

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

MERCEDES CARIDAD ROMERO SALLES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ADESÃO AO
REGIME TERAPÊUTICO EM IDOSOS HIPERTENSOS DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE RAVENA,
MUNICÍPIO DE SABARÁ,
MINAS GERAIS**

LAGOA SANTA – MINAS GERAIS

2017

MERCEDES CARIDAD ROMERO SALLES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ADESÃO AO
REGIME TERAPÊUTICO EM IDOSOS HIPERTENSOS DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE RAVENA,
MUNICÍPIO DE SABARÁ,
MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Prof^a Dr.^a Maria Lígia Mohallem Carneiro

LAGOA SANTA – MINAS GERAIS

2017

MERCEDES CARIDAD ROMERO SALLES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ADESÃO AO
REGIME TERAPÊUTICO EM IDOSOS HIPERTENSOS DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE RAVENA,
MUNICÍPIO DE SABARÁ,
MINAS GERAIS**

Banca Examinadora:

Examinador 1: Prof^a Dr.^a Maria Lígia Mohallem Carneiro – Orientadora - UFMG

Examinador 2: Prof^a Fernanda Magalhães Duarte Rocha

Aprovado em Belo Horizonte, em de 2017

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meus pais por terem me dado à vida.

AGRADECIMENTOS

A minha família por seu infinito amor,

A meus professores dos cursos, especialmente a minha orientadora, meus companheiros de trabalho e as pessoas que com a sua colaboração fizeram possível este trabalho.

.

“O uso adequado de medicamentos significa que o paciente recebe cada medicamento para a indicação específica, na dose certa, durante o tempo definido e com o menor custo possível para ele e para a sociedade”.

- Organização Mundial da Saúde -

RESUMO

O crescimento da população idosa está associado à elevada prevalência de doenças crônicas. Entre elas a Hipertensão Arterial Sistêmica representa um problema de saúde pública devido aos altos valores de incidência e prevalência, bem como o impacto dos seus agravantes nessa população. A doença está associada a um importante aumento nos eventos cardiovasculares com consequente diminuição da sobrevida e piora na qualidade de vida em idosos. A equipe laranja da Unidade Básica de Saúde de Ravena no Município Sabará/MG tem uma área de abrangência de 3.000 habitantes, deles 218 estão cadastrados por Hipertensão com alta prevalência entre as pessoas idosas. Essa doença foi definida pela equipe como o principal problema de saúde. O tratamento da hipertensão arterial assenta no tratamento medicamentoso, na adoção de cuidados dietéticos e na prática de atividade física. Por tudo isso, deve-se dar especial atenção aos fatores que interferem no processo da adesão ao regime terapêutico. O presente trabalho teve como objetivo elaborar um Projeto de Intervenção para melhorar a adesão em idosos hipertensos. Este projeto se constitui de várias etapas: a revisão da literatura sobre o tema e a elaboração do plano de ação utilizando como base metodológica o Planejamento Estratégico Situacional. A proposta do plano pretende uma vez identificadas as causas da não adesão e realizadas as atividades educativas na população alvo, reduzir a incidência das complicações e mortes, assim como melhorar a qualidade de vida desta população.

Palavras-chave: Adesão à Medicação. Educação em Saúde. Hipertensão. Idoso.

ABSTRACT

The growth of the elderly population is associated with the high prevalence of chronic diseases. Among them, Systemic Arterial Hypertension represents a public health problem due to high incidence and prevalence values, as well as the impact of its aggravating factors on this population. The disease is associated with an important increase in cardiovascular events with consequent decrease in survival and worsening of quality of life in the elderly. The orange team of the Ravena Basic Health Unit in Sabará / MG has an area of 3,000 inhabitants, of which 218 are registered by Hypertension with high prevalence among the elderly. This disease was defined by the team as the main health problem. The treatment of arterial hypertension is based on medication treatment, the adoption of dietary care and the practice of physical activity. For all this, special attention should be given to the factors that interfere in the process of adherence to the therapeutic regimen. The present study had the objective of elaborating an Intervention Project to improve adherence in hypertensive elderly. This project consists of several stages: the review of the literature on the subject and the elaboration of the action plan using as a methodological basis the Strategic Situational Planning. The plan's proposal seeks to identify the causes of non-adherence and carry out educational activities in the target population, reduce the incidence of complications and deaths, and improve the quality of life of this population.

Key words: Aged. Health Education. Hypertension. Medication Adherence.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DCV	Doenças Cardiovasculares
DeCS	Descritores em Ciências de Saúde
ESB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HSI	Hipertensão Sistólica Isolada
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHE	Índice de Desenvolvimento Humano da Educação
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MG	Minas Gerais
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ONU	Organização das Nações Unidas
PA	Pressão Arterial
PAS	Pressão Arterial Diastólica
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF	Programa de Saúde da Família
PubMed	Publicações Médicas
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Vista de satélite do município de Sabará /MG.....	13
-------------------------------------------------------------	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Seleção dos "nós-críticos" e suas justificativas relacionadas ao problema: inadequado uso dos medicamentos em idosos hipertensos na UBS de Ravena, Município de Sabará/MG.....	34
Quadro 2 - Operações sobre o "nó crítico 1" relacionado ao problema: inadequado uso dos medicamentos em idosos hipertensos na UBS de Ravena, Município de Sabará/MG.....	35
Quadro 3 - Operações sobre o "nó crítico 2" relacionado ao problema: inadequado uso dos medicamentos em idosos hipertensos na UBS de Ravena, Município de Sabará/MG.....	36
Quadro 4 - Operações sobre o "nó crítico 3" relacionado ao problema: inadequado uso dos medicamentos em idosos hipertensos na UBS de Ravena, Município de Sabará/MG.....	37
Quadro 5 - Operações sobre o "nó crítico 4" relacionado ao problema: inadequado uso dos medicamentos em idosos hipertensos na UBS de Ravena, Município de Sabará/MG.....	38

SUMÁRIO

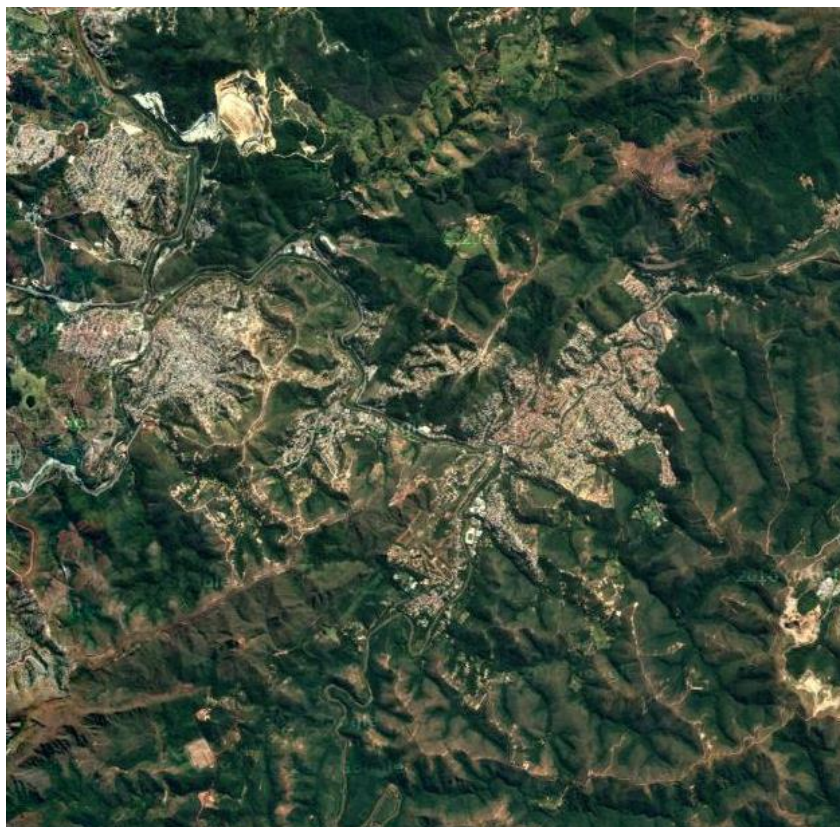
1 INTRODUÇÃO	13
1.1 A História do Município de Sabará.....	13
1.2 Informações Demográficas, Sociais, Econômicas e de Saúde do Município...	14
2 JUSTIFICATIVA	20
3 OBJETIVOS	22
3.1. Objetivo geral	22
3.2 Objetivo específico.....	22
4 METODOLOGIA	23
5 REVISÃO DE LITERATURA	25
5.1 Hipertensão arterial no idoso	25
5.2 Adesão ao regime terapêutico	26
5.3 Promoção e educação em saúde no idoso hipertenso	29
6 PLANO DE AÇÃO	32
6.1 Identificação e Priorização do Problema.....	32
6.2 Descrição e explicação do problema	32
6.3 Identificação e Seleção dos nós críticos	34
6.4 Desenhos das Operações.....	35 35
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS	40 40

1 INTRODUÇÃO

1.1 A História do Município de Sabará

O princípio da história de Sabará está ligado à descoberta de ouro na região, então conhecida como Sabarabuçu, em finais do século XVII. "Sabará" é oriunda do termo tupi itá'berab'uçu ("pedra grande brilhante"), que designava a mítica "serra das esmeraldas" procurada pelos bandeirantes. O povoado tem origem num arraial de bandeirantes que apareceu no fim do século XVII. Logo do crescimento foi criada a freguesia em 1707, que foi elevada a vila e município em 1711, com o nome de Vila Real de Nossa Senhora da Conceição do Sabará, nessa data ocorreu a sua emancipação política. É cidade desde 1838. Em divisão territorial datada de 31-XII-1963, o município é constituído de 4 distritos: Sabará, Carvalho de Brito, Mestre Caetano e Ravena. Assim permanecendo em divisão territorial datada de 2014 (PREFEITURA SABARÁ, 2016).

Figura 1: Vista do satélite de Sabará/MG.



Fonte: <http://www.cidade-brasil.com.br/vista-satelite-sabara.html>

Sabará é um município brasileiro do estado de Minas Gerais (MG). Localizado na Região Metropolitana de Belo Horizonte. Vizinho dos municípios de Raposos, Caeté e Nova Lima, Sabará se situa a 18 km de Belo Horizonte. O município estende-se por 302,2 km² e a densidade demográfica é de 417,7 habitantes por km² (MEU MUNICÍPIO, 2012).

1.2 Informações Demográficas, Sociais, Econômicas e de Saúde do Município

Entre 2000 e 2010, a população de Sabará cresceu a uma taxa média anual de 0,85%, enquanto no Brasil foi de 1,17%, no mesmo período. Nesta década, a taxa de urbanização do município passou de 97,71% para 97,48%. De acordo a último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010 viviam, no município, 126.269 pessoas. As mulheres representam o 52,16% da população e os homens o 47,83%. A população estimada para 2015 foi de 134.382 habitantes (IBGE, 2010).

Atualmente a economia de Sabará baseia-se na indústria siderúrgica e no extrativismo mineral – minério de ferro e ouro, tendo a Companhia Siderúrgica Belgo Mineira com instalações na cidade. A mineração de ouro não é mais de aluvião como na época em que Sabará foi fundada, mas sim ouro subterrâneo, de mina profunda, com uso de engenharia avançada na construção de galerias e túneis para extração. Apesar de sua pequena participação no Produto Interno Bruto total (PIB), em comparação com outros setores, também é relevante a produção agropecuária, em especial na área rural de Ravena, distrito de Sabará. Nessa região é produzida principalmente a banana, dando ao município o título de quinto maior produtor em MG. Na área agrícola, também são destaque o ora-pro-nobis e a jabuticaba, responsáveis por importantes festivais culturais no município. O turismo é outro setor da economia da bela Sabará, que atrai muitos visitantes e gera riquezas (PREFEITURA SABARÁ, 2015).

Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) no 2014 das 7.209 famílias cadastradas, 97,00% (6.993) tem o abastecimento de água feito através da rede pública, 2,21% (159) são abastecidas por poços ou nascentes, e apenas 0,79% (57) famílias têm outros meios de abastecimento (SIAB, 2014).

O levantamento elaborado a partir dos dados do (SIAB, 2014a) do Ministério da Saúde (MS) divide o número de domicílios com ou sem sistema de esgoto. O percentual de domicílios com rede pública de esgoto no município foi de 82,02% (5.913 famílias), com esgoto por fossa 9,86 % (711 famílias) e com esgoto a céu aberto 8,11% (585 famílias).

O percentual de domicílios com coleta de lixo é de 91,91% (6.626 famílias), com lixo a céu aberto é 2,72% (196 famílias) e com lixo queimado ou enterrado 5,37% (387 famílias) (SIAB, 2014b). O descarte e acondicionamento dos resíduos dos serviços de saúde são realizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) conforme demanda das unidades.

A situação da educação no município (IBGE/2010 *apud* DEEPASK, 2013) pode ser sintetizada nos seguintes indicadores:

- Parcela da população alfabetizada entre maiores de 15 anos 90.932, enquanto a de analfabetos é de 4.805 pessoas,
- Índice de Desenvolvimento Humano da Educação (IDHE) 0,670%,
- Taxa de analfabetismo 5,02%,
- Proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola é de 94,08%,
- Proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental é de 86,20%;
- Proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo é de 69,22%;
- Proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo é de 43,34%.
- O município conta com 50 (cinquenta) escolas de Ensino Fundamental e três instituições de ensino superior, sendo que o maior número de vagas é oferecido por instituições privadas.

Dados de vulnerabilidade social (ATLASBRASIL, 2013) do ano 2010 no município mostram:

- % de crianças de 0 a 5 anos fora da escola: 56,00
- % de crianças de 6 a 14 fora da escola: 2,66
- % de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam e não trabalham: 7,54

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município no ano 2010 foi de 0,731 (PNUD, 2013). O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

(PNUD), órgão da Organização das Nações Unidas (ONU) que tem por mandato promover o desenvolvimento, definiu que regiões com (IDH) de 0,500 a 0,799 são consideradas de desenvolvimento médio, tendo em conta a educação (IDHE), longevidade (IDHL) e o produto interno bruto per capita (IDHR). Este índice varia de 0 (nenhum desenvolvimento humano) a 1 (desenvolvimento humano total) (PNUD, 2011).

A renda per capita média de Sabará cresceu 76,57% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 351,10, em 1991, para R\$ 427,50, em 2000, e para R\$ 619,93, em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 3,04%. De acordo ao Mapa de Pobreza e Desigualdade dos Municípios Brasileiros 2003 (IBGE, 2010) o município apresenta os seguintes indicadores:

- Incidência da Pobreza (20,41%);
- Incidência da Pobreza Subjetiva (15,56%);
- % de vulneráveis à pobreza 25,27 (trata-se da proporção de indivíduos com renda domiciliar per capita igual ou inferior a R\$ 255.00);
- Índice de Gini 0,38.

O IBGE utiliza o índice de Gini que varia entre zero e um, onde zero corresponde a uma completa igualdade na renda (onde todos detêm a mesma renda per capita) e um que corresponde a uma completa desigualdade entre as rendas (onde um indivíduo, ou uma pequena parcela de uma população, detêm toda a renda e os demais nada têm) (LÚCIO, 2013).

Dados do PNUD de 2010, pelo índice de Gini, apontam o Brasil com o resultado de 0,56, sendo assim, o terceiro país mais desigual do mundo (PNUD, 2011).

Os indicadores de pobreza representam o percentual de habitantes que estão abaixo da linha da pobreza, ou seja, possuem renda domiciliar per capita igual ou inferior a meio salário mínimo. Esses indicadores se baseiam na renda domiciliar per capita e pautam a literatura internacional da pobreza e desigualdades e bem-estar social, disponibilizados a partir da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) (PNUD, 2011).

O município conta com um Conselho Municipal de Saúde composto por 36 membros, que se reúnem mensalmente. A população tem cobertura de 100% através das UBS. Os estabelecimentos de Saúde no município são 23 públicos e 9 privados, entre eles:

- 17 UBS
- 1 Hospital (Santa Casa de Sabará)
- 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA)

Existe sistema de referência e contra referência, a través das consultas especializadas, com via central de marcação ou encaminhamento das urgências para UPA.

Ravena, distrito do município de Sabará, cuja denominação primitiva era Arraial da Lapa ou Nossa Senhora de Lapa. Em 1943, teve seu nome alterado para Ravena, em homenagem ao Frei Luiz de Ravena, missionário ambulante, natural de Ravena, na Itália. O distrito localiza-se ao norte, na região metropolitana de Belo Horizonte, no km 439 da BR 38. Delimitado pela Serra de Piedade e vizinho dos municípios de Santa Luzia, Caeté e Taguaraçu de Minas. Sua área física é de aproximadamente 100 km². É importante ressaltar que as áreas de zona rural do distrito de Ravena são muito extensas.

A população do distrito de Ravena encontra-se dividida da seguinte forma: a população urbana está mais concentrada na região central de Ravena nos bairros Ravenópolis, Centro e Lavapés. Existe uma grande área em torno de Ravena que compõe a zona rural, onde atualmente o distrito tem crescido muito em relação ao número de habitantes. Os “bairros” de zona rural de Ravena são Fateiro, Maquiné, Boa Vista, Traíras, Condomínio da Lagoa, Brumado, Córrego dos Pintos, Km. 30 da Br 381, Palmital, Nova Canaã, Recanto dos Fondas, Muniz, entre outros.

A população da região central de Ravena possui poder aquisitivo maior, muitos deles possuem planos de saúde e em alguns casos solicitam para não serem acompanhados pela equipe de saúde. Já a população de zona rural, que tem em sua grande maioria, um poder aquisitivo menor, mora em áreas mais distantes, com dificuldade de acesso, muita sem água encanada e tratada e sem esgotamento sanitário. Estes dependem do acompanhamento das Equipes de Saúde da Família (ESF) e utilizam os serviços do Centro de Saúde de Ravena com regularidade e frequência.

A UBS de Ravena foi inaugurada em 29 de junho de 2004 e posteriormente em 2007 foram incorporadas á unidade duas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Possui boa localização e fácil acesso a população por estar situada na Rua transversa Cândido Lúcio Ferreira Pinto s/n, área central e conta com

transporte urbano nas proximidades da unidade. O horário de funcionamento da UBS é de 7:00 as 17:00 horas. Os profissionais das equipes de PSF cumprem a jornada de trabalho de 40 horas semanais.

A UBS possui uma ampla área física e têm os recursos necessários para a atenção básica da população. Conta com dois consultórios para as equipes de PSF, arejados, bem iluminados que garantem a privacidade dos profissionais e usuários durante as consultas. A recepção possui amplo espaço com um total de 30 cadeiras onde os usuários aguardam o atendimento. Na UBS tem sala de observação, farmácia, sala de odontologia, sala de curativos, sala de vacinas, sala para preparo dos materiais, sala de esterilização e expurgo, duas salas externas para armazenamento dos materiais de limpeza e uma para armazenamento do lixo orgânico que é recolhido três vezes por semana. A UBS conta com um total de 29 funcionários, entre contratados e cursados. Os recursos humanos são:

- 1 Gerente
- 2 Médicos do PSF
- 1 Pediatra
- 1 Ginecologista
- 1 Reumatologista
- 2 Dentista
- 3 Enfermeira do PSF
- 3 Técnico de enfermagem
- 1 Auxiliar de enfermagem
- 7 Agentes Comunitários de Saúde (ACS)
- 1 Assistente saúde bucal
- 1 Técnica de saúde bucal
- 2 Serviços gerais
- 1 Recepcionista
- 3 Motoristas de Combi
- 4 Motoristas de ambulância
- 2 Vigias

A população estimada na área de abrangência é de aproximadamente 10.000 habitantes e 2.000 famílias. A mesma é coberta por duas equipes de PSF que se identificam a través de cores (verde e laranja). Cada equipe atende mais o menos

5.000 habitantes. O atendimento é garantido ao 100 por cento da população. Na UBS existem também duas Equipes de Saúde Bucal (ESB) e um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O sistema de contra referência é falho devido a dificuldades na contra referência de alguns médicos que não enviam retorno.

Os dados da nossa equipe (laranja) registram uma população cadastrada de só 60 por cento (3.000 pacientes). Por falta de funcionários só 70% recebe as visitas pelos ACS. Eles são os responsáveis de entregar as guias marcadas com as consultas e os exames laboratoriais aos pacientes.

Desde que começamos a trabalhar em nossa área de abrangência detectamos que a Hipertensão encontra-se entre as queixas mais comuns que levaram a população a procurar pelos serviços de saúde. No cadastro do Hiperdia temos um total de 218 pacientes hipertensos, todos cadastrados e com seguimento em consultas agendadas e visitas domiciliares. Deles 194 são idosos, destacando em a observação cotidiana que 76 idosos hipertensos não utilizam a medicação conforme prescrição e mantinham um tratamento farmacológico irregular com erros de tomada das medicações, sem respeitar os horários fixos, com dificuldade na identificação das drogas e sua finalidade, refletindo assim em instabilidade de suas condições clínicas. Motivo pelo qual requerem atendimento médico frequente e apresentam muitas complicações. Alguns pacientes que apresentam cifras tensionais elevadas ainda não estão cadastrados como hipertensos e muitos se automedicam sem procurar o profissional.

Foi assim que surgiu à ideia de identificar os fatores relacionados a não adesão ao regime terapêutico e logo desenvolver um plano de ação para melhorar a adesão nesta população. Então formulamos uma proposta de intervenção pela equipe de saúde, para reorientar a prática do cuidado e um manejo mais eficiente da medicação, nesta população.

Este estudo enfatiza a necessidade dos profissionais de saúde de desenvolverem ações educativas, assim como promover a prática de exercícios físicos pelos pacientes com hipertensão e modificar hábitos e estilos de vida para diminuir os problemas ocasionados pela Hipertensão Arterial.

Esta investigação será uma experiência para mim e para a equipe de saúde porque contribuirá a melhorar a qualidade da atenção prestada pela ESF para os usuários.

2 JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica degenerativa e natureza multifatorial, na grande maioria dos casos assintomática, que apresenta evolução lenta e progressiva. Compromete o equilíbrio dos sistemas vasodilatadores e vasoconstritores, aumentando a pressão no interior dos vasos sanguíneos, podendo ocasionar lesões em órgãos nobres como o coração, cérebro, rins e olhos. (LESSA *et al.*, 2010).

A HAS vem se destacando como epidemia moderna em âmbito nacional e internacional. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal [...] (BRASIL, 2006, p.9).

A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. (BRASIL, 2006, p.7).

De acordo com Macedo (2011) “A incidência de hipertensão está nitidamente relacionada com a idade. Aos 20 anos, 20% dos indivíduos têm pressão alta; aos 30 anos, 30% e, aos 80 anos, 80% têm hipertensão”.

O crescimento da população idosa está associado à elevada prevalência de doenças crônicas, dentre as quais destaca a hipertensão. Tal fato favorece a exposição dessa população ao uso de múltiplos medicamentos, e também ao aumento de incapacidades físicas e mentais, trazendo desafios para as famílias e sociedade (AIOLFI, *et al.*, 2015). Estudos demonstraram que proporção de idosos que não usam qualquer medicamento foi de 4 a 10%, mas pode chegar a 20% ou mais (ROSENFELD, 2003).

Uma das principais dificuldades enfrentadas pelos idosos diante dessas limitações é conseguir realizar adequada adesão ao tratamento farmacológico, entendida como o grau de coincidência entre o comportamento do usuário e a recomendação do profissional de saúde perante o regime terapêutico, para que este e os hábitos de vida do indivíduo não interfiram negativamente um no outro (GUIRADO, *et al.*, 2011).

Mesmo apresentando proporções epidêmicas, a HAS apresenta diagnóstico simples e de alcance a todos. Não obstante, no Brasil, segundo estudos de Alencar e Pierin (2013), é baixa a porcentagem de indivíduos que apresentam hipertensão arterial controlada, ou seja, que mantêm níveis

inferiores a 140/90 mmHg. O controle da hipertensão arterial é resultado de um sistema complexo que envolve aspectos biológicos, socioeconômicos, culturais e de estrutura sanitária, refletindo diretamente na adesão ao tratamento. (ALENCAR; PIERIN, 2013, p.68).

A dificuldade para controle e adesão decorre, provavelmente, do curso assintomático e crônico da doença, além do desconhecimento da população sobre a enfermidade e do diálogo que os profissionais de saúde estabeleçam com as pessoas.

O controle da hipertensão arterial está intimamente ligado a mudanças de hábitos de vida: alimentação adequada, prática regular de exercícios físicos e abandono do tabagismo; estas estratégias se referem a atividades de autocuidado que, muitas vezes, deveriam ser orientadas por profissionais e precisam ser realizadas pelas pessoas portadoras de hipertensão para o ideal controle dos níveis de pressão arterial. Entretanto, seu controle tem se constituído um desafio para profissionais de saúde, pois se por um lado, seu tratamento envolve a participação ativa dos hipertensos no sentido de modificar alguns comportamentos prejudiciais a sua própria saúde e assimilar outros que beneficiem sua própria condição clínica, por outro, os profissionais de saúde ainda não incorporaram a concepção de visualizar o homem como um ser integral... (LOPES *et al.*, 2008, p.199-200).

Segundo a Organização Mundial da Saúde e a Sociedade Internacional de Hipertensão (WHITWORTH, 2003) o maior obstáculo ao controle da hipertensão arterial é a não adesão ao regime terapêutico.

Sendo assim, para que haja o controle da hipertensão, fazem-se necessárias mudanças na prática de profissionais de saúde, principalmente no que tange ao aconselhamento em saúde.

O problema fundamental da população de Ravena, identificado pela equipe de saúde, é o expressivo número de pacientes idosos com hipertensão, sem aderência medicamentosa, que não vão a consultas médicas, desconhecem a sua doença e as complicações que elas trazem. Neste contexto, o número de pronto atendimento na UBS supera o número de pacientes atendidos por agendamento e conseqüente, afetando o trabalho do PSF.

Neste sentido justifica-se a preocupação com a assistência à saúde dos idosos hipertensos e considera-se importante analisar o comportamento da aderência medicamentosa em esses pacientes, na nossa área de abrangência, pela alta incidência de descompensações agudas e complicações que acarretam internações, gastos, invalidez e mortes nestes pacientes e propor um plano de ação que reflita neste problema.

3 OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

- Elaborar um projeto de intervenção para melhorar a adesão ao regime terapêutico em idosos hipertensos pertencentes à equipe laranja da USB de Ravena, no município de Sabará/MG.

3.2 Objetivo específico

- Identificar os fatores relacionados com a não adesão ao regime terapêutico em idosos hipertensos na área de abrangência.

4 METODOLOGIA

Terminadas as etapas iniciais deste trabalho, daqui para frente ele se divide nas seguintes etapas: a revisão da literatura sobre o tema e a elaboração do plano de ação.

A pesquisa bibliográfica foi baseada em uma atividade de localização e consulta de fontes diversas de informações escritas em manuais, teses, dissertações, artigos científicos, orientada pelo objetivo de coletar materiais específicos a respeito do tema. Uma pesquisa bibliográfica é feita basicamente a coleta de material de diversos autores sobre um determinado tema de interesse do pesquisador (SOUZA, 2001).

Alguns critérios foram seguidos nesse tipo de pesquisa bibliográfica para um bom desenvolvimento do trabalho. Assim foi realizado um levantamento bibliográfico sobre o tema e realizada uma consulta aos Descritores em Ciências de Saúde (DeCS). Foram utilizadas as palavras chaves: “adesão à medicação”, “educação em saúde”, “hipertensão” e “idoso”.

Para a fundamentação teórica deste trabalho foi feita a revisão bibliográfica, sem definição de período, através de pesquisa às bases de dados Publicações Médicas (PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Web of Science que compreendeu publicações em idioma português e espanhol. Foram pesquisadas outras fontes da Biblioteca Virtual do Ministério de Saúde e da Universidade Federal de Minas Gerais, do Google Acadêmico e das publicações da Rede Hiperdia-MG. Além, foram revisados livros e manuais. Após a localização das bibliografias sobre os temas iniciamos a leitura e organização das informações. Outros dados importantes foram utilizados da Secretaria Municipal de Saúde de Sabará e dos arquivos da UBS de Ravena.

O material lido foi fichado e registrado as principais idéias e teorias pertinentes aos temas. Após este processo foi realizado uma proposta para elaborar o plano de intervenção que será aplicado pela equipe do PSF aos pacientes idosos hipertensos. Todas as etapas e aspectos da construção foram descritos e estão apresentadas no tópico do plano de intervenção. O monitoramento e avaliação do plano de ação foram realizados pelo acompanhamento das ações propostas, e

dados recopilados nos prontuários em consultas e visitas domiciliares da população alvo.

Para a realização do plano de intervenção utilizamos o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Nosso plano de ação vai contar com a participação dos profissionais de saúde da equipe, profissionais da equipe multidisciplinar. Nesse estudo as ações serão feitas no processo do trabalho, a pesquisadora dispõe de oito horas semanais para desenvolver a proposta, as avaliações no grupo serão feitas em reuniões da equipe. As ações do plano terão seguimento de continuo com análise e cortes mensais de resultado obtido, para poder avaliar o cumprimento e se fora preciso fazer alguma transformação durante o tempo que perdure a intervenção. Será disponibilizada na agenda de atendimentos, uma tarde para o grupo de pacientes que participarão da intervenção (idosos hipertensos, com idade de 60 anos e mais, de ambos os sexos), incluindo atendimento médico e grupos operativos específicos. O enfoque maior será na psico educação, as datas ainda não foram definidas.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Hipertensão arterial no idoso

A Organização Mundial da Saúde considera idoso, nos países em desenvolvimento, os indivíduos com 60 anos ou mais (WHO, 2002). Segundo Silva (2013), estudos feitos no Brasil projetaram um aumento da população brasileira acima de 60 anos na ordem de 15 vezes, entre os anos de 1950 e 2025. Para o mesmo período, acredita-se que o crescimento dessa população no mundo será de cinco vezes, e esse aumento colocará o Brasil no ano 2025 como a sexta população de idosos do mundo. A estimativa para 2020 poderá exceder 30 milhões, chegando a representar quase 13% do total da população brasileira (IBGE, 2002).

No âmbito da saúde, sabe-se que a atual longevidade dos brasileiros, associada à frequência das doenças crônicas, são as duas principais causas do crescimento das taxas de idosos portadores de incapacidades (KARSCH, 2003).

As alterações próprias do envelhecimento tornam o indivíduo mais propenso ao desenvolvimento de HAS, sendo esta a principal doença crônica nessa população. Estudo epidemiológico com idosos residentes na cidade de São Paulo encontrou prevalência de HAS de 62%, dos quais mais de 60% eram portadores de hipertensão sistólica isolada (HSI) (MIRANDA, *et al*, 2002).

Segundo Miranda; Perrotti (2002, p. 76 apud JOBIM, 2008, p. 251), “A hipertensão tem destaque no idoso por ser uma das doenças mais freqüentes, quando a maioria deles apresenta elevação predominantemente ou isolada da pressão arterial sistólica (PAS), isto se deve ao diferente comportamento da PAS e da pressão arterial diastólica (PAD). Com o envelhecimento, a PAS sofre elevação contínua até a 8ª ou 9ª décadas, em torno de 25 a 35 mmHg, principalmente devido a diminuição da elasticidade dos grandes vasos, enquanto a PAD aumenta 10 a 15 mmHg até a 6ª década, para então se estabilizar ou reduzir-se gradativamente”.

A HAS é caracterizada como uma condição clínica multifatorial com níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). A doença associa-se com frequência a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas (WILLIAMS, 2010).

A HAS é o mais importante fator de risco cardiovascular modificável, estando associada a condições bastante frequentes em idosos, como doença arterial coronária, doença cerebrovascular, insuficiência cardíaca, doença renal terminal,

doença vascular periférica, hipertrofia ventricular esquerda e disfunção diastólica (CUSHMAN; BLACK, 1999).

Há aproximadamente uma década existia dúvida se a elevação da pressão arterial sistólica (PAS) ou diastólica (PAD), ou ambas, no idoso, deveria ser tratada. Porém foi demonstrado, por vários estudos, que o tratamento anti-hipertensivo reduz o risco dessas complicações catastróficas. Apesar disso, em outro estudo epidemiológico na cidade de São Paulo, apenas 10% dos idosos hipertensos estavam com sua pressão controlada, e em cerca de 10% dos idosos o diagnóstico de HAS somente é feito após um evento clínico decorrente da pressão elevada por vários anos, tais como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio (MIRANDA, *et al*, 2002, p.293-94).

5.2 Adesão ao regime terapêutico

De acordo Hayes *et al.* (2009, p. 567, apud VIEIRA; CASSIANI, 2014, p. 195.), “Os medicamentos representam um suporte essencial da prática em saúde. No entanto, com o aumento significativo da prevalência de doenças crônicas em idosos, o uso de medicamentos aumentou consideravelmente. Mais de 75,0 % dos idosos tomam medicamentos prescritos por médicos, com média de três ou mais tipos por dia”.

A primeira alusão à importância do cumprimento das prescrições médicas foi feita por Hipócrates há 2400 anos. No entanto, o conceito de adesão apenas foi desenvolvido no século XX por Haynes, em 1979 (TELES-CORREIA *et al.*, 2007).

Por ser realmente uma temática de grande complexidade e de inter-relação de várias dimensões, alguns estudos referenciam o termo adesão ao regime terapêutico como o grau ou extensão em que o comportamento da pessoa, no que se refere a toma de medicação, ao seguimento de uma dieta ou à alteração de hábitos e estilos de vida, entre outros, e que se enquadra no que lhe é recomendado pelos profissionais de saúde (TELLES-CORREIA *et al.*, 2007).

A adesão ao tratamento é fundamental para o gerenciamento de uma doença crônica. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), adesão ao tratamento “é a medida com que o comportamento de uma pessoa – tomar a sua medicação, seguir a dieta e/ ou mudar seu estilo de vida – corresponde às recomendações de um profissional de saúde”. 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 (NOVARTIS, 2015).

Os dados estatísticos existentes acerca dos índices de não adesão ao regime terapêutico, que indicam que a incidência da não adesão é elevada, provavelmente não representam a dimensão real do problema.

Apesar da importância de aderir ao tratamento, em muitos casos os pacientes não o fazem. Segundo a OMS,

não há como negar que pacientes têm dificuldade em seguir o tratamento recomendado. A baixa adesão (ao tratamento de doenças crônicas) é um problema mundial de magnitude impressionante. A adesão ao tratamento de longo prazo em países desenvolvidos é em torno de 50%. Em países em desenvolvimento as taxas são ainda menores (NOVARTIS, 2015).

De fato, as consequências da não adesão fazem-se sentir a vários níveis, sendo de realçar o aspecto económico e as repercussões na morbidade e mortalidade das populações devidas:

- À exacerbação e progressão das doenças;
- Ao desenvolvimento de complicações secundárias;
- Ao aumento da frequência de emergências médicas;
- À necessidade premente da utilização de fármacos mais potentes e com maior toxicidade;
- Ao desenvolvimento de resistências aos fármacos;
- Bem como à falha do tratamento (TURK; MEICHENBAUN, 1991).

Uma das principais causas apontadas para o fracasso no tratamento da HAS é a baixa adesão medicamentosa, identificada em aproximadamente 50,0 % dos pacientes hipertensos. Vários estudos têm demonstrado que quanto mais simples é o esquema terapêutico mais elevada é a adesão (WHO, 2003).

Segundo Bugalho e Carneiro (2004) a não adesão ao tratamento é um problema multifatorial, influenciado por aspectos relacionados á idade (jovens ou idosos) sendo os idosos mais vulneráveis à utilização incorreta da medicação, sexo (homens e mulheres), doenças (crônica ou aguda), ao paciente (esquecimento, diminuição sensorial e problemas económicos), problemas relacionados a medicamentos (custo, efeitos adversos reais ou percebidos, horário de uso, sobrecarga de medicamentos) ou equipe cuidadora de saúde (envolvimento ou relacionamento inadequado).

Nos fatores relacionados com os profissionais e serviços de saúde, ressalta que os sistemas de saúde são deficientes devido a insuficiente distribuição da medicação, manifesta ausência de atualização de conhecimentos e educação dos profissionais de saúde em relação a patologias crônicas específicas, escasso tempo dispendido nas consultas, pouca disponibilidade para o seguimento das pessoas, incapacidade para avaliar o grau de adesão e a repercussão nos indicadores de

saúde. Acresce a polimedicação nas pessoas portadoras de doença crónica (BUGALHO; CARNEIRO, 2004).

Neste sentido a forma como os profissionais de saúde interagem e comunicam com cada pessoa é um importante determinante da adesão ao tratamento: pessoas satisfeitas com a equipe e com o tratamento aderem melhor às recomendações. A adesão terapêutica significa relação colaborativa entre o paciente e os profissionais de saúde, podendo ser caracterizada pelo grau de coincidência entre prescrição médica e o comportamento do paciente (CHENG; KALLIS; FEIFER, 2001).

Relativamente aos fatores sociais, económicos e culturais que influenciam a gestão do regime terapêutico, Bugalho e Carneiro (2004) referem que devem ser tidos em linha de conta, aspectos como a pobreza, o analfabetismo, o desemprego, a instabilidade habitacional, o suporte social, a rede de transportes e os custos da medicação, a longa distancia dos centros de tratamento e as crenças e costumes das pessoas.

Na categoria relativa à doença podemos considerar a estabilidade de sintomas ou a falta de sintomas evidentes, sobretudo nas doenças crónicas (como a HTA), a gravidade dos sintomas, a progressão da doença, a incapacidade gerada, a disponibilidade de terapêutica eficaz e a existência de patologias associadas podem também alterar a adesão à medicação (BUGALHO; CARNEIRO, 2004).

Relativamente à pessoa com doença crónica, pode considerar-se: a acessibilidade ao sistema de saúde, o nível de educação, o nível sócio-económico, a existência de outras doenças associadas, a falta de apoio social, fatores psicológicos, a dificuldade em entender as instruções dadas pelo profissionais de saúde e/ou crenças erradas acerca do tratamento e doença. O fato de tratar-se de uma doença pouco conhecida pelas pessoas acometidas do problema, não há suficiente acompanhamento da população para realizar um controle e/ou prevenção, fato que ocasiona a demora em buscar o diagnóstico e o tratamento, sendo esse procedimento mais comum em comunidades desfavorecidas, tanto urbanas como rurais, e naquelas geograficamente distantes e dispersas (FREIRE; VILAR; LIMA, [200-]).

Devido aos múltiplos fatores que contribuem para a baixa adesão ao regime terapêutico, é necessária uma abordagem multifatorial, uma vez que uma única

abordagem não será eficaz para todos os doentes (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005). Assim, compete aos serviços de saúde, identificar estes fatores e por via das equipas multidisciplinares, realizar um acompanhamento e atuação adequada, neste sentido.

A literatura reconhece a importância da equipa multiprofissional no cuidado à saúde dos idosos, pois a mesma pode influenciar positivamente na adaptação da doença e a efetivação da farmacoterapia. Na equipa, há múltiplos objetivos e abordagens com a ação diferenciada, corrigindo esta grande limitação no tratamento dos idosos, melhorando a adesão ao programa de atendimento e o controle da doença (TANAKA, 2003).

A adesão terapêutica significa relação colaborativa entre o paciente e os profissionais de saúde, podendo ser caracterizada pelo grau de coincidência entre prescrição médica e o comportamento do paciente (CHENG; KALLIS; FEIFER, 2001).

5.3 Promoção e educação em saúde no idoso hipertenso

Desde 1978, com a Declaração de Alma-Ata, que não fala expressamente de educação para a saúde, mas refere que para poder contribuir para a saúde, a população deve ter conhecimento sobre ela e a definição das metas de saúde para todos, realizaram-se a nível internacional várias conferências sobre a promoção da saúde, das quais resultaram documentos importantes que de certo modo orientaram a evolução da educação para a saúde (PALMEIRINHA, 2012).

As ações de educação em saúde visam fazer com que a população desperte para o real valor da saúde, estimulando-os a serem corresponsáveis pelo processo saúde-doença. Nessa perspectiva, a intervenção em saúde faz necessária como uma contribuição da promoção da saúde, como campo de conhecimento e de prática, para qualidade de vida. A educação em saúde é fundamental para as intervenções preventivas em âmbito comunitário particularmente no que se refere às doenças crônicas. Tais enfermidades, por sua alta prevalência e morbimortalidade, têm despontado como problema de saúde pública digno de políticas voltadas para a elaboração de programas educativos, os quais contemplem as reais necessidades dos indivíduos afetados, bem como, dos familiares e profissionais envolvidos (BRASIL, 2006).

A promoção da saúde em geral e a educação para a saúde em particular, devem ser então encaradas como tarefas de cidadania organizadas, em que se verifica a participação ativa dos cidadãos. São princípios da promoção da saúde a participação, empoderamento, a equidade e a sustentabilidade, abordagem holística, intersectorial, multiestratégica (PALMEIRINHA, 2012).

Se entendermos a promoção da saúde numa perspectiva abrangente, a mudança de estilos de vida e adopção de hábitos saudáveis correspondem à prevenção primária, numa abordagem holística. A adesão ao regime terapêutico, necessária para viver com a doença crónica, será outro aspecto da promoção da saúde que corresponde à prevenção terciária ou reabilitação e adaptação a uma nova condição de saúde, com recurso a estratégias de intervenção bem definidas e integradas (PALMEIRINHA, 2012, p.76).

O conceito de estratégia é considerado atualmente fundamental para qualquer organização. A estratégia gere a relação entre a instituição e o meio que a rodeia. Assim, as estratégias de intervenção incluem a educação, mais concretamente a educação para a saúde e que permitam à pessoa, enquanto agente intencional de comportamentos, baseados nos valores, crenças e desejos individuais, construir o seu projeto de saúde e exercer efetivamente o seu direito à autodeterminação (PALMEIRINHA, 2012, p.76).

Cada vez mais faz sentido, uma vez que grande parte da responsabilidade da promoção da adesão está do lado dos profissionais de saúde, que se devem questionar sobre a sua forma de comunicar e intervir na prestação de cuidados de saúde, que não devem alegar falta de tempo para discutir a adesão, as dificuldades de comunicação entre técnicos, e dificuldades no estabelecimento da relação terapêutica (PALMEIRINHA, 2012).

As estratégias utilizadas nas intervenções educacionais podem incluir o fornecimento de informação escrita, oral, através de meios audiovisuais, com intervenções individuais ou em grupo. Este tipo de abordagem reflete-se na melhoria de conhecimentos relativamente à doença e ao tratamento, permitindo a compreensão da necessidade de cumprimento do esquema proposto (BUGALHO; CARNEIRO, 2004).

Nas sociedades atuais, é cada vez mais evidente a importância que a informação assume. Neste sentido, dos programas e políticas de saúde vigentes têm emergido orientações estratégicas e intervenções necessárias em torno da gestão da informação e conhecimento (PALMEIRINHA, 2012).

Ante o exposto anteriormente, cabe aos profissionais da atenção básica atuar de maneira que os usuários possam se conscientizar em relação a sua saúde; percebe-se claramente a necessidade de criar ações específicas, que venha ao

encontro das necessidades e da fragilidade desta população. Criar um fluxo mais direcionado, com a finalidade de desenvolver um processo de educação em saúde possibilitando, assim, a modificação dos determinantes sociais de saúde/doença dessa comunidade. Há necessidade de se desenvolver estratégias e ações que visem à detecção prematura e controle permanente, assim como iniciativas que objetivem desenvolver o conhecimento das populações e de profissionais da saúde em relação ao impacto causado por esta doença em saúde pública. As ações de intervenção que busquem a prevenção e a promoção da saúde devem ser as propostas mais importantes (FREIRE; VILAR; LIMA, 2006).

Para a organização e o fortalecimento da atenção básica a saúde da família é uma estratégia fundamental. Os cuidados dispensados na atenção básica são complexos e precisam dar conta das necessidades de saúde da população, em nível individual e/ou coletivo, de forma que as ações influam na saúde e na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde da comunidade (FIGUEIREDO, 2013). Para efetivar essas ações, é necessário o trabalho de equipes multiprofissionais e o estabelecimento de vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade.

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 Identificação e Priorização do Problema

A equipe na discussão dos principais problemas identificados no diagnóstico situacional concordou como crítico: a alta incidência de pacientes idosos hipertensos descompensados que não cumprem com o tratamento médico, nem com as orientações gerais como consequência existe: um aumento das complicações da hipertensão, entre elas as Doenças Cardiovasculares (DCV), o aumento de invalidez e do número de internações hospitalares e a baixa qualidade de vida destes pacientes.

A não adesão ao tratamento é um problema multifatorial, influenciado por aspectos relacionados à idade (jovens ou idosos) sexo (homens e mulheres), doenças (crônica ou aguda), ao paciente (esquecimento, diminuição sensorial e problemas econômicos), problemas relacionados a medicamentos (custo, efeitos adversos reais ou percebidos, horário de uso) ou equipe cuidadora de saúde (envolvimento ou relacionamento inadequado).

A maioria dos nossos pacientes idosos hipertensos desconhece os riscos da enfermidade, até mesmo sobre o que é a doença, seus sintomas e importância do tratamento. Logo, não procuram o serviço para o controle adequado, revisões de rotina, análise dos medicamentos, acompanhamento com educador físico e nutricional e avaliação da pressão arterial, verificação dos níveis de glicemia e dos riscos para DCV. A maioria, por desconhecimento ou falta de interesse, apenas comparece à unidade a cada trimestre para renovação (sem avaliação médica) de receitas. Essas que muitas vezes se encontram ultrapassadas e/ou inadequadas.

Pela repercussão sobre a saúde destes pacientes decidimos realizar nosso projeto de intervenção para melhorar a adesão ao regime terapêutico, assim como ampliar a longevidade e melhorar a qualidade de vida de essa população.

6.2 Descrição e explicação do problema

A HAS se configura hoje como uma epidemia mundial, sendo um grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. Esta doença tem uma alta incidência em nossa área, particularmente em pacientes idosos. O atendimento se

incrementa todos os dias por essa causa como demonstram os dados do cadastro das famílias, fichas individuais e o controle de hipertensos.

Em nossa área a doença está muito relacionada com:

- Falta de conhecimento sobre a doença e educação insuficiente em HAS
- Pouca adesão dos pacientes ao tratamento dietético e mudanças de hábitos e estilos de vida
- Processo de trabalho, da ESF, inadequado para enfrentar o problema

As explicações para estes problemas estão relacionadas com:

- Não compreensão das prescrições e orientações dadas; devido a: baixo índice de escolaridade ou analfabetismo do paciente e seu cuidador, dificuldade dos pacientes e seus familiares para ler as receitas, prescrições com letras ilegíveis, orientações oferecidas de forma verbais pelos profissionais da saúde.

- Dificuldade para seguir as orientações: por falta de conhecimentos adequados do hipertenso, seu familiar ou cuidador. Orientações inexistentes e/o inadequadas para os pacientes. Prescrição de medicamentos que não podem ser comprados pelos pacientes. Mudança ou abandono do tratamento, pelos pacientes sem consultar o médico.

Diante deste problema as principais estratégias foram identificadas e discutidas pela equipe, consistem em:

- Realizar grupos operativos sobre educação em HAS, explicando aos portadores desta doença e familiares sobre o que ela significa suas causas, sintomas, diagnóstico, complicações, importância da adesão ao regime terapêutico, e avaliações médicas anuais. Os trabalhos serão desenvolvidos através de palestras, reuniões de grupos de apoio e da rede Hiperdia.
- Estratificar os hipertensos quanto aos riscos de DCV de acordo com o escore de Framingham. Assim, poderemos acompanhar os usuários de alto risco de forma mais frequente e próxima, rastrear, diagnosticar, tratar e prevenir agravos. Esta medida deve ser iniciada com o adequado cadastramento de hipertensos na área da unidade.
- Avaliar através do SIAB a adesão às consultas médicas após os grupos operativos e os resultados na prática quanto aos ensinamentos abordados.

- Capacitar os ACS e demais componentes da equipe de saúde, sobre o manejo adequado e uso racional do medicamento; educação continuada para todos.
- Esta intervenção tem base na atuação multidisciplinar da equipe de saúde integrando os profissionais e a comunidade no desenvolvimento das ações e na prática efetiva para melhoria da saúde e do bem estar geral dos pacientes e familiares.

Pretende-se com realização destas atividades educativas, monitoramento e acompanhamento dos hipertensos, diminuir os erros de administração e da baixa adesão terapêutica entre os idosos hipertensos.

6.3 Identificação e Seleção dos nós críticos

A identificação das causas de um problema é o ponto de partida para a sua solução ou controle. Através de uma avaliação detalhada é possível identificar entre as várias causas, quais devem ser atacadas de forma a impactar o problema principal e transformá-lo. Os nós críticos do presente plano de intervenção foram identificados pela equipe no seguinte quadro.

Quadro 1 - Seleção dos "nós-críticos" e suas justificativas relacionadas ao problema: não adesão ao regime terapêutico em idosos hipertensos na UBS de Ravena, Município de Sabará/MG.

Descrição dos "nós-críticos"	Justificativas
Desconhecimento sobre hipertensão arterial nos pacientes idosos e a população geral	A maioria dos pacientes possui um índice de alfabetização baixo, dificultando a compreensão das orientações dadas e do tratamento adequado. Muitas crenças e costumes da população influenciam nas suas atitudes, principalmente em relação à saúde.
Hábitos e estilos de vida desfavoráveis que favorecem o descontrole e a não adesão ao regime terapêutico	Estilo de vida seria a maneira de viver relacionados à adoção de hábitos, costumes, crenças e valores específicos, determinados principalmente pela consciência do indivíduo. A promoção de estilos de vida mais saudáveis proporciona ganhos em saúde e mais qualidade de vida, bem como, leva à melhoria da eficácia das terapêuticas. Melhorar a adesão ao regime terapêutico, principalmente no que diz respeito à adesão à atividade física e aos cuidados dietéticos, permitirá aumentar a eficácia do tratamento da HTA.

Uso incorreto dos medicamentos	Os idosos constituem a parte da população que apresenta maior prevalência de hipertensão arterial sistêmica e utiliza o maior número de medicamentos. Os fatores de adesão são complexos e multifatoriais, estando relacionados ao perfil sócio demográfico, ao paciente, ao relacionamento profissional de saúde/paciente, à doença, ao tratamento, ao sistema de saúde, ao uso de substâncias e à problemas sociais.
Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado para enfrentar o problema	Devemos organizar mais o trabalho em equipe, fazer bom acolhimento e ter ênfase em os principais problemas de forma ordenada. É necessário que as ações sejam mais direcionadas e em equipe. Temos que sistematizar o atendimento, buscando a prevenção e a eficácia no tratamento. Temos que estratificar aos pacientes de acordo com escore de Framingham para estratificar os hipertensos quanto aos riscos de DCV.

6.4 Desenhos das Operações

As ações relativas de cada “nós críticos” serão detalhadas nos Quadros 2 a 5.

Quadro 2 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema: não adesão ao regime terapêutico em idosos hipertensos na UBS de Ravena, Município de Sabará/MG.

Nó crítico 1	Desconhecimento sobre hipertensão arterial
Operação	Aumentar o nível de informação da população sobre a doença e os riscos com ênfases na população alvo (idosos hipertensos)
Projeto	Mais conhecimentos
Resultados esperados	Qualificar a equipe, especialmente aos ACS, para realização de ações educativas com foco em adesão ao regime terapêutico. População mais informada sobre HAS e, conseqüentemente, aumentar adesão ao tratamento e a demanda para avaliações médicas, a fim do controle das patologias citadas e redução dos riscos para DCV.
Produtos esperados	Campanha educativa sobre HAS Recursos humanos capacitados (ACS, cuidadores e líderes comunitários). Analisar o conhecimento da população sobre HAS antes e após os grupos operativos através de um questionário Avaliar através do SIAB a adesão da população alvo e os resultados na prática sobre os ensinamentos.
Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> • Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação • Organizacional: adequação de um espaço físico, recursos humanos (equipe de saúde da família, Núcleo de Apoio a Família) e equipamento (recursos audiovisuais)

	<ul style="list-style-type: none"> Político: articulação Inter setorial
Recursos críticos	<ul style="list-style-type: none"> Político: articulação com a Secretaria de Educação comunicação
Atores sociais/responsabilidades	Equipe de saúde da família Núcleo de Apoio à Família (NASF) Coordenadora da Atenção Primária Médico da equipe
Controle dos Recursos críticos/Viabilidade	Secretaria de Educação comunicação
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto para Secretaria Municipal de Saúde
Responsáveis	Coordenador da Atenção Primária e Médico da equipe
Prazo	Início três meses
Situação atual	Projeto em discussão
Acompanhamento e avaliação	Será acompanhada pela equipe de saúde e avaliada mensalmente

Quadro 3 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema: não adesão ao regime terapêutico em idosos hipertensos na UBS de Ravena, Município de Sabará/MG.

Nó crítico 2	Hábitos e estilos de vida desfavoráveis que favorecem o descontrole e a não adesão ao regime terapêutico
Operação	Viver com saúde
Projeto	Fazer mudanças nas formas, hábitos e estilos de vida desfavoráveis
Resultados esperados	Reduzir os fatores de risco fundamentais como alimentação não saudável, obesidade, sedentarismo, hábito de fumar, consumo de álcool.
Produtos esperados	<ul style="list-style-type: none"> Programa de educação e promoção de saúde, utilizando a mídia local. Ações sobre as famílias com alto risco de HAS e suas complicações. Ações para elevar a cultura sanitária da população. Ações de orientação saudável à população em geral.
Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> Organizacionais: coordenação de palestras a grupos de risco, visitas programadas a família de maiores dificuldades. Busca de hipertensos ausentes a consultas e grupo operacional. Cognitivo: estratégias de abordagem e comunicação. Políticos: articulação Inter setorial com as redes de ensino. Solicitação de espaço na emissora local. Econômico: recursos para a aquisição e reprodução de folhetos educativos e material didático de promoção de saúde.
Recursos críticos	<ul style="list-style-type: none"> Políticos: articulação Inter setorial com as redes de ensino. Solicitação de espaço na emissora local. Econômico: recursos para a aquisição e reprodução de folhetos educativos e material didático de promoção de saúde.
Atores sociais/responsabilidades	Prefeitura Municipal Secretaria de Saúde
Controle dos Recursos	Controla o gestor da secretaria de saúde motivado pelo

críticos/Viabilidade	projeto de intervenção
Ação estratégica de motivação	Apresentar o Projeto de saúde
Responsáveis	Médico e enfermeira da equipe de saúde, Equipe NASF
Prazo	Início 1 mês
Situação atual	Em andamento
Acompanhamento e avaliação	Será acompanhada pela equipe de saúde e avaliada mensalmente

Quadro 4 - Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema: não adesão ao regime terapêutico em idosos hipertensos na UBS de Ravena, Município de Sabará/MG.

Nó crítico 3	Uso incorreto dos medicamentos
Operação	Minha medicação e eu
Projeto	Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e familiares sobre o uso correto da medicação. Capacitação de equipe de saúde.
Resultados esperados	População alvo mais cooperativa com o tratamento. Família corresponsável pelo tratamento. Equipe com maior nível de conhecimento no uso da medicação.
Produtos esperados	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes familiares e cuidadores capacitados e conscientizados sobre a importância da medicação na HAS. • Protocolos elaborados para o uso no domicílio da medicação. • Equipe capacitada em medicamentos que os pacientes idosos hipertensos utilizam.
Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> • Organizacionais: para auxiliar a equipe nas atividades planejadas • Cognitivo: estratégias para incrementar os conhecimentos sobre o tema. • Políticos: para alcançar parceria da equipe de saúde, mobilização social e disponibilização de materiais. • Econômico: recursos para a aquisição e reprodução de folhetos educativos e material didático de promoção de saúde.
Recursos críticos	<ul style="list-style-type: none"> • Políticos: para alcançar parceria da equipe de saúde, mobilização social e disponibilização de materiais. • Econômico: recursos para a aquisição e reprodução de folhetos educativos e material didático de promoção de saúde.
Atores sociais/responsabilidades	Equipe de Saúde
Controle dos Recursos críticos/Viabilidade	Controla o gestor da secretaria de saúde motivado pelo projeto de intervenção
Ação estratégica de motivação	Não é necessária
Responsáveis	Médico da equipe
Prazo	Três meses para o início das atividades
Situação atual	Em andamento

Acompanhamento e avaliação	Será acompanhada pela equipe de saúde e avaliada mensalmente
----------------------------	--------------------------------------------------------------

Fonte: autoria própria (2016)

Quadro 5 - Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema: não adesão ao regime terapêutico em idosos hipertensos na UBS de Ravena, Município de Sabará/MG.

Nó crítico 4	Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado para enfrentar o problema
Operação	Implantar a linha de cuidado para idosos hipertensos incluindo os mecanismos
Projeto	Linha de cuidado
Resultados esperados	Cobertura do 100% dos pacientes hipertensos idosos Gestão da linha de cuidado implantada Acompanhar de forma mais próxima os pacientes de alto risco e evitar complicações/DCV. Bom controle com adequada estratificação.
Produtos esperados	Linha de cuidado para idosos hipertensos implantada Avaliação do risco dos pacientes (aplicar escala de Framingham) Recursos humanos capacitados Protocolos de recursos humanos capacitados
Recursos necessários	<ul style="list-style-type: none"> • Econômico: recursos audiovisuais e folhetos educativos • Cognitivo: elaboração do projeto de linha de cuidado e protocolos • Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais • Organizacional: adequação de fluxos (referência e contra referência)
Recursos críticos	<ul style="list-style-type: none"> • Econômico: recursos audiovisuais e folhetos educativos • Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais
Atores sociais/responsabilidades	Secretária de Saúde Equipe de saúde
Controle dos Recursos críticos/Viabilidade	Coordenadora da Atenção Primária
Ação estratégica de motivação	Avaliação dos resultados das operações
Responsáveis	Médico e enfermeira da equipe de saúde da família NASF
Prazo	Início em três meses e finalização em 12 meses
Situação atual	Programa de capacitação em elaboração
Acompanhamento e avaliação	Será acompanhada pela equipe de saúde e avaliada mensalmente

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A deficiência da adesão, entre os idosos portadores de hipertensão arterial, tem relação direta com uma multiplicidade de fatores extremamente complexos. A educação ao paciente e seus familiares pode proporcionar a conscientização quanto ao seu estado de saúde e à necessidade do uso correto dos medicamentos, tornando o tratamento mais efetivo e seguro e a maior interação entre os profissionais de saúde.

Aliás, a educação em hipertensão arterial trás impacto significativo no conhecimento da população em relação ao tema abordado. O que pode, a curto e longo prazo, melhorar o controle pressórico e, desta forma, reduzir as taxas de comorbidades, fatores de risco, morbimortalidade e custos para o sistema público de saúde, com melhor qualidade de vida para os mesmos.

Nesse contexto, a forma como os profissionais de saúde se relacionam com os pacientes hipertensos é um ponto chave para a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. É nesse sentido que a atuação da equipe multidisciplinar ganha destaque e sua contribuição mostram-se fundamental para a mudança de comportamentos, controle de patologias, adesão da clientela, prevenção, cura e reabilitação dos pacientes, principalmente com elevação da qualidade de vida.

Este estudo enfatiza a necessidade dos profissionais de saúde de desenvolverem ações educativas, assim como promover a importância do cumprimento do tratamento médico pelos pacientes com hipertensão para diminuir os problemas ocasionados pela doença.

REFERÊNCIAS

AIOLFI, C. R. et al. Adesão ao uso de medicamentos entre idosos hipertensos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 397-404, Jun 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000200397&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 ago. 2016.

ALENCAR, N. P.; PIERIN, A. M. G. O Controle da hipertensão arterial em publicações brasileiras. **Arq Bras Cardiol** 2013;v. 101, n.3, p.e65-e73.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. **Sabará, MG**. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/sabara_mg>. Acesso em: 21 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, N. 16: DIABETES MELLITUS**. Série A. Normas e Manuais Técnicos ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 56 p.

BUGALHO, A; CARNEIRO, A.V. **Intervenções para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crônicas**. (2004). Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência.

CHENG, J. W. M.; KALLIS, M. M.; FEIFER, S. Patient-reported adherence to guidelines of Sixth Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of high blood pressure. **Pharmacotherapy** 2001 July; 21(7):828-41.

CUSHMAN, W. C.; BLACK, H. R. Hypertension in the elderly. **Cardiol Clin** 1999; 17(1): 79-92.

DEEPASK: O mundo e as cidades através de gráficos e mapas. "**Analfabetismo: Veja taxa e número de analfabetos por cidade do Brasil**". 2013. Disponível em: <<http://www.deepask.com.br/goes?page=Confira-a-taxa-de-analfabetismo-no-seu-municipio>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

FIGUEIREDO, E.N. A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS. 2013. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade_05/unidade05.pdf> Acesso: 21 jun 2017.

FREIRE, M. T. M.; VILAR, G.; LIMA, E. J. **A promoção da saúde coletiva com ênfase na hipertensão arterial a partir de uma abordagem multidisciplinar**. 2006. Disponível em: <http://www.comunicasaude.com.br/revista/05/artigos/artigo_teresa-freire.pdf> Acesso: 15 maio 2016.

GUIRADO, A. M. Knowledge and adherence to antihypertensive therapy in primary care: results of a randomized trial. **Gac Sanit** 2011;v. 25, n. 1, p.62-67.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **CIUDADES@**. 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=315670&search=min-as-gerais|sabara|infograficos:-informacoes-completas>>. Acesso em: 22 ago. 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios no Brasil 2000**. Rio de Janeiro; 2002. 97 p.

JOBIM, E.F.C. Hipertensão Arterial no Idoso: Classificação e Peculiaridades. **Rev Bras Clin Med**, 2008; v. 6, n. 6, p.250-253.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad Saúde Pública** 2003; v. 19, n. 3, p. 861-66.

LESSA, I. et al. Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA)- Brasil. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.87, n.6, p.747-59, 2006. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/abc/v87n6/11.pdf>>. Acesso: 15 jun. 2016.

LOPES, M. C. L. et al. O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2008;v. 10, n.1, p.198-211. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a18.htm>>. Acesso em: 01 jun. 2016.

LÚCIO, C. W. F. **Desigualdade Social Índice de Gini**. 2013. Disponível em: <<http://desigualdade-social.info/indice-de-gini.html>>. Acesso em: 11 jun. 2016.

MACEDO, S. A. **Hipertensão em Idosos**. 2011. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/envelhecimento/hipertensao-em-idosos-3/>>. Acesso: 01 set. 2016.

MEU MUNICÍPIO. **SABARÁ**. . [200-]. Disponível em: <<http://www.cidade-brasil.com.br/municipio-sabara.html>>. Acesso em: 06 jun. 2016.

MIRANDA, R. D. et al. Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. **Rev Bras Hipertens** vol 9(3): julho/setembro de 2002 p.293-300.

NOVARTIS. **Adesão ao Tratamento**. Disponível: <http://www.novartis.com.br/_saude/Apoio/adesao.shtml> 2015. Acesso em: set. 2016.

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. Adherence to medication. **N Engl J Med**. 2005 Aug 4;353(5):487-97.

PALMEIRINHA, P. A. P. **Viver com Hipertensão Arterial e Adesão ao Regime Terapêutico Intervir para Prevenir**. 2012. Disponível: <<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/3939/1/Viver%20com%20HTA%20e%20Ades%C3%A3o%20ao%20Regime%20Terap%C3%AAutico%20-%20Final.pdf>> Acesso: 1 set 2016.

PNUD. PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (Estados Unidos). **Informe sobre desarrollo humano 2011. Sostenibilidad y**

equidad: Un mejor futuro para todos. Nueva York: Mundi-prensa, 2011. 201 p. Disponível em: <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2011_es_complete.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2016

PNUD. PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD) (Brasil). **Ranking IDHM Municípios 2010.** 2013. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/Ranking-IDHM-Municipios-2010.aspx>>. Acesso em: 09 jul. 2016

PREFEITURA DE SABARÁ (MG). **Sabará.** 2016. Disponível em: <<http://www.sabara.mg.gov.br/portal/index.php/2014-12-03-18-48-15>>. Acesso em: agosto. 2016.

PREFEITURA DE SABARÁ (MG). Secretaria de Educação. 2015. **PLANO MUNICIPAL DECENAL DE EDUCAÇÃO 2015/2025.** Disponível em: <<http://www.sabara.mg.gov.br/docs/plano%20decenal%203%20-%20segunda%20revis%C3%A3o%20-%20finalizado.pdf>>. Acesso em: 09 ago. 2016

ROSENFELD, S. Prevalence, associated factors, and misuse of medication in the elderly: a review. **Cad Saúde Pública** 2003 Mai-June; v. 19, n. 3, p.717-24.

SIAB. Sistema de Informação da Atenção Básica. **Situação de Saneamento oriundos do Sistema de Informação da Atenção Básica. Famílias com abastecimento de água: Veja número de domicílios com rede pública, poço ou nascente por cidade do Brasil.** 2014. Disponível em: <<http://www.deepask.com/goes?page=Confira-o-abastecimento-de-agua-no-seu-municipio---rede-publica-poco-ou-nascente>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

SIABa. Sistema de Informação da Atenção Básica. **Situação de Saneamento oriundos do Sistema de Informação da Atenção Básica. Famílias com saneamento: Veja número de domicílios com rede pública, fossa e esgoto a céu aberto por cidade do Brasil.** 2014. Disponível em: <<http://www.deepask.com/goes?page=Confira-os-indicadores-de-saneamento-no-seu-municipio---rede-de-esgoto-fossa-a-ceu-aberto>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

SIABb. Sistema de Informação da Atenção Básica. **Situação de Saneamento oriundos do Sistema de Informação da Atenção Básica. Famílias com coleta de lixo: Veja número de domicílios atendidos, com lixo a céu aberto, queimado ou enterrado por cidade do Brasil.** 2014. Disponível em: <<http://www.deepask.com/goes?page=Confira-a-coleta-de-lixo-no-seu-municipio---lixo-coletado-a-ceu-aberto-queimado-ou-enterrado>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

SILVA, L. O. L. et al. "Tô sentindo nada": percepções de pacientes idosos sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Physis: Revista de saúde coletiva.** 2013;23(1):227-242.

SOUZA, F. D. C. **Escrevendo e Normalizando Trabalhos Acadêmicos.** Um guia Metodológico. /2 ed-Florianópolis. Editora da UFSC, 2001. Disponível em: <<http://pesquisabibliografica.vilabol.uol.com.br/conceito.html>>. Acesso em: 11 maio. 2016.

TANAKA, M. Multidisciplinary team approach for elderly patients. **Geriatr Gerontol Int** 2003 March; 3:69-72.

TELLES-CORREIA, D. et al. Validação do Questionário Multidimensional da Adesão no Doente com Transplante Hepático. 2008. **Acta Médica Portuguesa**. 21(1):31-36.

TURK, C.; MEICHENBAUM, D. Adherence to Self-Care Regimens: The Patient's Perspective. In: SWEET, J. J.; ROZENSKY, R. H.; TOVIAN, S. M. – **Handbook of Clinical Psychology in Medical Settings**. New York: Plenum Press, 1991. Cap. 15.

VIEIRA, L.B.; CASSIANI, S.H.B. Avaliação da adesão medicamentosa de pacientes idosos hipertensos em uso de polifarmácia. 2014. Disponível em: <<http://www.onlineijcs.org/sumario/27/27-3/artigo7.asp>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

WHITWORTH, J. A. 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. **Journal of Hypertension**, 21 (11), 1983-1992.

WILLIAMS B. The year in hypertension. **JACC**. 2010;v. 55, n. 1, p.66-73

WHO. World Health Organization. **Active Ageing – A Policy Framework**. A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging. Madrid, Spain, April, 2002. 60 p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2016.

WHO. World Health Organization. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Genebra; 2003. 16 p. Disponível em: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_introduction.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2016.