

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

RAUL HIDALGO GARCIA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AMPLIAR A ADESÃO TERAPÊUTICA
ANTI-HIPERTENSIVA EM UMA UNIDADE DO PROGRAMA SAÚDE DA
FAMÍLIA DO MUNICÍPIO SÃO JOSÉ DO DIVINO**

TEÓFILO OTONI – MINAS GERAIS

2015

RAUL HIDALGO GARCIA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AMPLIAR A ADESÃO TERAPÊUTICA
ANTI-HIPERTENSIVA EM UMA UNIDADE DO PROGRAMA SAÚDE DA
FAMÍLIA DO MUNICÍPIO SÃO JOSÉ DO DIVINO**

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

**Orientadora: Profa. Dra. Márcia dos Santos
Pereira**

TEÓFILO OTONI – MINAS GERAIS

2015

RAUL HIDALGO GARCIA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AMPLIAR A ADESÃO TERAPÊUTICA
ANTI-HIPERTENSIVA EM UMA UNIDADE DO PROGRAMA SAÚDE DA
FAMÍLIA DO MUNICÍPIO SÃO JOSÉ DO DIVINO**

Banca examinadora

Profª Drª Matilde Meire Miranda Cadete- orientadora

Prof.....

Aprovado em Belo Horizonte,2015

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) ocupa lugar de destaque no contexto da transição epidemiológica e constitui um dos principais fatores de risco para o aparecimento das doenças cardíacas. O controle da HAS está diretamente relacionado ao grau de adesão do paciente ao regime terapêutico. Este estudo objetiva estimular a adesão ao tratamento anti-hipertensivo de pessoas acompanhadas, na unidade de saúde de São José do Divino- MG. Foi realizado um estudo com oficinas mensais entre hipertensos acompanhados e cadastrados nesse PSF, no período de janeiro a junho de 2015, na Unidade Básica de Saúde Carmelita Francisca de Oliveira, situada no município de São José do Divino/MG. O município estudado situa-se no Vale do Mucuri, Leste de Minas Gerais, 454 quilômetros da Capital Mineira – Belo Horizonte. A Hipertensão Arterial Sistêmica se mostra na maior parte do seu curso assintomática. Dessa forma, o diagnóstico e o tratamento são frequentemente negligenciados, por parte do paciente, somando-se a isso, a baixa adesão ao tratamento prescrito. Esses são os principais fatores que determinam um controle muito baixo dos níveis da pressão arterial aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e o maior acesso aos medicamentos. Com os dados, espera-se estimular os hipertensos dessa Unidade de Saúde à adesão ao tratamento. O processo metodológico se dará com a realização de oficinas temáticas, estimulando o tratamento anti-hipertensivo entre os usuários da Unidade Básica de Saúde e desenvolvendo ações direcionadas ao tratamento dos hipertensos.

Palavras-chave: Hipertensão; Terapia; Pressão Arterial.

ABSTRACT

Systemic hypertension (SH) occupies a prominent place in the context of epidemiological transition and it is a major risk factor for the onset of heart disease. The control of hypertension is directly related to the degree of membership of the patient to the treatment regimen. This study aims to stimulate the antihypertensive treatment on people followed in a specific unit of health, in São José do Divino - MG. It will be made a study by workshops and accompanied with hypertension enrolled in PSF during the period January to June 2015 at the Basic Health Unity Carmelita Francisca de Oliveira, municipality of São José do Divino / MG. That city is established in Mucuri Valley, 454 kilometers from the state capital – Belo Horizonte. The Systemic Arterial Hypertension shows itself in its asymptomatic course. By this way, the diagnostic and treatment are frequently neglected, and its made by the patient, plus it, low adherence to the prescribed treatment. These are the most important problems which determinate a control, that is, the low levels of blood pressure to the normal levels, despite of the formal protocols and medical prescriptions. The data is expected to stimulate the Hypertensive Unit of Health to treatment. The methodology will be given to thematic workshops to stimulate the antihypertensive treatment among users of the Basic Health Unit Carmelita Francisca de Oliveira. It is encouraging that hypertensives Health Unit adherence to treatment and, then, developing activities that encourage the adherence to treatment of the hypertension.

Key words: Hypertension; Therapy; Blood Pressure.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	02
2 JUSTIFICATIVA	11
3 OBJETIVOS	12
4 METODOLOGIA	13
5 REVISÃO DA LITERATURA	17
6 PLANO DE AÇÃO	22
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	33

1. INTRODUÇÃO

O município de São José do Divino situa-se na região VII do Rio Doce, leste de Minas Gerais, e está a 454 Km da Capital Mineira – Belo Horizonte. A população do Município corresponde a 3.737mil habitantes. As principais atividades econômicas são a pecuária e a agricultura de subsistência. A maioria da população vive em boas condições, porém tem baixo nível sócio econômico. As principais fontes de emprego são a Prefeitura Municipal, a Cooperativa dos Produtores Rurais, a Escola Estadual e o comércio local. A cidade não possui indústria e o comércio emprega poucos. Sendo assim, há um alto índice de desemprego com grande migração de mão de obra jovem para outras cidades, estados e países.

Em 1940, São José do Divino já era um povoado formado de oito casebres, cercados de matas e brejos, onde localiza-se atualmente o centro da cidade. O povoamento se deu através de pessoas que vieram da Bahia e do norte mineiro a procura de um clima melhor e de riquezas naturais.

São José do Divino foi evoluindo e hoje é composta por vários bairros: Machados, Pinche, Pedrinha, Procópio, Pedra Riscada, Remédios, Vazante Seco e Herculanos, sendo todos atendidos por agentes comunitários de saúde. Podemos identificar que Machados é um bairro com bares, uma unidade de saúde, uma Escola Municipal, uma igreja Católica e uma Igreja da Assembleia de Deus.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística(2010), São José do Divino integra a Mesorregião Vale de Rio Doce e a Microrregião de Governador Valadares e faz divisa com os municípios de Nova Modica, São Felix de Minas e Itabirinha. Situado a 340 metros de altitude, integra uma área de 328,724 km². Possui uma vegetação caracterizada com cerrado e mata atlântica e uma Densidade demográfica de 11,6/km². Com altitude de 340 m, latitude: 18° 36' 32" Sul e clima tropical (IBGE, 2010).

Dados do Censo demográfico e apresentados no Quadro 1, informam que São José do Divino possui uma população urbana de 2.516 habitantes, população rural de 1.211 habitantes e número aproximado de 1.171 famílias distribuídas

em 625 domicílios particulares; com Índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,658 e renda per capita: R\$ 544,00 .

Quadro 1 – Aspectos Demográficos

Município: São José do Divino										
Total da População: 10.826										
No de indivíduos	-1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-39	40-59	+60	Total
Área Rural	19	83	117	153	141	551	97	103	195	1211
Área Urbana	39	154	224	252	234	758	158	172	251	2516
Total	58	237	341	405	375	1309	255	275	446	3727

Fonte: Registro escrito da secretaria municipal de São José do Divino.

As principais atividades econômicas de São José do Divino, concentram-se nas áreas de comércio e agricultura. Desse modo, em sua maioria a população se constitui por produtores rurais, pedreiros e outros trabalhadores que atuam na confecção de artigos do vestuário, acessórios, produtos alimentícios, bebidas e fabricação de produtos têxteis (SECRETARIA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO DIVINO, 2015).

Com uma taxa de crescimento anual de 2% ao ano, densidade demográfica de 11,76 hab./km² e taxa de escolarização de 76.5% em São José do Divino, a maior proporção de habitantes extremamente pobres, encontra-se nos Bairros Machado, Procópio, Pinches e Pedra Riscada. De acordo com a Fundação João Pinheiro e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o índice de pobreza extrema nessas localidades corresponde a 23,35% da população total do município. (2010)

Segundo dados da COPASA, São José do Divino possui abastecimento de 82,07% de água tratada e recolhimento de 81,09 % esgoto por rede pública: segundo dados da COPASA são recolhidos por rede pública. (2010)

Em São José do Divino, como previsto nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e Estratégia Saúde da Família (ESF), o acesso da população aos serviços, inicia-se pelas Unidades Básicas. Nestas unidades, os usuários recebem os primeiros atendimentos e orientações para prevenção e tratamento de doenças. Para isso, há programas direcionados à Hipertensão e Diabetes, Tuberculose e Hanseníase, Saúde do Idoso, Saúde da Mulher e Gestantes, Crianças, Assistência Farmacêutica, Saúde Mental e Saúde Bucal.

Por meio desses programas e da atuação da equipe médica, farmacêutica, de enfermagem e de assistência social e ainda pelos agentes comunitários, são desenvolvidas as ações de promoção e recuperação da saúde.

A Estratégia de Saúde da Família está incluída na atenção básica e presente em 100% das unidades. Cada equipe de saúde da família fica responsável por atender uma população de 2.500 a 3.000 usuários, em um território definido na cidade, diagnosticando os principais problemas de saúde das comunidades e traçando estratégias específicas para todas as regiões.

A abordagem do usuário é realizada dentro da família e da comunidade por uma equipe interdisciplinar. Anteriormente à criação da ESF no município, se deu a atuação dos agentes comunitários. A equipe é composta por médico generalista, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e de seis a oito agentes comunitários de saúde. Para pessoas que vivem com sofrimento mental é oferecido atendimento e acompanhamento através dos Centros de Referência em Saúde Mental (Cersams).

São José do Divino possui especialistas de diversas áreas, atendendo demanda de especialidades que são encaminhadas por meio das UBS e agendadas através da Diretoria de Regulação. Assim, oferece as seguintes especialidades:

- Cardiologia adulto e infantil;
- Endocrinologia;
- Gastroenterologia
- Ginecologia;
- Cirurgia;
- Reumatologia;

➤ **Nutrição;**

Os atendimentos de urgência e emergência são oferecidos através do encaminhamento aos hospitais de Itambacuri, Teófilo Otoni e Governador Valadares. O Serviço Móvel de Urgência – SAMU, realiza atendimento de emergências em todos os bairros da cidade. O atendimento é realizado por um médico regulador que dá as primeiras orientações pelo telefone e envia uma equipe com a ambulância se necessário. Este serviço funciona 24 horas por dia.

A comunidade possui diversos aglomerados. Muitos moradores vivem em casas cedidas pelo Estado. A comunidade possui duas escolas, uma creche e sete igrejas. 99% das famílias possuem energia elétrica (CEMIG). A prestadora de água tratada é a COPASA; 13% das casas não recebem água tratada. A prestadora de telefonia predominante é a Oi.

Há uma agência dos Correios na Regional, localizada no Bairro Centro, que presta serviços para toda a região.

A Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Francisco Carmelita de Oliveira, situa-se na Avenida Industrial, centro de São José do Divino.

Conforme apresentado no quadro 2, fazem parte da equipe de saúde os seguintes profissionais:

Quadro 2: Recursos Humanos

PROFISSÃO	QUANTIDADE	HORÁRIO DE TRABALHO
Médicos de Saúde da Família	1	07:00 às 16:00
Enfermeiros	1	07:00 às 16:00
Técnicos de Enfermagem	1	07:00 às 16:00
Auxiliar de enfermagem	1	07:00 às 17:00
Agentes de Saúde	6	07:00 às 17:00

O Conselho de Saúde, que tem como função atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive,

aspectos econômicos e financeiros; é composto por 4 membros efetivos, sendo, um representante dos usuários, dois representante dos trabalhadores e um representante dos gestores e prestadores de serviços. O Conselho tem caráter deliberativo, ou seja, ele tem poder de decidir sobre a saúde pública no município de São José do Divino, conforme esta previsto na lei Federal 8.142/90, que normaliza e participação da sociedade na saúde.

No município existem ainda os Conselhos Regionais de Saúde, representados por quatro conselheiros eleitos e empossados conforme legislação municipal, atuando com o compromisso ético com a saúde pública. Em São José do Divino os principais investimentos a serem realizados são a melhoria e ampliação da infraestrutura do setor e compra de equipamentos.

2 - JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica constitui um problema de saúde no Brasil, considerando-se um dos fatores de risco para o aparecimento das doenças cardíacas e cerebrais, sendo seu controle muito importante para evitar complicações deste tipo. Em nosso Município existe uma alta prevalência de hipertensão arterial e na Unidade Básica Carmelita Francisca está concentrada a maioria dos hipertensos do município, contabilizando 555 pacientes em idades de 30-60 anos.

Mediante as consultas pode-se observar a dificuldade na manutenção da pressão arterial em níveis adequados nos pacientes hipertensos, o que pode estar relacionado à não adesão ao tratamento médico.

Tendo em vista o aumento crescente do número de pacientes hipertensos em nossa UBS e, sendo ademais uma doença com possibilidade de controle, o que pode reduzir as complicações dos pacientes, esse estudo permitirá que se faça uma melhor programação de ações de saúde para a abordagem desse problema. As equipes de Saúde da Família têm papel fundamental na implementação do atendimento, por meio da criação de vínculos entre os profissionais e a comunidade, promovendo, assim, nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, buscando prestar assistência de acordo com as reais necessidades dessa população, identificando fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada (ROSA, LABATE, 2005).

A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que o nível local tem recursos humanos e materiais para fazer esse projeto de intervenção, portanto a proposta é viável.

3- OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Propor um projeto de intervenção com vista a elevar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo na UBS Carmelita Francisca do Município São José do Divino.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Buscar os pacientes hipertensos cadastrados na UBS e identificar as pessoas com dificuldade da adesão ao tratamento anti-hipertensivo.
- Identificar os fatores que interferem na baixa adesão ao tratamento destes pacientes.
- Desenvolver ações educativas para os pacientes hipertensos considerando os fatores que influenciam para adesão.

4-METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do plano de intervenção será utilizado o método do Planejamento Estratégico Situacional–PES conforme os textos da sessão 1 do módulo de iniciação científica e sessão 2 do módulo de planejamento e uma revisão narrativa da literatura sobre o tema. Os descritores utilizados foram *Hipertensão Arterial Sistêmica*, *Estratégia de Saúde da Família* e *Regime Terapêutico* nas bases de registro de bibliografias eletrônicas disponíveis: *Literatura Latino-Americana e do Caribe (LILACS)*; *MEDLINE. Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*; *IBECS. Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde*.

4.1 Cenário De Intervenção (*Locus* do Estudo)

A investigação teve como *locus* uma instituição pública de saúde (Unidade Básica de Saúde Carmelita Francisca de Oliveira) pertencente à Secretaria da Saúde do Município de São José do Divino - MG, especializada em atendimento ambulatorial de nível primário à pessoa com hipertensão arterial sistêmica. A área de abrangência da UBS é responsável pela cobertura de 1.048 famílias, 3.834 pessoas, contendo 350 hipertensos cadastrados. Dentre os hipertensos cadastrados, 75% são do sexo feminino e 25% do sexo masculino.

Quanto à opção do estudo na referida instituição pública, deu-se, como citado, em virtude de essa ser referência no tratamento da hipertensão arterial e diabetes mellitus no município referido, atuando na atenção à saúde como rede primária, assim como possuir equipe multiprofissional que objetiva assistir essa clientela. A equipe multiprofissional é formada por enfermeiras, médicos, odontólogos, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos e fisioterapeutas.

Na instituição, direcionamos nossa pesquisa ao setor denominado de leito-dia, o qual destina seu atendimento a clientes que apresentam quadros clínicos de crise hipertensiva durante sua consulta ambulatorial. A estrutura física do setor é composta por sete cadeiras-leito, onde os clientes são medicados e

permanecem com monitorização da pressão arterial, por até um dia, acompanhado por médicos e enfermeiras. O funcionamento da unidade ocorre das 07:00 às 17:30 horas , de segunda a sexta-feira, exceto feriados.

Durante esse acompanhamento, de acordo com os níveis de pressão arterial, é adotada a conduta mais apropriada. Se os níveis monitorizados voltarem a apresentar valores classificados normais, os clientes recebem alta do leito-dia e são encaminhados para agendamento de nova consulta ambulatorial. Caso contrário, quando a pressão arterial ou o nível glicêmico do cliente em observação permanecem em níveis que ponham em risco sua vida, ele é referenciado para possível internação em hospital da rede pública.

O Programa de hipertensos desenvolvido na Unidade de Saúde de São José do Divino tem como objetivo o acompanhamento sistematizado dos pacientes hipertensos, visando ao manejo adequado da HAS. As atividades previstas no programa são o cadastro dos pacientes, a distribuição de medicamentos e o atendimento individual, ou em grupo, mensal. Nesse Programa estão incluídos pacientes adultos hipertensos de ambos os sexos, a maioria com idade superior a 50 anos, de diferentes raças e com variadas crenças religiosas e situações conjugais.

4.2 Estratégia De Avaliação Da Intervenção

Para seleção, adotou-se como critérios de inclusão: pacientes de ambos os sexos que apresentaram diagnóstico médico de hipertensão arterial primária há mais de um ano e que estavam cadastrados e acompanhados no programa de hipertensão da unidade e ainda estavam conscientes e orientados. Não houve recusa dos pacientes em participar do estudo.

A intervenção foi realizada por meio de Oficinas temáticas com os Hipertensos cadastrados e acompanhados no PSF. As oficinas ratificavam as recomendações da literatura e das próprias necessidades para estimular a adesão dos hipertensos. A primeira oficina foi realizada em janeiro de 2013. O planejamento e a realização das mesmas e as demais atividades com o grupo de hipertensos contou com a parceria dos ACS's e dos Auxiliares de enfermagem.

As oficinas levaram ao público-alvo informações essenciais sobre a hipertensão arterial, objetivando explicar a fisiopatologia e conscientizar sobre a importância da adesão ao tratamento anti-hipertensivo e sobre a adoção de estilos de vida mais saudáveis e foram realizadas mensalmente com os seguintes temas:

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

Material utilizado nas oficinas: Retroprojektor, transparências e outros recursos cabíveis; cartazes informativos a respeito da hipertensão, suas causas e complicações; painéis com fotos ilustrativas; esfigmomanômetro e estetoscópio próprios.

Método: dinâmicas de grupo; apresentação dos principais grupos alimentícios relacionados com o problema da hipertensão arterial.

Tivemos a preocupação de adaptar as atividades e orientações para o contexto de nossa população, respeitando crenças, valores, limitações e desejos dos participantes. O plano de cuidados foi usado durante o ciclo das oficinas. Foram feitos cartazes com o objetivo de informar e orientar os hipertensos de forma clara, objetiva e ilustrativa. Foram utilizados também álbuns seriados, que apresentam relação metodológica ilustrativa visando facilitar a transmissão e a interação entre o educador e o educando. As palestras foram realizadas na sala de educação em saúde da Unidade Básica de Saúde

5- REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

Anualmente morrem 7,6 milhões de pessoas no mundo devido às conseqüências da hipertensão. Segundo dados do Boletim Global de Doenças relacionados à Hipertensão, cerca de 80% dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento como o Brasil, sendo que mais da metade das vítimas têm entre 45 e 69 anos. A doença ainda é responsável, segundo o documento, por 54% de todos os casos de acidente vascular cerebral e 47% dos casos de infarto, fatais e não fatais, no mundo inteiro. Na última década, a hipertensão fez mais de 70 milhões de vítimas fatais (NOBRE, 2010).

Como asseverado por determinados autores, a hipertensão arterial pode ser resultado da atividade aumentada do sistema nervoso simpático ligado à disfunção do sistema nervoso autônomo, e/ou de acréscimo na função do sistema renina-angiotensina-aldosterona, resultando em expansão do volume de líquido extracelular e resistência vascular sistêmica elevada. Pode ser resultado, ainda, da reabsorção renal de sódio, cloreto e água, ligada a uma variação genética, nas vias pelas quais o rim manuseia o sódio; ou da vasodilatação diminuída das arteríolas relacionada à disfunção do endotélio vascular e/ou da resistência à ação da insulina (SMELTZER, BARE, 2002).

Para se identificar a hipertensão, a única forma possível é mediante a verificação da pressão arterial. Entretanto isto geralmente não ocorre, e a maioria dos clientes hipertensos só procura orientação médica e/ou de enfermagem quando se manifesta algum sintoma da doença.

Com base nesse princípio, faz-se necessário recomendar a verificação da pressão arterial da população em geral, pelo menos uma vez ao ano, pois,

desse modo, a doença poderá ser diagnosticada precocemente, evitando-se sua descoberta repentina, após alguma complicação instalada (BRASIL, 2001).

Por ser uma doença considerada de caráter multigênico e multifatorial, a hipertensão arterial, quando não tratada adequadamente, acarreta danos no organismo, principalmente em órgãos-alvo como o coração, vasos, rins e cérebro.

Existem critérios para a classificação dos níveis pressóricos. Entre esses critérios, mencionamos os definidos pela VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010). De acordo com essas diretrizes, a classificação dos níveis pressóricos, em pessoas adultas acima de 18 anos, apresenta-se como demonstrado no quadro a seguir:

Quadro 3 – Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos)

Classificação	Pressão sistólica (mmhg)	Pressão diastólica (mmhg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe*	130 – 139	85 – 89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Sistólica isolada	≥ 140	< 90

Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

* Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura.

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2010.

As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010), advertem sobre a verificação dos níveis tensionais nas pessoas hipertensas durante as consultas. Como recomendam os pesquisadores, na primeira avaliação, as medidas devem ser obtidas em ambos os braços e, em caso de diferença, utilizar-se como referência sempre o braço com o maior valor para

as medidas subsequentes. O indivíduo deverá ser investigado para doenças arteriais se apresentar diferenças de pressão entre os membros superiores maiores de 20/10 mmHg para as pressões sistólica/ diastólica, respectivamente (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

Em resumo, o diagnóstico da hipertensão arterial depende, exclusivamente, dos seus níveis pressóricos. Com base nesses dados, reforça-se a necessidade da verificação da pressão arterial pelo menos uma vez no ano para aquelas pessoas consideradas normais. Para aquelas cujos níveis tensionais encontram-se na faixa limítrofe recomenda-se serem avaliados em um intervalo menor de tempo; aqueles já classificados como hipertensos devem ser acompanhados ambulatorialmente para início, o mais breve possível, da terapêutica anti-hipertensiva.

5.2 Antecedentes Da Adesão Ao Tratamento Anti-Hipertensivo

De acordo com os artigos analisados sobre o tema adesão ao tratamento anti-hipertensivo, vários fatores antecedentes foram apontados e que se podiam relacionar ao paciente. Alguns diziam respeito às variáveis sociodemográficas, outros ao conhecimento e/ou crenças do paciente sobre a HAS, e outros, ao apoio familiar e social.

O conhecimento e as crenças que os hipertensos têm sobre a doença constituem importantes antecedentes para o entendimento da adesão ao tratamento anti-hipertensivo, sendo fundamental nesse processo a percepção que os pacientes têm acerca da doença. Marcon *et al.* (1995), afirmam que, para uma decisão específica de saúde ser tomada é necessário que o indivíduo perceba a doença como ameaça.

Em se tratando da HAS, há uma problemática: essa doença que na maioria das vezes é assintomática e os pacientes não a encaram como um problema de saúde que necessite de tratamento.

Essa questão é abordada por Sarquis *et al.* (1998), ao apontar que a ausência de sintomas contribui de forma marcante para a não adesão ou para o abandono do tratamento. Chor desde 1988 ressalta a dificuldade de convencer

o paciente, muitas vezes assintomático, de que ele é doente e que necessita de tratamento(CHOR,1988).

O apoio familiar e social também foi percebido como um evento antecedente da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Na visão de Araújo *et al.* (1998), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) provoca limitações no estilo de vida não somente do hipertenso, como também no estilo de vida dos outros elementos do núcleo familiar, pois a alteração na saúde de um dos membros da família acaba por provocar mudanças no todo, devendo-se incluir o grupo familiar no contexto do tratamento e acompanhamento dos hipertensos.

Na visão de Araújo *et al.* (1998):

A HAS Provoca limitações no estilo de vida não somente do hipertenso, como tambémno dos outros elementos do núcleo familiar. A alteração na saúde de um dos membros da família acaba por provocar mudanças no todo, devendo-se incluir o grupo familiar no contexto do tratamento e do acompanhamento dos hipertensos (ARAÚJO *et al.*,1998, p.189).

Em pesquisa realizada por Castro e Car (2000), comprovou-se que as modificações no estilo de vida relacionaram-se à presença de sintomatologia, à compreensão dos doentes sobre a doença e ao impacto desta em suas vidas. Para as autoras, o enfrentamento da cronicidade da HAS envolve, entre outros aspectos, a compreensão do seu significado, de acordo com as concepções do hipertenso sobre saúde-doença.

No estudo realizado por Kyngäs e Lahdenperä (1999), sintomas de pressão alta foram referidos por 61% das mulheres e 29% dos homens; dentre os hipertensos que referiram sintomas, 71% reduziram o sal da dieta, enquanto apenas 7% dos que não referiram sintomas seguiam a recomendação. Svensson *et al.* (2000), verificaram que alguns dos pacientes que se declararam não aderentes acreditavam ser a HAS uma condição intermitente, que só precisava de tratamento na presença de sintomas.

Os fatores ligados ao paciente que interferem no processo de adesão podem estar relacionados às características biossociais como idade, sexo, raça, escolaridade, nível socioeconômico, ocupação, estado civil, religião, crenças de saúde, hábitos de vida e aspectos culturais (MION, 2006).

5.3 Modelo do Processo de Adesão ao Tratamento Anti-Hipertensivo

A figura 1 apresenta uma análise conceitual do processo de 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 (ARAUJO e GARCIA, 1998).

Figura 1 – Modelo teórico do processo de “Adesão ao tratamento anti-hipertensivo”.

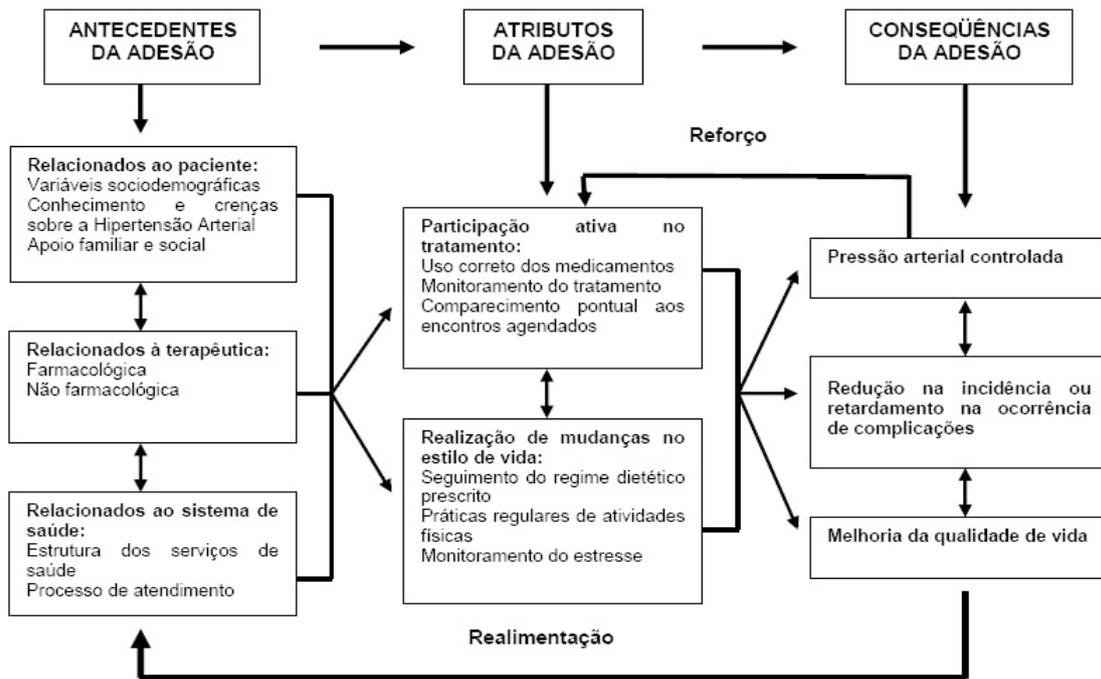


Figura 1. Modelo teórico do processo de “Adesão ao tratamento anti-hipertensivo” (ARAUJO e GARCIA, 1998).

6- PLANO DE AÇÃO

A Promoção da Saúde e a prevenção de agravos têm sido focalizadas como eixos fundamentais na Estratégia Saúde da Família (ESF). Neste sentido, o presente trabalho vem sendo incorporado pela equipe como uma estratégia para o alcance desses objetivos.

No entanto, a implementação dessa prática assistencial configurou-se como um desafio no cotidiano do trabalho da equipe. Torna-se, portanto, fundamental que os encontros não se reduzam à mera transmissão de informações ditas pelos detentores do saber para quem não sabe, onde os participantes assumem a posição de espectadores passivos.

Cardoso *et al.* (2008) reafirmam a necessidade de reavaliação das práticas educativas por meio do trabalho com grupos na Estratégia Saúde da Família, acrescentando que esses profissionais têm desenvolvido prática pouco resolutiva, impessoal, desvinculada das condições de vida da população e reducionista, pois coloca como foco da atenção a doença, ao invés dos sujeitos que adoecem.

Assim, por meio de análise, foi possível identificar, entre as várias causas de HAS, aquelas consideradas como as mais importantes. A Unidade Básica de Saúde Carmelita Francisca de Oliveira selecionou como “Nós Críticos” as situações nas quais a equipe tem alguma possibilidade de ação mais direta e que podem ter impacto importante sobre o problema escolhido. O conceito de “nós críticos” (tipo de causa de um problema que, quando atacada, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo) traz uma idéia também de algo sobre o qual eu possa intervir, ou seja, que está dentro do meu espaço de governabilidade (CARDOSO, *et al.*, 2008). Foram eles:

- Baixo nível de informação da população acerca da hipertensão arterial;
- Hábitos e estilos de vida inadequados que favorecem o aparecimento de problemas cardiovasculares, com ênfase no sedentarismo;

- Família sem preparação para o cuidado e o enfrentamento da hipertensão devido a falta de conhecimento.

Quadro 4: Desenho das Operações e Plano Operativo

OPERAÇÃO PROJETO	NÓ CRÍTICO	RESULTADOS ESPERADOS	RECURSOS CRÍTICOS	OPERAÇÕES ESTRATÉGICAS / RESPONSÁVEIS
Aumentar o nível de informação da população sobre Hipertensão Arterial	Baixo nível de informação da população acerca da Hipertensão Arterial.	População mais informada sobre a Hipertensão Arterial.	<u>Cognitivos</u> conhecimento sobre o tema, parceria, mobilização social, disponibilização de materiais educativos. <u>Organizacionais</u> Organização da agenda	Apresentar projeto para a Equipe/Estruturação das redes Equipe de Saúde da Família/Secretaria Municipal de Saúde
Modificar hábitos e estilos de vida da população	Hábitos e Estilos de vida inadequados que favorecem o aparecimento de problemas cardiovasculares.	Diminuir o número de pacientes com Hábitos e Estilos de vida inadequados.	<u>Organizacionais</u> para organizar as caminhadas. <u>Cognitivo</u> informação sobre o tema. <u>Político</u> conseguir espaço local e articulação intersetorial. <u>Financeiros</u> folhetos educativos, recursos áudio-visuais.	Apresentar projeto para a Equipe/Estruturação das redes Equipe de Saúde da Família Secretaria Municipal de Saúde.
Aumentar o nível de conhecimento dos familiares sobre a importância da adesão ao tratamento AntiHipertensivo	Família sem preparação para o cuidado e enfrentamento do problema devido à falta de conhecimento.	Incluir o grupo familiar no contexto do tratamento e acompanhamento dos hipertensos.	<u>Cognitivo</u> Conhecimento sobre o tema, parceria, mobilização social, disponibilização de materiais educativos. da agenda.	Apresentar projeto para a Equipe/Estruturação das redes. Equipe de Saúde da Família/Secretaria Municipal de Saúde.

6.1.PRIMEIRO PASSO: IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS

- 1- Alta incidência de hipertensão arterial sistêmica
- 2- Não adesão ao tratamento de hipertensos
- 3- Alto consumo de antidepressivos e ansiolíticos

4- Não existem consultas programadas para doenças crônicas não transmissíveis

6.2. SEGUNDO PASSO: PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS

Quadro 5: Identificação dos Problemas

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
1-Alta incidência de hipertensão arterial sistêmica	Alta	7	Parcial	2
2-Não adesão ao tratamento de hipertensos	Alta	7	Parcial	1
3-Alto consumo de (antidepressivos)	Alta	6	Parcial	4
4-Não existem consultas programadas para o atendimento de doenças crônicas.	Alta	7	Parcial	3

6.3. TERCEIRO PASSO: DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

O tema que escolhemos para ser abordado é a falta de adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo. Uma das razões mais importante para a abordagem desse tema, é a quantidade de pacientes hipertensos que existem no município de São José do Divino, os quais em sua maioria estão concentrado na Unidade Básica de Carmelita Francisca de Oliveira. São 555 pacientes hipertensos cadastrados, entre as idades de 30 a 60 anos. Desses, mais de 60% mantêm cifras tensionais elevadas e 53% tem dificuldade na adesão ao tratamento médico anti-hipertensivo.

6.4. QUARTO PASSO: EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA

CAUSAS

Segundo a entrevista médica nas consultas e visitas domiciliares, podemos constatar que existem várias causas da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo :

1 - A crença e/ou falta de conhecimento dos pacientes e familiares sobre a hipertensão arterial. Os pacientes não percebem a hipertensão arterial como uma doença, referindo que não estão sentindo nenhuma sintomatologia e, portanto, não tem conhecimento dos riscos e complicações que podem acontecer a longo prazo .

2 - Falta de apoio familiar, costumes, cultura, nível socioeconômico e analfabetismo são outros determinantes sociais que influem para o abandono do tratamento medicamentoso e dificulta o cumprimento das orientações médicas relacionadas com uma alimentação saudável para a mudança de estilo de vida.

CONSEQUÊNCIAS

Dificuldade para o controle dos valores de pressão arterial, o que origina aumento de riscos cardiovasculares e cerebrais, infarto agudo do miocárdio e doenças renais crônicas que podem aumentar as internações hospitalares, produzir invalidez e óbitos e aumento da demanda e gastos para o sistema de saúde e previdenciário.

6.5. QUINTO PASSO: IDENTIFICAÇÃO DOS PONTOS CRÍTICOS

Dificuldade do processo de trabalho da equipe para as orientações adequadas dos pacientes nas visitas domiciliares e falta de controle e monitoramento do cumprimento do tratamento médico, dificuldade na capacitação sobre hipertensão arterial da equipe de saúde.

Baixa escolaridade, analfabetismo, costumes, cultura, falta de apoio familiar, falta de conhecimento sobre a doença por parte dos pacientes e familiares dificultam o cumprimento do tratamento e das orientações médicas.

6.6. SEXTO PASSO: DESENHO DE OPERAÇÕES

Quadro 6 – Desenho das operações

“Nó” crítico	Operação	Resultados Esperados	Produtos	Recursos Necessários
Baixo nível de informação da população acerca da Hipertensão Arterial	Aumentar o nível de informação da população sobre Hipertensão Arterial	População mais informada sobre a Hipertensão Arterial	Intervenção na reunião de equipe e com a comunidade .	<u>Cognitivos:</u> conhecimento sobre o tema, parceria, mobilização social, disponibilização de materiais educativos. <u>Organizacionais:</u> Organização da agenda
Hábitos e Estilos de vida inadequados que favorecem o aparecimento de problemas cardiovasculares	Modificar hábitos e estilos de vida da população.	Diminuir o número de pacientes com Hábitos e Estilos de vida inadequados	Aumento da motivação da equipe sobre o nível de informação da população de risco. Programa Educativo na população	<u>Cognitivos:</u> conhecimento sobre o tema, parceria, mobilização social, disponibilização de materiais educativos. <u>Organizacionais:</u> Organização da agenda
Família sem preparação para o cuidado e enfrentamento do problema devido à falta de conhecimento	Aumentar o nível de conhecimento dos familiares sobre a importância da adesão ao tratamento Anti-Hipertensivo.	Incluir o grupo familiar no contexto do tratamento e acompanhamento dos hipertensos	Aumento da motivação dos familiares.	<u>Cognitivo:</u> Conhecimento sobre o tema, parceria, mobilização social, disponibilização de materiais educativos. da agenda

6.7. SÉTIMO PASSO: IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRÍTICOS

Quadro 7. Identificação dos recursos críticos

Operação	Recurso Crítico
Nível de informação insuficiente	Cognitivos: conhecimento sobre o tema, parceria, mobilização social, disponibilização de materiais educativos. Organizacionais: Organização da agenda
Hábitos e Estilos de vida inadequados	Organizacionais: para organizar as caminhadas. Cognitivo: informação sobre o tema. Político: conseguir espaço local e articulação intersetorial. Financeiros: folhetos educativos, recursos áudio-visuais.
Nível de conhecimento dos familiares sobre a importância da adesão ao tratamento Anti-Hipertensivo inadequado.	Cognitivo: Conhecimento sobre o tema, parceria, mobilização social, disponibilização de materiais educativos.

6.8. OITAVO PASSO: ANÁLISE DA VIABILIDADE

Quadro 8. Análise da Viabilidade

Operações	Recursos Críticos	Controle dos Recursos Críticos		Ações Estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Aumentar o nível de informação da população sobre Hipertensão Arterial.	Cognitivos: conhecimento sobre o tema, parceria, mobilização social, disponibilização de materiais educativos. Organizacionais: Organização da agenda.	Gerencia da UBS.	Favorável	Apoio da Secretaria de Saúde.
		Gerencia da UBS.	Favorável	
Modificar hábitos e estilos de vida da população.	Organizacionais: para organizar as caminhadas. Cognitivo: informação sobre o tema. Político: conseguir espaço local e articulação intersetorial. Financeiros: folhetos educativos, recursos áudio visuais.	Gerencia da UBS.	Favorável	Cumprir projetos. Apresentar estratégias de trabalho.
Aumentar o nível de conhecimento dos familiares sobre a importância da adesão ao tratamento.	Cognitivo: Conhecimento sobre o tema, parceria, mobilização social, disponibilização de materiais educativos.	Gerencia da UBS.	Favorável	Apoio da secretaria de saúde, gerencia das UBS.

6.9. NONO PASSO: PLANO OPERATIVO

Quadro 9. Plano operativo

Operações	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Aumentar o nível de informação da população sobre HAS.	População mais informada sobre a HAS.	Intervenção na reunião de equipe e com a comunidade.	Realização das oficinas/Estruturação das redes.	Equipe de Saúde da Família/Secretaria Municipal de Saúde.	6 meses
Modificar hábitos e estilos de vida da população.	Diminuir o número de pacientes com Hábitos e Estilos de vida inadequados.	Aumento da motivação da equipe sobre o nível de informação da população de risco. Programa Educativo na população.	Realização das oficinas/Estruturação das redes.	Equipe de Saúde da Família/Secretaria Municipal de Saúde.	6 meses
Aumentar o nível de conhecimento dos familiares sobre a importância da adesão ao tratamento Anti-Hipertensivo.	Incluir o grupo familiar no contexto do tratamento e acompanhamento dos hipertensos.	Aumento da motivação dos familiares.	Realização /Estruturação das redes.	Equipe de Saúde da Família/Secretaria Municipal de Saúde.	6 meses

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta etapa do estudo, debruçamo-nos sobre algumas reflexões: na relação entre os profissionais de saúde e o paciente portador de hipertensão arterial, nas variáveis sociais e demográficas, nos conhecimentos e crenças que os pacientes têm sobre a doença e no tratamento e no apoio familiar. Em se tratando da adesão a um tratamento, percebe-se que há inúmeras questões envolvidas no sucesso ou no fracasso em obtê-la.

A forma como os profissionais de saúde relacionam-se com os pacientes hipertensos é um ponto chave para adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Os profissionais que atuam junto à clientela de hipertensos devem estar atentos a todos os aspectos do plano terapêutico, compreendendo que o esquema medicamentoso, embora importante, não garante, por si só, o sucesso do tratamento.

Consideramos que a assistência voltada para o estabelecimento de metas e meios é imprescindível para o alcance da adesão terapêutica por parte do paciente. Nessa perspectiva, os resultados deste trabalho poderão ser úteis para os profissionais de saúde, podendo levá-los a refletir sobre suas relações interpessoais com o paciente com hipertensão arterial e estimulá-lo na aderência ao tratamento.

Esse desafio é, sobretudo, da Atenção Básica, notadamente da Saúde da Família, espaço prioritário e privilegiado de atenção à saúde, que atua como equipe multiprofissional e cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e clientela, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, T. L. et al. Reflexo da hipertensão arterial no sistema familiar. **Rev. Soc. Card. Estado de São Paulo**, v. 8, n.2 p.1–6, 1998.

ARAÚJO, G.B.S.; GARCIA, T.R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 02, p. 259-272, 2006. Disponível em <http://fen.ufg.br/fenrevista/revista8/2/v8n2aa11.htm>. Acesso em: 20 de mar. //2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. Brasília, 2001. Disponível em <www.saude.gov.br>. Acesso em 20 de fev. 2013.

CASTRO, V. D.; CAR, M. R. O cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.34, n.2, p.145–153, 2000.

DIRETRIZES Brasileiras de Hipertensão Arterial - V. **Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial e Sociedade Brasileira de Nefrologia**. São Paulo, 2006.

KYNGÄS, H.; LAHDENPERÄ. T. Compliance of patients with hypertension and associated factors. **Journal of Advanced Nursing**, v.29, n.4, p.832–839, 1999.

MARCON, S. S. et al. Comportamento preventivo de servidores da UEM hipertensos e a aderência ao programa de assistência ao hipertenso do ambulatório. **Ciencia Y Enfermería**, v.1, n.1, p.33–42, 1995.

NOBRE, F. VI diretrizes brasileiras de hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.1-69, mar. 2010

SARQUIS, L. M. M. et al. A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.32, n.4, p.335–353, 1998.

SVENSSON, S. et al. Reasons for adherence with antihypertensive medication. **International Journal of Cardiology**, v.76, p.157–163, 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

MION Jr, D. (org). **V Diretrizes Brasileiras De Hipertensão Arterial**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2006.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa de Saúde da Família: a construção de um novo modelo assistencial. **Rev Latino-Am. Enfermagem**. v. 13, n. 6, p. 1032, nov./dez. 2005.

SVENSSON, S. et al. Reasons for adherence with antihypertensive medication. **International Journal of Cardiology**, v.76, p.157–163, 2000.

TOLEDO, M. M.; RODRIGUES, S. C.; CHIESA, A. M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, 233 – 8, jun. 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072007000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: 28 jan. 2014.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. *Journal of the American College of Cardiology*, New York, v. 55, n. 1, p. 66-73, 2010.
