

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

DAGMARIS PUPO PUPO

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO AO
TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO NO PSF ESTREITO
MUNICÍPIO ÁGUA BRANCA

MACEIO /ALAGOAS
2015

DAGMARIS PUPO PUPO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESAO AO
TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO NO PSF ESTREITO
MUNICÍPIO ÁGUA BRANCA**

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

Orientador: Profa. Valéria Bezerra Santos

DAGMARIS PUPO PUPO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESAO AO
TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO NO PSF ESTREITO
MUNICÍPIO ÁGUA BRANCA**

Banca examinadora

Examinador 1: Profa. Valéria Bezerra Santos/UFAL

Examinador 2 – Profa. Maria Dolôres Soares Madureira - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em de 2015

DEDICATÓRIA

Primeiramente a Deus, porque sem Ele nada è possível.
À minha mãe que tanto amo, por seu apoio incondicional e por guiar meus passos
sempre por um bom caminho e caminhar junto a mim.
A meus queridos filhos, minha maior inspiração para tudo e para continuar
trabalhando.
A toda minha família que me apoia constantemente e que tanto necessito
A meus amigos e a povo de Água Branca por me acolher e me brindar seu carinho.

AGRADECIMENTO

À minha orientadora Profa. Valéria Bezerra Santos por suas orientações e contribuições certeiras.

À minha equipe, por sua ajuda e contribuição.

A meus companheiros de trabalho do Centro de Saúde Estreito

À Secretária de Saúde por seu apoio incondicional.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é um problema de saúde pública cujo controle precisa ser de forma continuada, para a prevenção de alterações irreversíveis no organismo relacionado à morbimortalidade cardiovascular. Na unidade básica de saúde de Estreito, observa-se a dificuldade na manutenção da pressão arterial dos hipertensos em níveis considerados adequados. O controle da Hipertensão Arterial Sistêmica está diretamente relacionado ao grau de adesão do paciente ao regime terapêutico proposto. Realizou-se estudo bibliográfico relacionado com o tema de não adesão ao tratamento anti-hipertensivo, utilizou-se o Planejamento Estratégico Situacional para construir um projeto de intervenção tendo como objetivo aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso dos pacientes adscritos à unidade básica de saúde Estreito. Este projeto inclui estratégias para aumentar os conhecimentos das possíveis complicações da doença, influenciar na mudança dos fatores de risco; dieta inadequada sedentarismo, tabagismo são ações para melhorar o processo do trabalho dentro da equipe e incluir ações pela equipe multidisciplinar, para que possa interagir mais oportunamente com o objetivo de diminuir as causas de não adesão ao tratamento de hipertensão arterial. Com este projeto esperamos aumentar o grau de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso melhorando a qualidade de vida do paciente com uma maior preparação no atendimento destes pacientes por parte da equipe de saúde da família.

Palavras chave: Adesão ao tratamento, Hipertensão Arterial- Unidade Básica de saúde da família.

ABSTRACT

Hypertension is a public health problem whose control needs to be continuously, in order to prevent irreversible changes in the body related to cardiovascular morbidity and mortality. At Strait basic health unit, the difficulty in maintaining the blood pressure of hypertensive patients at levels considered adequate. Control of hypertension (SAH) are directly related to the degree of patient compliance to treatment regimen proposed. Bibliographical study was carried out in connection with the topic of non-adherence to antihypertensive treatment and auxiliamo-in the Situational strategic planning-PES to construct an intervention project with the goal to increase adherence to drug treatment and medicated patients not attached to Narrow basic health unit. This project includes strategies to increase knowledge of the possible complications of the disease, work on risc factors change of risk factors; inadequate diet physical inactivity, smoking's actions to improve the work process within the team, and includes actions by the multidisciplinary team, so you can interact more in due course with the aim of reducing the causes of non-adherence to the treatment of hypertension. With this project we hope to increase the degree of adherence to drug treatment and drug not improving the quality of life of patients with greater preparation in care of these patients by family health team.

Key words: adherence, hypertension, basic unit of family health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACV- Acidente Cérebro vascular
- BVS. Biblioteca virtual em saúde
- DCNT- Doenças Crônicas Não transmissíveis.
- HAS- Hipertensão arterial sistêmica.
- HÁ- Hipertensão arterial.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- LILACS. Literatura latino-americana e do caribe em ciências da saúde
- OMS – Organización Mundial de la Salud
- PA-Pressão arterial
- PSF- programa de saúde da família
- PES. Planejamento estratégico situacional
- SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
- SUS – Sistema Único de Saúde
- SBH- Sociedade Brasileira de Hipertensão
- SCIELO. Scientifics Electronic Library Online.
- UBSF – Unidade básica de Saúde da Família

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Priorização dos problemas encontrados na população adscrita no PSF Estreito Município Agua Branca.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1– Operações: Educar em Saúde, na população da Equipe de Saúde da Família Estreito, em Município de Água Branca/AL.

Quadro 2 – Operações: Saber mais, na população da Equipe de Saúde da Família Estreito, em Município de Água Branca/AL .

Quadro 3 – Operações: Desorganização dos serviços de saúde na população da Equipe de Saúde da Família Estreito, em Município de Água Branca/AL.

Quadro 4 – Operações: Processo do trabalho, na população da Equipe de Saúde da Família Estreito, em Município de Água Branca/AL.

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO.....	11
2- JUSTIFICATIVA.....	15
3- OBJETIVOS.....	16
4- METODOLOGIA.....	17
5- REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	18
6- PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	24
7- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERENCIAS.....	31

1. INTRODUÇÃO

Água Branca é um município de Alagoas, situado a 304 Km de Maceió. Tem uma população de 19.377 habitantes (IBGE-2010) e um território de aproximadamente 454,622 km² está situado a uma altitude de 570 metros acima do nível do mar, localizado no extremo oeste do Estado de Alagoas, limitando-se a norte com Mata Grande e Tacaratu (PE), ao sul com Delmiro Gouveia e Olho D'Água do Casado, ao leste com Inhapi e Olho D'Água do Casado e ao oeste com Pariconha.

É um município onde a maioria da população mora em área rural, com elevado índice de analfabetismo, baixo índice de desenvolvimento humano predomina o trabalho na roça e no lar das mulheres. Fundamentalmente, a economia é produção agrícola de acordo com o IBGE (2010) e a atividade agrícola do município de Água Branca consiste no cultivo de: algodão herbáceo, banana, cana-de-açúcar, feijão, laranja, mamona, mandioca, manga e milho.

Segundo o IBGE (2010) a atividade pecuária do município de Água Branca é contabilizada de acordo com a quantidade de: asininos, bovinos, caprinos, equinos, galinhas, galos, frangas, frangos, pintos, leite, mel de abelha, muar, ovinos, ovos de galinha, suínos e vacas ordenhadas.

O município apresenta, como em todo país, disparidade na distribuição de renda. O PIB gira em torno da agropecuária, tendo uma renda domiciliar de R\$ 210,89 *per capita* e de o IDHM è de 0, 549 (IBGE 2010).

Com relação ao abastecimento da água, em média, 70% da população faz uso da água abastecia pela rede pública, 20% faz uso da água proveniente de poço ou nascente e 10% faz uso da água proveniente de outros meios (barreiros, lagos, lagoas,etc.) possibilitando assim a aparição de doenças infecto-parasitárias.

A despeito da população com instalação sanitária ligada ao sistema de esgoto é preocupante, onde 90,79% da zona urbana têm canalização dos dejetos, mas não tem tratamento na zona rural, 47,40% tem fossa e 49,93% a céu aberto.De fato essa população ainda não tem destino adequado para os dejetos e 25% para o lixo. A zona rural é completamente desprovida de condições de saneamento.

A educação do município de Água Branca vem apresentando números significativos de melhoria nos seus indicadores, embora apresente deficiência em

relação ao acesso e à permanência na escola dos alunos em idades de 15-19 anos. A taxa Municipal de analfabetismo é de 30,10% (DATASUS. 2010), devendo-se pensar mais em estratégias para elaboração de materiais educativos e de divulgação. Níveis de analfabetismo acima de 5% são considerados inaceitáveis internacionalmente.

As causas mais frequentes de óbitos no município é de pessoas idosas são em primeiro lugar, doenças cardiovasculares e AVC, causadas por aumento considerável da pressão arterial, 38,23% em ano 2010. Segundo lugar neoplasias 11,76 % em 2010 e acidentes de trânsito.

A taxa de mortalidade infantil em (2010) foi de 24,77 por cada /1000 nascidos vivos, que apesar de bastante elevada apresentou uma diminuição em relação ao ano anterior, tendência observada nos últimos anos.

Cobertura de vacinação em (2010) a cobertura vacinal da população de menores de 5 anos de idade foi de 87%.

Os principais recursos da comunidade são: um hospital, uma clinica, um laboratório, 23 escolas de ensino pré-escolar, 57 escolas de ensino fundamental, uma escola de ensino meio, uma creche e cinco igrejas.

Hospitais----- 1

✓ Clinicas-----1

✓ Laboratórios----1

✓ Escolas-----81 (total)

✓ Creches-----1

✓ Igrejas-----5

Serviços existentes (água, correios, bancos)

✓ Água Potável----- 1.819 domicílios

1.090 abastecidos por poço ou nascente.

994 outras formas de abastecimento

✓ Correios-----1

✓ Bancos-----1

O PSF Urbano oferece atendimento ambulatorial nas especialidades: pediatria, ginecologia, clínica geral, cardiologia, psiquiatria, psicologia, nutrição, oftalmologia e fisioterapia.

Não há hospital privado; os procedimentos de média e alta complexidade, assim como exames laboratoriais, são referenciados à capital ou aos municípios circunvizinhos.

Não existem dificuldades para referência, temos transporte sanitário e hospitais vinculados ao (SUS) mas existem muitas dificuldades com a contra-referência, além do esforço dos representantes de saúde e do prefeito do município não existe a mesma, nunca contamos com ela pelo que interfere no acompanhamento do paciente na comunidade.

O município conta com nove equipes completas da Estratégia Saúde da Família, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), uma Unidade mista 24 horas, uma Secretaria de saúde e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); não tem nenhum Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NAS)

Recursos Humanos na Saúde (número de profissionais, forma de vínculo, carga horária semanal, horário de trabalho)

✓	Clínico Geral -----	4
✓	Ginecologista e Obstetra -----	2
✓	Médico da Família -----	6
✓	Pediatra -----	1
✓	Psiquiatra -----	1
✓	Radiologista -----	1
✓	Outras especialidades -----	8
✓	Técnicos de enfermagem-----	9
✓	Dentista -----	2
✓	Agentes Comunitários -----	69

Os serviços de saúde de média e alta complexidade realizam os exames no município Santana de Ipanema e Arapiraca.

Em quatro PSF, está inserido no programa “MAIS MÉDICOS” desde Agosto de 2013, com a presença de quatro médicos, sendo um deles nas unidades de saúde indígena e um na equipe de saúde da família Urbano I (CNES), dois na área rural, com horário de trabalho de 8 horas diárias, de segunda a sexta.

A região correspondente à área de abrangência da Equipe de Saúde da Família é na zona rural, SITIO ESTREITO, o qual leva o nome do PSF e funciona de segunda a sexta, 8 horas. A USF está situada na área rural.

O prédio próprio inaugurado a cerca de 4 anos tem área adequada e um bom espaço físico.

Existe sala para recepção com quantidade de cadeiras suficientes para a demanda, uma sala para consulta médica, uma para consulta de enfermagem, consulta, cozinha, consultório odontológico, farmácia.

A estrutura física é boa e tem um bom funcionamento da equipe.

População Total: 4.293 habitantes

Famílias Cadastradas: 1.039

Integrantes da equipe: Médica, Odontologia, Enfermeiro, Aux. de enfermagem, assistente de odontologia, auxiliar de limpeza, 10 agentes de saúde, demais trabalhadores do posto.

A organização das consultas é feita pela médica e pela auxiliar de enfermagem de maneira que todas as micro-áreas sejam atendidas equitativamente. Todas as consultas são agendadas e também se atende demanda espontânea da população.

Existe um dia fixo para cada programa: são feitas atividades coletivas, visitas domiciliares fundamentalmente a grupos priorizados como hipertensos, diabéticos, crianças menores de 5 anos, acamados, deficientes, idosos, grávidas, entre outras.

A entrada dos pacientes ao sistema é organizada, mediando consultas agendadas pelos agentes comunitários de saúde, assim como, demanda espontânea segundo a morbidade apresentada diariamente. Faz-se o acolhimento diário na sala facilitando palestras planejadas com os temas de mais interesse para nossa equipe.

O Sistema Único de Saúde (SUS) facilitou um processo de ampliação na oferta de serviços de saúde para que um maior número de pessoas tivesse acesso a seus serviços e incrementou o nível de qualidade dos atendimentos obedecendo ao princípio da integralidade das ações, onde o atendimento é para o indivíduo integralmente, em contraposição ao modelo até então vigente.

2. JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial na área de abrangência da Unidade de Saúde Estreito ocupa o maior número de casos dentro das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), com 322 pacientes, seguidas de 75 casos portadores de diabetes portadores de diabetes.

As principais causas de internação no município no ano 2013 segundo dados do SIH/DATASUS foram: complicações cardiovasculares, Hipertensão descontrolada, complicações do diabetes, ACV e câncer, coincidindo com as causas da área de abrangência.

As principais causas de óbitos na área de abrangência são de pessoas idosas em primeiro lugar, doenças cardiovasculares e ACV, causadas por aumento considerável da pressão arterial; 38,23% em ano 2013, devido à alta incidência de pacientes com hipertensão arterial pela falta de adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo, motivo pelo qual sofrem logo complicações como ACV.

Além dos pacientes que são acompanhados pelos agentes comunitários, chegam à consulta com descontrole, pois a maioria não tem percepção do risco do descontrole desta doença e não fazem o tratamento direito, não tem horário certo para medicação, ou seja fazem o seu uso a qualquer horário: a maioria é de idosos que não sabem ler, dificultando assim a adesão ao tratamento, pois estes apresentam dificuldades para memorizar os horários ou até mesmo lembrarem-se dos remédios.

Não tem conhecimento do tratamento dietético e a maioria não pratica exercícios físicos, sendo sedentários, estas são a maioria das questões mais relevantes para justificar esse desajuste.

Outro problema apresentado pelos pacientes que influi na não adesão ao tratamento é a localização do posto, encontrando-se longe de sete comunidades, das dez da população adstrita.

Outros dois aspectos que se levou em conta foram as principais causas de internação que no ano de 2013, segundo dados do SIH/DATASUS foram: complicações cardiovasculares, Hipertensão descontrolada, complicações do diabetes, ACV e câncer.

Por tal motivo foi proposto um plano de intervenção para que a equipe possa enfrentar melhor esta problemática com os pacientes não aderidos ao tratamento de Hipertensão Arterial e melhorar a qualidade de vida por meios de mudanças evitando as consequências negativas de morbimortalidades cardiovasculares.

3- OBJETIVOS

3.1. Geral:

Propor um plano de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial, dos pacientes atendidos na Unidade de Saúde Estreito município Água Branca A/L.

3.2. Específicos:

- ✓ Identificar os fatores de risco e causas relacionados com os pacientes não aderidos ao tratamento da Hipertensão Arterial;
- ✓ Conhecer elementos relacionados com estratégias para melhorar a adesão ao tratamento de Hipertensão Arterial;
- ✓ Propor intervenções para tratar de lograr uma maior adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos.

4. METODOLOGIA

Como primeira etapa deste trabalho realizou-se coleta, tratamento e análise dos dados da Ficha A, do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), e de outros documentos legais do sistema estatístico de produção da Secretaria Municipal de Saúde. Nessa atividade contou-se com a participação efetiva dos profissionais que atuam na equipe.

Buscou-se caracterizar a população por meio de uma pesquisa das condições e riscos à saúde, bem como a identificação dos problemas da população do município e da área de abrangência. O problema de saúde que chamou mais atenção da equipe foi a má adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial, influenciando no aumento da incidência das complicações cardiovasculares e demais co-morbilidades.

Realizou-se uma revisão narrativa de literatura sobre adesão ao tratamento de hipertensão arterial. Foram pesquisados artigos, nas seguintes bases de dados: Biblioteca virtual em saúde (BVS) e literatura latino-americana e do caribe em ciências da saúde (LILACS) *Scientifics Electronic Library Online* (SCIELO) também foram consultado o último consenso brasileiro de HAS 2010 da Sociedade Brasileira de Cardiologia e Hipertensão e Nefrologia, os módulos do curso de Especialização Estratégia Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais. Os textos foram avaliados quanto à relevância e relação com os objetivos sobre as causas de não adesão ao tratamento de hipertensão arterial.

Para a execução do projeto de intervenção selecionou-se universo dos pacientes da equipe, total de hipertensos cadastrados na área e realizou-se um estudo da intervenção no período de maio a dezembro de 2014, na área de abrangência de equipe de saúde de família Estreito.

Após a revisão narrativa, a equipe de saúde da família do PSF Estreito, elaborou um plano de intervenção segundo as etapas do Planejamento Estratégico Situacional (PES).

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

“A HAS” associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais” (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO 2010, p.12).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p.9) apresenta

[...] um dos fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por 40% das mortes por acidente vascular cerebral, 25% das mortes por doença arterial coronária e 50% dos casos de insuficiência renal.

No Brasil, a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) estima que haja 30 milhões de hipertensos, cerca de 30% da população adulta. Entre as pessoas com mais de 60 anos, mais de 60% têm hipertensão. No mundo, são 600 milhões de hipertensos, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). Embora o problema ocorra predominantemente na fase adulta, o número de crianças e adolescentes hipertensos vêm aumentando a cada dia. “A Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) estima que 5% da população com até 18 anos tenham hipertensão – são 3,5 milhões de crianças e adolescentes brasileiros.” SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006, p(10-12)

Há dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), que referem um em cada três adultos sofre de hipertensão arterial, a mesma está diretamente relacionada com as condições que causa cerca da metade de todas as mortes por acidente vascular cerebral e problemas cardíacos no mundo.

Segundo a (OMS), ao longo das três últimas décadas, os países desenvolvidos ou em via de desenvolvimento, vem apresentando uma redução considerável das doenças infectocontagiosas e aumento das crônicas não transmissíveis (DCNT), em virtude, entre outros fatores, da mudança de estilo de vida e envelhecimento da população.

Segundo os dados da Sociedade Brasileira de Hipertensão (2010), foram atribuídas à elevação da PA, no ano de 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo, sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos.

Ainda segundo a SBH, no Brasil, as doenças cardiovasculares (DCV) “têm sido a principal causa de morte” (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010, p. 12).

São muitas as complicações da hipertensão arterial, que levam o paciente a requerer cuidados médicos de muito alto custo tanto para eles como para o sistema, exigindo uso constante de medicamentos, exames complementares periódicos e procedimentos como diálise e, até mesmo, transplante dos rins. “No Brasil, as doenças cardiocirculatórias são uma das principais causas de internações hospitalares e, reconhecidamente, envolvem custos elevado” (COSTA *et al*, 2007 *apud* OLIVEIRA, 2014, p.57).

5.1. Fatores determinantes na não adesão ao tratamento.

Em 95% dos casos, a causa da hipertensão arterial (HA) é desconhecida, sendo chamada de Hipertensão Arterial primária ou essencial. A herança genética pode contribuir para o aparecimento da doença em 70% dos casos. A HAS secundária tem várias causas como são: renovascular, relacionada à gestação, relacionada ao uso de medicamentos como corticosteroides, anticoncepcionais, anti-inflamatórios, a relacionada ao feocromocitoma, aldosteronismo primário, entre outras causas. Existem vários fatores de risco para apresentar hipertensão arterial, os pacientes com história familiar de HAS elevada ingestão de sal na dieta diária, baixa ingestão de potássio, alta ingestão calórica e excessiva consumo de álcool. Os dois últimos fatores de risco são os que mais contribuem para o desenvolvimento de peso excessivo ou obesidade, que estão diretamente relacionados à elevação da pressão arterial (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL 2010).

“O estresse psicológico e o sedentarismo também podem influir no desenvolvimento da doença. Há evidências de possíveis efeitos do estresse que eleva a pressão arterial relacionados a condições tais como pobreza, insatisfação social, baixo nível educacional, desemprego, inatividade física e em especial, aquelas atividades profissionais caracterizadas por altas demandas psicológicas e baixo controle dessas situações” (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL 2010 pag. 13).

Segundo ABC.MED.BR, (2008) o aumento do risco cardiovascular ocorre também pela agregação de outros fatores, tais como tabagismo e dislipidemias (alterações nos níveis de colesterol e triglicérides), intolerância à glicose e diabetes mellitus.

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

Classificação da PA	PA sistólica (mmHg)	PA 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
Hipertensão sistólica isolada	> 140	< 90

Fonte VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão. Vol. 17 No 1 Janeiro/Março 2010

“A definição de adesão varia de acordo com a fonte utilizada, mas, de modo geral, significa o grau de concordância entre a orientação recebida (em relação à frequência de consultas, aos cuidados, à terapia não medicamentosa e medicamentosa) e a conduta do paciente como reflexa” (GUSMÃO 2009, p.39).

Segundo Chizzola (1996) *apud* Manfroí (2006, p.167), a adesão do paciente a uma determinada terapia depende de vários fatores que incluem, dentre outros, os relativos à relação médico-paciente, às questões subjetivas do paciente, às questões referentes ao tratamento, à doença, ao acesso ao serviço de saúde, à obtenção do medicamento prescrito e à continuidade do tratamento. Uma vez que o paciente se sinta esclarecido sobre sua doença, e que o paciente tende a assumir responsabilidade pelos cuidados com sua saúde, juntamente com o médico.

Existem vários fatores de risco relacionados com a não adesão ao tratamento de hipertensão arterial. No estudo realizado na UBS; composta por 1.039 famílias

cadastradas, para um total de 4.293 pessoas (IBGE,2010) a hipertensão arterial, ocupa o maior número de casos dentro das DCNT, com 322 pacientes (7,5%).

Segundo Gonçalves, Zatz e Heimann (2000), o desenvolvimento da hipertensão arterial depende da interação entre predisposição genética e fatores ambientais, entre o qual está relacionada com a ingestão de sal. De acordo com a pesquisa realizada pela Universidade de Harvard, nos Estados Unidos, os homens que vivem ansiosamente têm um risco seis vezes maior de sofrer um ataque cardíaco fatal. Exercícios físicos, um hobby, o convívio com familiares e amigos e férias regulares são práticas que tendem a minimizar o stress. O exercício contribui na redução da obesidade e para a prevenção de doenças coronárias. Também auxilia na preservação da independência de pessoas idosas, melhorando o funcionamento do organismo, reforçando o coração, músculos, pulmões, ossos e articulação.

Morris e Collins (1992) escrevem sobre como as atividades física realizada regularmente melhora a condição física e a saúde do coração, devendo o exercício ser realizado, no mínimo, três vezes por semana, com duração de pelo menos vinte minutos, ser uma atividade regular, pois quando a mesma é interrompida a condição física deteriora-se rapidamente.

Segundo Mion Junior (1998) *aput* Pessuto (1998, p.35) o álcool é outro fator de risco, comentado na literatura, que contribui para o agravamento da patologia. O aumento das taxas de álcool no sangue eleva a pressão arterial lenta e progressivamente, na proporção de 2 mmHg para cada 30 ml de álcool etílico ingeridos diariamente, sendo que quando suspenso, as cifras revertem.

“Há autores que referem que a nicotina é prejudicial ao organismo, pois promove a liberação de catecolaminas, que aumentam a frequência cardíaca, a pressão arterial e a resistência periférica. Aumenta também a capacidade orgânica em formar coágulos e diminui sua função de destruí-los. Há redução de oxigênio nos glóbulos vermelhos em cerca de 15 a 20%, pois o monóxido de carbono que resulta da queima do fumo e do papel, se liga à hemoglobina. Esta última também lesa a parede interna dos vasos, propiciando a deposição de gorduras , KLEIN, ARAUJO, (1985) *aput* Pessuto(1998, p.36).

5.2 Estratégias para aumentar a adesão ao tratamento

Há muitas causas de não adesão dos pacientes aos tratamentos médicos, existe uma teoria dos modelos estruturais que enfoca que a aderência esteja relacionada às características do paciente, da doença e do seu meio social e cultural onde de desenvolve.

A não adesão ao tratamento da hipertensão é um grave problema de saúde pública, pois constitui causa direta de morte de milhes de Brasileiros Também sofrem graves complicações, evoluindo para hospitalizações, agravos sociais por absenteísmo no trabalho, elevados custos com internações de longa permanência, invalidez temporal o permanente, aposentadoria precoce e outros (ARAÚJO, 2012).

Segundo Ribeiro *et al.* (2012) é importante que o Hipertenso tenha conhecimento a respeito de seu processo de saúde doença para incrementar sua adesão e por conseguinte o controle da doença. Dessa forma as equipes de saúde devem utilizar estratégias de educação em saúde para que o doente tenha autonomia e se aproprie de meios para praticar o autocuidado.

Para todos os pacientes deve-se informar, antecipadamente, a possibilidade de efeitos colaterais, sua duração e a possibilidade de se substituir o medicamento.

Para Cardoso (2011), o tempo despendido para as consultas, a duração da terapêutica e o regime terapêutico têm influência no comportamento dos pacientes. Assim sendo, clínicas com funcionamento mais conveniente, com tempo de espera reduzido, e com aumento do vínculo médico–paciente podem diminuir as taxas de abandono.

Segundo Giorgi (2006) *apud* Cardoso, (2011,p.15)

[...] outra estratégia que pode ser considerada simples e facilmente aplicável, é o uso de uma linguagem simples pelo médico durante a consulta. Termos técnicos devem ser evitados e as informações transmitidas devem ser limitadas apenas ao essencial para a compreensão do paciente e apropriadas para o seu cotidiano.

“A HAS é considerada assassina silenciosa, é o maior problema médico-social dos países desenvolvidos e em muitos dos emergentes. Mesmo conhecendo-se a eficácia, a efetividade e a eficiência de várias das medidas preventivas, de controles disponíveis, sejam ou não farmacológicas, a hipertensão continuará, por décadas, representando um dos maiores desafios em saúde e um dos maiores problemas para o próprio hipertenso e para a sociedade”. (SANTOS, 2005).

As equipes multiprofissionais conseguem pela diversidade de profissionais, com seus variados enfoques, esclarecer mais o paciente não apenas sobre a doença, mas sobre seu papel no tratamento. Esse entendimento é capaz de fazer o paciente analisar a situação, organizar estratégia própria (modificação na sua dieta, programação de atividade física, organização dos medicamentos) e, eventualmente, iniciá-la. “Ainda haverá a necessidade de sedimentar essa mudança como rotina, para isso há necessidade do reforço contínuo, que é característico dessas equipes” (GUSMÃO, 2005, p.43)

Segundo Gusmão (2005), é fato que contatos telefônicos ativos com pacientes melhora a adesão ao tratamento, uma vez que se torna possível fazer orientação e esclarecimento de dúvidas (usando essa estratégia, vários estudos têm indicado aumento da adesão ao tratamento, maior porcentagem de controle da pressão arterial e redução da mortalidade).

Lopez (2007) escreve sobre a participação da família no tratamento do idoso hipertenso, inicialmente é preciso considerar que muito deles moram sozinhos, e a maioria deles não recebe qualquer tipo de ajuda em relação ao tratamento da hipertensão arterial. Neste sentido, torna-se evidente a importância da participação de todos idosos, familiares e profissionais no cuidado aos idosos com doença crônica. Neste contexto, cabe aos profissionais, o papel de agentes de transformação da sociedade, mostrando a necessidade de inserir a família em todo cuidado ao idoso.

Cardoso (2011) em seu estudo realizado propõe realizar um processo educativo que abarque conhecimentos das atitudes, crenças, pensamentos, e práticas da população hipertensa atendida, incentivar sua participação ativa no tratamento, elevar a relação profissional de saúde paciente, realizar acolhimento, facilitar escuta e falas acessíveis buscando que a família participe ativamente a desenvolver os elementos cognitivos e psicossociais da população atendida. Portanto esta estratégia sinalada por diferentes autores pretende que a equipe de saúde desenvolva os próprios projetos para solucionar o problema da má adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

6. PROJETO DE INTERVENÇÃO

Os problemas identificados, pela Equipe, foram avaliados, segundo relevância (alta, médios ou baixa complexidade), grau de urgência (do 0-5), capacidade de enfrentamento (de 1-5). Analisando esses critérios o alto índice de HAS por não adesão ao tratamento foi o problema escolhido de maior importância, urgência e de maior capacidade de enfrentamento.

Devem-se corrigir as causas relacionadas com o problema escolhido: as principais que originam o problema são os chamados nós críticos. Para isto a equipe identificou as vigentes causas que levaram a não adesão ao tratamento de HAS.

A equipe de saúde, após a análise do problema escolhido, identificou os nós críticos, relacionados à má adesão ao tratamento da hipertensão arterial, os quais foram:

Não percepção do risco do descontrole desta doença.

- ✓ Principais fatores relacionados com a má adesão ao tratamento: maus hábitos alimentares e sedentarismo).

- ✓ Desorganização da estrutura do sistema de Saúde: dificuldade às vezes para chegar ao posto e adquirir a medicação, por problemas do transporte, porque é muito distante da maioria das comunidades.

- ✓ Dificuldades do trabalho da Equipe de Saúde: dificuldade de relacionamento com a equipe de saúde, falta de acompanhamento para orientação e controle da medicação, idosos que moram sozinhos e não podem chegar ao posto para recolher os medicamentos, sendo isto considerado de grande importância porque a maioria dos pacientes hipertensos da área são maiores de 60 anos.

Após a identificação dos nós críticos relacionados com a não adesão ao tratamento de hipertensão arterial, a equipe de saúde de Estreito propôs o projeto de intervenção para a realização das seguintes ações.

- ✓ Educar em Saúde.
- ✓ Capacitação da equipe e grupo de hipertensos.
- ✓ Reorganização dos serviços de saúde.
- ✓ Processo do trabalho.

Quadro 1 – Operações: Educar em Saúde na população do PSF Estreito do Município de Agua Branca/AL.

Nó crítico 1	Não percepção do risco do descontrolado desta doença
Operação /Projeto	Educar em Saúde
Resultados esperados	Aumentar o conhecimento dos hipertensos sobre a doença: espera-se que os pacientes conheçam alguns dos aspectos mais importantes relacionado com a HAS, os fatores de riscos, sintomas e importância de fazer o tratamento para evitar as possíveis complicações.
Produtos esperados	Programa de informação à população, maior conhecimento dos pacientes sobre a doença, para lograr melhor controle de pacientes, além de diminuir o número de complicações e internação hospitalar, lograr uma melhor qualidade de vida do paciente.
Atores sociais/ responsabilidades	Secretaria de Educação./Equipe de Saúde, Secretaria de saúde.
Recursos necessários	Estrutural: sala de reunião Cognitivo: conhecimento dos profissionais acerca da doença e comunicação estratégica. Financeiro: confeccionar folhetos educativos, recursos audiovisuais, local para oferecer palestras Político: Articulação intersectorial.
Recursos críticos	Político →Intersectorialidade com a rádio comunitária em parceria com secretaria de educação de maneira articulada Financieros- recursos para obtener las salas
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria de saúde. Secretaria de Educação. Motivação: Favorável.
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto
Responsáveis:	Equipe de Saúde. Secretaria de saúde.
Cronograma / Prazo	Montar o projeto em 2 meses, para dar início em 3 meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Duas horas por semana e avaliar mensalmente.

Quadro 2 – Operações: Saber mais, do PSF Estreito do Município de Agua Branca/AL.

Nó crítico 2	Principais fatores de riscos que levam a má adesão ao tratamento (mãos hábitos dietéticos e sedentarismo).
Operação /Projeto	Saber mais.
Resultados esperados	Realizar maior número de capacitação da equipe sobre importância de uma alimentação saudável e prática de exercícios físicos, além de transmitir estes conhecimentos aos grupos de hipertensos, mediante palestras, mutirão, visitas domiciliares - visando o controle dos hábitos e estilo de vida dos pacientes. Providenciar a consulta da equipe, implementar uma consulta da equipe multiprofissional, especificamente do nutricionista, para serem acompanhados em consultas avaliando seu peso e obtendo boas orientações dietéticas e educador físico, assim como a pratica de caminhadas diárias para combater o sedentarismo.
Productos esperados	Promover maior qualidade de vida, lograr melhor controle de pacientes com HAS. Lograr mudanças nos hábitos inadequados de alimentação na população com hipertensão arterial
Atores saciáis/ responsabilidades	Prefeitura, Secretaria de Saúde Equipe de Saúde.
Recursos necesarios	Estrutural: sala de reunião Cognitivo: Elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos para habilidades e conhecimento dos profissionais. Financeiro: local para oferecer palestras, recursos audiovisuais. Organizacional Organização de palestras de educação em saúde. Organização de consultas do Nutricionista e Educador físico.
Recursos críticos	Político: articulação Inter setorial (parceria com o setor da educação) Financeiros para a aquisição de recursos audiovisuais, folhetos, educativos, etc.
Controle dos recursos críticos / Viabilidades	Ator que controla: prefeitura. Secretaria de Saúde. Motivação: favorável.
Ação estratégica de motivação	Apresentar o Projeto.
Responsáveis:	Equipe de saúde, secretaria de saúde.
Cronograma / Prazo	Montar o projeto em 2 meses, para dar início em 3 meses.
Gestão, acompanhamento e	A gestão será feita por a equipe de saúde em articulação com a

avaliação	secretaria de saúde e será acompanhada a cada 15 dias. Avaliada mensalmente.
------------------	--

Quadro 3– Operações: Desorganização dos serviços de saúde. Na população do PSF Estreito do Município de Agua Branca/AL.

Nó crítico 3	Desorganização dos serviços de saúde.
Operação /Projeto	Reorganização do Sistema de saúde.
Resultados esperados	Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento aos portadores de hipertensão arterial. Executar o projeto existente da divisão da área com a realização do outro posto médico (Remapeamento da área).
Productos esperados	Promover maior qualidade de vida. Cobertura de 100% de atendimento dos pacientes com hipertensão.
Atores sociais/ responsabilidades	Secretaria de Saúde e Prefeitura Municipal.
Recursos necesarios	Político: articulação Inter setorial com a prefeitura. Vontade politica de apoio para os recursos a utilizar no desenvolvimento do tema Financeiros: Aquisição de recursos Organizacional: na organização da agenda
Recursos críticos	Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar os serviços; e na aquisição de meio informativos da população. Financeiros: aumento da oferta de consultas, e visitas a família
Controle dos recursos críticos / Viabilidades	Ator que controla: Prefeitura. Motivação: favorável.
Ação estratégica de motivação.	Apresentar o projeto.
Responsáveis:	Secretaria Municipal de saúde e prefeitura.
Cronograma / Prazo	Montar o projeto em 2 meses, para dar início em 3 meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	A gestão será feita pela prefeitura em articulação com a secretaria de saúde e será acompanhada periodicamente.

Quadro 4– Operações _Processo do trabalho, na população do PSF Estreito do Município de Agua Branca/AL.

Nó crítico 4	Dificuldades do Trabalho da Equipe de Saúde.
Operação /Projeto	Processo do trabalho.
Resultados esperados	Garantir a capacitação de pessoal da equipe na importância de uma boa adesão ao tratamento da HAS. Agendar o maior número de consultas para Hipertensão arterial para que 100% dos pacientes possam adquirir as receitas para medicação, mais visitas por parte dos agentes de saúde aos pacientes que moram sozinhos para levar-lhe a medicação e brindar informação ao cuidador o relacionado com tratamento.
Productos esperados	Monitoramento do controle da HAS mensal por meio dos ACS. Melhorar a qualidade de vida dos pacientes com dificuldades no autoatendimento o por falta do cuidador.
Atores saciáais/ responsabilidades	Secretaria de Saúde. Equipe de Saúde.
Recursos necessários	Organizacional: Organização de palestras de educação em saúde. Cognitivo: Desenvolver estratégias de comunicação e pedagógicas Financeiros: para a aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Recursos críticos	Financeiros: aumento da oferta de consultas, e visitas a família
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria de Saúde. Motivação: favorável.
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto.
Responsáveis:	Equipe de Saúde.
Cronograma / Prazo	Montar o projeto em 2 meses, para dar início em 3 meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação	A gestão será feita pela Secretaria de Saúde, equipe, uma ora por semana e será acompanhada mensalmente.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Hipertensão Arterial é uma das causas mais frequentes de consulta, sendo um grande desafio para os profissionais de saúde, sendo um dos fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais.

Uma das principais causas da não adesão é a falta de compreensão ou desconhecimento das possíveis complicações da doença, o baixo nível cultural dos pacientes, além da pouca informação, às vezes pelos agentes de saúde e demais integrantes da equipe.

A elevada ingestão de sal na dieta diária, baixa ingestão de potássio, alta ingestão calórica são os fatores de risco que mais contribuem para o desenvolvimento de peso excessivo ou obesidade, que estão diretamente relacionados à elevação da pressão arterial. O sedentarismo também pode influenciar no desenvolvimento da doença.

Nessa perspectiva buscaram-se estratégias que permitiram maior adesão ao tratamento da HAS, às modificações de modo e estilos de vida quanto a estabelecer adequada comunicação e interação entre os pacientes e profissionais de saúde, promovendo a aprendizagem, os conhecimentos que permitam ao paciente ter percepção do risco do não controle da doença, abordando as questões subjetivas do paciente, promovendo o autocuidado e percebendo a necessidade de que é necessário mudar para manter a saúde.

Espera-se com a implantação deste projeto de intervenção, que ocorra a estabilização das cifras de pressão arterial, e a população hipertensa tenha um bom conhecimento e compreensão das possíveis complicações da doença. Assim lograr um bom controle, lograr mudança no modo e estilo de vida com a prática de exercícios físicos: lograr também que fiquem mais informados sobre alimentação saudável, consciente dos alimentos que não pode ingerir, logrando a diminuição das complicações causadas pela hipertensão.

Deste modo os profissionais, fundamentalmente os agentes comunitários de saúde, que atuam mais diretamente com os pacientes hipertensos, poderão conseguir uma maior adesão ao tratamento pois há muitos que apresentam

dificuldade para adquirir os medicamentos, outros que moram sozinhos, que não tem recursos para se dirigir ao posto e moram longe das UBS.

Cabe aos profissionais, conhecendo a causa da não adesão ao tratamento, aprimorar o manejo com tais pacientes.

Dada a importância da adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial, a equipe de saúde da família tem que incentivar cada dia mais, e de forma contínua, a importância de eliminar os fatores de risco que aumentam os níveis de pressão arterial; orientações dietéticas, fazer mediante mutirão, divulgação na rádio, nas consultas do médico e enfermeiro e a colaboração dos agentes de saúde sobre os riscos que trazem o tabagismo e alcoolismo.

Compartilhar com o educador físico para formar grupos que pratiquem exercícios físico promover palestras sobre a importância do tratamento medicamentoso contínuo.

Visitar a família e solicitar o apoio para ajudar a cumprir com o tratamento, já que a maior causa da não adesão é o descuido por parte dos pacientes é a falta de apoio familiar, assim como a eliminação de outros fatores que influenciam negativamente no controle da doença.

Espera -se que com este projeto os gestores das instituições programem estratégias que possibilitem a acessibilidade dos clientes ao posto de saúde, realizando o remapeamento da área no mês anterior e o começo da construção do novo posto, onde os pacientes terão maior cobertura de consultas agendadas, seguimentos e facilidade de acesso ao posto, contribuindo para a melhor adesão ao tratamento.

REFERÊNCIAS

- ABC. MED.BR, 2008. Hipertensão Arterial. Disponível em:
<<http://www.abc.med.br/p/hipertensao-arterial/22140/hipertensao+arterial.htm>>.
Acesso em: 3 jan. 2016.
- ARAÚJO, A. B; TEIXEIRA, F.A. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. Curso de Enfermagem da Universidade Paulista, Campinas-SP, Brasil, Abril 2012.
- BRASIL. Ministério de saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde**/Ministério da Saúde, secretaria de Atenção Básica à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília. Ministério da saúde, 2006.
- CARDOSO, G.N. Além da prescrição: a má adesão ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso)- Universidade Federal de Minas Gerais, Governador Valadares. 2011
- CHIZZOLA, P.R. et al. Compliance with pharmacological treatment in outpatients from a Brazilian cardiology referral center. São Paulo **MedJournal**, v.114, n.5, p. 1259-64, 1996.
- COSTA, J. S. D. et al. Prevalência de Hipertensão Arterial em Adultos e Fatores Associados: um Estudo de Base Populacional Urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Arq Bras Cardiol.*, v. 88, n. 1, 2007.
- GIORGI, D. Estratégia para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Rev. Bras. Hipertensão* vol13 (1) p.47-50, 2006
- GIROTTTO, E. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo e fatores associados na área de abrangência de uma unidade de saúde da Família. Londrina PR.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2008.
- GONÇALVES, A.R. R; ZATZ, R; HEIMANN, J.C.O. **Papel do rim no controle da pressão arterial.** São Paulo: v.3,n.1,p.6-14, jan/mar. 2000.
- GUSMÃO, J.L. **Avaliação da qualidade de vida e controle da pressão arterial em hipertensos complicados e não complicados** [doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005.
- GUSMÃO, J.L. *et al*: Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. *Rev Bras de Hipertens*, vol.16(1):38-43, 2009.
- KLEIN, C.H; ARAUJO, J. W. G. de. Fumo, bebida alcoólica, migração, instrução, ocupação, agregação familiar e pressão arterial em Volta Redonda, Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*, v. 1, p. 160-76, 1985.

LOPES, M.C.L. **A convivência da família com a hipertensão arterial** [dissertação]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá; 2007.

MANFROID, A. OLIVEIRA, F: Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica. Rev Bras Med Fam e Com.Rio de Janeiro,v 2,n 7 ,out/dez 2006.

MION JUNIOR, D. **Hipertensão: aspectos práticos. São Paulo:** Sociedade Brasileira de Cardiologia, Departamento de Hipertensão Arterial, 1988.16p.

MINISTERIO DE SAUDE BRASIL. Cadernos de atenção básica, departamento de atenção básica, área técnica de diabetes e hipertensão arterial: **Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus**. Brasília, 2006.

MORRIS, J; COLLINS, M. Saúde graças ao exercício-uma lei da natureza. **Saúde Mundo**, p. 6-7, 1992.

OLIVEIRA MENDES, L, et al: Fatores associados a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: uma revisão integrativa. Revista Univap , v. 20, n. 35, jul. 2014.

PESSUTO, J; CARVALHO, E. C. de. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. **Rev.latino-am.enfermagem**, Riverão Preto, v.6, n. 1 p. 33-39. Janeiro 1998.

RIBEIRO, A.G. *et al*. Hipertensão arterial e orientação domiciliar: O papel estratégico da saúde da família. **Revista Nutrição, Campinas**, v. 25 n.2 p.271-82, mar./abr.; 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. ArqBrasileiraCardiol, p.48, 2006.

SANTOS, Z.M *et al*: Adesão do cliente Hipertenso ao tratamento: Analise com abordagem interdisciplinar. Texto Contexto Enferm 2005 Jul- Sep; 14 (3): 332-40.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Revista Brasileira de Hipertensão, v.17, n.1,2010.