

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

CAROLINA ESPINDOLA MARTINS

HIPERTENSÃO ARTERIAL E SUAS BARREIRAS À ADESÃO AO
TRATAMENTO NO PSF VILA BETÂNIA DE ALFENAS

Orientadora: Olinda Maria Gomes da Costa Vilas Boas

Alfenas – MG

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CAROLINA ESPINDOLA MARTINS

HIPERTENSÃO ARTERIAL E SUAS BARREIRAS À ADESÃO AO
TRATAMENTO NO PSF VILA BETÂNIA

A Banca examinadora abaixo-assinada aprova o Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como parte dos requisitos para obtenção de título de Especialista em Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais

Orientadora Prof.^a Olinda Maria
Gomes da Costa Vilas Boas

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CAROLINA ESPINDOLA MARTINS

HIPERTENSÃO ARTERIAL E SUAS BARREIRAS À ADESÃO AO
TRATAMENTO NO PSF VILA BETÂNIA DE ALFENAS

A Banca examinadora
abaixo-
assinada aprova o Trabalho de
Conclusão de Curso
apresentado como parte dos
requisitos para obtenção de
título de Especialista em Curso
de Especialização em Atenção
Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas
Gerais

Banca Examinadora

Prof^ª. Olinda Maria Gomes da Costa Vilas Boas - Orientadora

Prof^ª. Sueli Leiko Takamatsu Goyatá – Examinadora

Aprovada em Alfenas:

Alfenas – MG

2014

DEDICATÓRIA

A Deus, primeiramente, por dar forças nos momentos difíceis que passamos durante esta etapa de nossas vidas e paciência para saber esperar o momento certo. A minha família querida com todo o meu amor por me apoiar em todas as decisões.

A todos os professores, pela atenção e disponibilidade a cada dúvida sempre prontos ajudar.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, pois me fez chegar até aqui. Sem Ele, eu não seria quem sou hoje.

A elaboração deste trabalho não teria sido possível sem a colaboração, estímulo e empenho de diversas pessoas. Gostaria, por este fato, de expressar toda a minha gratidão e apreço a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para que esta tarefa se tornasse uma realidade. A todos quero manifestar os meus sinceros agradecimentos.

A Professora Olinda Vilas Boas, para quem não há agradecimentos que chegue. As notas dominantes da sua orientação foram a utilidade das suas recomendações e a cordialidade com que sempre me recebeu. Estou grata por ambas e também pela liberdade de ação que me permitiu, que foi decisiva para que este trabalho contribuísse para o meu desenvolvimento pessoal.

Aos colegas da Unidade Vila Betânia, pela amizade e companheirismo.

A todos obrigada por permitirem que este trabalho seja uma realidade.

“Se há algum segredo de sucesso, consiste ele na habilidade de apreender o ponto de vista da outra pessoa e ver as coisas tão bem pelo ângulo dela como pelo seu.”

Henry Ford

RESUMO

Esse estudo teve como objetivo principal a elaboração de um projeto multidisciplinar que visa diagnosticar e tratar hipertensos, onde devido a não adesão a mesma não está controlada, elaborado através de reuniões da equipe de trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF) Vila Betânia do município de Alfenas. Também teve como base a revisão de literatura utilizando bancos de dados Lilacs, Scielo, e em sites de medicina, com o objetivo de agregar evidências para nortear o desenvolvimento de um projeto de intervenção em saúde. Sempre enfocando a equipe multiprofissional, foi elaborado um plano de intervenção na Unidade de Saúde da Família Vila Betânia do município de Alfenas-MG, formando um grupo operativo com as hipertensos entre a faixa etária de 45 a 65 anos que apresentam hipertensão arterial não controlada devido a não adesão. Assim, faz-se necessário que o médico atente às características destes pacientes, pois essa observação auxilia nas dificuldades de estabelecer um tratamento adequado e quando realizado precocemente permite que alterações sejam interceptadas. Esta abordagem multi e interdisciplinar entre os profissionais da saúde é importante, já que estão envolvidos no diagnóstico e tratamento da não adesão ao tratamento. Portanto, o plano de intervenção poderá contribuir para melhorar o cotidiano dos pacientes portadores da doença pelo correto diagnóstico e tratamento.

Palavras-chave: Hipertensão arterial. Atenção Primária à Saúde. Adesão ao tratamento.

ABSTRACT

This study aimed to the development of a multidisciplinary project that diagnose and treat patients with hypertension due to non-compliance where the same is not controlled, prepared through team meetings work of the Family Health Strategy Bethany Village the Alfenas. Was also based on a literature review through banks Lilacs, SciELO data base, and medical sites, aiming add evidence to guide the development of a health intervention project. Always focusing on the multidisciplinary team, an intervention plan in the Family Health Unit Villa Bethany Alfenas - MG was prepared by forming an operative group with hypertensive patients between the age group of 45 to 65 who have uncontrolled hypertension due noncompliance. Thus, it is necessary that the doctor watch the characteristics of these patients, because this observation supports the difficulties of establishing an appropriate treatment when performed early and allows changes to be intercepted. This multi-and interdisciplinary approach among health professionals is important, since they are involved in the diagnosis and treatment of non-adherence to treatment. Therefore, the intervention plan can contribute to improve the daily lives of patients with the disease the correct diagnosis and treatment.

Keywords: Hypertension. Primary. Health adherence.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da ESF Vila Betânia.....	26
QUADRO 2: Identificação dos nós críticos relacionados ao problema.....	27
QUADRO 3: Plano operativo para o problema Não adesão ao tratamento de HAS na ESF VilaBetânia em Alfenas/MG.....	30

LISTA DE ABREVIATURAS

AB – Atenção básica

ACS - Agente Comunitário de Saúde

BVS - Biblioteca Virtual de Saúde

CEABSF - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

CEMEI - Centro Municipal de Educação Infantil

ESF - Estratégia de Saúde da Família

ESB – Estratégia Saúde Básica

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PA – Pressão Arterial

PES - Planejamento Estratégico Situacional

PSF - Programa Saúde da Família

SIAB - Sistema de Informação a Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

UNIFAL - Universidade Federal de Alfenas

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	6
2. JUSTIFICATIVA.....	9
3. OBJETIVOS.....	10
3.1 Objetivo Geral.....	10
3.2 Objetivos Específicos.....	10
4 METODOLOGIA.....	11
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	12
5.1 Adesão ao tratamento.....	12
5.2 Hipertensão arterial sistêmica.....	17
5.3 Fatores associados ao paciente.....	20
5.4 Fatores associados ao esquema terapêutico.....	21
5.5 Fatores associados ao sistema de saúde.....	22
6 PROPOSTA DE PLANO DE INTERVENÇÃO (PLANO DE AÇÃO)	
6.1 Definição do problema.....	25
6.2 Priorização dos problemas.....	25
6.3 Seleção dos “nós críticos”	26

	5
6.4 Plano de intervenção.....	27
6.5 Desenho.....	28
6.6 Identificação dos recursos críticos.....	29
6.7 Análise de visibilidade do Plano.....	29
6.8 Elaboração do Plano Operativo.....	30
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
8. REFERÊNCIAS.....	34

1.INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais, de acordo com VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2013.

É um dos casos mais frequentes em atenção primária isto é, alta prevalência e baixo controle uma vez que a adesão ao tratamento é bem complicada.

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2009).

Contudo, pode-se vivenciar uma prática profissional que valorize sobremaneira o tratamento farmacológico, repercutindo em não adesão às mudanças de estilo de vida e comprometendo o controle pressórico, de acordo com Lopes et al (2003).

Segundo Garcia e Araújo (2006), considera-se que a adesão ao tratamento anti-hipertensivo tenha fatores que a antecedem: relacionados ao paciente, relacionados à terapêutica, relacionados ao sistema de saúde. Ainda, conta com atributos relevantes para sua efetividade, como a participação ativa do portador ao tratamento, o uso correto dos medicamentos, o monitoramento do tratamento, o comparecimento pontual aos encontros e a realização de mudanças no estilo de vida. Como consequências da adesão

evidenciam-se o controle dos níveis tensionais, a redução na incidência ou retardamento na ocorrência de complicações e a melhoria da qualidade de vida do hipertenso.

Com o objetivo de atender as atividades solicitadas no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) foi realizado o diagnóstico situacional da Unidade de Saúde Vila Betânia em Alfenas, com dados referentes ao período de Setembro de 2013 a Janeiro de 2014. Neste diagnóstico foi revelado os principais problemas enfrentados pela população da área adscrita. O município de Alfenas que se situa no sul do Estado de Minas Gerais e pertence, segundo classificação do IBGE, à meso-região do Sudoeste Mineiro e micro-região de Furnas, conta com 18 Unidades Básicas de Saúde, sendo 13 Unidades da ESF

O bairro Vila Betânia é um dos mais antigos da cidade e se desenvolveu em função da proximidade com a antiga Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas, hoje, Universidade Federal de Alfenas.

Com uma infraestrutura adequada, a Vila Betânia possui um comércio variado, com lojas de vestuário, cama, mesa e banho, lojas de R\$1,99, posto de gasolina, supermercado, lotérica, caixa eletrônico, vidraçarias, casa de materiais para construção, bares, açougues, padarias, salões de beleza, etc. Há uma CEMEI (Centro de Educação Infantil Municipal) e uma Escola de Ensino Fundamental e Médio particular (CRA). Conta também com uma capela católica, duas igrejas evangélicas e um centro espírita.

Em abril de 2006, foi implantada uma equipe de saúde da família, denominada PSF Vila Betânia, cadastrada no CNES com o número 3973220. A unidade de saúde funciona em uma casa alugada, bem conservada, mas inadequada, considerando a demanda e a população coberta. A equipe é composta por uma médica, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, uma auxiliar de farmácia, uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal e sete agentes comunitários de saúde. Conta com o apoio de uma equipe do NASF, de um recepcionista, de uma auxiliar de serviços gerais e alunos de graduação e pós-graduação das duas universidades da cidade de Alfenas. Atualmente estão cadastradas 1007 famílias, num total de 3047 moradores, divididos em sete micro áreas. Quarenta e nove por cento desta população são masculina e 51% feminina. A população dessa área é constituída por 17% crianças de 0 a 14 anos, 7,6% de adolescentes de 15 a 19 anos, 57,3% de adultos de 20 a 59 anos e 18,1% de idosos. De acordo com o SIAB,

todos os domicílios do PSF Vila Betânia são de alvenaria, com acesso à energia elétrica, 100% tem abastecimento de água fornecido pela rede pública e coleta de lixo. Cem por cento das crianças de 7 a 14 anos residentes na área de cobertura do PSF, frequentam regularmente a escola e 93,42% da população com mais de 15 anos são alfabetizados. Em relação ao número de pessoas cobertas por plano de saúde cadastradas no PSF Vila Betânia, identificou-se que 349 pessoas (11,45%) possuem plano de saúde próprio. Nenhum usuário possui plano de saúde odontológico, mas 100 % da população tem acesso a escova de dente.

A maioria da população tem como renda a aposentadoria.

No entorno do bairro, encontramos duas ruas (Rua da Paz e Rua da Concórdia) onde predomina a população com maior risco social (baixa renda, baixa escolaridade, maior índice de gravidez na adolescência e tráfico de drogas). Estas ruas pertencem a duas micro áreas diferentes.

Na unidade não existe sala de reuniões. As reuniões com a comunidade são realizadas na garagem, na sala dos ACS e também no quintal da casa. Existem vários grupos operativos, como grupo de HIPERDIA, gestantes, postura, entre outros. Os principais problemas identificados foram alto consumo de drogas por jovens, violência contra a mulher, gravidez na adolescência, falta de opções de lazer, risco de proliferação de *Aedys aegypti*) Durante as reuniões de equipe da ESF Vila Betânia do município de Alfenas, constatamos que todos os profissionais, inclusive os do NASF atendiam vários pacientes com hipertensão, diabetes, erros alimentares, dúvidas quanto a medicação e o mais importante, uso errado da medicação. Assim, surgiu a ideia de elaborar um projeto multiprofissional (medica, psicóloga, nutricionista, farmacêutica, enfermeira e técnica de enfermagem) na unidade de saúde, o projeto “Hipertensão arterial, um mal silencioso”, onde os diagnosticados seriam triados e selecionados, formando um grupo operativo para tratar aquelas que apresentavam esta doença.

O interesse pelo tema surgiu pela dificuldade de adesão ao tratamento do problema relatado pelos pacientes, pela formação universitária focada não no indivíduo, mas na doença e dúvidas frequentes sobre o assunto.

No entanto, o objetivo deste trabalho é relatar a importância da adesão tratamento, sanando a maioria das dúvidas possíveis na ESF, com a elaboração de um

plano de intervenção para a Unidade de Saúde da Família Vila Betânia, formando um grupo operativo com os pacientes diagnosticados que apresentam HAS.

2.JUSTIFICATIVA

Frente aos diversos aspectos e peculiaridades presentes em paciente com HAS é clara e notória a importância da assistência ser conduzida a partir de uma abordagem integral. Qualquer aproximação, não só com a família, mas também com os profissionais de áreas afins, só levam ao engrandecimento da medicina e da população por ela atendida, proporcionando inclusive melhoras nas políticas públicas de saúde e na assistência a esta parcela da população.

Assim, o tema abordado é importante para a atividade profissional pela oportunidade de aprendizado e de colocar em prática os conhecimentos adquiridos, fazendo um correto diagnóstico, tratamento e melhorando a adesão ao mesmo. Com este estudo os usuários poderão contar com uma melhor assistência devido ao correto diagnóstico e tratamento, melhorando assim sua qualidade de vida.

O plano de intervenção poderá contribuir para melhorar o cotidiano dos pacientes portadores de hipertensão arterial pelo correto diagnóstico e tratamento juntamente com uma equipe multidisciplinar (medico, enfermeira, técnica enfermagem, farmacêutica, nutricionista e psicólogo).

3.OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral:

- Elaborar um plano de intervenção para a Unidade de Saúde da Família Vila Betânia, formando um grupo operativo com os hipertensos onde a pressão arterial não é controlada devido a não adesão ao tratamento.

3.2 Objetivos Específicos

- Conhecer as atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas de pacientes hipertensos atendidos na rede pública de saúde, sobre a patologia da qual são portadores;
- Conhecer e compreender os aspectos acima mencionados podendo fornecer subsídios para a elaboração e/ou aperfeiçoamento de programas de atendimento ao hipertenso;
- Eliminar hábitos inadequados, como a automedicação;
- Facilitar o acesso de pacientes já diagnosticados com HAS aos meios de prevenção não medicamentosa e prevenir novos casos na área de atuação

4.METODOS

A metodologia é o instrumento utilizado para dar caminho ao pesquisador, onde traz um conjunto de técnicas que captam a realidade e auxiliam na capacidade do pesquisador. (Minayo,2008)

Primeiramente foi realizado o diagnóstico situacional da Unidade de Saúde Vila Betânia em Alfenas, com dados referentes ao período de Setembro de 2013 a Janeiro 2014, seguindo o método da Estimativa Rápida, estudado no CEABSF da UFMG. Segundo Campos, Faria e Santos (2010), o método da Estimativa Rápida constitui um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e recursos potenciais para o seu enfrentamento, em um curto período de tempo e sem altos custos, com a participação da comunidade. O diagnóstico permitiu revelar os principais problemas enfrentados pela população da área adscrita, priorizando a HAS.

A fim de se resolver o problema assumido nesta pesquisa empregou-se os procedimentos da investigação bibliográfico-documental, visando à reunião de informações, conhecimentos e saberes que possam vir a consubstanciar programas de capacitação e desenvolvimento humano e profissional do campo estudado. Com esse intuito, a presente pesquisa foi realizada por meio de busca de materiais impressos e do meio digital em bases de dados científicas e seguras como textos – módulos do CEABSF; livros textos; Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), bases Lilacs e Scielo; consulta no Google Acadêmico; entre outras fontes afins.

Deste modo, do referencial teórico foi feita a sistematização das informações, permitindo a elaboração de um plano de intervenção seguindo o que foi discutido na disciplina “Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde”, do CEABSF, baseado no método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), que consiste na identificação, priorização e análise dos problemas através de um processo participativo; elaboração de propostas de solução para o enfrentamento dos problemas; análise e construção de

viabilidade para as propostas de solução, criando estratégias para que os objetivos sejam alcançados; execução e avaliação do plano.

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Para Jardim et al (2006), modificar hábitos de vida envolve mudanças na forma de viver e na própria ideia de saúde que o indivíduo possui. A concepção de saúde é formada por meio da vivência e experiência pessoal de cada indivíduo tendo estreita relações com suas crenças, ideias, valores, pensamentos e sentimentos.

Dentre as políticas públicas para o controle da doença hipertensiva, a educação em saúde tem sido apontada como uma das formas para estimular a adesão ao tratamento, de acordo com Rabelo e Padilha (1999).

Segundo Spink (1992), para que o processo educativo seja eficaz, é necessário conhecer a atitude do indivíduo a respeito da doença da qual é portador. Muitas vezes, os costumes sobre as práticas de saúde, os valores e as percepções do paciente em relação à doença e ao tratamento são diferentes daqueles pensados pelos profissionais da saúde, já que são dois grupos socioculturais, linguísticos e psicológicos distintos. Torna-se, então, necessário conhecer e considerar as práticas populares de saúde para uma maior efetividade do atendimento.

5.1 Adesão ao tratamento

De acordo com Dias et al (2011), a adesão à terapêutica é de extrema importância quando se reporta às doenças crônicas, pois estas têm um grande impacto na população.

Verifica-se que, com o avanço da Medicina, há uma diminuição da taxa de mortalidade e um gradual envelhecimento da população, contribuindo, assim, para um aumento da incidência destas doenças. Entende-se a adesão como o grau de conformidade entre as recomendações dos profissionais de saúde e o comportamento da pessoa relativamente

ao regime terapêutico proposto. Pode também ser definida como um conjunto de comportamentos, tais como: tomar a medicação, seguir dietas ou executar mudanças de hábitos de vida que coincidam com o regime terapêutico prescrito. Leite e Vasconcelos (2003), referem que há adesão quando são seguidas pelo menos 80% das prescrições no seu total.

A participação ativa no tratamento, incluindo o uso correto dos medicamentos, monitoramento do tratamento e o comparecimento pontual aos encontros, assim como as modificações no estilo de vida no que se refere ao seguimento do regime dietético, a práticas regulares de exercícios físicos e ao monitoramento do estresse, foram evidenciados nos artigos com atributos do conceito adesão ao tratamento anti-hipertensivo, afirmaram Garcia e Araújo (2006).

A adesão, segundo Giorotto et al, (2013) corresponde à concordância entre a prescrição médica e a conduta do próprio paciente. Porém, são muitos os fatores que contribuem para a falta de adesão, tais como as dificuldades financeiras, o maior número de medicamentos prescritos, o esquema terapêutico, os efeitos adversos dos medicamentos, a dificuldade de acesso ao sistema de saúde, a inadequação da relação médico-paciente, a característica assintomática da doença e a sua cronicidade

Levando em conta de acordo com Dias et al (2011), vários modelos ou teorias têm procurado explicar a adesão ao regime terapêutico, tentando identificar os fatores que determinam a disposição dos indivíduos para aderirem às recomendações dos profissionais de saúde. É possível, compreendendo as atitudes, crenças e valores dos indivíduos, planejar uma intervenção junto destes para modificar os comportamentos, com o objetivo de promover a saúde.

A adesão poderá ser explicada tendo por base cinco orientações teóricas, em seguida mencionadas:

- O Modelo Biomédico pressupõe que o doente seja um elemento passivo, cumpridor de “ordens” médicas, tendo em conta o diagnóstico e terapêutica prescrita. O doente é, assim, visto como um executor que deve obedecer ao que lhe é solicitado, não participando ativamente nas decisões que lhe dizem respeito. O modelo biomédico impulsionou o desenvolvimento de novas formas de administração de terapêutica, no sentido de facilitar a adesão do doente, para além de permitir o conhecimento dos níveis de adesão, utilizando para isso medidas diretas.

- O Comportamento operante e a teoria da aprendizagem social enfatizam a importância do reforço positivo e negativo, como mecanismo que influencia o comportamento do doente na adesão ao regime medicamentoso. Este modelo é mais adequado quando se pretende o treino e a aprendizagem de capacidades para realizar atividades referentes ao regime terapêutico, dando ênfase aos estímulos que desencadeiam o comportamento, às recompensas que o reforçam, e à sua automatização após repetição suficiente

-A Abordagem Comunicacional surgiu nos anos setenta e incentiva os profissionais de saúde a melhorarem as suas competências de comunicação com os doentes. Permite que fosse enfatizada a educação dos doentes e o desenvolvimento de relações de igualdade entre estes e os profissionais de saúde. Este modelo tem demonstrado o aumento da satisfação dos doentes relativamente aos cuidados de saúde prestados. É necessário que o profissional interaja e crie relações cordiais com o paciente, no entanto estas por si só não são suficientes para efetuar mudanças nos comportamentos de adesão à terapêutica. Assim, uma boa adesão envolve fatores como produção da mensagem, incluindo informação sobre os objetivos específicos e o modo de os alcançar; recepção, compreensão e retenção da mensagem; aceitação ou crença na substância da mensagem e, por último, ação de adesão

- A Teoria da crença racional “assume que todo o comportamento humano é causado por um processo de pensamento lógico e objetivo”. Tendo em conta os riscos, benefícios e consequências que possam interferir na saúde do indivíduo, este adota comportamentos de preservação da sua saúde

- Por sua vez, na Teoria dos Sistemas o indivíduo é visto como alguém que se envolve e que resolve de forma ativa os seus próprios problemas. As representações cognitivas que o indivíduo detém acerca da sua saúde, as suas expectativas, projeções acerca do seu estado, planos e técnicas para o alterar influenciam a adesão ao tratamento.

Devido ao grande leque de doenças e de regimes terapêuticos, nenhum modelo se adapta a todas as situações, pelo que uma abordagem com recurso a vários parece ser a estratégia mais eficaz. Após a abordagem sucinta de alguns modelos que explicam os comportamentos de saúde, torna-se fundamental explicar os fatores que influenciam a adesão do doente à terapêutica, dado que a maioria dos estudos da adesão é focada na grande questão que atormenta os profissionais de saúde: porque é que certos doentes não aderem ao tratamento medicamentoso, questionaram Dias et al (2011).

Segundo Garcia e Araújo (2006), “Adesão ao tratamento anti-hipertensivo” como um fenômeno que se evidencia pela participação ativa do paciente no plano terapêutico, considerada o atributo crítico do conceito, uma vez que o paciente não se constitui em um mero cumpridor de recomendações médicas; ao contrário, é visto como sujeito do processo, ou seja, como um ser que toma decisões e assume, juntamente com os profissionais que o assistem, a responsabilidade pelo tratamento.

Através da participação ativa, o portador de hipertensão compartilha a responsabilidade pelo sucesso da terapêutica farmacológica e não farmacológica, ou seja, cumpre os pontos do regime de tratamento no que diz respeito ao uso correto dos medicamentos; comparece aos encontros agendados e monitora o plano terapêutico e seus resultados. Além disso, realiza modificações no estilo de vida, adotando efetivamente o regime dietético prescrito, praticando regularmente atividades físicas e monitorando o estresse.

A análise realizada permitiu identificar uma evolução no significado do conceito “Adesão ao tratamento anti-hipertensivo” que, atualmente, não se limita ao mero cumprimento das recomendações médicas, mas demanda a participação ativa do paciente no tratamento. Considera-se que, ao se tornar participante ativo do processo, o paciente aumenta as chances de incorporar em sua vida cotidiana os requisitos da terapêutica, tanto a medicamentosa quanto a não medicamentosa.

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



Fonte: REVISTA BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2008.

A figura de maneira resumida, relaciona os mais importantes fatores relacionados com as baixas taxas de adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Entende-se que a “Adesão ao tratamento anti-hipertensivo” pode ser influenciada por três grupos de fatores antecedentes os quais, atuando de modo inter-relacionado, podem determinar diferentes graus de adesão: os relativos ao próprio paciente, como as variáveis sócio demográficas, os conhecimentos e crenças que os pacientes têm sobre a doença e o tratamento, e o apoio da família; os relacionados à terapêutica farmacológica e não farmacológica; e os fatores relacionados ao sistema de saúde, entre os quais foram ressaltados a estrutura dos serviços de saúde e o processo de atendimento do portador de hipertensão, segundo Garcia e Araújo (2006).

5.2 Hipertensão arterial sistêmica (HAS)

A hipertensão arterial é uma doença altamente prevalente, com custos sociais elevados, que atualmente apresenta dois grandes desafios, a adesão ao tratamento e a colocação dos pacientes, que aderem aos tratamentos, dentro das metas preconizadas pelas diversas diretrizes publicadas pelas sociedades científicas nacionais e internacionais. Pois, apenas assim procedendo, será possível proporcionar todos os benefícios obtidos pelo tratamento adequado, de acordo com Machado (2008).

São muitos os fatores identificados que contribuem para a elevação do níveis pressóricos, entre os quais se destacam idade avançada, etnia, obesidade, consumo excessivo de álcool, sedentarismo, dislipidemias, diabetes mellitus e alto teor de sódio na alimentação. Deste modo, para tornar o controle da hipertensão mais eficaz, torna-se indispensável, além do seu tratamento, também o controle de seus fatores de risco.

A rede social que envolve o hipertenso tem a função de incentivar atitudes pessoais que se associam positivamente no monitoramento da saúde, como o compartilhamento de informações, auxílio em momentos de crise e cuidados com a saúde em geral, incluindo cuidados com dieta, exercícios físicos, sono e adesão ao regime medicamentoso. A presença da família junto ao doente é capaz de lhe transmitir tranquilidade, força e coragem, o que o faz sentir-se seguro e amparado no convívio com a doença, segundo Costa e Nogueira (2008).

Em que pese o grande avanço científico e tecnológico no manejo da hipertensão arterial ocorrido nos últimos anos, uma das grandes dificuldades atuais refere-se à adesão dos pacientes aos tratamentos instituídos, ou seja, até que ponto o paciente segue as recomendações dadas pelo médico ou outro profissional de saúde para o controle do seu problema de saúde.

Com base nesses conceitos, formam-se os grupos operacionais, onde a aprendizagem é centrada nos processos grupais, coloca em evidência a possibilidade de uma nova elaboração de conhecimento, de integração e de questionamentos acerca de si e dos outros. A aprendizagem é um processo contínuo em que a comunicação e interação são indissociáveis, na medida que aprendemos a partir da relação com os outros. A técnica de grupos operativos, consiste em um trabalho com grupos, cujo o objetivo é promover um processo de aprendizagem para os sujeitos envolvidos, de acordo com Beatriz e Bastos (2010).

Levando-se em conta, Fortuna et al (2005), os grupos podem passar por determinados períodos e por determinados momentos e movimentos que podem ser analisados por meio dos vetores abaixo descritos. Esses vetores podem nortear as equipes na análise de sua dinâmica, para se constituir como equipe e alcançar seus objetivos.

- Afiliação: Refere-se, principalmente, aos primeiros contatos entre os trabalhadores quando se conheceram e souberam que iriam trabalhar juntos. É importante assinalar que fazemos escolhas e, no caso do PSF, os trabalhadores fizeram a opção de se afiliarem a uma dada equipe.

- Pertença: À medida em que os trabalhadores vão convivendo uns com os outros, vão desenvolvendo o sentimento de que fazem parte da equipe, de que pertencem a ela. O sentimento de pertença não se dá por si só, ele vai sendo constituído. Você já se pegou perguntando-se: será que vou me adaptar a esse novo trabalho? Será que essas pessoas vão aceitar meu jeito de fazer as coisas? Antes era difícil, mas, agora, sou da equipe do PSF.

- Comunicação: Esse é um indicador importante dos vários momentos possíveis de se viver num grupo e numa equipe. A comunicação pode estar se produzindo em meio a

ruídos, gerando mal-entendidos e situações paralisantes. Também pode ser um instrumento para crescimento e troca. A comunicação envolve ainda mais que um emissor, uma mensagem e um receptor, envolve esse caminho todo, o contexto, os gestos, os lugares de quem fala (posição na equipe). Podemos dizer que, nos grupos (também nas equipes), muitas coisas podem estar sendo faladas e compartilhadas sem estarem sendo ditas explicitamente. Essas coisas ditas assim, de modo implícito, precisam ser esclarecidas, colocadas na mesa, checadas.

- Aprendizagem: A aprendizagem caminha como que em um trilho de trem, isto é, ao lado da comunicação. Aprender está sendo tomado, aqui, como algo que ultrapassa a transferência de saber de uma pessoa a outra. Estamos falando de um aprender com o outro e não do outro. Num grupo, numa equipe em que a comunicação está se fazendo com ruídos, com interferências, a aprendizagem fica paralisada, pois as trocas estão comprometidas.

- Cooperação :A cooperação diz respeito à articulação dos integrantes da equipe, de seus saberes, e de seus fazeres, para a execução da tarefa a que esse grupo se propõe. O par "oposto" da cooperação é a competição. Nos momentos de muita competição, a cooperação tende a ser quase ausente e vice-versa.

- Pertinência: Tem a ver com o compromisso da equipe, com as tarefas a que se propôs. Uma equipe do PSF, que estabelece como tarefa tomar por objeto a família em seu contexto, e passa a atender somente indivíduos na perspectiva de medicar suas queixas, está sem pertinência, com uma de suas tarefas explícita.

- Tele: Esse aspecto do grupo diz respeito ao "clima" que sentimos nas reuniões e encontros. O "clima" pode estar tenso, pode estar de satisfação e amabilidade, enfim varia conforme o momento vivido. "Climas" muito permanentes, que ficam muito tempo da mesma forma, podem indicar conflitos aparentemente ocultos ou paralisações desse grupo.

[U1] Comentário:

Levando-se em conta os norteadores para a equipe, pode-se juntos formar os grupos com a população, uma vez que a equipe em sintonia consegue-se passar isso para os outros.

5.3 Fatores relacionados ao paciente

O problema selecionado como prioritário é a Hipertensão Arterial Sistêmica. Os fatores causais são: a predisposição genética, os hábitos e condições de vida, a informação e cultura do paciente. O próprio paciente é um agente atuante na condição de saúde uma vez que, ao adquirir maior controle sobre a dieta e atividade física (autonomia), passa a ser um agente responsável e fundamental para o controle da sua doença. Como consequência, podemos apontar uma redução das consultas em estabelecimentos de saúde devido aos picos pressóricos e eventos como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico. Ao longo do tempo e devido à gravidade da hipertensão, surgem lesões em órgãos caracterizadas como: retinopatia hipertensiva, nefropatia hipertensiva e hipertrofia do ventrículo esquerdo com insuficiência cardíaca, ocasionando limitações físicas, reduzindo a qualidade de vida e podendo levar ao óbito. Para tanto, deve-se realizar programas de saúde com o intuito de aumentar a cobertura aos hipertensos. Deve-se também melhorar a informação sobre a doença estimulando a autonomia e a maior adesão ao tratamento.

De acordo com Turi et al (2013), o acometimento da população brasileira com idade igual ou superior a 45 anos pela HAS é maior que nas idades inferiores. Pode-se dizer que houve predomínio de pacientes do sexo feminino o que, segundo a literatura, pode ser um indicativo de que mulheres têm maior preocupação com a saúde e melhor conhecimento sobre a doença, fazendo com que procurem com mais frequência os serviços de saúde, o que pode explicar sua predominância no estudo.

Algumas questões a respeito do papel desempenhado pelo padrão de ingestão alcoólica sobre a incidência de hipertensão arterial ainda não estão totalmente estabelecidas. A maior parte dos estudos aponta para a existência de uma relação linear, direta, entre o consumo de álcool e a elevação da pressão arterial. Entretanto, alguns autores apontam para a possibilidade de que esta relação seja do tipo “J”, com o beber

moderado e leve exercendo um efeito protetor, ou, ainda, para a existência de um limiar, abaixo do qual a ingestão etílica não exerce qualquer efeito, segundo Lima et al (1999).

O estresse também tem fator relacionado e a alimentação principalmente a ricas em carboidratos, sódio e lipídeos, Costa e Nogueira (2008).

Costa e Nogueira (2008), afirmaram que a categoria aspecto familiar apresentou o maior número de referências e foi composta por quatro subcategorias:

- Harmonia na família, com referências relacionadas a momentos de tranquilidade e paz;
- Preocupação com filho/netos, em que os relatos positivos se referiram à separação de filhos e os negativos demonstraram momentos de sofrimento vividos por mães e avós;
- Relacionamento entre familiares/amigos, cujas referências positivas demonstraram satisfação dos pacientes em ter familiares próximos e as negativas refletiram desentendimentos e discórdia entre familiares e amigos;
- Morte de parentes, com relatos referentes a morte de filho e pai.

A preocupação com familiares é uma fonte constante de estresse e ansiedade por parte do hipertenso, podendo leva-lo a uma redução do autocuidado descontrole da doença e ao agravamento do seu estado de saúde, afirmaram Costa e Nogueira (2008).

5.4 Fatores relacionados ao esquema terapêutico

De acordo com Giroto et al (2013), há grande variabilidade nos níveis de adesão ao tratamento farmacológico nos diferentes estudos, atribuída à falta de homogeneidade das metodologias utilizadas, que incluem distintas áreas, populações de hipertensos, tempos de seguimento, números de participantes e formas de obter ou sistematizar a informação sobre adesão. Em estudo de validação de um questionário desenvolvido para medir não adesão de forma multidimensional, observaram taxas de não adesão variando de 8,7% a 69,6%, dependendo do método utilizado, sendo essa taxa mais alta quando usada uma medida combinada de contagem manual de medicamentos, perguntas de um questionário e valores de pressão arterial iguais ou superiores a 140 x 90 mmHg. Os principais motivos alegados por aqueles que não aderiam ao tratamento medicamentoso, *esquecimento e achar que a pressão arterial estava controlada*, revelam a necessidade de se estabelecer medidas que permitam ao

hipertenso compreender adequadamente a hipertensão arterial e a importância da adaptação a uma situação que exige mudanças comportamentais contínuas e que favoreça o cumprimento das medidas terapêuticas indicadas.

O levantamento dos fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa inclui dados relacionados aos aspectos biossociais e culturais dos indivíduos, bem como a processos comportamentais de adaptação e compreensão da doença e do tratamento, de acordo com Daniel e Veigal (2013). Afirmaram também, que quanto aos fatores que envolvem tolerabilidade das drogas e tipo de medicamento prescrito. Esses fatores exigem, do paciente, conhecimento sobre as medicações, dosagem e compreensão dos efeitos colaterais, sobretudo da percepção e da compreensão de sua própria resposta orgânica.

5.5 Fatores relacionados ao sistema de saúde

Desde sua implantação, o Sistema Único de Saúde (SUS) lida com insuficiência de recursos, dado cenário adverso do ponto de vista econômico à época de sua criação.

O Programa de Saúde da Família surgiu sob a crítica inicial de ser um programa com características restritivas de atenção. Entretanto, sua expansão veloz nos últimos anos e sua importância a transformaram numa estratégia de conversão do modelo de atenção básica. Segundo Santana e Carmagnani (2001) as Unidades de Saúde da Família (USF) devem ser organizadas e estruturadas considerando os seguintes princípios:

- Caráter substitutivo: implantá-lo significa substituir as práticas tradicionais de assistência com ênfase na doença, por um novo processo de trabalho comprometido com a solução dos problemas de saúde, a prevenção de doenças e promoção da qualidade de vida da população;
- Integralidade e hierarquização: a Unidade Saúde da Família está inserida na atenção básica, devendo estar vinculada à rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e assegure a referência e contra referência para clínicas e serviços de maior complexidade;

- Territorização e cadastramento da clientela: a USF trabalha com território de abrangência definida, sendo responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada a esta área;
- Equipe multiprofissional básica: cada equipe de saúde da família é composta por no mínimo um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Os profissionais da equipe de saúde da família têm que ter um compromisso com a comunidade local. O médico da equipe deve ser preferencialmente um clínico geral, que atenda a todos os membros da família, independente de sexo e idade. São algumas de suas atribuições específicas: executar as ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à de saúde coletiva. Assistir as pessoas em todas as fases e especialidades da vida: criança, adolescentes, mulher grávida, adulto, trabalhador, portadores de deficiências específicas e idosos, realizar atendimentos de primeiros cuidados nas urgências, realizar pequenas cirurgias ambulatoriais e realizar partos, se as condições locais o permitirem (BRASIL, 2000).

O enfermeiro desenvolve seu trabalho em dois campos essenciais: na USF e na comunidade, bem como assistindo as pessoas que necessitam de atenção de enfermagem no domicílio. Ele executa, em nível de suas competências, assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária à criança, ao adolescente, à mulher grávida, ao adulto, ao trabalhador, ao portador de deficiência física e mental e ao idoso, organiza as rotinas de trabalho em nível da USF e de comunidade, supervisiona e desenvolve ações para capacitação dos ACS e de auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções (BRASIL, 2000).

O auxiliar acompanha as consultas de enfermagem dos indivíduos expostos às situações de risco, visando a garantir uma melhor monitoria e acompanhamento de suas condições de saúde, desenvolve com os ACS atividades de identificação das famílias de risco, realiza procedimentos nos domicílios, quando solicitado pelo ACS (BRASIL, 2000).

O ACS funciona como elo de ligação entre a equipe de saúde da USF e a comunidade: um contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde, realizado por toda a equipe. É também um elo cultural, que potencializa o trabalho educativo, à medida que faz a ponte entre dois universos

culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular. O ACS realiza mapeamento de sua área, cadastra as famílias, identifica situações de risco, orienta famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhamento e até agendamento de consultas e de exames, realiza acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade, ele deve estar sempre bem informado e informar a ESF sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situação de risco, desenvolve ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças, promove educação e mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente (BRASIL, 2000).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica não-transmissível de alta prevalência, cujo diagnóstico e controle são imprescindíveis no manejo de graves doenças, como insuficiência cardíaca congestiva, doenças cerebrovasculares, infarto agudo do miocárdio, nefropatia hipertensiva, insuficiência vascular periférica e retinopatia hipertensiva, disse Rabetti e Freitas (2011).

O controle e diagnóstico da hipertensão tem sido atribuição da Saúde da Família, tem caráter de ação prioritária na saúde do adulto em sua fase inicial e é ação estratégica de atuação após o Pacto em Defesa da Vida, de 2005.

Dentre as causas relatadas para o abandono do seguimento médico no serviço investigado, predominaram as razões ligadas à própria instituição - sua organização e estrutura e características da relação médico-paciente -, seguidas daquelas denominadas psicossociais, e, ainda, as relacionadas à busca de tratamento em outro serviço de saúde, à ausência de sintomas, à normalização da pressão arterial (PA) e à distância do domicílio ao serviço.

A organização e estrutura do serviço enquanto causas do abandono foram:

- Decorrência de dificuldades;
- Incompatibilidades e insatisfações com diferentes dimensões dos serviços prestados pela instituição, dentre as quais se destacaram o intervalo longo entre as consultas;
- Dificuldade para agendar consulta;

- Demora em ser atendido;
- Horário de atendimento incompatível com o do trabalho e/ou com as ocupações diárias;
- Mudança de médico responsável pela assistência e
- Impossibilidade de acesso ao médico especialista, assegurou Duarte et al,2010.

6.PROPOSTA DE PLANO DE INTERVENÇÃO (PLANO DE AÇÃO)

6.1 Definição do problema

Através do diagnóstico situacional realizado pela equipe de saúde da família Vila Betânia foram identificados os principais problemas de saúde da comunidade:

- Alta prevalência de hipertensos;
- Grande número de idosos com hipertensão de difícil controle;
- Resistência ao tratamento;
- Falta de opções de lazer;
- Dificuldade de marcar consultas.

Diante dos problemas encontrados durante o diagnóstico situacional e na rotina de trabalho da ESB, verificou-se a necessidade de uma atenção mais qualificada aos hipertensos, principalmente idosos portadores hipertensão, em geral, pela sua importância na prevenção de hospitalização e auxílio no tratamento dos diagnosticados.

6.2 Priorização dos problemas

Os problemas identificados são analisados e selecionados quanto à prioridade, segundo os seguintes critérios:

- Atribuindo valor “alto, médio e baixo” para a importância do problema;

- Distribuindo pontos conforme sua urgência;
- Definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe;
- Numerando os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios de seleção.

QUADRO 1 – Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da ESF Vila Betânia.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta prevalência de hipertensão	Alta	5	Parcial	1
Grande número de idosos sendo necessário a busca pela atenção secundária	Alta	7	Parcial	1
Resistencia ao tratamento	Alta	5	Parcial	2
Falta de opção de lazer	Média	8	Parcial	3
Dificuldades de marcar consulta	Alta	5	Parcial	4

Fonte: Autoria Própria (2014).

Os problemas selecionados e priorizados foram o grande número de hipertensos e a baixa adesão ao tratamento, pois o foco será a hipertensão arterial e a não adesão ao tratamento, e estes problemas estão dentro das ações que poderão ser realizadas pela ESB.

6.3 Seleção dos “nós críticos”

Considerando nó crítico como causa a ser solucionada para a resolução do problema principal, foram elegíveis alguns pontos da governabilidade da equipe para se enfrentar um problema é necessário conhecer sua causa, conhecer seu “nó crítico”. O “nó crítico” na “não adesão à HAS” é a falta de conhecimento sobre o assunto pelos dos próprios pacientes e responsáveis, e pelos profissionais de saúde, que tem uma formação universitária focada não no indivíduo, mas focando na doença. Esta falta de conhecimento leva a dificuldade do diagnóstico e tratamento. O plano de intervenção tem como objetivo formar um grupo operativo com os hipertensos.

QUADRO 2: Identificação dos nós críticos relacionados ao problema

Problema	Nós críticos
Hipertensão arterial – não adesão ao tratamento	Falta de conhecimento sobre as consequências da hipertensão não controlada pelos profissionais de saúde
	Falta de conhecimento sobre a importância do uso adequado da medicação e da mudança dos hábitos de vida pelos pacientes e responsáveis
	Dificuldade de retornar a avaliação medica

Fonte: Autoria Própria (2014).

6.4 Plano de Intervenção

Para a realização do Plano de Intervenção serão selecionadas os hipertensos através dos cadastros das famílias do PSF Vila Betânia na idade de 45 a 65 anos, para avaliação e diagnóstico da Hipertensão arterial não controlada.

Esses pacientes serão convidados, através de um impresso próprio, a virem até a Unidade de Saúde, em datas e horários adequados.

Será feito um grupo com reuniões quinzenais, onde por meio de palestras, vídeos e conversa serão sanadas dúvidas e quaisquer queixas, dentro do possível.

Os pacientes com o diagnóstico da HAS serão convidados a participarem de um grupo juntamente com a médica, farmacêutica, técnica de enfermagem e a Equipe do NASF.

Aquelas que apresentarem alterações específicas serão encaminhadas para tratamento individual na especialidade em questão (cardiologia).

O objetivo é melhorar a adesão e o uso correto da medicação em 90% dos casos da HAS nos pacientes cadastrados no território de abrangência e tratamento de pelo menos 80% dos diagnosticados em nível primário.

6.5 Desenho

Definido o problema principal e os nós críticos existentes, procurou-se elaborar um plano de ação para que objetivos possam ser alcançados. Para o nó crítico hábitos e condições de vida foi elaborado um plano: Modificações no Estilo de Vida (MEV), cujo objetivo proposto foi a proposição da mudança dos hábitos e das condições (estilo) de vida da população. Para tanto, almeja-se a redução de 30% de sal na alimentação e o estímulo à prática de exercício físico, alcançados por meio de programas de orientação populacional na unidade de saúde, nas escolas, no rádio.

Para a consecução das atividades, será necessário um local para o desenvolvimento das campanhas e caminhadas, a contratação de profissionais para o acompanhamento durante as atividades físicas, recursos políticos para campanhas transmitidas nos rádios e recurso financeiro para a realização das ações descritas. Para o nó crítico informação social e da equipe da saúde, foi desenvolvido o plano APRENDER SAÚDE. Tem-se como objetivo transmitir informações básicas sobre saúde e a forma de reconhecimento de sintomas e manejo mínimo da condição clínica.

A informação sobre doenças crônicas para a população visa quebrar mitos e informar sobre conceitos básicos em saúde. Foi proposto disponibilizar recursos financeiros para a confecção dos materiais cognitivos para a elaboração e gestão das campanhas e organizacional para o recrutamento de pessoal.

O processo de trabalho da equipe é outro nó crítico proposto para ser corrigido. Com o programa MOS (Metas e Objetivos em Saúde) foi planejado reorganizar e melhorar o processo de trabalho da equipe, aumentando a capacidade de cobertura populacional efetiva, com metas mais claras de trabalho para atingir objetivos traçados. Para isso, será fundamental o planejamento da reunião semanal e a educação continuada da equipe, quando será necessário apoio político para a adequação da estrutura física (sala de reunião e local adequado para o desenvolvimento do Programa HIPERDIA) e recursos financeiros (para lanches após as reuniões e para a preparação de materiais).

O último nó crítico a ser trabalhado é a abordagem da equipe de saúde. O projeto CUIDAR MELHOR visa a melhoria do atendimento e do cuidado com os pacientes para maior adesão dos pacientes ao tratamento.

A proposição será alcançada por meio de reuniões semanais, discussões em grupo, palestras dadas por profissionais de saúde, cursos financiados pela prefeitura. Para isso, há necessidade de recurso financeiro para tais cursos, recrutamento de pessoal para palestras e apoio político. O resumo do desenho das operações está presente no quadro abaixo.

6.6 Identificação dos recursos críticos

Considerando que os recursos críticos são aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis, foi proposto elaborar estratégias para que os tornem possíveis. Eles são disponíveis no quadro abaixo.

6.7 Análise de viabilidade do Plano

Com os recursos críticos analisados e expostos, procura-se identificar os atores que controlam tais recursos para disponibilizá-los. No município de Alfenas, percebe-se que

os principais recursos encontram-se na vontade ou apoio político para a disponibilização de recursos financeiros. Os atores envolvidos são a prefeitura e o secretário de saúde. A motivação desses atores é indiferente. A equipe elaborou propostas para apresentar e conseguir apoio de tais atores para a execução dos planos. A viabilidade está resumida no quadro abaixo.

6.8 Elaboração do Plano Operativo

Para elaboração do plano operativo foram identificados os agentes responsáveis por cada projeto e designados funções e prazos. Tal decisão foi aprovada por consenso após a reunião com a equipe e está resumida no quadro:

QUADRO 3: Plano operativo para o problema Baixa adesão ao tratamento de HAS na ESF Vila Betânia em Alfenas/MG

Proposta	Público Alvo	Recursos Necessários	Responsável	Resultados Esperados	Prazo
Capacitação dos profissionais da ESF	Médicos, enfermeiros ACS, técnicos enfermagem e equipe do NASF.	Material áudio-visual; estrutura física; recursos humanos	- Cardiologista que faz atendimento da população alvo;	Profissionais habilitados em fazer correto diagnóstico e tratamento da HAS	2 meses
Capacitação da Enfermeira, dos ACS e profissionais auxiliares da ESF	Enfermeiro ACS ASB Técnico de enfermagem Recepcionista	Material áudio-visual; estrutura física; recursos humanos	- médico da unidade	Profissionais capacitados em orientar os pacientes e familiares sobre HAS	1 mês

Realização de palestras para esclarecimentos sobre a HAS	População da área da ESF	Recursos humanos; material didático e estrutura física.	Médico, enfermeiro, farmacêutica, psicóloga e nutricionista	Conscientização da população sobre o tema abordado, discutido e esclarecimento de dúvidas.	3 meses
Triagem dos pacientes	Pacientes com sintomas da HAS	Recursos humanos e estrutura física	Técnica enfermagem	Fazer um levantamento dos pacientes com HAS descontrolada	4 meses
Realização de palestras dialogadas sobre HAS descontrolada	Familiars dos pacientes diagnosticados	Recursos humanos; estrutura física e material didático.	Medico, Enfermeira, farmacêutica, psicóloga, nutricionista	Conscientizar os familiares sobre a doença e como lidar com o paciente	1 mês
Estimular a participação em grupos operativos para tratamento adequado da HAS	Pacientes diagnosticados	Recursos humanos; estrutura física e material didático.	Medico.ACS, enfermeira, técnico enfermagem	Conscientizar o paciente sobre a doença e a maneira como tratá-la; Selecionar para tratamento individualizado	5 meses
Tratamento Individualizado	Paciente	Recursos humanos; estrutura física, ficha de referência e contra-referência	Medico, psicólogo e nutricionista	Melhorar as condições físicas do paciente, melhorando sua qualidade de vida.	Indeterminado

Fonte: Autoria Própria (2014).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término deste estudo, torna-se necessário tecer algumas considerações. Dentre elas, a carência de estudos avaliativos no nível local referentes à atenção básica oferecida aos portadores de hipertensão arterial, o que motivou a realização deste trabalho. As doenças crônicas, em especial a hipertensão, somadas ao envelhecimento populacional, trazem uma demanda crescente e dependente dos serviços de saúde. Isso torna necessário conhecer a realidade local e planejar ações para atender a população com qualidade e resolutividade na atenção primária.

A literatura mostra que há fortes evidências da eficácia do tratamento não farmacológico na abordagem das pessoas com HAS. Com a prática de exercícios físicos, uma alimentação saudável e a redução do peso corporal, podem-se alcançar um melhor controle dos níveis pressóricos, podendo evitar as complicações e lesões em órgãos alvo que ocasionam incapacidades, onerando ainda mais o próprio paciente e o sistema de saúde.

A Estratégia de Saúde da Família pode colaborar para o favorecimento dessas condições, pois tem como um dos seus objetivos a identificação de recursos para execução de ações que melhorem as condições de vida na comunidade.

O (re)construir da prática médica no Programa de Saúde da Família é um desafio que envolve não só os trabalhadores de saúde, mas também a política de saúde, os centros formadores e as sociedades adscritas em cada território, entendido nas dimensões demográficas, epidemiológicas, socioeconômicas e histórico-culturais.

Muitos são os obstáculos que impedem a realização da interdisciplinaridade no Programa de Saúde da Família.

O modelo vigente de formação profissional para a área da saúde reforça a formação clínica na vertente das ciências biomédicas, deslocando o social para a periferia. Essa formação profissional biologicista, individual e autônoma do médico influi no processo de trabalho desses sujeitos, muitas vezes o diálogo não é feito, a dificuldade de relacionamento com enfermeiras, dificulta muito os resultados almejados.

No serviço, as criações de espaços coletivos, em que equipes de saúde compartilham a elaboração de planos gerenciais e de projetos, dependem não somente da formação recebida, mas também de uma ampla reformulação da mentalidade e da

legislação do sistema de saúde, permitindo aos gestores estimularem a construção da interdisciplinaridade.

Tendo em vista a diversidade de alterações que a hipertensão arterial pode causar, ressalta-se a importância do diagnóstico precoce como forma de prevenir tais alterações, que:

- Quando já instaladas exigem a atuação de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar;
- Restabelecer plenamente o equilíbrio das aflições e prováveis consequências;
- O organismo pode sofrer repercussões como as alterações no todo, por isso a importância de aumentar a adesão dos pacientes diagnosticados.

A implantação do Plano de Ação visa a organizar o processo de trabalho desta equipe de saúde em parceria com os demais setores da sociedade, especialmente a educação e a comunidade em geral. Com base na literatura revisada e discutida para a elaboração do presente trabalho, pode-se concluir que com a implantação do Plano de Ação, espera-se:

- Um atendimento estruturado, humanizado e eficiente ao paciente com HAS;
- Um entrosamento de toda a equipe multiprofissional com resolubilidade no tratamento e aumento da adesão ao mesmo;
- Uma equipe multiplicadora nas orientações sobre a importância da adesão ao tratamento junto à comunidade;
- Uma participação efetiva das famílias nos grupos operativos e nas consultas individuais dos pacientes diagnosticados com HAS para uma melhor qualidade de vida destes pacientes.

8.REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Brasília, dez 2000. Seção 1, p. 85.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/09/VIGITEL-SAUDE-SUPLEMENTAR_2011.pdf>. Acesso em: 02 de janeiro de 2014.

BASTOS, A.B.B. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. **Psicólogo informação** ano 14, n, 14 jan./dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

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. 2.ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. 114p.

COSTA, R.S.; NOGUEIRA, L.T. Contribuição familiar no controle da hipertensão arterial. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**. São Paulo, v. 16, n.05. Abril,2008.

DANIEL, A.C.; VEIGAL, E.V. **Fatores que interferem na adesão terapêutica em hipertensos**. Einstein. São Paulo, v. 11, n. 3. Julho/Setembro, 2013.

DIAS, A. M., CUNHA, M., NEVES, A., SILVA, A., CASTRO, S. **Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crônica: Revisão da Literatura**. Millenium, n.40: p.201-219. 2011.

DUARTE, M.T.C.; CYRINO, A.P.; CERQUEIRA, A.T.R.; NEMES, I. M.; IYDA, M. Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. **Ciênc. saúde coletiva** v.15, n.5 Rio de Janeiro Ag. 2010.

FORTUNA, C.M.; MISHIMA, S.M.; MATUMOTOO, S.; PEREIRA, M.J.B. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 13, n.2 Ribeirão Preto. Mar/abril 2005.

GARCIA, T.R.; ARAUJO, G.B.S. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Rev. Eletrônica de Enfermagem** [internet] 2006 [citado outubro 13].

GIOROTTO, E.; ANDRADE, S.M.; CABRERAL, M.A.S.; MATSUP, T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciênc. saúde coletiva**, v.18, n.6. Rio de Janeiro, Junho, 2013.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Serviço de Saúde Comunitária. Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação em Ações de Saúde. Doenças e agravos não transmissíveis. Ação programática para reorganização da atenção a pessoas com hipertensão, diabetes mellitus e outros fatores de risco para doenças cardiovasculares no SSC-GHC. Porto Alegre: [s.n.], 2009. Disponível em<<http://www.ghc.com.br/unicidades/saudecomunitaria>>. Acesso em: 10 out. 2012. Versão 2.

JARDIM, P.C.B.V.; SOUSA, A.L.L.; MONEGO, E.T. Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. **Medicina Ribeirão Preto**, v.29, p. 232-8, 1996.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. Adesão à Terapêutica Medicamentosa: Elementos para a Discussão de Conceitos e Pressupostos Adotados na Literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**. V.8, n.3, São Paulo p. 775-782,2003.

LIMA, C.T.S.; CARVALHO, F.M.; QUADROS, C.A.; GONCALVES, H.R.; JUNIOR, J.A.S.S.; PERES, M.R.T.; BOMFIM, M.S. Hipertensão arterial e alcoolismo em trabalhadores de refinaria de petróleo. **Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**. v. 6, n.3, 1999.

LOPES, H.F.; BARRETTO, J.A.S.; RICCIO, G.M.G. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Revista Sociedade de Cardiologia**, Estado São Paulo. v.13, n 1, p.148-55,2003.

MACHADO, C.A. Adesão ao tratamento – Tema cada vez mais atual. **Rev. Bras. Hipertensão**. v.15, n 4, p.220-221, 2008

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. 6 ed. São Paulo (SP): Hucitec: Abrasco;2008.

RABELO, S.E.; PADILHA, M.J.C.S. A qualidade de vida e cliente diabético: um desafio para cliente e enfermeira. **Texto Contexto Enfermagem**, v.18, p.250-62.1999.

RABETTI, A.C.; FREITAS, S.F.T. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. **Rev. Saúde Pública** v.45 n.2 São Paulo Abr. 2011 e pub Fev. 18, 2011.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa Saúde da Família: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**, v. 10, n. 1, jan./jul. 2001.

SPINK, M.J. Psicologia da saúde: a estruturação de um novo campo do saber. In: Campos FCB, organizador. **Psicologia e saúde: repensando práticas**. São Paulo: Hucitec; 1992. p. 11-23.

TURI, B.C.; CODOGNO, J.S.; FERNANDES, R.A.; MONTEIRO, H.L. Frequência de ocorrência e fatores associados à hipertensão arterial em pacientes do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física Saúde** p. 43-52, jan. 2013.