS.....	21
4 METODOLOGIA.....	22
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	23
5.1 Hipertensão Arterial.....	23
5.2 Fatores de risco.....	23
5.3 Tratamento da Hipertensão.....	25
5.4 Fatores que interferem na não adesão ao tratamento da Hipertensão.....	27
5.5 Educação e promoção em saúde.....	30
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	33
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERENCIAS.....	43

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são as principais causas de morbimortalidade no mundo sendo que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada como o principal fator de risco. Apesar do reconhecimento da HAS como um problema de saúde pública e da existência de diversas possibilidades de tratamento farmacológico e não farmacológico seu controle adequado está longe de ser obtido pela falta de adesão dos pacientes. (NEVES *et al.*, 2009).

A relevância da hipertensão arterial sistêmica (HAS) como importante fator de risco cardiovascular é inquestionável. Sua alta prevalência mundial e o aumento de probabilidade de desfechos fatais e não fatais, quando a ela estão associados outros fatores de risco, torna-se muito importante o conhecimento de sua ocorrência, assim como a correlação com outros possíveis fatores de risco potencialmente desencadeantes. A aderência ao tratamento é um fator primordial para a efetividade no controle da HAS nas unidades de atenção básica à saúde (SARQUIS *et al.*, 1998).

De modo geral a não adesão ao tratamento da HAS é um dos maiores e mais importantes problemas enfrentados pelos profissionais da saúde que atuam na atenção primária. Em particular, quando se trata da pessoa idosa, segundo Schroeter *et al.* (2007), a prevalência da HAS aumenta com a idade e sua magnitude depende dos aspectos biológicos, do estilo de vida predominante de cada indivíduo, do ambiente físico e psicossocial.

Sarquis *et al.* (1998) caracterizam a adesão como sendo a extensão em que o comportamento do indivíduo, em termos de tomar os medicamentos, seguir a dieta, realizar mudanças no estilo de vida e comparecer às consultas médicas.

São fatores que influem na não aderência ao tratamento anti – hipertensivo, o custo do tratamento, um relacionamento médico- paciente deficiente, a necessidade de tomar diversos comprimidos e os efeitos adversos dos medicamentos (SARQUIS *et al.*, 1998).

Um dos maiores desafios no combate da HAS deve-se a não adesão à terapêutica anti-hipertensiva, ou seja, a não observância da prescrição de medidas

medicamentosas ou não medicamentosas para o controle da pressão arterial (COELHO *et al.*, 2005).

No município de José Gonçalves de Minas a maioria dos hipertensos não segue a conduta terapêutica da forma recomendada pelo médico. Isso se traduz num grave problema a ser enfrentado pelas equipes de saúde da família.

1.1 Identificação do município

O município de José Gonçalves de Minas está localização em relação a capital do estado e outros pontos geográficos interessantes: na região do médio Jequitinhonha, microrregião de Araçuaí – MG, situada no nordeste mineiro. A extensão territorial é 381.09 Km².

O município de José Gonçalves de Minas possui 5.387 habitantes, sendo que 1317 residem na zona urbana e 1114 na zona rural (IBGE, 2010).

1.2 Histórico e descrição do município

O município de José Gonçalves de Minas, situa-se no nordeste mineiro, faz divisa ao sul com Chapada do Norte, ao norte com Cristália, ao leste com Berilo, ao oeste com Botumirim e sudeste com Leme do Prado.

Segundo as informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), o Município de José Gonçalves de Minas é composto por 21 localidades rurais, sendo elas:

- Povoado: Ijicatu, Santa Rita, Catutiba, Fátima, Malhada, Serraria.
- Localidades: Mandacaru, Santana, Ribeirão Pequeno, Córrego Cipó, Córrego do Arrozal, Samambaia, Palmital, Contendas, Farinha Seca de cima e de baixo, Vargem do Pombo, Barreiro, Alegre, Estiva, Limeira, São Bento, Ribeirão gangorras de baixo e de cima, Córrego dos Paulinos, Lapinha, Passos, São Bento, Brejo.

Segundo os moradores mais velhos do município, aproximadamente, por volta de 1850, vindo de outros lugares, chegou aqui um senhor Santos Nunes Teixeira,

conhecido por Santo Pombo, fixando sua moradia, na proximidade de um córrego, mais tarde denominado Córrego Contenda do Pombo. Com a vinda do Padre José Nuno da Silva (Padre José Nuno), mudou o nome da Comunidade Contenda do Pombo para Comunidade Farinha Seca.

Em 1962, com a emancipação política de Berilo, Vila de Gangorras passa a condição de Distrito, recebendo o nome de José Gonçalves de Minas em homenagem ao afamado farmacêutico e célebre político da época o Sr. José Gonçalves da Mota.

Em 21 de dezembro de 1995, pela Lei número 12.030, o Distrito de José Gonçalves de Minas, foi emancipado, recebendo o mesmo nome: José Gonçalves de Minas.

1.3 Aspectos demográficos

Quadro 1 – Distribuição da população do município de José Gonçalves de Minas por faixa etária referente ao ano de 2013.

Quadro 1 – Distribuição da população do município de José Gonçalves de Minas por faixa etária referente ao ano de 2013.

Faixa etária/Ano	N	%
Até 4	134	5,1
5 a 9	250	10,3
10 a 14	292	12,0
15 a 19	293	12,0
20 a 29	394	16,2
30 a 49	701	29,0
50 a 59	136	5,6
60 a 69	150	6,2
70 a 79	52	2,1
80 anos e +	29	1,2
TOTAL	2431	100,0

De acordo o Censo Demográfico de 2010 foi realizado em todo o país pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) a taxa anual de crescimento da população mineira ficou em torno de 0,91%, número bem menor que o 1,5% verificado nas últimas décadas. O número significa uma queda de participação da população do Estado de 11% para 10% no total do país. Em todo o Brasil, somente quatro Estados tiveram taxa de crescimento populacional menor que a de Minas Gerais: Rio Grande do Sul, Paraná, Bahia, Paraíba.

O município apresenta uma taxa de crescimento anual de 1,8% sendo a população na zona rural é a que tem o menor crescimento.

1.4 Aspectos socioeconômicos

A principal atividade econômica na área urbana do município é o comércio e na área rural é a agricultura de subsistência e também para comercio, juntamente com derivados de leite e farináceos. A pecuária vem complementando e timidamente buscando seu espaço e a agricultura da cana-de-açúcar também tem sido uma fonte de renda. A região de José Gonçalves de Minas é desprovida de indústrias, geradoras de empregos, o que força grande parte das famílias a migração sazonal para as regiões cafeeiras e canavieiras e em época de temporadas vão para a praia

trabalhar como vendedores, alternativa de autossustentação é a pecuária, com criação de pequenos rebanhos bovinos e a agricultura de subsistência e também o cultivo para comercialização. O município conta com uma associação para produção de cachaça para o comércio e alguns habitantes possuem alambiques próprios para a produção e comercialização de cachaça. A produção de derivados de leite tem alcançado muita importância para o comércio local e produção autônoma de pequenos carvoeiros.

As fontes de recursos financeiros para a saúde são:

- Fundo de participação municipal (FPM);
- Imposto sobre serviço de quaisquer naturezas (ISSQN);
- PAB Fixo (Piso de Atenção Básica);
- Programa Saúde da Família (PSF);
- Epidemiologia Controle de Doenças;
- Ações Básicas de Vigilância Sanitária.

Além desses recursos financeiros, a Prefeitura ainda arrecada 50,0% do IPVA anual.

1.5 Saneamento Básico

A água servida na sede do município é proveniente do rio Ribeirão de Gangorras com tratamento fornecido pela empresa COPANOR/MG. O sistema de esgoto sanitário é rudimentar, existe encanamento público, mas o destino final é o rio Ribeirão de Gangorras que é localizado dentro da cidade. A construção da Estação de Tratamento de Esgoto (ETE) está finalizada, porém a empresa responsável pelo funcionamento da estação não assumiu trabalho. Nas comunidades de Santa Rita, Ijicatu e Catutiba existem esgoto canalizado que o destina as fossas sépticas, onde é o destino do esgoto de todas as residências. Já nas demais comunidades rurais, a maioria possui fossa, porém ainda existe despejo a céu aberto. Há também algumas residências que não possuem nem se quer banheiros com vaso sanitário. Neste ano através do Centro de Referência de Assistencial Social (CRAS) foram adquiridos 60 kits de banheiro para essas famílias.

A estrutura de saneamento básico na área de abrangência do PSF Julia Rodrigues Pereira é razoavelmente boa. A coleta de resíduos sólidos urbanos domiciliares é

feita diariamente para as fossas, porém ainda existem despejo de dejetos a céu aberto.

A estrutura de saneamento básico na área de abrangência do PSF Julia Rodrigues Pereira é razoavelmente boa; a coleta de resíduos sólidos urbanos domiciliares é feita diariamente, sob a responsabilidade da Secretaria de Obras. A limpeza urbana é executada por varrição e coleta transportada por um trator, com destino final do lixo em aterro sanitário devidamente controlado.

Os resíduos sólidos da sede do município e dos povoados de Santa Rita, Ijicatu e Catutiba são coletados pelo serviço municipal, mas as demais comunidades rurais não recebem coleta de lixo, essas famílias em sua maioria queimam o lixo, mas um grave problema a ser solucionado acontece que é o acúmulo do lixo a céu aberto, favorecendo a proliferação de vetores transmissores de diversos tipos de doenças.

1.6 Sistema educacional do município

A situação da educação no município pode ser sintetizada pelos seguintes indicadores:

- Taxa de escolarização varia de um a outro nível de ensino predomina nível fundamental de escolarização com 59,0 %, a seguir temos o ensino pré-escolar e o nível médio com um 9,0 %.
- Taxa de analfabetismo está em torno de 33,53% com peso expressivo da população rural.
- Crianças em idade escolar fora da escola: a taxa está em torno de 5,0%.

Há muito a crescer na área da educação no município, pois além do grande número de analfabetos, com certeza a taxa de evasão escolar deve ser alta.

1.7 Recursos da comunidade

O município tem seis escolas, uma creche quatro igrejas, dois ginásios poliesportivos, uma praça e lojas comerciais atuantes.

O município é servido de serviços de luz elétrica, telefonia, correios e bancos. .

1.8 Sistema Municipal de Saúde

População é 100% dependente das ações do Sistema Único de Saúde (SUS). É habilitado na gestão plena da atenção básica.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado no município no ano 1990 e cobre 100% da população com as ações da atenção básica. Possui os seguintes serviços de saúde:

Uma Unidade Básica de Saúde.

Três Unidades de Apoio na área rural (nas comunidades de Ijicatu, Catutiba e Santa Rita).

Uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS).

Um Laboratório de Análise Clínica.

Farmácias comunitárias vinculadas a Farmácia da Secretaria Municipal de Saúde.

O Município, para efeitos de utilização de equipamentos de maior complexidade em saúde, agrega-se a outros municípios passando a integrar um Sistema Distrital para execução de um âmbito maior das ações de saúde, ao nível hospitalar e de urgência. O Sistema de Referência e Contrarreferência funcionam com apoio dos Hospitais Regionais e Estaduais onde se articulam com outras redes de Média e Alta Complexidade de a região e estado, ou seja, dos seguintes municípios: Turmalina, Diamantina, Minas Novas e Belo Horizonte.

1.9 Atividades desenvolvidas

Na Unidade Básica de Saúde (UBS) é realizado atendimento por agendamento, demanda espontânea e de urgência e primeiros socorros. A UBS funciona 24 horas. O município conta com três ambulâncias para transporte de pacientes que precisam de atendimento fora da cidade e um microônibus para Tratamento Fora do Domicílio (TFD).

O município tem duas equipes de saúde da Família (ESF) que funcionam no mesmo espaço físico da UBS que fica no centro da cidade. A UBS conta com os seguintes profissionais: três médicos, cinco enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem, um cirurgião dentista, uma técnica em saúde bucal, uma recepcionista, um porteiro, dois auxiliares de serviços gerais e um vigia. Os recursos humanos da Secretaria de Saúde são os seguintes:

Quadro 2 - Número de profissionais existentes na Secretaria Municipal de Saúde do município de José Gonçalves de Minas, 2014*.

Recursos Humanos	N
Médicos	3
Cirurgião dentista	2
Recepcionista	1
Técnico de saúde Bucal	2
Enfermeiros	7
Farmacêutico/bioquímico	2
Técnico de Enfermagem	10
Agente Comunitário de Saúde	17
Fisioterapeuta	2
Psicóloga	1
Técnico de Vigilância epidemiológica	2
Serviço de Controle da Zoonose	1
Fiscal Sanitário	1

*Inclui os profissionais que atuam nas duas equipes de saúde da família.

As equipes de ESF são compostas por duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem, dois médicos, um cirurgião dentista, um técnico de saúde bucal, 16 Agentes Comunitários de Saúde, dois motoristas; três técnicos de enfermagem (sendo um em cada posto de apoio) e ainda mais dois auxiliares de serviços gerais que atuam na limpeza desses postos.

As equipes de saúde da família atendem 17 microáreas, assim distribuídas:

Quadro 3 - Distribuição da população por microáreas

SF	Micro área 1	Micro área 2	Micro área 3	Micro área 4	Micro área 5	Micro área 6	Micro área 7	Micro área 8	Micro área 9
	64	89	40	61	109	77	78	90	-
	54	57	77	92	63	162	54	36	52

Semanalmente o município oferece consultas de especialidades, previamente agendadas, com os seguintes especialistas: Ginecologista, Cardiologista e Cirurgião Geral.

A unidade está preparada para dá atendimento na atenção primária as gestantes, as gestantes de risco habitual e as gestantes de risco são encaminhadas ao ginecologista que atende semanalmente no município José Gonçalves e também para o ginecologista e obstetra do Centro Viva Vida do município de Diamantina.

Pelas informações apresentadas, pode-se dizer que o município tem uma boa infraestrutura de serviços de saúde, mas com muitos problemas de saúde para serem enfrentados.

2 JUSTIFICATIVA

De acordo com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) em 2013, o município tinha cadastrado 241 portadores de hipertensão arterial, 85 portadores de diabetes, 1 portador de hanseníase.

Em 2013, ocorreram 61 hospitalizações de usuários da área de abrangência sendo 34 por gravidez, parto e puerpério, seis por doenças do aparelho respiratório, quatro por lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas, cinco por neoplasias e 12 por demais causas (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOSÉ GONÇALVES DE MINAS, 2013).

As principais causas de óbito de residentes na área de abrangência foram: doenças do aparelho circulatório oito; doenças do aparelho respiratório quatro; causas externas duas e neoplasias três (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOSÉ GONÇALVES DE MINAS, 2013).

A cobertura vacinal da população de menores de 5 anos de idade foi em 2013, de 93%.

Quando realizei a disciplina planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS; FARIA e CAMPOS, 2010) tive a oportunidade de realizar o diagnóstico situacional da área de abrangência da UBS onde atuo e foram identificados vários problemas de saúde, a saber:

- Elevado índice de hipertensos
- Alta incidência de verminose.
- Água não tratada e sem redes adequadas o que aumenta o número de doenças infecciosas transmitidas por esta via.
- Número elevado de pacientes fumadores
- Número elevado de alcoólatras
- Elevado índice de pacientes com Chagas.

Após a discussão com a equipe priorizamos os problemas mais relevantes e selecionamos trabalhar com o elevado índice de hipertensos na comunidade.

Estudos epidemiológicos brasileiros, realizados a partir da medida casual da pressão arterial, registraram a prevalências de hipertensão de 40% a 50% entre adultos com mais de 40 anos de idade. Mesmo sendo assintomática, a hipertensão arterial é responsável por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas. Estima-se que ela é responsável por pelo menos 40% dos acidentes vasculares encefálicos e em torno de 25% dos infartos ocorridos e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal no Brasil (BRASIL, 2006).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada um dos problemas prioritários detectados em nossa área de abrangência, agravada por sua prevalência e detecção quase sempre tardia, e o diagnóstico e tratamento frequentemente negligenciado por parte do paciente, somando-se a isso, uma baixa adesão ao tratamento prescrito.

A HAS tem uma prevalência em nossa área de abrangência entre 22% a 38% na população com 18 anos ou mais. A HAS é o problema de saúde mais frequente de consulta médica, sendo um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares (DCV) e cerebrovasculares, que são a maior causa de mortalidade.

A HAS tem sido a principal causa de infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC) e outros agravos importantes, inclusive a própria morte. Outro fato que demonstra a gravidade da HAS é o seu curso silencioso, o que implica no atraso do início do tratamento, podendo levar a desfechos desfavoráveis.

Os casos de HAS podem ser tratados na rede básica, pois são de fácil diagnóstico, não requerem tecnologia sofisticada, podendo ser tratados e controlados com medicamentos de baixo custo, com poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade em atenção primária.

Em nossa área de abrangência a população em geral tem maus hábitos de vida que constituem fatores de risco para a HAS como: alimentação inadequada, consumo excessivo de sal, gorduras e açúcar, pouco consumo de frutas e vegetais, sedentarismo, falta de atividades físicas, tabagismo, consumo excessivo de álcool e obesidade.

Nós, como profissionais de saúde da atenção primária devemos implementar medidas de prevenção contra a HAS estimulando as mudanças no estilo de vida, promovendo hábitos saudáveis de vida que devem ser adotados desde a infância e a adolescência como: alimentação saudável, consumo controlado de sódio, ingestão de potássio, consumo adequado de frutas e vegetais, combate ao sedentarismo com a prática de atividade física, evitar o tabagismo, consumo controlado de álcool, redução do peso, isto são fatores que devem ser adequadamente abordados e controlados.

A realização de práticas de educação em saúde nos serviços constitui importante instrumento para a promoção e a autonomia dos usuários dos serviços, bem como o cuidado à saúde, realizado de forma individual ou em grupo, por profissionais da saúde.

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

A equipe de saúde participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais necessários para fazer um Projeto de Intervenção, portanto a proposta é viável.

3 OBJETIVOS

Elaborar um projeto de Intervenção contemplando as causas de não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial da Estratégia de Saúde Família nº 2 do Município José Gonçalves de Minas.

Levantar as evidências já existentes na literatura sobre a eficácia de medidas educativas para aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica

4 METODOLOGIA

A realização deste trabalho teve três etapas distintas:

- Desenvolvimento do diagnóstico situacional pelo método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) onde foram identificados os problemas, os “nós críticos”, a priorização dos problemas e as estratégias de intervenção.
- Análise dos dados epidemiológicos da situação encontrada referente ao problema priorizado.
- Levantamento das evidências já existentes sobre o problema pesquisando na Biblioteca Virtual em Saúde e nos Manuais do Ministério da Saúde.

A pesquisa nos bancos de dados da Biblioteca Virtual foi feita por meio dos seguintes descritores:

Hipertensão.

Tratamento medicamentoso.

Atenção Primária à Saúde.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Hipertensão arterial

Segundo Lopes (2010), a Hipertensão arterial é uma doença crônica de alta prevalência no mundo que gera alto custo social e apresenta como desafios, primeiro a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e segundo, a colocação dos pacientes nas metas preconizadas pelas Diretrizes das Linhas de Cuidados de Atenção ao Adulto: Hipertensão e Diabetes.

De acordo com o Ministério de Saúde (BRASIL, 2001) se define a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) como uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90mmHg em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti- hipertensiva.

De acordo com o documento “Plano de Reorganização da atenção a Hipertensão Arterial é ao Diabetes Mellitus”, de 2002 elaborado pelo Ministério de Saúde (BRASIL, 2002) a hipertensão e o diabetes são os principais fatores de risco de doenças cardiovasculares, (principal causa de morte da população brasileira) e ambas contribuem no agravamento desse cenário a nível nacional.

Estudos realizados demonstram que 9 em cada 10 indivíduos a partir de 55 anos provavelmente desenvolverão hipertensão arterial durante sua vida tornando-se um dos maiores problemas de saúde pública (MINAS GERAIS, 2006, p. 145).

A hipertensão arterial é uma doença que pode ser detectada simplesmente com a medida da pressão arterial, y de acordo com Jardim *et al.* (2005) ela se tornou um grave problema de saúde no Brasil devido às dimensões que tomou.

5.2 Fatores de risco

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) *“tem alta prevalência e baixa taxa de controle, é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública”* (SOCIEDADE BRASILEIRA DE

CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA., 2010, p.1).

Entre os fatores que influem na aparição da hipertensão arterial são importantes os psicossociais, físicos e ambientais e outros como a faixa etária, a cor da pele e o habitat (KIELLER, 2004). Consideram-se também como fatores de risco o consumo inadequado do sal, gorduras saturadas a diminuição de fibras na alimentação, o sedentarismo, tabagismo e alcoolismo (BRASIL, 2001).

Camargo Junior (2001, p.15-16) apontou que *“o fator de risco na hipertensão arterial primária é uma característica individual, física ou comportamental, associada com uma maior possibilidade de desenvolvimento de determinadas doenças”*.

Segundo o mesmo autor existem fatores de risco modificáveis e não modificáveis. Os fatores de risco modificáveis são aqueles possíveis de intervenção: a obesidade, o sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, a nutrição, hipercolesterolemia, consumo de sal em excesso, uso de drogas, estresse e outros, consideram-se fatores de risco não modificáveis a idade, sexo, herança genética e a etnia.

No manual da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2007), sobre “Hipertensão e Diabetes”, também destaca os fatores de risco da hipertensão são modificáveis e não modificáveis, a saber:

Não- modificáveis:

- Hereditariedade: história familiar de Hipertensão Arterial;
- Idade: o envelhecimento aumenta o risco de desenvolvimento da hipertensão arterial em ambos os sexos. Estimativas globais sugerem taxas de hipertensão arterial mais elevada para homens a partir dos 50 anos e para mulheres a partir dos 60 anos;
- Raça: nos Estados Unidos, estudos mostram que a raça negra é mais propensa a Hipertensão Arterial que a raça branca. No Brasil não há confirmação dessa evidência.

Modificáveis:

- Sedentarismo: aumenta a incidência de hipertensão arterial. Indivíduos sedentários apresentam risco aproximado 30% maior de desenvolver hipertensão arterial em relação aos indivíduos ativos, a atividade física regular reduz a pressão arterial;
- Tabagismo: o consumo de cigarro está associado ao aumento agudo da pressão arterial e a um maior risco de doenças cardiovasculares;
- Excesso de sal: o sal pode desencadear agravar e manter a hipertensão arterial;
- Bebida alcoólica: o uso abusivo de bebidas alcoólicas pode levar à hipertensão;
- Peso: a obesidade está relacionada ao aumento dos níveis pressóricos. Ganho de peso e aumento da circunferência são índices prognósticos para hipertensão arterial, sendo a obesidade um importante indicador de risco cardiovascular aumentado;
- Estresse: excesso de trabalho, angústia, preocupações e ansiedade podem ser responsáveis pela elevação aguda da pressão arterial.

5.3 Tratamento da Hipertensão Arterial.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia/ Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia (2006), o tratamento da hipertensão arterial pode ser medicamentoso e não medicamentoso este último relaciona-se, fundamentalmente com mudanças no estilo de vida do paciente.

[...] o tratamento não medicamentoso constitui medida fundamental na abordagem da HAS, uma vez que a sua instituição é eficaz na prevenção e no tratamento da HAS, além de potencializar o tratamento medicamentoso (MINAS GERAIS, 2013, p. 48).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia, (2010), as ações de prevenção da HAS têm impacto na melhoria da qualidade de vida e no controle dos custos gerados pelo tratamento da hipertensão e de suas complicações.

De acordo com Duncan *et al.* (1993), a hipertensão arterial é uma doença altamente prevalente em nosso meio, atingindo cerca de 15 a 20% da população adulta com mais de 18 anos, chegando a índices de 50% nas pessoas idosas.

O III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial recomenda que o tratamento do paciente hipertenso deva ser instituído quando os níveis de pressão arterial são iguais ou superiores a 140/90 mmHg. Recomenda-se para hipertensos leves, caracterizados por diastólica entre 90-99 e sistólica entre 140-159 mmHg, tratamento não farmacológico isolado durante 12 meses para pacientes do grupo de risco de acordo com seguinte classificação:

Risco A → que não apresentam fatores de risco e nem lesões de órgãos alvo e durante 6 meses.

Risco B → que apresentam fatores de risco, exceto diabetes *mellitus*, mas não apresentam lesões de órgãos-alvo. Caso não haja controle ao final deste período deve ser associado tratamento farmacológico.

Risco C →, que apresentam lesões de órgãos alvo ou doença cardiovascular clinicamente identificável e/ou diabete *mellitus*, é recomendado tratamento farmacológico imediato, além do não farmacológico (III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1998).

Ainda de acordo com o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, as medidas não farmacológicas que apresentam eficácia comprovada em reduzir a pressão arterial são redução do peso corporal, da ingestão de sal e do consumo de bebidas alcoólicas e prática regular de exercícios físicos. Do ponto de vista farmacológico, é recomendado, no início do tratamento para hipertensos leves, uma droga pertencente a uma das 6 classes de anti-hipertensivos, a saber: diuréticos, betabloqueadores, simpatolíticos de ação central, antagonistas dos canais de cálcio, inibidores da enzima conversora da angiotensina e antagonistas do receptor da angiotensina II.

Quando não há controle da pressão arterial com monoterapia ou surgem efeitos adversos, pode-se aumentar a dose da droga em uso, adicionar uma segunda droga ou substituir a monoterapia.

Apesar do progresso alcançado pela indústria farmacêutica na formulação de medicamentos eficazes e com baixos índices de efeitos indesejáveis, o controle da doença nem sempre é adequado. A falha no seguimento do tratamento proposto, caracterizando falta de adesão e conseqüente controle inadequado da pressão arterial é frequente e está associado a vários fatores.

Em relação ao tratamento medicamentoso, efeitos indesejáveis das drogas e custo têm sido apontados como elementos importantes. O tratamento não farmacológico, por outro lado, tem falhado frequentemente no seguimento de longo prazo pela falta de constância e persistência dos pacientes.

Considerando estes aspectos, a escolha do tratamento anti-hipertensivo, incluindo as medidas farmacológicas e não farmacológicas, deve merecer atenção especial por parte dos membros da equipe de saúde.

5.4 Fatores que influenciam a adesão ao tratamento.

Segundo Haynes *et al.* (2004) a adesão ao tratamento é definida e caracterizada quando o conselho médico ou de saúde coincide com o comportamento do indivíduo, em relação ao hábito de usar medicamentos, isso é, seguir as mudanças no estilo de vida preconizadas e comparecer às consultas médicas

Para Cramer (1991) existem vários fatores que podem influenciar na adesão ao tratamento e podem estar relacionados ao paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico); à doença (cronicidade, ausência de sintomas e conseqüências tardias); às crenças de saúde, hábitos de vida e culturais (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e autoestima); ao tratamento dentro do qual se engloba a qualidade de vida (custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos), à instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera versus tempo de atendimento); e, finalmente, ao relacionamento com a equipe de saúde.

Segundo o mesmo autor, adesão é um fenômeno multidimensional determinado pela interação de cinco fatores denominados como “dimensões”, no qual os fatores relacionados ao paciente são apenas um determinante. A opinião comum de que os pacientes são unicamente responsáveis por seguir seu tratamento é enganadora e reflete o equívoco mais comum de como outros fatores afetam o comportamento e a capacidade da pessoa aderir a seu tratamento. No estudo realizado por Cramer (1991) para avaliar as razões de não adesão citados pelos pacientes encontrou que 30% dos indivíduos não tomavam a medicação por esquecimento, 16% referiram outras prioridades, 11% optaram por tomar a dose menor do que a prescrita, 9% alegaram falta de informações e 7% fatores emocionais. Esse mesmo estudo mostrou que 27% dos indivíduos avaliados não souberam dar uma razão para a baixa adesão ao tratamento.

De acordo com Mion Jr; Pierin (1996) em estudo realizado com hipertensos para identificar os fatores que contribuíam para que não tomassem os medicamentos mostrou que, em relação aos medicamentos, 89% dos indivíduos referiram baixa adesão devido ao alto custo, 67% por ter de tomar várias vezes ao dia e 54% devido aos efeitos indesejáveis; em relação à doença, 50% referiram desconhecimento da gravidade e 36% ausência de sintomas; quanto a conhecimentos e crenças, 83% só tomavam o medicamento quando a pressão estava alta, 80% referiram não cuidar da saúde, 75% esqueciam-se de tomar os medicamentos, 70% desconheciam a cronicidade e as complicações da doença; e quanto à relação médico-paciente, 51% citaram falta de convencimento para tratar a doença e 20% relacionamento inadequado.

Gáscon *et al.* (2004) em estudo qualitativo para identificar os fatores da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo relatados por hipertensos, verificou uma rede complexa de questões que englobaram desde aspectos relacionados ao medo e à imagem negativa referida pelos pacientes dos medicamentos anti-hipertensivos, até à falta de esclarecimento básico sobre a doença e a insatisfação devido às poucas explicações dadas pelo médico, assim como à pouca interação entre médico e paciente.

Segundo Pierin; Strelec.; Mion Jr (2004) a relação médico-paciente deve ser a base de sustentação para o sucesso do tratamento anti-hipertensivo. A participação de vários profissionais da área da saúde, com abordagem multidisciplinar ao hipertenso, pode facilitar a adesão ao tratamento e conseqüentemente aumentar o controle.

De acordo com as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006) em estudo realizado em que foram avaliados indivíduos adultos, 50,8% sabiam ser hipertensos, 40,5% estavam em tratamento e apenas 10% tinham a pressão arterial controlada (< 140 x 90 mmHg).

Conforme se observa, a adesão ao tratamento é um dos mais importantes desafios de quem trata o grande número de pacientes com hipertensão arterial, levando em consideração que na maioria das vezes são assintomáticos e descobrem ser hipertensos em uma consulta de rotina.

A definição de adesão varia de acordo com a fonte utilizada, mas, de modo geral, significa o grau de concordância entre a orientação recebida (em relação à frequência de consultas, aos cuidados, à terapia não medicamentosa e medicamentosa) e a conduta do paciente.

Segundo Gusmão (2009), existe várias estratégias para conseguir aumentar a adesão, mas todas têm como base a boa relação médico-paciente. Segundo o mesmo autor para conseguir isso, é necessário:

- Convencer o paciente e seus familiares da existência do problema, hipertensão arterial sistólica isolada;
- Esclarecer a necessidade de seu tratamento, mostrando seus benefícios;
- Detalhar o regime de tratamento, sendo o mais didático possível no tocante aos horários e às drogas (descrever os comprimidos, a cor e o tamanho e correlacioná-los com seus horários é uma alternativa);
- Escolher o medicamento não apenas com base na sua potência anti-hipertensiva, mas também em relação ao seu perfil de efeitos colaterais e de interações com os outros medicamentos que o paciente faça uso;

- Explicar os efeitos colaterais do tratamento, bem como as estratégias para reconhecer as mais comuns e seu tratamento (hipotensão, tosse, broncoespasmo, distúrbios miccionais e sexuais) – reconhecer preconceitos ou medos do paciente e de seus familiares sobre esses efeitos é essencial para garantir a adesão;
- Estimular o paciente, ou seu cuidador, a fazer a medida domiciliar da pressão arterial com a possibilidade de intervir sobre o tratamento;
- Planejar, com o paciente e seus familiares, o tratamento, definindo metas e resultados (grau de atividade física, peso, níveis tensionais, entre outros);
- Não esquecer que apesar de o tratamento ter de ser introduzido na rotina do paciente, este não pode ser muito complexo, para garantir a compreensão;
- A monitoração do tratamento quer seja com consultas mais frequentes no início do tratamento quer seja com contato telefônico, também é boa estratégia.

5.5 Educação e promoção em saúde.

A educação em saúde é um elemento importante para a prevenção primária, que consta do desenvolvimento de uma saúde geral melhor, pela proteção específica do homem contra agentes patológicos ou pelo estabelecimento de barreiras contra agentes do meio ambiente.

As ações de educação em saúde visam fazer com que a população desperte para o real valor da saúde, estimulando-os a serem corresponsáveis pelo processo saúde-doença. Nessa perspectiva, a intervenção em saúde no formato de feira de saúde na comunidade faz necessária como uma contribuição da promoção da saúde, como campo de conhecimento e de prática, para qualidade de vida.

Em conformidade com as responsabilidades e ações estratégicas prioritárias da atenção básica, a educação em saúde figura entre as atribuições de todos os profissionais que integram a equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2001; BRASIL, 1996).

Segundo o Ministério de Saúde (1996), o PSF surge em meio à crescente desilusão aos limites da medicina, às pressões para contenção de gastos econômicos, desejando-se que sirva de exemplo de um novo tipo de assistência distinto do modelo predominante.

De acordo com Vasconcelos (1999) para a reorganização da atenção básica, pela estratégia do PSF, reconhece-se à necessidade de reorientação das práticas de saúde, bem como de renovação dos vínculos de compromisso e de corresponsabilidade entre os serviços e a população considerando a atenção básica como um contexto privilegiado para desenvolvimento de práticas educativas em saúde.

Prevenir e tratar a hipertensão arterial envolve ensinamentos para o conhecimento da doença, de suas inter-relações, de suas complicações e implica, na maioria das vezes, a necessidade da introdução de mudanças de hábitos de vida.

Segundo VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010) a aquisição do conhecimento é fundamental, mas é apenas o primeiro passo. A implementação efetiva das mudanças é lenta e, por dependerem de medidas educativas, necessitam de continuidade.

De acordo com essas Diretrizes devem ser promovidas por meio de ações individualizadas, elaboradas para atender às necessidades específicas de cada paciente, e de ações coletivas de modo a ampliar o campo de ação e apresentar a melhor relação custo-benefício, podendo, assim, ser mantidas em longo prazo.

Por tanto achamos que é responsabilidade da equipe de saúde promover práticas saudáveis para o melhor controle da HAS mais para isso temos que ser profissionais cientificamente bem preparados e conscientes de que promovendo saúde vamos, em muitas ocasiões, a melhorar o quadro clínico dos nossos pacientes sem a necessidade do uso indiscriminado de medicamentos. Sejamos então os “médicos da alma”

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

6.1 Plano de Ação

De acordo com as recomendações do Planejamento Situacional é necessário seguir os passos para ao final termos o projeto de intervenção elaborado com as ações estratégicas a serem implantadas para solucionar o problema identificado. A seguir apresentamos os passos, a saber:

Primeiro Passo: Identificação dos problemas

Na área de abrangência correspondente a nossa Estratégia de Saúde Familiar, percebe-se que existem pontos onde devem ser melhorados, tanto estruturalmente, como em relação à abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na população. Entre os problemas identificados e considerados “nós críticos” por nossa equipe no diagnóstico situacional a equipe destacou:

- Elevado índice de hipertensos: a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) agravada por a falta de adesão ao tratamento prescrito, os hábitos e estilos de vida; o nível de informação por parte da população; a estrutura dos serviços de saúde; e o processo de trabalho da equipe de saúde.
- Alta incidência de verminose: a água não tratada e sem redes adequadas o que aumenta o número de doenças infecciosas transmitidas por esta via.
- Elevado número elevado de pacientes fumadores
- Número elevado de alcoólatras
- Alto índice de pacientes com Doença de Chagas

Segundo Passo: Priorização dos Problemas

Após a identificação dos problemas, torna-se necessária a seleção ou priorização dos que serão enfrentados, uma vez que, dificilmente todos poderão ser resolvidos

ao mesmo tempo, principalmente pela falta de recursos (financeiros, humanos, materiais, etc.).

Quadro 4 - Priorização dos problemas.

José Gonçalves de Minas. PSF # 2. Priorização de Problemas				
Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta incidência de Hipertensão Arterial	Alta	8	Parcial	1
Número elevado de pacientes fumadores	Alta	6	Parcial	2
Número elevado de alcoólatras	Alta	6	Parcial	3
Alta incidência de verminose	Alta	5	Parcial	4
Água não tratada e sem redes adequadas	Alta	4	Fora	5

Terceiro Passo: Descrição do problema

O tema que escolhemos para ser abordado é o elevado índice de hipertensos pela falta de adesão ao tratamento prescrito. As questões que levantamos mais relevantes para justificar esse desajuste é o fato de dentre 241 hipertensos cadastrados e acompanhados, 163 são idosos, desses 118 não são alfabetizados, 32 moram sozinhos dificultando assim a adesão ao tratamento, pois estes apresentando dificuldades para memorizar os horários ou até mesmo lembrarem-se dos remédios que devem tomar. No quadro 5 apresentamos a situação que se encontram os hipertensos residentes no território da unidade

Quadro 5 -- Numero de hipertensos segundo as características que apresentam.

ESF Nº 2	Hipertensos cadastrados	Hipertensos Idosos	Residem sozinhos	Paciente e/ou cuidador analfabeto	Não adesão ao tratamento	Não controlados
	241	163	32	118	97	75

Quarto passo: explicação do problema

Este passo tem como objetivo compreender a gênese do problema que estamos enfrentando a partir da identificação das causas.

Causas da não adesão

- Relacionadas ao paciente: consulta médica fundamentalmente no horário matutino; dificuldades de leitura por parte do paciente e/ou do cuidador (baixa escolaridade/analfabetismo); alcoolismo; culturais (remédios caseiros); pacientes assintomáticos; falta de condições materiais para o seguimento das orientações/prescrições (recursos para compra de medicamentos não disponibilizados do centro de saúde); orientação fora do contexto do paciente (dietas com alimentos fora do padrão alimentar da comunidade); ausência de cuidador.
- Causas relacionadas à equipe de saúde: sistema de saúde com predomínio de enfoque curativo; horários rígidos de atendimento médico; programação deficiente da agenda da equipe de saúde; desenvolvimento praticamente nulo de ações educativas e preventivas.

Consequências da não adesão

Dificuldade de controle dos níveis pressóricos → risco cardiovascular aumentado → aumento das complicações da hipertensão (AVC, IAM) → aumento de internações, invalidez e óbitos e aumento da demanda e gastos para o sistema de saúde e previdenciário.

Quinto passo: Identificação dos nós críticos

A identificação das causas é fundamental porque, para enfrentar um problema, devem-se atacar suas causas. É necessário fazer uma análise capaz de identificar, entre as várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema, as que precisam ser enfrentadas.

O que é um “nó crítico”? É a causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. O “nó crítico” traz também a ideia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, que está dentro do meu espaço de governabilidade.

O principal problema encontrado em nossa área foi a incidência de hipertensão arterial em pacientes que não conhecem que tem essa doença neste caso consideramos que a causa principal deste problema deve ser em primeiro lugar a falta de cultura e informação sobre a doença em questão, a existência de inadequados hábitos e estilos de vida, também a falta de pessoas bem capacitadas para fazer um adequado diagnóstico da doença tendo em conta os antecedentes pessoais e familiares do paciente de hipertensão arterial.

Em nosso caso os “nós críticos” identificados foram: baixo nível de informação, pouco conhecimento dos fatores de risco associados à HAS; hábitos e estilos de vida inadequados; estrutura dos serviços de saúde; processo de trabalho da equipe de saúde inadequado para enfrentar o problema; dificuldade de entendimento das orientações por parte dos pacientes e/ou cuidadores devido à baixa escolaridade/analfabetismo do paciente e/ou cuidador; falta de cuidadores e falta de medicamentos.

Sexto passo: desenho das operações

Com o problema bem explicado e identificado as causas consideradas as mais importantes, é necessário pensar as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito.

Em síntese, são objetivos desse passo:

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

Quadro 6 - Desenho de operações para os nós críticos do problema causas da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial.

NÓ CRÍTICO	OPERAÇÃO	RESULTADOS ESPERADOS	PRODUTO ESPERADO	RECURSOS NECESSÁRIOS
Baixo nível de informação sobre hipertensão e seus fatores de risco	Aumentar o nível de informação dos hipertensos sobre a doença e seus fatores de risco	População informada sobre o problema em questão	Pancartas e folhetos informativos sobre hipertensão e seus fatores de risco, informações sobre a importância de realizar tratamento e exames periódicos	Cognitivo: conhecimento sobre o tema Organizacional: organização da agenda Financeiro: para elaborar os panfletos
Habitos e estilos de vida inadequados	Conseguir mudanças nos hábitos e estilos de vida da população	Disminuir fatores de risco nocivos como obesidade	Criar grupos de caminhada em cada comunidade com a participação da enfermeira e o educador físico.	Cognitivo: conhecimento sobre o tema Organizacional: realizar caminhadas e exercícios
Estrutura inadequada dos serviços de saúde	Organizar melhor a estrutura dos serviços de saúde para atender este tipo de pacientes, realizar o agendamento certo para o atendimento deste grupo de pacientes. Realizar busca ativa de casos novos	Incrementar a qualidade do atendimento destes paciente mediante o agendamento das consultas pelo menos duas vezes no ano em consulta e uma vez na visita domiciliar Lograr que os exames sejam realizados com a periodicidade requerida ou seja acompanhamento adequado dos hipertensos	Maior número de pacientes com acompanhamento adequado e exames realizados e avaliados Fazer acompanhamento também mediante visitas domiciliares pelos ACS e a equipe de saúde	Organizacional: adequar as consultas à agenda da equipe de saúde

Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

O processo de transformação da realidade sempre consome, com mais ou com menos intensidade, algum tipo de recurso. Portanto, a dimensão dessa transformação vai depender da disponibilidade de determinados recursos, a favor ou contra as mudanças desejadas.

Quadro 7 - Recursos críticos necessários para o plano de ação.

OPERAÇÃO	RECURSOS CRITICOS
Aumentar os conhecimentos da população sobre Hipertensão e seus fatores de risco.	Financeiros: para poder adquirir folhetos e áudio para anunciar as reuniões e amenizar os encontros.
Melhorar estrutura dos serviços para conseguir maior qualidade no atendimento dos pacientes hipertensos mediante agendamento; busca ativa de novos casos.	Facilitar o acompanhamento dos pacientes mediante agendamento prévio.
Lograr mudanças nos hábitos e estilos de vida dos pacientes hipertensos.	Organizar caminhadas e palestras sobre hábitos saudáveis.

Oitavo passo: análise de viabilidade do plano

A ideia central que preside esse passo - análise de viabilidade - é de que o ator que está planejando não controla todos os recursos necessários para a execução do seu plano. Portanto, ele precisa identificar os atores que controlam recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para, então, definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano ou, dito de outra maneira, motivar o ator que controla os recursos críticos.

Em síntese, são os seguintes os objetivos desse passo:

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

Quadro 8 - Análise da viabilidade do plano de ação

OPERAÇÃO	RECURSOS CRITICOS	ATOR QUE CONTROLA	MOTIVAÇÃO	AÇÕES ESTRATÉGICAS
Aumentar o nível de conhecimentos da população sobre hipertensão arterial e seus fatores de risco	Financeiro: aquisição de folhetos ao respeito	Equipe de saúde	Positiva	Apresentar a secretaria de saúde municipal junto à coordenação de atenção primaria para adquirir copias dos folhetos
Melhorar estrutura dos serviços para conseguir maior qualidade no atendimento dos pacientes hipertensos mediante agendamento; busca ativa de novos casos	Organizacional	Equipe de saúde	Positiva	Não necessário
Lograr mudanças nos hábitos e estilos de vida dos pacientes hipertensos	Organizacional	Equipe de saúde	Positiva	Não necessário

Nono passo: elaboração do plano operativo

O objetivo desse passo é:

- Designar os responsáveis por cada operação (gerente de operação);
- Definir os prazos para a execução das operações.

Quadro 9- Plano operativo

OPERAÇÕES	RESULTADOS	PRODUTOS	AÇÕES ESTRATEGICAS	RESPONSÁVEL	PRAZO
Aumentar o nível de conhecimentos da população sobre hipertensão arterial e seus fatores de risco	População hipertensa e geral com maior conhecimento sobre hipertensão e fatores de risco	Folhetos educativos sinalando o conceito de hipertensão e seus riscos a saúde. Informar sobre a importância de realizar exames em cada semestre do ano e o tratamento permanente	Apresentar a secretaria de saúde municipal junto à coordenação de atenção primaria para adquirir copias dos folhetos	Sefora e Cleide Mislaidi	Agosto a outubro 2014
Melhorar estrutura dos serviços para conseguir maior qualidade no atendimento dos pacientes hipertensos mediante agendamento; busca ativa de novos casos	Maior qualidade do atendimento destes usuários programando as consultas, evitando filas, maior facilidade para a realização de exames para o seguimento dos hipertensos; agenda organizada; atendimento por horário acompanhado adequado dos usuários e satisfação destes pelo serviço	Maior número de usuários com exames e avaliados, programação mensal das atividades, acompanhamento mediante visitas dos ACS e a equipe em geral		Enfermeira Mislaidi ACS	Organizar agenda de Agosto a outubro 2014
Lograr mudanças nos hábitos e estilos de vida dos pacientes hipertensos	Redução de máos hábitos como sedentarismo e obesidade	Caminhadas programada com coordenação do enfermeiro e a participação ativa pelo menos uma vez do médico da equipe		Enfermeira Mislaidi	Inicio das actividades em um mês

Décimo passo: gestão do plano

Quadro 10 - Acompanhamento do plano de ação.

Operação	Produto	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Aumentar o nível de informação da população sobre hipertensão e fatores de risco	Panfletos educativos Grupos operativos	Sefora e Cleide Mislaide	Agosto setembro 2014	Aumentou o nível de informação da população sobre HAS		
Elaborar agenda programada	Programação mensal	Mislaide	Agosto 2014	Realizado em tempo		
Apresentação do projeto à secretaria de saúde		Mislaide				
Busca ativa de novos casos de hipertensos	Busca ativa implantada	Enfermeira	Agosto a outubro 2014	Foi realizada pesquisa ativa de casos novos com 15 casos incorporados		
Implantar grupo de caminhada orientada	Grupo de caminhada implantado	Mislaide e enfermeira	Agosto a outubro 2014	Forem criados os grupos de caminhadas nas principais comunidades		

Muitas das atividades contidas no Plano de Ação já foram implantadas, mas ainda não foi possível fazer uma avaliação das mudanças ocorridas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial é uma doença crônica com uma alta prevalência no mundo inteiro e seu conhecimento é muito importante para poder realizar uma abordagem integral em cada caso.

Dentre os principais fatores que influem no deficiente controle da hipertensão arterial podemos citar fundamentalmente os psicossociais, os maus hábitos e estilos de vida e a falta de informação.

Muitos pacientes hipertensos deixam de aderir ao tratamento pela falta de informação adequada sobre esta doença, em muitos casos abandonam o tratamento pela metade, pois não tem conhecimentos sobre a gravidade que representa esta doença.

Existe um elevado número de pacientes idosos que moram sozinhos e tem dificuldade para tomar os medicamentos na hora certa às vezes pela falta de entendimento das prescrições medicas.

Podemos considerar pelos resultados obtidos com este trabalho que em muitas ocasiões os pacientes hipertensos que tem dificuldade com a aderência ao tratamento são devido ao baixo nível de escolaridade, pacientes idosos que moram sozinhos, grande por cento deles com pouco poder aquisitivo para comprar os medicamentos.

Por outra parte por ser a nossa área de abrangência uma zona rural existe hábitos e estilos de vida inadequados (dieta inadequada, tabagismo, alcoolismo, abandono familiar, entre outros).

A não adesão ao tratamento da hipertensão é hoje um problema sério de saúde e por tanto um grande desafio para os profissionais da atenção primaria, corresponde a nós modificar o quadro de saúde atual da nossa população para garantir uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde/Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão e ao Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001, 26p.

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Caderno de Atenção Básica, nº 15).

CAMARGO JUNIOR, A. **Análise do Comportamento da pressão arterial sob duas intensidades de exercício aeróbico em hipertensos**. Florianópolis, 2001.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ed Nescon/UFMG. Coopmed, 2010, 114p.

CRAMER, J. Identifying and improving compliance patterns. In: Cramer, J.A.; SPILKER, B. **Patient compliance in medical practice and clinical trials**. New York: Raven Press 1991, p. 387-392.

COELHO, E.B. *et al.* Relação entre a assiduidade as consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos. **Arq. Bras. Cardiol. São Paulo**. v.85, n.3, p. 157-161, 2005.

III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Rev Clín Terap**. v. 24. p. 231-72, 1998.

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, I. M.; ACHUTTI, A. P.; POLANCZYK, C.A.; BENIA, L.R.; MAIA, A. A. Socioeconomic distribution of non communicable disease risk factor in urban Brazil: the case of Porto Alegre. **Bull PAHO** 1993; 27:337-49.

GUSMÃO, J. L.; GINANI, G.F.; SILVA, G. V.; ORTEGA, K. C.; MION JR, D. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Rev Bras Hipertens**. v.16, n.1, p. 38-43, 2009.

GASCÓN, J. J.; SÁNCHEZ-ORTUÑO, M.; LLOR, B.; SKIDMOR; D.; SATURNO, P.J. For the treatment compliance in hypertension study group. Why hypertensive patients do not comply with the treatment. *Family Practice*. V. 21, p. 125-30, 2004.

HAYNES, R. B.; MCDONALD, H.; GARG, A. X.; MONTAGUE, P. **Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications** (Cochrane Review). In: _ The Cochrane Library. Oxford: Update Software; 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.
2010.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?comum=313652

JARDIM, R. A. *et al.* A importância de uma assistência diferenciada ao cliente hipertenso visando a adesão ao tratamento proposto. **ANAIS. 8 Encontro de Extensão da UFMG**. Belo Horizonte, 2005.

KIELLER, M. Assistência de Enfermagem a pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica. *Revista de Enfermagem UNISA* 2004.

LOPES, K.M. Baixa adesão ao Tratamento Anti- Hipertensivo: uma revisão teórica, 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Saúde. **Atenção à saúde do adulto**: hipertensão e diabetes e doença renal crônica. 3. Ed. Belo Horizonte: SAS/MG, 2013.

MINAS GERAIS. Secretaria de Saúde. **Atenção à saúde do adulto**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

MION Jr, D.; PIERIN, A. M. G. Causas de baixa adesão ao tratamento e o perfil de pacientes hipertensos. In: _ Congresso da Sociedade Brasileira de Hipertensão 5, São Paulo, 1996. **Anais**, p.120.

NEVES. M. F., et al Como Diagnosticar e Tratar Hipertensão Sistêmica. **Revista Brasileira de Medicina**. Rio de Janeiro. p. 41-50, out. 2009.

PIERIN, A. M. G.; STRELEC, M. A. A. M.; MION JR, D. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In: _ PIERIN, A. M.G. Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar. São Paulo: Ed. Manole; 2004. p. 275-89.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOSÉ GONÇALVES DE MINAS.
Relatório de Gestão de 2013.

SCHOETER, G.; TROMBETA, T; FAGGIANI, F, T; GOULART, P, V; CREUTZBERG, M; VIEGAS, K. *et al.* Terapia Antihipertensiva utilizada pela população idosa de Porto Seguro, RS, Brasil. **Scientia Medica**. v, 17, n. 1, p 14-19, 2007.

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, 1998.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Rev Bras Hipert**. v. 13, n. 4, p. 256-312, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**. v. 95, (1 supl. 1) p. 1-51, 2010.

VASCONCELOS, E.M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo (SP): Hucitec; 1999.