

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**YAILA CARIDAD MOREJON MORENO**

**BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO DE HIPERTENÇÃO ARTERIAL NA  
ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UBS DR. CARLOS CHAGAS - LASSANCE -  
MG**

**MONTES CLAROS - MINAS GERAIS**

**2015**

YAILA CARIDAD MOREJON MORENO

**BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO DE HIPERTENÇÃO ARTERIAL NA  
AREA DE ABRANGENCIA DA UBS DR. CARLOS CHAGAS - LASSANCE -  
MG**

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

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Me. Roselane da Conceição Lomeo

MONTES CLAROS - MINAS GERAIS

2015

YAILA CARIDAD MOREJON MORENO

**BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO DE HIPERTENÇÃO ARTERIAL NA  
AREA DE ABRANGENCIA DA UBS DR. CARLOS CHAGAS - LASSANCE -  
MG**

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

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Me. Roselane da Conceição Lomeo

Prof.<sup>a</sup> Me. Roselane da Conceição Lomeo.- Orientadora

– UFMG - Examinadora

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, pois sem ele nada é possível;

À minha mãe Maira Mercedes Moreno Sosa, por me haver encorajado inúmeras vezes, através do orgulho e da confiança de me ver vitoriosa;

À Profª Me. Roselane da Conceição Lomeo, orientadora deste trabalho, a quem serei sempre grata por todos os ensinamentos, pela paciência, confiança, incentivo e orientações que tornaram este estudo possível;

À todos que contribuíram direta ou indiretamente para este trabalho, minha gratidão.

## RESUMO

A hipertensão arterial é uma das doenças crônicas não transmissíveis que, a nível mundial, é considerada um grande problema de saúde pública e importante fator de risco cardiovascular. A aderência ao tratamento é um fator primordial para a efetividade no controle da doença, mas um dos maiores problemas vivenciados tem sido a falta ou baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo. O presente estudo teve como objetivo elaborar um projeto para intervir na baixa adesão ao tratamento da hipertensão arterial na UBS Dr. Carlos Chagas do município Lassance, MG. Durante a realização do presente trabalho, evidenciou-se que existe um processo multifatorial na baixa aderência ao tratamento e, que a educação em saúde é necessária enquanto forma de intervenção visando aumentar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Demonstrou-se que não há um monitoramento eficaz acerca da adesão ao tratamento e, que a ação educativa se configura como forma de impulsionar o paciente para a ação de controle de sua doença e, sobretudo de assumir o papel de protagonista neste processo de sua vida. Através do presente estudo possibilitou-se identificar que a educação em saúde é importante para o planejamento de ações que visam aumentar a adesão ao tratamento entre pacientes hipertensos na rede de atenção primária de saúde.

Palavras chaves: Hipertensão arterial, Educação em saúde, Atenção primária de saúde, Tratamento.

## **ABSTRACT**

Hypertension is one of the chronic non-communicable diseases which, worldwide, is considered a major public health problem and major cardiovascular risk factor. Adherence to treatment is a major factor in the effectiveness in controlling the disease, but one of the biggest problems experienced has been the lack or poor adherence to antihypertensive treatment. This study aimed to develop a project to intervene in low adherence to treatment of hypertension in UBS Dr. Carlos Chagas, in Lassance, MG. During the present study, it was shown that there is a multifactorial process in the low adherence to treatment, that health education is required as a form of intervention to increase adherence to treatment of hypertension. It has been shown that there is no effective monitoring on adherence to treatment, and that the educational activity is configured as a way to boost patient to the control action of her or his illness and above all to take the starring role in this process of his life. Through this study it was possible to identify that health education is important for the planning of actions aimed at increasing adherence to treatment among hypertensive patients in primary care network of health.

Key words: Arterial hypertension, Health education, Primary health care, treatment.

## **LISTA DE SIGLAS**

**HAS:** Hipertensão arterial

**UBS:** Unidade básica de saúde

**EFGB:** estrada de ferro Central do Brasil

**IDH:** índice de Desenvolvimento Humano

**IBGE:** Instituto brasileiro de geografia e estatística

**EJA:** educação de jovens e adultos

**PAB-FIXO:** Piso da Atenção Básica fixo

**PSE:** Programa saúde na escola

**PSF:** Programa em saúde da família

**NASF:** Núcleo de Apoio à Saúde da Família

**SUS:** Sistema Único de Saúde

**ACS:** Agentes comunitários de saúde

**PES:** Planejamento Estratégico Situacional

**SIAB:** Sistema de Informação da Atenção Básica

**NESCON:** Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

## LISTA DE QUADROS

|                 |  |    |
|-----------------|--|----|
| <b>Quadro 1</b> | Total de população por faixa etária segundo localização urbana e rural   | 12 |
| <b>Quadro 2</b> | População residente segundo sexo e situação do domicílio   | 12 |
| <b>Quadro 3</b> | Indicadores em educação  | 14 |
| <b>Quadro 4</b> | Diagnóstico Situacional da UBS Dr. Carlos Chagas e Classificação de prioridades para os problemas identificados no município de Lassance | 29 |
| <b>Quadro 5</b> | Desenho das operações  | 32 |
| <b>Quadro 6</b> | Recursos críticos  | 33 |
| <b>Quadro 7</b> | Análise de viabilidade do plano  | 34 |
| <b>Quadro 8</b> | Plano operativo  | 35 |



## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. INTRODUÇÃO.....</b>  | <b>09</b> |
| <b>1.1 Caracterização do Município.....</b>                        | <b>10</b> |
| <b>1.2 Aspectos geográficos, socioeconômicos, Demográficos....</b> | <b>11</b> |
| <b>2. JUSTIFICATIVA.....</b>                                       | <b>18</b> |
| <b>3. OBJETIVO.....</b>  | <b>20</b> |
| <b>4. METODOLOGIA.....</b>   | <b>21</b> |
| <b>5. REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>                                 | <b>22</b> |
| <b>5.1 Adesão ao tratamento da Hipertensão.....</b>                | <b>22</b> |
| <b>5.2 Educação em saúde no contexto da HAS.....</b>               | <b>26</b> |
| <b>6. PLANO DE AÇÃO.....</b>                                       | <b>29</b> |
| <b>6.1 Definição do problema.....</b>                              | <b>29</b> |
| <b>6.2 Priorização do problema.....</b>                            | <b>29</b> |
| <b>6.3 Descrição do problema.....</b>                              | <b>30</b> |
| <b>6.4 Explicação do problema.....</b>                             | <b>31</b> |
| <b>6.5 Seleção dos “nós críticos” .....</b>                        | <b>32</b> |
| <b>6.6 Desenho das operações.....</b>                              | <b>33</b> |
| <b>6.7 Identificação dos recursos críticos.....</b>                | <b>34</b> |
| <b>6.8 Análise de viabilidade do plano.....</b>                    | <b>34</b> |
| <b>6.9 Elaboração do plano operativo.....</b>                      | <b>35</b> |
| <b>6.10 Gestão do Plano.....</b>                                   | <b>36</b> |
| <b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>                                | <b>37</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>  | <b>38</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

A relevância da Hipertensão arterial sistêmica (HAS) como importante fator de risco cardiovascular é inquestionável. A HAS é uma doença altamente prevalente tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento e apresenta grande probabilidade de desfechos circulatórios que podem ser fatais. O controle da doença deve ser feito através da atenção básica, com o trabalho das equipes de saúde do Programa Saúde da Família. A aderência ao tratamento é um fator primordial para a efetividade no controle da doença, mas um dos maiores problemas vivenciados tem sido a falta ou baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo (SARQUIS *et al.* 1998).

Os autores supracitados caracterizam a adesão ao tratamento como a aceitação do usuário quanto ao uso correto dos medicamentos, dieta, e mudanças no estilo de vida, prescritos, além de comparecer às consultas médicas agendadas.

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 (NEVES *et al.*, 2009). Este fato advém da não adesão ao tratamento.

Sarquis, *et al.* (1998) atribuem a não aderência ou baixa aderência do tratamento como um processo multifatorial, devido ao fato do alto custo do tratamento, do deficiente relacionamento entre médico e paciente, a necessidade de administrar muitos comprimidos ao dia, e os efeitos adversos causados pelos medicamentos.

Em se tratando do combate a hipertensão arterial sistêmica, a inadequada adesão ao tratamento em nível de atenção primária é um dos maiores desafios para a saúde pública.

No trabalho cotidiano nas Unidades Básicas de Saúde de acompanhamento ao paciente hipertenso tem-se percebido que a demanda por consultas médicas é muito grande e, na maioria das vezes é constituída por

peessoas que não seguem as orientações médicas acerca do tratamento e apresentam recorrentes queixas.

Outra questão está relacionada ao grande número de hipertensos com baixa adesão ao tratamento medicamentoso prescrito, que acumulam medicamentos em casa, e é possível de ser percebido através das visitas domiciliares realizadas pela equipe de saúde da família.

Procurar aperfeiçoar a adesão do indivíduo ao tratamento é uma meta primordial no direcionamento das ações da equipe de saúde junto ao hipertenso. O desenvolvimento de estudos que buscam entender, de maneira aprofundada, os aspectos relacionados à adesão ao tratamento e o conhecimento de seus resultados tem sido fundamental, bem como a utilização da Educação em Saúde como uma ferramenta indispensável ao trabalho dos profissionais de saúde.

### **1.1 Caracterização do Município**

O município Lassance está localizado na Região Norte do Estado de Minas Gerais, a 269 km de Belo Horizonte e apresenta uma população de 6484 habitantes (IBGE 2010).

O município no ano 1847, era um lugar onde os tropeiros vindos de Montes Claros, Brasiléia, Pirapora e Coração de Jesus paravam para descansar. Foi nesta época que Liberato Nunes de Azevedo se estabeleceu na região, construindo um rancho. Com o tempo, mais famílias foram se instalando. O prolongamento da estrada de ferro Central do Brasil (EFCB) atingiu a localidade, impulsionando seu desenvolvimento. Formava-se o povoado chamado de São Gonçalo das Tabocas. Em 1907, surgem as primeiras fazendas dedicadas à agropecuária e à extração de látex em seringueiras. O nome de Lassance foi dada em fevereiro de 1908, em homenagem ao engenheiro chefe da construção da EFCB, Dr. Ernesto Antônio Lassance Cunha. Em 1923 Lassance foi elevado a distrito de Pirapora e em 1953 foi emancipada, sendo o seu primeiro prefeito o Sr. José Soares Dias. Em

1908, Carlos Chagas e sua equipe chegam a Lassance para pesquisas sobre malária e descobre o *Tripanossoma cruzi*, causador da Doença de Chagas. Em 2001 foi criada a Área de Proteção Ambiental da Serra do Cabral que contém várias cachoeiras, cavernas, pedreiras, córregos e trilhas verdes que preserva vários exemplares de vegetação do cerrado. A região do município ainda abrange o Rio São Francisco e Rio das Velhas.

## **1.2 Aspectos geográficos, socioeconômicos, demográficos.**

O município tem uma área total de 3204,21 Km<sup>2</sup>, com concentração habitacional de 2,02 habitantes por Km<sup>2</sup>.

O índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,681 média. As principais Atividades Econômicas básicas se destacam o cultivo de café, fumo, mandioca, milho e arroz. Há também áreas de reflorestamento com eucalipto para a produção de carvão vegetal e pecuária de leite e corte. A principal empregadora do município é a Prefeitura Municipal. Outros grandes empregadores são as empresas de agronegócios, entre elas as produtoras de eucalipto para a produção de carvão, plantações de tabaco, café e banana; confinamento de bovinos para abate; escolas estaduais; e diversos estabelecimentos comerciais. Boa parte da população obtém renda fazendo serviços de diaristas, biscates e enrolando cigarros de palha. A construção civil gera empregos temporários. As propriedades rurais oferecem empregos permanentes e durante as colheitas e alguns proprietários rurais fazem contratações temporárias. Embora haja carência de empregos, o padrão de vida, de uma forma geral é bom.

Segundo dados do IBGE (2010), 3882 habitantes compunham a zona urbana e 2602 a zona rural. A taxa de urbanização corresponde a 59,96 %.

A renda média familiar é de 361,30 reais e a proporção de moradores abaixo da linha da pobreza é de 42,36%. Os registros oficiais registram 100 % de água tratada na zona urbana, o que não acontece com a zona rural.

No Quadro 1, pode-se verificar a população do município segundo a faixa etária e localização urbana e rural.

Quadro 1: Total de população por faixa etária segundo localização urbana e rural.

| Faixa etária | <1        | 1-4        | 5-9        | 10-14      | 15-19      | 20-25      | 26-39      | 40-59       | 60 e >     | Total       |
|--------------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|------------|-------------|
| Área urbana  | 23        | 213        | 322        | 330        | 366        | 515        | 535        | 966         | 612        | 3882        |
| Área Rural   | 26        | 102        | 229        | 298        | 312        | 335        | 387        | 592         | 321        | 2602        |
| <b>Total</b> | <b>49</b> | <b>315</b> | <b>551</b> | <b>628</b> | <b>678</b> | <b>850</b> | <b>922</b> | <b>1558</b> | <b>933</b> | <b>6484</b> |

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2010

O Quadro 2 mostra a população residente segundo o sexo e a situação de domicílio.

Quadro 2: População residente segundo sexo e situação do domicílio.

| População residente por sexo e situação do domicílio. |          |                       |            |
|---|----------|-----------------------|------------|
| Brasil, Unidade da Federação e Município              | Sexo     | Situação do domicílio |            |
| Brasil  | Homens   | Urbana                | 77.715.676 |
|   |          | Rural                 | 15.691.314 |
|   | Mulheres | Urbana                | 83.218.972 |
|   |          | Rural                 | 14.129.837 |
| Minas Gerais  | Homens   | Urbana                | 8.108.844  |
|   |          | Rural                 | 1.533.033  |
|   | Mulheres | Urbana                | 8.606.133  |
|   |          | Rural                 | 1.349.320  |
|   | Homens   | Urbana                | 1.909      |
|   |          | Rural                 | 1.418      |
|   | Mulheres | Urbana                | 1.973      |
|   |          | Rural                 | 1.184      |

Fonte: IBGE - Censo Demográfico, 2010.

De um total de 2108 famílias, 1462 são beneficiadas com redes de abastecimento de água (69,35 %), 570 tem poço/nascente (27,04%) e 76 famílias contam com outros meios de abastecimento (3,61 %) (IBGE 2010).

Em Lassance só existem 34 famílias que tem rede de esgoto (1,61 %), sendo que 1929 (91,51 %) têm recolhimento de esgoto por fossa e 145 famílias (6,88 %) com céu aberto.

Um total de 1977 domicílios tem acesso á eletricidade o que representa um 93,79%.

### **- Educação**

No município existe um total de 11 escolas, quatro pertencentes á região urbana e sete á região rural, sendo duas estaduais, e oferecem serviços de educação infantil, ensino fundamental, médio e modalidade de educação de jovens e adultos (EJA). O percentual de pessoas alfabetizadas acima de 15 anos é de 89,14 %. No correspondente á taxa de escolarização o ensino fundamental (7 a 14 anos) é de 81,93% e o ensino médio (15 a 17 anos) é de 39,33%. De um total de 4890 pessoas maiores de 15 anos, 4359 estão alfabetizadas e 531 são analfabetos. A taxa de analfabetismo é de 13,74 %. O Índice de desenvolvimento da educação básica é de 0,511. No Quadro 3 está apresentado os indicadores da Educação no município. O Quadro 3 mostra o indicador educacional da população residente.

Quadro 3: Indicadores em educação.

| <b>Indicadores</b>                                   | <b>Valores</b>   |
|--|--|
| Taxa de pessoas alfabetizadas acima de 15 anos       | 89,14%   |
| Taxa de analfabetismo por sexo em maiores de 15 anos | Feminino 13,51%  |
|  | Masculino 13,96%   |
| Analfabetismo segundo zona                           | Rural 16,14%   |
|  | Urbana 12,4%   |
| Taxa de analfabetismo população de 10 a 15 anos      | 5,7%   |
| Taxa de analfabetismo população de 15 anos ou mais   | 21,0%  |
| População de sete a 14 anos de idade                 | 1020   |
| População de sete a 14 anos matriculada na escola    | 909 (89,1%)  |
| Escolaridade da população até 15 anos                | Ensino fundamental incompleto<br>30,72%                          |
|  | 1º ao 5º ano, 23,16%   |
|  | 6º ao 9º ano 32,69%  |
| Escolaridade da população acima de 15 anos           | Não determinado 830 pessoas                                      |
|  | 1º ciclo fundamental completo/2º ciclo incompleto – 1084 pessoas |
|  | Sem instrução/1º ciclo fundamental incompleto – 1438 pessoas     |
|  | Segundo ciclo fundamental completo ou mais – 1530 pessoas        |

Fonte: Secretaria Municipal de Educação de Lassance. 2013

### **- Conselho Municipal de Saúde**

O conselho municipal de saúde está composto por 16 membros, os quais se organizam de forma paritária. As reuniões ocorrem trimestralmente. O seguimento é feito por profissionais da saúde, comerciantes, sindicato rural, prefeitura, representante da escola estadual e representante de conselhos comunitários. Conforme regimento interno, a presidência do Conselho é exercida pelo Secretário Municipal de Saúde.

### **- Fundo Municipal de Saúde**

O Fundo Municipal de Saúde, Instrumento de gestão, instituído em 26/06/1992 pela Lei 2.052, atende aos estabelecimentos legais, e 15% do orçamento da prefeitura é destinado à saúde. Também, conta-se com os recursos vindos dos programas federais e estaduais como, saúde bucal, PAB-FIXO e variável, assistência farmacêutica, programa saúde na escola (PSE), saúde em casa, farmácia minas, travessia saúde, fortalecimento vigilância em saúde entre outros. Os recursos federais são organizados e transferidos para o município em quadro blocos de recurso, sendo eles: - Atenção básica, - Atenção de média e alta complexidade, - Vigilância em saúde, - Assistência farmacêutica.

### **- Atenção Primária à Saúde**

O primeiro PSF foi implantado no município no ano 2000, com cobertura de 100% da Zona Urbana. A segunda e a terceira equipes foram implantadas no ano 2008, cobrindo também a Zona Rural, totalizando 100% de cobertura. Hoje, no município de Lassance existe um total de três ESF, três Equipes de Saúde Bucal (ESB) e um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) tipo 2 composto por profissionais de nível superior de diferente áreas da saúde, como nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, farmacêutico e assistente social. Não contamos com centro de especialidade odontológica.

No município Lassance, 100% da população é usuária do Sistema Único de Saúde (SUS).



### **- Média e Alta Complexidade**

O município não conta com o serviço de média e alta complexidade, pelo que estabelecemos relação de parceria através de convênios e consórcios em que o município vizinho chamado Várzea da Palma, que fica há 36 km, oferece o serviço de média complexidade e representa a referência do município, sobretudo para urgências e emergências. Também pode-se encaminhar os pacientes a outros municípios mais distantes, como por exemplo, Pirapora, Curvelo, Montes Claros ou diretamente para Belo Horizonte que tem atendimentos de alta complexidade, mediante agendamento prévio de consultas.

### **- Recursos Humanos em Saúde**

Na área da saúde existe um total de 108 profissionais. A forma de vínculo é mediante estatutários (concursados), sem vínculo permanente (contrato) e prestadores de serviços. Todos os profissionais têm uma carga horária de oito horas diárias, para um total de 40 horas semanais, sendo o horário de trabalho das 07:00 a 11:00 horas e de 13:00 as 17:00 horas.

### **- Área de abrangência da ESF Dr. Carlos Chagas**

O território atendido pela ESF Dr. Carlos Chagas é dividido por seis microáreas com um ACS para cada uma e com cobertura de aproximadamente 350 pessoas cada microárea, para atendimento à população total de 2132 pessoas em 697 famílias.

A principal fonte de trabalho no território está na prefeitura, mas também são encontrados profissionais autônomos que exercem suas funções em pequenos comércios, salão de beleza, lava-jatos entre outros.

### **- Recursos existentes na comunidade**

O município conta com as seguintes instituições da saúde: três PSF, um pronto atendimento e 02 farmácias. No que se refere à educação, existem 11 escolas. Quanto a segurança pública, existe um Posto Policial. O município é contemplado por nove igrejas, sendo oito reformistas e uma católica. Por não dispor de agências bancárias, a comunidade local usa postos de serviços bancários na Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (Banco do Brasil), na casa lotérica (Caixa Econômica Federal) e na Farmácia Nossa Senhora do Carmo (Bradesco). A telefonia fixa disponibilizada é a Oi (Telemar) e a telefonia móvel é provida pela Vivo.

A área de abrangência da ESF localiza-se na zona urbana. Neste território, a UBS onde atua a ESF está localizada na área central da zona urbana, sendo o seu horário de funcionamento de 07:00 às 17:00 horas. Todos os profissionais da equipe trabalham 8 horas diárias, o que totaliza 40 horas semanais. No total somos 15 profissionais: um médico, um odontólogo, um técnico e um auxiliar de saúde bucal, duas técnicas de enfermagem, um enfermeiro, um recepcionista, um auxiliar de serviços gerais e seis ACS.

A UBS Dr. Carlos Chagas tem sede própria inaugurada em janeiro de 2008 e seu espaço físico conta com uma recepção central, área para espera de pacientes contendo cadeiras, bebedouro e televisão; dois consultórios clínicos, um consultório odontológico, um banheiro para uso da equipe (masculino e feminino), um consultório ginecológico, sala de esterilização de materiais e expurgo; uma sala de procedimentos de enfermagem (pesagem, aferição de pressão arterial, inalação, curativos), uma sala de vacinas, almoxarifado, depósito de materiais de limpeza, sala de arquivos e sala dos agentes comunitários de saúde.

## 2 JUSTIFICATIVA

A identificação de fatores responsáveis pela ausência ou baixa adesão ao tratamento pelos pacientes hipertensos pode ser um meio útil na detecção precoce dos pacientes pouco aderentes, permitindo que as equipes de saúde atuem mais efetivamente nesse grupo de doentes e a elaborar estratégias para contornar os fatores obtendo maior adesão.

Pesquisa realizada por Pierin (2000) revelou que, no período de 1995 a 2000, o número de publicações sobre o tratamento da HAS foi 19.001 trabalhos, dos quais apenas 606 (3,1%) eram sobre adesão ao tratamento, evidenciando a necessidade de pesquisas nessa área para melhor elucidar os mecanismos determinantes e as estratégias para melhorar o cumprimento das recomendações.

A ausência de adesão ao tratamento determina prejuízo no controle da hipertensão e exposição do indivíduo ao risco de complicações. As lesões crônicas em órgãos-alvo e os eventos agudos decorrentes da HAS não controlada podem apresentar-se de formas variadas. Dependendo do sistema ou órgão afetado, poderá ocorrer perda visual, insuficiência renal, infarto agudo do miocárdio, aneurismas de aorta, acidentes vasculares cerebrais, insuficiência arterial periférica, insuficiência cardíaca e até mesmo levar ao óbito (SBHA; SBC; SBN, 1998, 2002; AMODEO, 2000; KAPLAN, 1999).

Observa-se, portanto, a importância do tratamento e controle rigoroso da HAS como forma de prevenir outras patologias. A atuação preventiva assume um papel fundamental na abordagem do hipertenso pelos profissionais de saúde.

A atuação das equipes multidisciplinares de saúde pode ser baseada na educação como estratégia de promoção à saúde. Esta estratégia visa a possibilitar, além do acolhimento integral ao paciente, o reconhecimento de situações que potencialmente dificultam a adesão aos tratamentos orientados. De acordo com as IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2002), o trabalho da equipe multiprofissional pode despertar nos pacientes e na

comunidade motivação suficiente para vencer o desafio de adotar atitudes que tornem as ações anti-hipertensivas efetivas e contínuas.

Nesse contexto, justifica-se estudar as variáveis que determinam a adesão terapêutica de pacientes hipertensos na região, a fim de contribuir para a assistência aos hipertensos, permitindo aos profissionais de saúde a identificação dos prováveis motivos que interferem negativamente na adesão à terapêutica. Assim, poderá favorecer o desenvolvimento de estratégias que facilitem o processo e proporcionem controle eficaz da HAS, com consequentes benefícios para o paciente.

O reconhecimento prévio do paciente com maior tendência para não aderir ao tratamento recomendado, proporciona às equipes de saúde a possibilidade de priorizar ações educativas para esse grupo específico, no intuito de ajudá-los a seguir o tratamento da forma mais adequada considerando o seu contexto cultural e socioeconômico, sem prejuízos para sua saúde ou exposição a riscos indevidos.

A compreensão das dificuldades inerentes ao processo de adesão ao tratamento das doenças crônicas pode contribuir para o desenvolvimento de políticas de saúde e programas que melhor abordem a magnitude do problema, e possibilitem a redução da morbidade e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares.

No município ESF Dr. Carlos Chagas, de forma geral, existe um elevado número de pessoas com doença crônica não transmissível sendo a hipertensão arterial a de maior porcentagem, seguida da diabetes mellitus.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo geral**

- Elaborar um projeto de intervenção na adesão ao tratamento da hipertensão arterial.

#### **3.1. Objetivos específicos:**

-Identificar fatores determinantes da baixa adesão ao tratamento em pacientes hipertensos na área de abrangência da ESF Dr. Carlos Chagas do município Lassance.

-Desenvolver ações de Educação em Saúde para melhorar a aderência ao tratamento da HAS na população assistida pela ESF Dr. Carlos Chagas do município Lassance.

#### 4 METODOLOGIA

A Equipe de Saúde da Família do PSF Dr. Carlos Chagas do município Lassance – MG realizou o diagnóstico situacional baseado no método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) para levantar os problemas apresentados na comunidade e posterior elaboração e um Plano de Ação, conforme orientação do módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

Os dados foram coletados a partir do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), entrevista com informantes chaves do município e reuniões da equipe. Os problemas encontrados na comunidade foram: dependência química por psicofármacos; alcoolismo; acidente por animal peçonhento; obesidade; hiperlipidemias; baixo nível econômico e cultural da população; desemprego; grande número de tabagistas; baixa adesão ao tratamento em pacientes hipertensos.

Foi priorizado o problema baixa adesão ao tratamento em pacientes hipertensos, e o presente estudo visou identificar os fatores responsáveis pela ausência ou baixa adesão ao tratamento pelos pacientes hipertensos, permitindo que as equipes de saúde atuem mais efetivamente nesse grupo de doentes e a possibilidade de elaborar estratégias em Educação e Saúde para contornar os nós críticos para obter maior adesão ao tratamento.

Para a revisão bibliográfica foram catalogados livros, artigos e publicações, além dos módulos de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde e Iniciação à Metodologia: textos científicos disponíveis na biblioteca virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON). Utilizaram-se os descritores Hipertensão Arterial, Adesão ao Tratamento, Educação em Saúde, Atenção Primária de Saúde.

## 5 REFERENCIAL TEÓRICO

### 5.1 Adesão ao tratamento da Hipertensão

Para que haja a redução da morbidade e mortalidade associada aos riscos cardiovasculares das pessoas com hipertensão, torna-se indispensável a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Assim, as medidas não farmacológicas e os medicamentos utilizados no tratamento da doença devem permitir a redução das cifras pressóricas e igualmente das complicações associadas à doença. No latim (*adhaesione*), significa, etimologicamente, junção, união, aprovação, acordo, manifestação de solidariedade, apoio; pressupõe relação e vínculo. Adesão ao tratamento é um processo multifatorial que se estrutura em uma parceria entre quem cuida e quem é cuidado; diz respeito à frequência, à constância e à perseverança na relação com o cuidado na busca da saúde (SILVEIRA e RIBEIRO, 2005). Para as autoras, adesão ao tratamento inclui fatores terapêuticos e educativos relacionados aos pacientes, envolvendo aspectos ligados ao reconhecimento e à aceitação de suas condições de saúde, à adaptação ativa a estas condições, à identificação de fatores de risco no estilo de vida, ao cultivo de hábitos e atitudes promotoras de qualidade de vida e desenvolvimento da consciência para o autocuidado.

Pierin, Strelec e Mion Júnior (2004) caracterizam adesão ao tratamento como um processo comportamental complexo, influenciado pelo meio ambiente, por profissionais de saúde e por cuidados de assistência médica. E, também, como recurso que o indivíduo utiliza, no sentido de alcançar um objetivo, uma forma de fazer a melhora ou a manutenção de sua saúde, estando atento aos sinais e sintomas de uma determinada doença.

A adesão ao tratamento tem se mostrado um grande desafio no campo da saúde pública. O entendimento das questões relacionadas à pessoa hipertensa depende de conhecimentos que vão além da doença propriamente dita. Conhecer a pessoa doente, os profissionais e serviços de saúde, a terapêutica (medicamentosa ou não) e as questões socioeconômicas envolvidas nessa situação, propiciam uma maior eficiência e eficácia na implementação de ações voltadas para a melhoria da adesão ao tratamento da

HAS. Os profissionais envolvidos nesse contexto devem desenvolver habilidades que venham a facilitar mudanças de atitudes nos usuários com HAS para possibilitar a incorporação dos conhecimentos transmitidos e alterações nos hábitos de vida. Os profissionais devem se esforçar para repassar as informações a respeito da doença no geral, para aumentar a possibilidade de incorporação dos conhecimentos transmitidos, que poderão gerar importantes alterações nos hábitos de vida das pessoas (SABATÉ, 2003).

Segundo ARAÚJO (2004) três grupos de fatores influenciam o tratamento anti-hipertensivo. Os fatores relativos ao próprio paciente são as variáveis sócio-demográficas, as crenças, o conhecimento sobre a doença, o tratamento e o apoio familiar. Os fatores relacionados à terapêutica farmacológica e não farmacológica; e os fatores relacionados ao sistema de saúde.

A adesão ao tratamento da HAS é ainda mais difícil no que se refere à terapêutica farmacológica e não farmacológica devido ao fato de se tratar de uma doença crônica, que requer mudança no estilo de vida, e necessita ser tratada por toda a vida.

Moreira, Araújo e Pagliuca (2001) citam que o maior desafio para uma pessoa com HAS é a convivência com a cronicidade da doença, podendo-se tornar uma pessoa com sentimentos de tristeza, raiva, agressividade e hostilidade, o que é resultado do desconhecimento sobre a doença e tratamento. Devido ao fato da HAS se manifestar muitas vezes de forma assintomática (SMELTZER, BARE, 2005), os pacientes acreditam que não precisam realizar o tratamento, por não sentirem nenhum incômodo causado por sintomas. Quanto ao tratamento farmacológico, a associação medicamentosa, os custos e efeitos colaterais de algumas drogas, contribuem para a não adesão.



Strelec, Pierin e Mion Júnior (2003) em seus estudos notaram que as pessoas com PA não controlada tinham maior quantidade de drogas prescritas em relação aos controlados.

Segundo Araújo (2004) os fatores relacionados ao sistema de saúde devem ser analisados com profundidade já que o grau de satisfação da pessoa com o atendimento é um fator primordial para sua adesão à terapêutica prescrita.

No estudo realizado por Moreira e Araújo (2002) com o objetivo de descrever as relações interpessoais de pacientes portadores de HAS não aderentes ao tratamento com os profissionais de saúde, demonstrou que existe a necessidade de manutenção de vínculo afetivo dos pacientes com um profissional, gerando confiança e compromisso entre as partes. A interação estabelecida é requisito básico para a adesão ao tratamento da HAS.

A identificação de barreiras quanto ao tratamento da pessoa com HAS e complicações associadas permitirão um melhor planejamento das intervenções para eliminar esses problemas e melhorar a adesão ao tratamento.

Quando se pensa em facilitar o processo de adesão é interessante que se entenda a maneira como o paciente utiliza a medicação, como segue as orientações médicas, como convive com as restrições relativas ao processo de tratamento e as modificações necessárias ao equilíbrio de sua saúde. Os profissionais de saúde devem se preocupar para que as orientações sejam adequadas para promover bons resultados para a saúde do paciente. Para isso devem utilizar métodos de comprovação da adesão como, por exemplo, a contagem dos comprimidos (comportamental), o inquérito com o paciente, os relatos dos familiares, a revisão dos exames clínicos e laboratoriais, entre outros (BRASIL, 2006).

A adesão ao tratamento da hipertensão arterial tem sido alvo de discussões entre os profissionais de saúde, devido as graves consequências que a doença pode causar, quando não tratada adequadamente. Lessa (2001) explica que o impacto econômico das repercussões da hipertensão arterial clinicamente não tratada ou não controlada é expressivo em nível micro,

individual ou familiar, nas classes sociais mais baixas e em outros grupos sociais minoritários, como reflexo das iniquidades sociais. Para a sociedade, em nível macro, parte dos prejuízos está diretamente relacionada à morbidade, à mortalidade, às incapacidades e à invalidez consequente das complicações advindas da hipertensão. Para Pierin et al., (2004), o tratamento se difere entre adesão total ao tratamento, adesão inicial seguida do abandono do tratamento, e a não aderência pelos pacientes que comparecem às consultas, mas que não seguem o tratamento.

De acordo com dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia (2008) a adesão ao tratamento deve incluir fatores terapêuticos e educativos relacionados ao paciente, que englobe o reconhecimento da aceitação da sua real condição de saúde; adaptação ativa a estas condições, identificação de fatores de risco na maneira de viver; cultivo de hábitos saudáveis de vida e consciência da necessidade do autocuidado. Considera, também, fatores que dizem respeito aos profissionais, implementando ações de saúde centradas na pessoa e não apenas nos procedimentos. Tais ações estão associadas a um processo de orientação, informação, adequação dos esquemas terapêuticos ao estilo de vida do paciente, esclarecimentos, suporte social e emocional. A adesão ao tratamento é fundamental para o gerenciamento de uma doença crônica. Isso significa que para o efetivo controle de uma doença crônica é preciso seguir todas as orientações médicas. Essas muitas vezes incluem, além de tomar a medicação prescrita de forma contínua, adotar algumas mudanças no estilo de vida.

Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2004), a ausência de sintomas e o fato da hipertensão ser uma doença crônica, constituem dois aspectos que contribuem fortemente para a baixa adesão ao tratamento. Outro aspecto sobre o abandono do tratamento envolve a falta de informações sobre a necessidade de tratamento continuado, efeitos adversos, interação com álcool e outras drogas, manutenção da conduta terapêutica ao normalizar a pressão e ao esquecimento de tomar as doses.

Muitos pacientes interrompem o seu tratamento na medida em que se sente controlada, acarretando risco à saúde como o retorno dos sintomas, o aparecimento de complicações e, em alguns casos, o surgimento de

resistência ao medicamento (SBN, 2008). Segundo Barbosa & Lima (2006), 50% dos pacientes que não têm controle adequado da pressão arterial, não aderem às prescrições e recomendações médicas.

A forma como o profissional de saúde conduz o atendimento ao paciente hipertenso influencia no processo de adesão, quanto à satisfação do paciente com o atendimento de forma a facilitar o estabelecimento de vínculos positivos.

## **5.2 Educação em saúde no contexto da HAS**

A educação em saúde como processo político pedagógico requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo da realidade e propõe ações que conscientizam o indivíduo, gerando autonomia e emancipação, considerando o seu contexto histórico e social. Assim, a Educação em Saúde promove mudanças na vida do indivíduo quanto sua opinião em decisões sobre sua saúde, autocuidado, a saúde da sua família e da coletividade (MACHADO; MONTEIRO; QUEIROZ, 2007). Portanto, educar no contexto da saúde significa atuar sobre o conhecimento das pessoas envolvidas, considerando o indivíduo, a família, a comunidade, os profissionais de saúde, para que seja desenvolvido o juízo crítico e que ocorra intervenção sobre a sua saúde em geral. Trata-se de um trabalho coletivo.

A educação em saúde é uma estratégia que possibilita a atuação do profissional de saúde para orientar as atividades a serem desenvolvidas com a comunidade, e em grupos operacionais. Em grupos de pessoas com diagnóstico de HAS, esta estratégia é um importante método a ser implementado com vistas à promoção da saúde, prevenção de agravos e suas complicações.

Para que o paciente possa exercer o autocuidado e obter melhor qualidade de vida é necessária uma orientação adequada, por meio da educação em saúde por profissionais competentes. Iniciativas de educação em saúde possibilitam mudanças efetivas no estilo de vida das pessoas, com vistas a prevenir ou pelo menos retardar os agravos decorrentes da enfermidade (SOARES, 2004). Seguindo essa linha de pensamento, acredita-se que a educação em saúde pode ser uma valiosa ferramenta para os

profissionais da saúde na busca de melhor qualidade de vida para os portadores de doenças crônicas.

A educação em saúde é elemento primordial no cuidado da saúde da pessoa com HAS, principalmente para os casos assintomáticos. Faz parte do processo, conquistar a confiança do indivíduo e fazê-lo perceber o quanto é importante seguir o tratamento prescrito pelo médico. Nesse contexto, a educação em saúde surge como uma das possibilidades de intervenção atuando no esclarecimento de dúvidas e passando informações relevantes ao indivíduo.

Quando se faz referência ao processo educativo para o controle da hipertensão, é citado a adoção de estratégias cujas ações devem ter caráter participativo tanto do indivíduo quanto de sua família. Sabe-se que as ações educativas influenciam o estilo de vida, melhora a relação profissional - indivíduo e os ambientes social e físico (NUTBEAM, 1996).

Segundo Toledo (2007), a educação em saúde consiste em um dos principais elementos da promoção da saúde. Para contribuir para mudanças de hábitos dos indivíduos portadores de hipertensão, torna-se fundamental que introduza novos conceitos sobre o processo saúde-doença. Desta forma, poderá facilitar o entendimento das reais causas e determinantes da doença, além de, o serviço de saúde se adequar às necessidades do indivíduo e da comunidade. É fundamental conhecer o perfil dos portadores de hipertensão, a comunidade onde estão inseridos, suas crenças, hábitos e as condições em que vivem, para se pensar nas ações. Este processo tem como objetivo, envolver a comunidade e não impor orientações, de forma que fique assegurada a efetividade das ações.

As V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial orientam a utilização da educação em saúde, realizada individualmente ou em grupo, como estratégia dos profissionais durante o acompanhamento da pessoa com HAS. Para tanto, deve-se lançar mão dos diversos recursos disponíveis com o intuito de atingir resultados satisfatórios. A noção de cronicidade da HAS nem sempre é incorporada pelo indivíduo, e muitas vezes ao perceber a remissão dos sintomas, ele pode deixar de percebê-la como uma doença constante e, conseqüentemente, interromper o processo terapêutico. Quando o

acompanhamento dos hipertensos fica baseado apenas nos sinais e sintomas físicos, a constatação da doença assintomática pode ficar a desejar (ALVES; NUNES, 2006).

Ações de educação em saúde podem ser realizadas através de palestras educativas de conscientização da população e atividades lúdicas com o objetivo de promover a saúde coletiva e prevenir os efeitos indesejáveis da doença. Como resultados, busca-se proporcionar melhor qualidade de vida, sobrevida e produtividade, diminuindo a alta frequência de internações com excessivos custos econômicos, hospitalares e sociais ao país, e a diminuição da demanda hospitalar.

A educação em saúde em prol das pessoas com hipertensão é um dos grandes desafios da saúde nos dias de hoje. Promover a qualidade de vida deve ser prioridade da equipe de saúde para se evitar complicações e internações desnecessárias, proporcionando uma vida mais sadia, diminuindo os riscos de desenvolver agravos. É fundamental para a adesão ao tratamento, a troca de saberes, observando o conhecimento prévio do paciente sobre o assunto, não impondo conceitos e sim dando alternativas para que ele tenha autonomia de decisão, de acordo com a sua realidade. Nesse sentido, a participação dos hipertensos nas ações educativas possibilita um ambiente de motivação favorável à adesão ao tratamento, pois os participantes compartilham suas dificuldades e junto com a equipe de saúde buscam alternativas para superá-las. O reforço à autoestima dos integrantes é importante. Deve se estimular os participantes a encontrar recursos para lidar com as questões do adoecer e dos efeitos da doença sobre sua vida.

É de grande importância realizar ações de educação com grupos de hipertensos, pois este processo estratégico cria oportunidades de construir alternativas, corrigir ou modificar comportamentos desfavoráveis à saúde e apoiar o fortalecimento de atitudes saudáveis.

## 6 PLANO DE AÇÃO

### 6.1 Definição do problema

Por meio do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Dr. Carlos Chagas, realizado neste ano de 2015, foram identificados os seguintes problemas: dependência química por psicofármacos; alcoolismo; acidente por animal peçonhento; obesidade; hiperlipidemias; baixo nível econômico e cultural da população; desemprego; grande número de tabagistas; baixa adesão ao tratamento em pacientes hipertensos. Sendo que, após considerar a importância, urgência e capacidade de enfrentamento, a equipe selecionou como problema prioritário para enfrentamento a baixa adesão ao tratamento em pacientes hipertensos.

### 6.2 Priorização do problema

Ao identificar os principais problemas, foi realizada uma avaliação tendo em conta a importância, urgência e a capacidade de enfrentamento dos mesmos, como se apresenta no quadro 4.

Quadro 4 - Diagnóstico Situacional da UBS Dr. Carlos Chagas e Classificação de prioridades para os problemas identificados no município de Lassance.

| PRINCIPAIS PROBLEMAS                          | IMPORTÂNCIA | URGÊNCIA (0 a 5 pontos) | CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO DA EQUIPE |
|---|-------------|-------------------------|---------------------------------------|
| Dependência química por psicofármacos         | Média       | 3                       | Dentro                                |
| Alcoolismo                                    | Média       | 3                       | Parcialmente                          |
| Acidente por animal peçonhento                | Alta        | 2                       | Parcialmente                          |
| Obesidade                                     | Média       | 3                       | Dentro                                |
| Hiperlipidemias                               | Média       | 3                       | Dentro                                |
| Baixo nível econômico e cultural da população | Media       | 2                       | Fora                                  |

|   |       |   |              |
|---|-------|---|--------------|
| Desemprego  | Baixa | 1 | Fora         |
| Grande número de tabagistas                         | Média | 3 | Parcialmente |
| Baixa adesão ao tratamento em pacientes hipertensos | Alta  | 5 | Dentro       |

### 6.3 Descrição do problema

A ESF Dr. Carlos Chagas do município de Lassance, segundo estudos de pesquisa realizados pelos Agentes Comunitários de Saúde e dados fornecidos pelo SIAB (2014), apresenta uma população no total de 2132 pessoas e dessas, 597 são portadores de Hipertensão Arterial (HAS) representando 28%. Durante o trabalho que se vêm realizando e pelos atendimentos de consulta por demanda espontânea e programada, a ESF constatou um grande número de pacientes com HAS descompensada, produto de uma baixa ou inadequada adesão ao tratamento. Este fato ocorre em sua grande parte por vários fatores como, por exemplo, baixo nível socioeconômico e cultural, falta de informação ou desconhecimento pelos usuários de sua doença e suas complicações, insuficiente trabalho dos profissionais da ESF referente á promoção de saúde e prevenção de doenças, entre outros. A adesão ao tratamento se mostra como um grande desafio para a saúde pública. A condução da abordagem à pessoa hipertensa deve levar em consideração múltiplos fatores relacionados não apenas com a doença, mas também ao sujeito doente, aos serviços de saúde, aos profissionais de saúde, á terapêutica (medicamentosa ou não) e aos fatores socioeconômicos. Em relação a estes problemas a equipe elencou os seguintes nós críticos: hábitos e estilos de vida não saudáveis (sedentarismo, alimentação rica em lipídios); baixo nível de informação sobre o problema de saúde, influenciando na forma de o individuo lidar e aderir ao tratamento (acreditam que quando sua pressão esta bem não precisa tomar mais o medicamento); pressão social (desemprego) que gera estresse; processo de trabalho da equipe de saúde

inadequado para enfrentar o problema (desorganização; pouca informação ao usuário; falta de grupo operativo).

#### **6.4 Explicação do problema**

O grande número de hipertensos mal controlados e com baixa adesão ao tratamento pode ser justificado por vários fatores, sendo muito deles interligados. A hipertensão pode ser mal controlada por não ter sido identificada, não ter sido diagnosticada adequadamente, não ter sido cadastrado o caso e não passar pelo processo de rotina da UBS. A dificuldade de se conseguir uma consulta médica e retornos periódicos leva à perda da continuidade do acompanhamento. Outras causas, consta da falta de informação sobre a doença, a importância de seu tratamento, as mudanças no estilo de vida incluindo alimentação apropriada e atividade física.

A HAS é reconhecida como problema de saúde pública, mas a atenção a esta patologia parece continuar a desejar quanto ao tratamento e controle, mesmo considerando os avanços científicos e tecnológicos das últimas décadas que facilitam a identificação dos fatores de risco, do diagnóstico precoce de seus agravos e do emprego da vasta terapêutica medicamentosa. Na verdade, é necessário investir em ações educativas para que ocorra efetividade nas mudanças de estilo de vida da população.

Observa-se ainda que poucos usuários com HAS mantenham valores pressóricos satisfatórios ( $PA < 140/90$  mmHg), fazem uso correto da medicação, aderem às medidas terapêuticas especialmente as que envolvem mudanças de hábitos alimentares, abandono de vícios de tabagismo e alcoolismo e, a incorporação de atividades físicas. A prevenção e tratamento da doença representam desafios às autoridades sanitárias, aos profissionais de saúde, aos portadores da doença e seus familiares quanto ao envolvimento nas ações de promoção de saúde (MANO, 2003).

As dificuldades de controle da Hipertensão Arterial (HAS), na concepção de estudiosos, estão relacionadas às características da doença, como o caráter assintomático, a evolução lenta e, a cronicidade, que fazem com que a HAS não seja considerada doença por muitos e a tenham como algo que não precisa ter grande atenção e cuidado. Assim, muitos dos



portadores não sentem a necessidade de modificar os hábitos de vida, até que surjam as primeiras complicações provocadas pela doença (VIEIRA, 1993).

Nesse aspecto, os estudos revelam que para a doença ser controlada é imprescindível a adesão ao tratamento, a qual se caracteriza pelo grau de cumprimento das medidas terapêuticas recomendadas, podendo ser ou não medicamentosas, a manutenção da pressão arterial em valores considerados normais com PA < 140/90 mmHg (PIERIN, 2004).

Os fatores controláveis ligados ao estilo e qualidade de vida que se apresentam como mudança de hábitos são: as pressões, desgastes físicos e psicológicos, o tabagismo, a alimentação inadequada, o sedentarismo, a elevação das triglicérides, do colesterol sérico, a obesidade e o diabetes *mellitus* (BRASIL, 1988; 1993); (PASCHOAL, 2002). Portanto, existe a necessidade de conscientizar a população através das ações educativas.

### **6.5 Seleção dos nós críticos**

O nó crítico é definido como tipo de causa de um problema que, quando “atacado”, é capaz de gerar impacto e ocorrer mudanças positivas. Os nós críticos selecionados para o presente estudo foram:

- Hábitos e estilos de vida não saudáveis (sedentarismo, alimentação rica em lipídios).
- Nível de informação sobre o problema de saúde que influencia na forma do indivíduo lidar com ele e aderir ao tratamento.
- Pressão social (desemprego) que gera estresse.
- Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado para enfrentar o problema (desorganização; pouca informação ao usuário; falta de grupo operativo).

## 6.6 Desenho das operações

Foi realizado o desenho das operações para os “nos críticos” do problema, com a identificação dos produtos e resultados necessários para a concretização de cada item.

Quadro 5 – Desenho das operações.

| <b>Nos críticos</b>   | <b>Operações</b>   |
|---|--|
| <b>Hábitos e estilos de vida não saudáveis</b>                                      | Mudança de hábitos e estilos de vida para diminuir o número de sedentários, tabagistas e obesos;<br>Realizar grupos de caminhadas;<br>Distribuir panfletos com orientações sobre alimentação, práticas de exercícios físicos e hábitos saudáveis visando à melhoria da qualidade de vida dos usuários.   |
| <b>Nível de informação sobre o problema de saúde</b>                                | Aumentar o nível de informação da população sobre a HAS e suas consequências para saber como lidar com o problema e garantir a aderência ao tratamento;<br>Organizar grupos operativos com datas fixas a cada 15 dias;<br>Utilizar recursos interativos, dinâmicas, multimídia e, palestras sobre os temas mais questionados.<br>Verificar o conhecimento a respeito da doença e fornecer todas as informações importantes para se obter adesão ao tratamento. |
| <b>Pressão social</b>   | Trabalhar na gestão de projetos de geração de renda.   |
| <b>Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado para enfrentar o problema</b> | Aprimorar o processo de trabalho da ESF utilizando a linha de cuidados ou linha guia de HAS;<br>Efetuar busca ativa dos hipertensos ainda não acompanhados;<br>Cadastrar e estratificar todos os hipertensos e atualizar cadastrados.  |

## 6.7 Identificação dos recursos críticos

A identificação dos recursos críticos está apresentada no Quadro 6.

Quadro 6 - Recursos críticos

| Operação/ Projeto        | Recursos necessários   |
|--------------------------|--|
| <b>Mudança de hábito</b> | Financeiro - aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.   |
| <b>Saiba mais</b>        | Político - articulação intersetorial.  |
| <b>Emprego</b>           | Organizacional - mobilização social em torno das questões da geração de renda e desemprego;<br>Político - articulação intersetorial e aprovação de projetos;<br>Financeiro - financiamento do projeto. |
| <b>Linha de cuidado</b>  | Político - articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.   |

## 6.8 Análise de viabilidade do plano

A análise de viabilidade do plano de ação está apresentada no Quadro 7.

Quadro 7 - Análise de viabilidade do plano

| Operação/ Projeto | Recursos necessários   | Controle dos recursos críticos   |           | Ação estratégica   |
|-------------------|--|----------------------------------|-----------|--|
|                   |  | Ator que controla                | Motivação |  |
| Mudança de hábito | Financeiro – aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc. | Equipe de Saúde da Família.      | Favorável | Apresentar projeto para equipe e comunidade Estruturação das Redes                               |
|                   |  | Secretaria Municipal de Saúde    | Favorável |  |
| Saiba mais        | Político - articulação intersetorial.                                      | Equipe de Saúde da Família.      | Favorável | Apresentar projeto para cada uma das instituições envolvidas e comunidade Estruturação das Redes |
|                   |  | Secretaria Municipal de Saúde    | Favorável |  |
|                   |  | Setor de comunicação social      | Favorável |  |
|                   |  | Secretaria Municipal de Educação | Favorável |  |

|                  |  |  |   |   |
|------------------|--|--|---|---|
| Emprego          | Organizacional - mobilização social em torno das questões do desemprego e geração de renda; Político - articulação intersetorial e aprovação de projetos; Financeiro - financiamento do projeto. | Prefeitura municipal<br>Câmara Municipal<br>Setor de seguridade social | Indiferente<br>Indiferente<br>Favorável | Apresentar projeto para equipe e comunidade<br>Estruturação das Redes |
| Linha de cuidado | Político - articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.   | Equipe de Saúde da Família.<br>Secretaria Municipal de Saúde           | Favorável<br>Favorável                  | Não é necessário  |

## 6.9 Elaboração do plano operativo

Para melhor entendimento do plano operativo, o Quadro 8 representa suas propostas.

Quadro 8 – Plano operativo

| Operação   | Resultados esperados  | Produtos esperados   | Ação estratégica   | Responsável                         | Prazo  |
|--|---|--|--|-------------------------------------|--|
| <b>Mudança de hábito.</b><br>Modificar hábitos e estilos de vida                                 | Diminuir em no mínimo de 25 % o número de sedentários, tabagistas e obesos no prazo de doze meses.                  | Programa de caminhada orientada; distribuição de panfletos com orientações sobre alimentação, prática de exercícios físicos e hábitos saudáveis.                           | Apresentar projeto para equipe e comunidade e Estruturação das Redes.                          | Enfermeira, médico, dentista e ACS. | Dois meses para o início das atividades e avaliação anual. |
| <b>Saiba mais.</b><br>Aumentar o nível de informação da população sobre HAS e suas consequências | Comunidade mais informada sobre HAS e suas consequências para que saibam lidar com o problema e se aderem melhor ao | Avaliação do nível de informação da população sobre HAS e suas consequências; Campanha educativa na UBS Dr. Carlos Chagas; Programa de Saúde Escolar; capacitação de ACS e | Apresentar projeto para cada uma das instituições envolvidas e a comunidade e Estruturação das | Enfermeira, médico, dentista e ACS. | Início em três meses e Avaliações a cada semestre.         |

|  |   |   |  |   |  |
|--|---|---|--|---|--|
|  | tratamento.   | de cuidadores.  | Redes.                                       |   |  |
| <b>Geração de renda</b><br>Trabalhar projetos de geração de renda em virtude do desemprego   | Gerar renda para população desempregada.                            | Programa de geração de renda.   | Apresentar o projeto/ Apoio das Associações. | Todos os profissionais de ESF da UBS Dr. Carlos Chagas. | Apresentar o projeto em seis meses; início das atividades em doze meses. |
| <b>Linha de cuidado.</b><br>Implantar e cumprir com a linha guia de Hipertensão Arterial Sistêmica para melhor estratificação, conduta e tratamento. | Cobertura de 100 % da população com doença de Hipertensão Arterial. | Linha guia para Hipertensão Arterial Sistêmica implantada; protocolos implantados; recursos humanos capacitados; regulação implantada; gestão da linha guia para Hipertensão Arterial Sistêmica implantada. | Não é necessário.                            | Médicos   | Início em dois meses e Avaliações a cada semestre.                       |

### 6.10 Gestão do plano.

O acompanhamento do projeto será feito através de reuniões mensais sistemáticas e extras sempre que alguém perceber algum problema ou tiver alguma proposta inovadora. As ações estratégicas devem ser sempre executadas com pós avaliação para detectar e corrigir os problemas em menor tempo possível. Deve ser observado se os prazos estão sendo cumpridos e se os integrantes da equipe estão participando da forma como foi determinado. Realizar-se-ão reuniões com a população para verificar sobre a satisfação com as mudanças e apresentação de sugestões.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo lança um fecho de luz sobre a importância de se garantir a adesão do paciente ao tratamento da hipertensão arterial. Espera-se que o mesmo possibilite reduzir a morbidade e mortalidade relacionada à hipertensão na área de abrangência da ESF Dr. Carlos Chagas e, também, melhorar a qualidade de vida da comunidade. Acredita-se que a própria equipe de saúde será beneficiada por melhorar seu trabalho quanto ao manejo dos casos mais complicados, e a relação com os usuários.

Enfatizou-se a importância da ação educativa como forma de impulsionar o paciente para a ação de controle de sua doença e, sobretudo, assumir o papel de protagonista neste processo de sua vida.

Durante as etapas de elaboração do trabalho, a equipe realizou um diagnóstico situacional sobre os problemas existentes na área de abrangência da ESF Dr. Carlos Chagas que permitiu refletir sobre o processo de trabalho e como melhorá-lo a fim de buscar uma solução para tais problemas.

A utilização do Planejamento Estratégico permitiu a formulação de propostas baseadas em evidências e com grandes chances de serem resolutivas.

## REFERÊNCIAS

ALVES, V. S.; NUNES, M. O. Educação em saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. **Interface – Comunic. Saúde, Educ.**, v.10, n.19, p.131-147. 2006.

AMODEO, C.. Hipertensão Arterial: Prognóstico e Epidemiologia. In: TIMERMAN, A.; CÉSAR, L. A. M. (Edit.) **Manual de Cardiologia: SOCESP**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000, Cap. 71, p. 307-9.

ARAÚJO, G.B.S. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: análise conceitual**. Mestrado em Enfermagem. CCS/UFPB, Dissertação. 2004, 85p.

BARBOSA, R.G.B.; LIMA, N.K.C. Índice de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. *Revista Brasileira de Hipertensão*, vol.13, p. 35-38. 2006.

BARBOSA, RG, UETA J, SANTOS LAC, NOBRE F, LIMA NKC. **Avaliação da adesão medicamentosa em idosos hipertensos em serviço ambulatorial de geriatria**. *Hipertensão* 2005, p. 8-30.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Doenças Crônicas – Degenerativas. Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial. **Normas Técnicas para o Programa Nacional da Hipertensão Arterial. (PNECHA)**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988, p.88.

BRASIL. Secretaria de Assistência à saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Doenças Cardiovasculares. **Centro de hipertensão arterial: uma proposta de integração ensino-serviço**. Rio de Janeiro: MS/SAS/DPS/CDCV-MEC/UFRJ/NUTES, 1993. P.232.

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 - Cadernos de Atenção Básica, n.16, série A. Normas e Manuais Técnicos, 2006.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 03 setembro 2014.

KAPLAN, N. M. Hipertensão Sistêmica: Mecanismos e Diagnóstico. In: BRAUNWALD, E. **Tratado de Medicina Cardiovascular**. 5ª Edição. São Paulo: Roca, 1999. v. 1, Cap. 26.

LESSA, I. **Não adesão ao tratamento da hipertensão: consequências socioeconômicas para o indivíduo e para a sociedade.** In: NOBRE, F.; PIERIN, A.M.G.; MION JÚNIOR, D. Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos Editorial, 2001.

MACHADO, M.F.A.S; MONTEIRO, E.M.L.M; QUEIROZ, D.T; VIEIRA, N.F.C; BARROSO, M.G.T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS- Uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde coletiva.** 2007.

MANO, R. **Considerações gerais sobre Hipertensão Arterial Sistêmica.** Disponível em: [www.manuaisdecardioliga.med.br](http://www.manuaisdecardioliga.med.br). Acesso em 15 de setembro de 2015.

MOREIRA, T. M. M.; ARAÚJO, T. L. de.; PAGLIUCA, L. M. F. Alcance da teoria de King junto a famílias de pessoas portadoras de hipertensão arterial sistêmica. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 22, n.1, p. 74-89, jan. 2001.

MOREIRA, T.M.M, ARAÚJO, TL. Sistema interpessoal de Imogene King: as relações entre pacientes com hipertensão não aderentes ao tratamento e profissionais de saúde. **Acta Paul Enfermagem** 2002; 15 (3): 35-43.

NEVES, M. F., GISMOND, R.A.O.C.; OIGMAN, W. Como Diagnosticar e Tratar Hipertensão sistêmica. Revista Brasileira de medicina. Rio de Janeiro, 2009. p.41-50. Disponível em: [www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=4192](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4192) .Acesso em: 24 de setembro de 2015.

NUTBEAM, D. Glossário de promoção de saúde. In: Organização Pan-americana de Saúde: uma antologia, 1996. P. 383-403. Disponível em: [www.vivere.org.br/outros/images/tese.pdf](http://www.vivere.org.br/outros/images/tese.pdf). Acesso em 16 de setembro de 2015.

PASCHOAL, I. Tratamentos em situações especiais em hipertensão. In: IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão: mesa-redonda. Rio de Janeiro: **Publicações Científicas**, 2002, p. 14-5.

PIERIN, A.M.G.; STRELEC, M.A.A.M.; MION JÚNIOR, 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: Manole, 2004. p. 274 – 289. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/41075/44621>. Acesso em 21 de setembro de 2015.

SABATÉ, E.; Adherence to long-term therapies: evidences for action. Geneve: Word Heath Organization; 2003.

SARQUIS, L. M. M. Magda Cristina Queiroz Dell'acqua, Maria Cecília Bueno Jayme Gallani, Rosa Maria Moreira, Silvia Cristina Mangini Bocchi, Terezinha Hideco Tase, Angela Maria Geraldo Pierin, 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.

SILVEIRA, L.M.C.; RIBEIRO, V.M.B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais e pacientes. Interface-comunic. Saúde, Educ., v.9, n.16, p.91-104, set.2004/fev.2005.

SOARES, L.C. Educação em saúde na modalidade grupal: Relato de experiência. **Cienc. Cuid Saúde**; Jan/ Mar, 2004.

Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial -SBHA; Sociedade Brasileira de Cardiologia, SBC; Sociedade Brasileira de Nefrologia- SBN. **Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão**. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (CBHA). Campos do Jordão, SP, 1998.

Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial- SBHA, Sociedade Brasileira de Cardiologia- SBC, Sociedade Brasileira de Nefrologia- SBN. **IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (DBHA)**. Campos do Jordão, SP, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial Sistêmica**. Hipertensão. V. 09, n. 04, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA -SBN. Censo de Diálise 2008.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Enfermagem médico-cirúrgica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

STRELEC, M.A.A.M.; PIERIN, A.M.G.; MION JÚNIOR, D.; A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. **Arq. Bras. Cardiol**, v. 81, n. 4, p.343-348. 2003.

TOLEDO, M. M.; RODRIGUES, S. de C.; CHIESA, A. M.; **Educação em Saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema**. Contexto Enfermagem. Florianópolis, 2007. Abr-Jun 233-238.

VIEIRA, F. H. **Reatividade pressórica em teste de estresse mental em indivíduos normotensos hiper-reatividade pressórica do teste ergométrico**. 1993. Dissertação (Mestrado em Ciências Fisiológicas) – Universidade Federal do Espírito Santo.

IV DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. 1 a 3 de fevereiro de 2002 – Campos do Jordão – SP. Disponível em: <http://www.sbh.org.br>. Acesso em 10 de setembro de 2015.

V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Rev. Bras. Hipertens**. v. 13, n. 4, p. 256-312. 2006. Disponível em: <http://www.sbh.org.br>. Acesso em 10 de setembro de 2015.