

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

SÁVIO ÉDER DOS REIS

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DA ADESÃO AO
TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO
TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA BEM VIVER,
EM HELIODORA - MG**

Campos Gerais / Minas Gerais

2015

SÁVIO ÉDER DOS REIS

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DA ADESÃO AO
TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO
TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA BEM VIVER,
EM HELIODORA - MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Alfenas, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Sílvia Lanziotti Azevedo da Silva

Campos Gerais / Minas Gerais

2015

SÁVIO ÉDER DOS REIS

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DA ADESÃO AO
TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO
TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA BEM VIVER,
EM HELIODORA - MG**

Banca examinadora

Examinador 1: Professora Sílvia Lanziotti Azevedo da Silva – UNIFAL

Examinador 2: Professora Sueli Leiko Takamatsu Goyatá – UNIFAL

Aprovado em Alfenas, em 26 de fevereiro de 2015.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos que, de alguma forma, contribuíram para o meu engrandecimento como médico durante o ano de 2014, principalmente aos meus familiares, que sempre me inspiraram a ser um homem digno e um médico dedicado.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sempre estar ao meu lado e iluminar o meu caminho.

À minha família, por ser o meu porto seguro e fonte de inspiração para enfrentar os obstáculos da vida.

À minha namorada, pelo companheirismo admirável e pelo apoio em todos os desafios da minha profissão.

À equipe de saúde da ESF Bem Viver, pelos conhecimentos trocados durante um ano, pelas experiências vividas e pela amizade eterna.

Aos meus pacientes, por me mostrarem o quão correta foi a minha escolha de ser médico, por me ensinarem a ser mais humano e mais dedicado a cada consulta e por confiarem no meu conhecimento.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. A detecção, o tratamento e o controle dessa doença são fundamentais para a redução de sua morbimortalidade. O presente trabalho justifica-se pela elevada prevalência de HAS na população adscrita à Estratégia Saúde da Família Bem Viver, em Heliódora – MG, e pelo controle pressórico inadequado de grande parte desses pacientes. O objetivo deste trabalho é elaborar um projeto de intervenção que melhore a adesão ao tratamento da HAS, minimizando os efeitos maléficos da pressão arterial não controlada para a população e para o sistema de saúde do município. Após pesquisa qualitativa, levantamento de dados e revisão da literatura atual sobre o tema, elaborou-se o diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Bem Viver e, através do Método de Planejamento Estratégico Situacional, desenvolveu-se o projeto de intervenção, que visa iniciar a educação domiciliar dos hipertensos e capacitar a equipe de saúde a realizar um acolhimento satisfatório dos usuários. Espera-se com a intervenção a aquisição de conhecimento técnico-científico, prático e pedagógico pela equipe de saúde, a melhora do nível de conhecimento dos hipertensos a respeito de sua doença e o aumento da motivação destes em aderir ao tratamento proposto, resultando em maior número de pacientes com controle pressórico satisfatório e minimizando a morbimortalidade gerada pela hipertensão.

Palavras-chave: Hipertensão. Adesão à medicação. Saúde da Família.

ABSTRACT

The Systemic Arterial Hypertension is a serious public health problem in Brazil and worldwide. The detection, treatment and control of this disease are fundamental to reduce morbidity and mortality. This work is justified by the high prevalence of hypertension in the enrolled population to the Family Health Strategy (ESF) Bem Viver in Heliadora - MG, and by inadequate blood pressure control of many of these patients. The objective of this work is to develop an intervention project to improve adherence to treatment of hypertension, minimizing the harmful effects of uncontrolled blood pressure for the population and the municipal health system. After qualitative research, data collection and review of the current literature on the subject, drew up the situation analysis of the coverage area of the ESF Bem Viver and through the Situational Strategic Planning Method, developed the intervention project, which aims start the home education of hypertensive patients and train health staff to conduct a satisfactory reception of users. It is expected that with the intervention, the health team earn technical, scientific, practical and pedagogical knowledge, hypertension patients improve the level of knowledge about their disease and increase adherence to the proposed treatment, resulting in higher number of patients with satisfactory blood pressure control and minimizing morbidity and mortality generated by hypertension.

Keywords: Hypertension. Medication adherence. Family Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – População segundo a faixa etária e a área de moradia (urbana ou rural) no município de Heliadora 12

Tabela 2 – Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório para maiores de 18 anos 21

Tabela 3 – Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Bem Viver 28

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 – Relação dos problemas identificados no diagnóstico situacional da Estratégia Saúde da Família Bem Viver 27
- Quadro 2 – Descritores da baixa adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica ... 28
- Quadro 3 – Desenho do projeto de intervenção descrito para o enfrentamento do nó crítico 1 na Estratégia Saúde da Família Bem Viver..... 30
- Quadro 4 – Desenho do projeto de intervenção descrito para o enfrentamento do nó crítico 2 na Estratégia Saúde da Família Bem Viver 31

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Caracterização do município de Heliadora	11
1.2 Sistema local de saúde	14
1.3 Área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Bem Viver	15
1.4 Diagnóstico situacional	16
2 JUSTIFICATIVA	17
3 OBJETIVOS	18
3.1 Objetivo geral	18
3.2 Objetivos específicos	18
4 METODOLOGIA	19
5 REVISÃO DE LITERATURA	21
5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica	21
5.2 Não adesão ao tratamento anti-hipertensivo	22
5.3 O papel da Estratégia Saúde da Família frente aos hipertensos	23
5.4 Educação em saúde voltada aos hipertensos	24
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO	27
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	36

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Esta doença é responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, por 50% dos casos de insuficiência renal terminal no Brasil (BRASIL, 2006).

Segundo Nakamoto (2012) estima-se que cerca de 20% da população adulta mundial seja hipertensa, sendo que sua prevalência se eleva para próximo de 50% nos indivíduos acima de 60 anos. Mais alarmante o fato de que mais de 40% da população hipertensa não esteja recebendo algum tipo de tratamento e que apenas cerca de 30% esteja com seus níveis pressóricos controlados.

Considerando morbidade e mortalidade, a hipertensão arterial não controlada é responsável pelo maior ônus social e econômico à população e ao setor de saúde, repercutindo fortemente sobre a previdência social (LESSA, 2006).

A maior razão para o controle inadequado da pressão arterial é a falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Sarquis *et al.* (1998) definem adesão como sendo a extensão em que o comportamento do indivíduo, em termos de tomar os medicamentos, seguir a dieta, realizar mudanças no estilo de vida e comparecer às consultas médicas, coincide com o conselho médico ou de saúde.

Como a falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo traz consequências sérias tanto para o paciente como para o sistema de saúde, a busca de estratégias para melhorar a adesão dos hipertensos ao tratamento tem papel fundamental na política de saúde pública. A Estratégia Saúde da Família (ESF) pode ser muito útil nesse sentido, pois realiza o acolhimento biopsicossocial do indivíduo, conhece o território em que atua e aborda a população em seu contexto familiar. Com isso, a equipe de saúde cria um vínculo duradouro com as famílias adscritas e é capaz de fornecer subsídios para elaboração de estratégias específicas para aquela população, com a finalidade de melhorar a adesão dos pacientes ao tratamento da hipertensão.

1.1 Caracterização do município de Heliódora

Heliadora é uma cidade localizada no sul do Estado de Minas Gerais e tem uma população de 6.121 habitantes, segundo o Censo Demográfico de 2010. O município encontra-se em um local geograficamente estratégico, próximo à rodovia Fernão Dias, BR 381 (São Paulo/Belo Horizonte), a 370 quilômetros da capital mineira, Belo Horizonte, e a 275 quilômetros de São Paulo. O atual prefeito é o senhor Ercílio Confort Lorena, a secretária municipal de saúde é a senhora Valéria da Fátima Reis e a coordenação da atenção básica é responsabilidade de Jaqueline Krauss Siqueira Reis.

Por volta do ano de 1850, os primeiros fazendeiros ocuparam as terras que abrigam atualmente o município de Heliadora. Naquele tempo, o povoado era chamado de Santa Isabel e pertencia ao distrito de Santa Catarina. Em 1878, tal povoado passou a integrar o município recém-criado de São Gonçalo do Sapucaí. Em virtude da Lei Estadual nº 845 de 07 de setembro de 1932, foi mudada a denominação de Santa Isabel para Heliadora, em homenagem à heroína da Inconfidência, Bárbara Heliadora. A emancipação de Heliadora ocorreu pela Lei nº 336 de 27 de dezembro de 1948, desmembrando-se do território de São Gonçalo do Sapucaí e recebendo o nome de Senador Lemos. Em 1953, quatro anos após a primeira eleição municipal, a cidade voltou a se chamar Heliadora.

Região serrana, rica em montanhas, com clima tropical de altitude e caracterizada por dias quentes e noites frias, o município faz parte do Circuito Serras Verdes do Sul de Minas Gerais e tem um grande potencial no turismo ecológico, com áreas de lazer, cachoeiras, cavernas e belas montanhas.

Heliadora possui uma área total de 153,95 km², ocupada por 6.121 habitantes, sendo 4.430 (72,4%) pessoas residentes na área urbana e 1.691 (27,6%) na área rural. De acordo com esses dados do Censo Demográfico de 2010, a densidade demográfica de Heliadora é de 39,76 hab./km², e a taxa de crescimento anual da população é de 0,79%. A cidade possui aproximadamente 1.962 domicílios e 1.817 famílias. A tabela 1 mostra a divisão da população de acordo com o faixa etária e a área de moradia.

Tabela 1 – População segundo a faixa etária e a área de moradia (urbana ou rural) no município de Heliadora.

Faixa etária (em anos)	Zona urbana (hab.)	Zona rural (hab.)	Total
0 a 4	269	121	390
5 a 9	308	112	420
10 a 14	384	144	528
15 a 19	367	150	517

20 a 24	300	158	458
25 a 29	356	100	456
30 a 39	601	282	883
40 a 49	623	247	870
50 a 59	553	192	745
60 a 69	363	122	485
70 ou mais	306	63	369
Total	4430	1691	6121

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

Segundos dados do IBGE, colhidos através do Censo Demográfico de 2010, o IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) municipal é de 0,657, e a renda média familiar está em torno de R\$533,71 por mês. Há muitas famílias que vivem com uma renda muito baixa e em condições muito precárias de moradia e higiene.

A taxa de analfabetismo é de 13% (era de 18,8% no Censo Demográfico de 2000), mas a impressão é de que o número de analfabetos seja ainda maior do que a realidade, devido ao alto grau de analfabetismo funcional, ou seja, as pessoas até sabem ler e escrever, mas tem muita dificuldade de compreender o que está escrito.

A taxa de desemprego na população com 16 anos ou mais, economicamente ativa, é de 1,43%. Um fato notável é o grande número de trabalhadores informais, principalmente nas colheitas de café. Os trabalhadores formais estão mais concentrados na zona urbana, principalmente nas indústrias têxteis.

O serviço de luz elétrica é satisfatório e abrange a área urbana e quase toda a zona rural. O serviço de água tratada ainda é precário em alguns bairros da zona rural, assim como o sinal de telefonia. Há funcionamento satisfatório de correios e bancos, com uma agência do Banco do Brasil no centro da cidade.

As principais atividades econômicas da população heliodorense consistem no cultivo de café, arroz, feijão, milho e hortifrutigranjeiro. A pecuária também merece destaque devido ao gado leiteiro e à suinocultura. Há poucas indústrias no território, com destaque para as têxteis e os alambiques.

A respeito da escolarização, há 864 alunos matriculados no ensino fundamental, divididos entre o ensino público municipal e estadual. Não há escolas particulares na cidade. No Brasil, o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), segundos dados de 2011, tem as seguintes notas: 5,0 nos anos iniciais, 4,1 nos anos finais e 3,7 no ensino médio.

Notas estas que mostram que o ensino no país não é satisfatório. Em Heliódora, isso não é diferente, ainda com o agravante de muitos jovens abandonarem os estudos para trabalharem na zona rural, principalmente nas colheitas de café.

A cidade conta com 02 escolas municipais com ensino fundamental, 01 escola estadual com ensino fundamental e médio e uma creche com ensino pré-escolar. Há 01 pronto-atendimento municipal, que atende somente urgências e emergências, e, quando necessário, tem a possibilidade de transferir o paciente para o Hospital das Clínicas Samuel Libânio, em Pouso Alegre. Há 01 laboratório público e 01 farmácia do SUS, acoplados ao pronto-atendimento, 01 laboratório particular e 03 farmácias privadas na cidade, sendo que uma delas faz parte do Programa Farmácia Popular. A maioria da população é usuária do SUS, sendo uma pequena parcela usuária também de planos de saúde privados ou financiadoras da própria saúde. Raramente encontram-se pessoas usuárias somente do sistema privado de saúde.

1.2 Sistema local de saúde

Em Heliódora, há um conselho municipal de saúde, criado em 26 de outubro de 1993 por meio de uma portaria, composto de 11 conselheiros, 04 usuários, 04 trabalhadores de saúde e 01 gestor, o qual possui reuniões mensais. Segundo o Portal de Transparência da Controladoria Geral da União, o montante total destinado ao Fundo Municipal de Saúde de Heliódora, em 2013, foi de R\$229.040,00.

A cidade possui 02 Estratégias Saúde da Família (ESF), 01 Unidade Básica de Saúde (UBS), 01 Pronto-Atendimento (PA), 01 laboratório do SUS e 01 farmácia do SUS. A atenção primária no município mantém parcerias com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), que fornece apoio psicológico, oficinas artesanais e cadastramento no Programa Bolsa Família. A Unidade Básica de Saúde fornece consultas com médicos especialistas – cardiologista, pediatra, ginecologista e obstetra – e com nutricionista, além de ser responsável pela vacinação da população, sendo sempre referenciada pela atenção primária.

Heliódora apresenta poucos serviços de saúde que se enquadram em média complexidade, como atendimento ambulatorial com cardiologista e pronto atendimento. Quando a população necessita de outros atendimentos de média complexidade ou qualquer atendimento de alta complexidade, o atendimento é realizado através do Hospital das Clínicas Samuel Libânio, localizado na cidade de Pouso Alegre, a 55 quilômetros de Heliódora, sendo

este um hospital de grande porte referência para toda a região. A população que necessita desse serviço de maior densidade tecnológica tem como porta de entrada no sistema de saúde a atenção primária, e, após avaliação médica, é encaminhada ao ambulatório desse hospital. Após receber o tratamento adequado na cidade vizinha, retorna à ESF para recuperação e reabilitação, além da prevenção de novos agravos.

O sistema de referência e contra referência não funciona adequadamente. Raramente o médico da ESF que encaminha o paciente para a atenção secundária ou terciária tem relatório médico a respeito do atendimento ao paciente, apesar da referência ser feita. Ou seja, salvo casos isolados, não há contra referência eficiente no município. A comunicação entre os diversos setores de saúde é prejudicada pela falta de logística e pela não integração dos prontuários.

1.3 Área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Bem Viver

A ESF Bem Viver é responsável por toda a zona rural e parte da área urbana do município e tem 2.618 pessoas adscritas, o equivalente a 829 famílias. É composta de 01 médico, 01 enfermeira, 03 técnicas de enfermagem e 07 agentes comunitárias de saúde. O médico tem carga horária de 32 horas semanais e faz atendimento na unidade, no asilo e nos bairros rurais, além de visitas domiciliares e palestras educacionais. A equipe de enfermagem e as agentes comunitárias de saúde trabalham de segunda-feira a sexta-feira, das 07 horas às 16 horas, com intervalo para o almoço entre 11h30min e 12h30min. O atendimento é realizado através de consultas marcadas e livre demanda, sendo urgências e emergências encaminhadas ao pronto-atendimento (PA). Na unidade da ESF Bem Viver, há 01 sala para atendimento médico, 01 sala para atendimento da enfermagem, 01 local para realização de curativos, 01 cômodo para guardar documentos, 01 sala de espera (local onde são realizadas palestras para a população ou para as agentes comunitárias de saúde), 01 sala de reuniões, 01 cozinha e 02 banheiros.

Grande parte das ruas da área de abrangência é de terra, sendo algumas ruas da zona urbana pavimentadas. A maioria das famílias adscritas à ESF possui luz elétrica em suas residências, exceto algumas poucas famílias moradoras da área rural, que não possuem energia elétrica, sistema de esgoto e água tratada.

Segundo informações colhidas na sede da ESF Bem Viver, 30,76% da população assistida não possui água tratada, 4,46% possui tratamento da água somente com cloração, 0,48% ferve a água antes de sua utilização e somente 64,29% usufrui realmente de água

filtrada. O reabastecimento de água é dividido entre a rede pública, responsável por 54,89% deste reabastecimento, e postos e nascentes, que representam os outros 45,11%. Todas as casas da cidade foram construídas com tijolos. 94,57% do lixo são coletados pelo serviço público, 5,07% do lixo é enterrado e queimado e 0,36% representa o lixo a céu aberto.

1.4 Diagnóstico situacional

De acordo com Campos, Faria e Santos (2010), o diagnóstico da situação da saúde na área de abrangência da ESF é um passo essencial no enfrentamento dos problemas daquele território. Com o intuito de realizar uma intervenção capaz de impactar positivamente a saúde no município, primeiramente foi realizado o diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Bem Viver. Após reuniões entre a equipe de saúde, alguns problemas presentes no território foram identificados e analisados, são eles: baixa adesão ao tratamento da HAS, baixo interesse pelo Programa Hiperdia, analfabetismo funcional, abandono da escola por jovens, baixa renda familiar e falta de água tratada.

O problema definido como prioritário e passível de intervenção pela equipe de saúde foi a baixa adesão ao tratamento da HAS. Com a intenção de agir nos principais fatores contribuintes desse problema, foi elaborado um plano de ação pautado em dois projetos: "Preparar", projeto voltado à equipe de saúde a fim de capacitá-la a realizar uma abordagem pedagógica adequada e um acolhimento satisfatório da população; e "Educar", que visa conscientizar os hipertensos sobre os efeitos maléficos da doença descontrolada e ajudá-los a seguir as orientações da equipe de saúde.

2 JUSTIFICATIVA

O presente trabalho justifica-se pela elevada prevalência de HAS na população adscrita à ESF Bem Viver em Heliódora – MG e pelo controle pressórico inadequado de grande parte desses pacientes.

A realidade vivenciada na ESF Bem Viver mostra que o principal fator causal relacionado ao controle pressórico inadequado consiste na baixa adesão da população hipertensa ao tratamento farmacológico e não farmacológico. Neste contexto, torna-se fundamental a aproximação entre equipe de saúde e pacientes hipertensos, com o objetivo de proporcionar conhecimento sobre a HAS a esses pacientes e motivá-los a seguir corretamente as orientações da equipe de saúde. Segundo Giroto *et al.* (2013), a maior preocupação dos hipertensos com seu estado de saúde e o acesso e vínculo aos serviços e profissionais de saúde geram maior conhecimento sobre sua condição, o que pode contribuir para um melhor cumprimento da terapia anti-hipertensiva.

Sendo assim, a proposta de intervenção descrita neste trabalho pode melhorar o nível de conhecimento dos hipertensos a respeito de sua doença e motivá-los a aderir ao tratamento proposto pela equipe de saúde, aumentando o número de pacientes com controle pressórico satisfatório e minimizando a morbimortalidade gerada por essa doença.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção que melhore a adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica na ESF Bem Viver no município de Heliadora – MG, minimizando os efeitos maléficos da pressão arterial não controlada para a população e para o sistema de saúde do município.

3.2 Objetivos específicos

Realizar o diagnóstico situacional da saúde na área de abrangência da ESF Bem Viver em Heliadora.

Analisar os fatores mais importantes na gênese da baixa adesão ao tratamento da HAS na ESF Bem Viver em Heliadora.

Informar a população sobre a hipertensão arterial, modos de prevenir a doença, possíveis complicações e a importância do tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

Estimular os pacientes hipertensos a seguirem as orientações da equipe de saúde.

4 METODOLOGIA

O presente trabalho foi realizado através da análise do diagnóstico situacional e seus nós críticos, de uma revisão de literatura sobre o tema e da elaboração de um plano de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento da HAS na ESF Bem Viver em Heliadora – MG.

O diagnóstico situacional foi realizado predominantemente através de pesquisa qualitativa, a partir de reuniões com a equipe da Estratégia Saúde da Família e com os membros da Secretaria Municipal de Saúde de Heliadora, nas quais foram avaliados dados levantados pela própria equipe e dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) entre os meses de Julho e Outubro de 2014. Após análise dos dados e descrição resumida das características de Heliadora e da ESF em questão, definiu-se a baixa adesão ao tratamento da HAS como principal problema de saúde presente na área de abrangência da ESF Bem Viver.

Fiuz e Barros (2011) lembram que a pesquisa qualitativa estuda as pessoas em seus ambientes naturais e emprega metodologias como observação direta e participante, entrevistas, grupos focais, conversas informais, análises de textos ou documentos e análise de discurso. Dessa forma, a pesquisa qualitativa desenvolve as percepções e interpretações subjetivas, que surgem da experiência; comportamentos subjetivos, que surgem das ações; e o contexto, que envolve os aspectos sociais, culturais, políticos e físicos que rodeiam os sujeitos da pesquisa.

Com o intuito de compreender melhor as causas da baixa adesão ao tratamento da HAS e possíveis maneiras de intervir nos nós críticos relacionados a esse tema, foram utilizados materiais científicos encontrados no site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online), no site da Biblioteca Virtual NESCON e documentos do Ministério da Saúde, da Sociedade Brasileira de Hipertensão e da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Os descritores utilizados na pesquisa foram: hipertensão, adesão à medicação, Saúde da Família.

Para o desenvolvimento do plano de intervenção, utilizou-se o Método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), concebido por Carlos Matus, no qual a partir da análise dos problemas atuais e elaboração do diagnóstico situacional, cria-se um plano de ações viável para interferir diretamente no problema prioritário naquele local. Para Iida (1993), o PES é flexível e se adapta às constantes mudanças da situação real. Quando houver

uma mudança da situação real, o plano é imediatamente ajustado. O mais importante é que este método não separa as funções de planejamento das de execução, pois realiza análises situacionais para orientar o dirigente no momento da ação. Com isso, permite trabalhar com a complexidade dos problemas sociais.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um fator de risco bem estabelecido para todas as manifestações da doença aterosclerótica, podendo ocasionar diversas complicações para as pessoas, entre as quais: acidente vascular encefálico, insuficiência cardíaca, insuficiência renal e infarto do miocárdio. A detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares (PIANCASTELLI; SPIRITO; FLISCH, 2013).

No Brasil, um estudo de revisão de prevalência de HAS em diversas cidades encontrou variações de 19% a 44% (que dependem do critério adotado e processo de aferição), com frequências mais elevadas entre os maiores de 60 anos e os de menor escolaridade. Considerando o critério de hipertensão arterial como pressão sistólica maior que 140 mmHg e/ou pressão diastólica maior que 90 mmHg e/ou uso corrente de anti-hipertensivo, os estudos mostram taxas de prevalência em torno de 20% (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial (PA) sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. A aferição da PA deve ser realizada em toda consulta clínica, por médicos de qualquer especialidade e outros profissionais de saúde, com técnica adequada, utilizando-se aparelhos confiáveis e devidamente calibrados. O diagnóstico da HAS requer que se conheça a pressão usual do indivíduo, não sendo suficiente uma ou poucas aferições casuais. Recomenda-se repetir a aferição da PA em diferentes períodos e dias, antes de confirmar o diagnóstico da doença (BRASIL, 2006).

A tabela 2 apresenta a classificação da pressão arterial segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010).

Tabela 2 – Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório para maiores de 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	> ou = 180	> ou = 110
Hipertensão sistólica isolada	> ou = 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, 2010.

Após a realização do diagnóstico da HAS, é necessária a análise da estratificação de risco do paciente, que leva em conta valores pressóricos, presença de lesões em órgãos-alvo e o risco cardiovascular estimado (BRASIL, 2006).

O tratamento da HAS é pautado em duas abordagens terapêuticas: modificações do estilo de vida (MEV), que inclui perda de peso, incentivo às atividades físicas, alimentação adequada e hábitos de vida saudáveis; e o tratamento medicamentoso (BRASIL, 2006). Este último é realizado através de medicamentos considerados de primeira linha, como inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), antagonistas dos receptores AT1 da angiotensina II (BRA-II), antagonistas dos canais de cálcio (ACC), diuréticos tiazídicos e betabloqueadores, em monoterapia ou em terapia combinada, a depender de cada caso (KOHLMANN JUNIOR *et al.*, 2010).

5.2 Não adesão ao tratamento anti-hipertensivo

Segundo Borges *et al.* (2012), a adesão ao tratamento da hipertensão é entendida como o grau de coincidência entre o comportamento do usuário e a recomendação do profissional de saúde perante o regime terapêutico. Espera-se como resultado o controle da pressão arterial, a redução na incidência ou retardo na ocorrência de complicações e a melhoria da qualidade de vida.

No Brasil, 14 estudos populacionais realizados nos últimos quinze anos com 14.783 indivíduos revelaram baixos níveis de controle da PA (19,6%), segundo informações da VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010).

Oliveira-Filho *et al.* (2012) realizaram um estudo transversal em seis Unidades de Saúde da Família (USF) de Maceió – AL no qual somente 34,1% dos pacientes hipertensos apresentaram valores de pressão arterial sob controle. A taxa de adesão terapêutica neste

estudo, determinada por meio da Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de oito itens (MMAS-8 = 8, alta adesão) foi de 19,7%.

Em um estudo transversal, exploratório, realizado na área de abrangência de uma USF de Londrina - PR, os principais motivos alegados para a não adesão foram o esquecimento (32,2%), achar que a pressão arterial estava controlada (21,2%), os efeitos adversos dos medicamentos (13,7%) e não apresentar sintomas (11,0%). Também foram relevantes os seguintes motivos: indisponibilidade de medicamentos na unidade de saúde (7,5%), não querer tomar medicamentos pelo resto da vida (7,5%), utilizá-los apenas quando se sente mal (6,8%) e ingestão de bebidas alcoólicas (6,2%) (GIROTTO *et al.*, 2013).

A hipertensão arterial é uma doença crônica insidiosa, de longa duração, na maior parte do tempo assintomática, fato que induz muitas pessoas a não se reconhecerem como doentes (SANTA-HELENA; NEMES; NETO, 2010).

De acordo com um estudo com 60 pacientes idosos (60 anos ou mais) que usam quatro ou mais medicamentos para doenças crônicas, acompanhados pelo serviço público em Ribeirão Preto – SP, 20% não sabiam que a hipertensão aumenta o risco de morbimortalidade cardiovascular, 42% acreditavam na cura da hipertensão essencial e 48% informaram que frequentemente esqueciam-se de tomar uma das medicações prescritas. Quanto à prescrição, 78% dos voluntários relataram não entender a letra do médico. Problemas para obter os medicamentos foram raramente descritos. A atividade física regular foi relatada por 43%, especialmente caminhadas e ginástica, embora 90% tenham mencionado o conselho médico prévio sobre a importância dos exercícios. Cinquenta por cento comentaram que evitavam o sal, e 42%, os alimentos gordurosos (BASTOS-BARBOSA *et al.*, 2012).

Santa-Helena, Nemes e Neto (2010) afirmam que o subgrupo de pessoas inseridas no mercado de trabalho, em especial aqueles trabalhadores não qualificados e com baixo poder aquisitivo (classes C, D e E), apresenta maior risco de não adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Giroto *et al.* (2013) revelam a necessidade de se estabelecer medidas que permitam ao hipertenso compreender adequadamente a hipertensão arterial e a importância da adaptação a uma situação que exige mudanças comportamentais contínuas e que favoreça o cumprimento das medidas terapêuticas indicadas.

5.3 O papel da Estratégia Saúde da Família frente aos hipertensos

No Brasil, cerca de 60 a 80% dos casos de HAS podem ser tratados na rede primária de saúde. A atenção primária trata-se do primeiro nível de atenção à saúde, o qual nos anos 90 recebeu o reforço do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF). Tais programas reafirmaram seu conceito e reorganizaram suas práticas num ambiente em equipe e participativo, dirigido a populações de territórios bem delimitados. Por conta das suas grandes importâncias funcionais, atualmente os consideram como uma estratégia (CARVALHO *et al.*, 2012).

O acolhimento na ESF representa um importante dispositivo para a humanização das relações entre trabalhadores e serviço de saúde com seus usuários, entendida como essencial ao processo de coprodução da saúde, sob os princípios orientadores do SUS: universalidade, integralidade e equidade (RAMOS; LIMA, 2003).

De acordo com Carvalho *et al.* (2012), a simples criação de políticas e/ou programas para a prevenção das doenças cardiovasculares pode não ser tão eficaz. Faz-se necessário a adesão do usuário ao esquema terapêutico proposto. Tal adesão depende de três fatores: do mesmo estar ciente de sua condição de saúde e comprometido com o tratamento, dos profissionais de saúde através dos esclarecimentos e incentivos e do apoio familiar.

Nesse sentido, é fundamental o papel do agente comunitário na equipe de Saúde da Família. Por pertencer àquela comunidade, ele conhece os problemas, necessidades de saúde e cultura da população local e as dificuldades para enfrentá-los. Assim, se bem orientado, será facilitador da relação entre a equipe e a comunidade, sendo um elo entre as duas realidades (ALVES; AERTS, 2011). Para Marzari, Junges e Selli (2011), o sucesso dessa estratégia depende do vínculo entre a equipe de saúde e a população, ampliando a eficácia das ações de saúde nos usuários e favorecendo a participação da comunidade.

5.4 Educação em saúde voltada aos hipertensos

Giroto *et al.* (2013) reforçam a importância de ações interdisciplinares que possam contribuir para o manejo e o controle da hipertensão arterial e de outras doenças cardiovasculares. Tais ações devem considerar o indivíduo hipertenso em todas as suas nuances sociais e culturais, valorizando seu ambiente e suas condutas individuais e coletivas. Nesse sentido, estratégias educacionais que desloquem o foco da atenção da produção de procedimentos para a de cuidados integrais são importantes.

Segundo Oliveira *et al.* (2013), em um estudo intervencionista realizado com 261 hipertensos com mais de 18 anos, após a aplicação de um projeto de educação em saúde

voltado a esses hipertensos, houve uma melhor estatisticamente significativa em relação à prática de atividade física, ao consumo de legumes, à circunferência abdominal, ao IMC e ao controle pressórico. As médias de PA encontradas no início do estudo foram: PA sistólica = $141,67 \pm 23,94$ mmHg e PA diastólica = $81,94 \pm 12,13$ mmHg. Após a intervenção, os valores observados foram respectivamente de $131,32 \pm 21,63$ mm/Hg e $81,76 \pm 12,08$ mm/Hg.

Um dos problemas que as equipes de saúde enfrentam no trabalho com grupos populares é a dificuldade de entendimento da linguagem e concepção de mundo dessas comunidades. Isso se deve à incompreensão dos trabalhadores da saúde sobre a forma como as pessoas das classes populares pensam e percebem o mundo. Geralmente, há uma incapacidade por parte da equipe de saúde em aceitar que as pessoas da periferia são capazes de produzir conhecimento e que esse conhecimento está vinculado às suas raízes culturais. Por sua vez, as comunidades também não conseguem entender a lógica das equipes de saúde, e isso gera um descompasso extremamente grande entre o que pensam e sentem usuários e trabalhadores da saúde (ALVES; AERTS, 2011).

Compreender que os usuários são detentores de conhecimentos sobre os quais constroem a sua identidade é fundamental para o processo educativo que pretende ser transformador. Deve-se acreditar que esses são saberes diferentes e não menos importantes que os saberes tidos como técnico-científicos, e é preciso aprender a lidar com eles. A partir da visão que o outro tem do problema, o profissional estabelece a melhor estratégia de ação, que, necessariamente, tem que respeitar a autonomia do outro e ser pautada em princípios éticos (VASCONCELOS; GRILLO, 2009 *in* SOARES; VASCONCELOS; GRILLO, 2009).

Machado, Pires e Lobão (2012) concluíram que os hipertensos entrevistados conhecem os fatores de risco, mas nem sempre pelo termo técnico "fator de risco" empregado pelos profissionais de saúde e isto fica comprovado com a mudança da abordagem para "fatores que podem aumentar a pressão". Após a mudança nos termos, os entrevistados passaram a relatar fatores que, de fato, são fatores de risco para a hipertensão. Ou seja, a população conhece os riscos que tais fatores agregam, contudo desconhece os nomes atribuídos aos mesmos pelos profissionais de saúde. Uma medida que se mostra eficaz na transmissão de conhecimentos aos hipertensos é utilizar a linguagem da própria população para passar essas informações e evitar os termos técnicos.

Para Alves e Aerts (2011), a educação em saúde é uma prática social, devendo ser centrada na problematização do cotidiano, na valorização da experiência de indivíduos e grupos sociais e na leitura das diferentes realidades.

As metas da educação em saúde para o indivíduo portador de HAS devem incluir a apropriação de meios para o desenvolvimento de seu autocuidado e autonomia, a ampliação de seu nível de conhecimento e apreensão sobre os processos de saúde-doença-adoecimento e o desenvolvimento de estratégias para controle adequado da pressão arterial (RIBEIRO *et al.*, 2012).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

De acordo com Campos, Faria e Santos (2010), o diagnóstico da situação da saúde na área de abrangência da ESF é essencial para a definição das ações a serem implementadas no enfrentamento dos problemas identificados, além de ter crucial importância na avaliação da eficiência e da eficácia dessas ações.

A definição dos problemas presentes na área de abrangência da ESF Bem Viver foi possível após algumas reuniões da equipe. Nessas reuniões, o médico, a enfermeira, as 3 técnicas de enfermagem e as 7 agentes comunitárias de saúde levantaram informações a respeito desses problemas, os quais estão listados no quadro abaixo.

Quadro 1 – Relação dos problemas identificados no diagnóstico situacional da Estratégia Saúde da Família Bem Viver.

Problemas identificados no território da ESF Bem Viver
Baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo
Analfabetismo funcional
Falta de água tratada
Pouco interesse da população em comparecer às consultas médicas
Baixa adesão da população ao programa Hiperdia
Abandono da escola por jovens
Baixa renda familiar
Número elevado de trabalhadores informais e sazonais
Sistema de referência e contra-referência ineficiente
Baixa acessibilidade a serviço de média e alta complexidade

Após levantamento de informações dos principais problemas presentes no diagnóstico situacional da ESF Bem Viver, foi realizada a priorização destes problemas, pois não há recursos financeiros, materiais e humanos para enfrentá-los ao mesmo tempo. Os problemas foram analisados de acordo com três critérios: importância, urgência e capacidade de enfrentamento. O critério “importância” foi classificado em baixa, média ou alta importância; o critério “urgência” foi definido de acordo com uma pontuação na escala de 1 a 10; e o critério “capacidade de enfrentamento” dividiu os problemas em dentro, parcial ou fora da capacidade de enfrentamento da equipe. Após a classificação dos problemas de acordo com esses três critérios, definiu-se uma ordem de seleção, na qual a “baixa adesão ao tratamento da

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)” foi considerada a prioridade. A classificação dos principais problemas e a ordem de seleção estão condensadas na tabela a seguir.

Tabela 3 – Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Bem Viver.

Principais problemas	Importância	Urgência*	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Baixa adesão ao tratamento da HAS	alta	8	dentro	1
Baixo interesse pelo Programa Hipertensão	alta	6	parcial	2
Analfabetismo funcional	alta	5	fora	4
Abandono da escola por jovens	alta	5	parcial	3
Baixa renda familiar	baixa	2	fora	6
Falta de água tratada	média	4	fora	5

* Total de pontos distribuídos: 30

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a doença mais prevalente do território de abrangência da ESF Bem Viver. A adesão ao tratamento dessa doença não é satisfatório e isso resulta em um aumento da morbimortalidade dessa condição na população. O uso de medicamentos em horários e doses diferentes do que foi prescrito, o não uso de alguns medicamentos fundamentais para o controle da doença, o grande número de pacientes que apresentam controle pressórico inadequado, a presença de hipertensos diabéticos e/ou tabagistas, o analfabetismo funcional de uma parcela importante da população e o não seguimento apropriado das orientações a respeito da alimentação e prática de atividades físicas regulares foram alguns pontos levantados pela equipe sobre esta baixa adesão, sendo considerados como consequências diretas deste problema. O quadro 2 mostra os descritores da baixa adesão ao tratamento da HAS na ESF Bem Viver.

Quadro 2 – Descritores da baixa adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica.

Descritores do problema selecionado	Valores	Fonte
Hipertensos cadastrados em Heliadora (1)	1226	SIAB
Hipertensos acompanhados em Heliadora (1)	1211	SIAB
Hipertensos da zona urbana cadastrados (1)	659	SIAB
Hipertensos da zona urbana acompanhados (1)	659	SIAB
Hipertensos da zona rural cadastrados (1)	567	SIAB
Hipertensos da zona rural acompanhados (1)	552	SIAB

Hipertensos cadastrados na ESF Bem Viver (2)	607	Registo da equipe
Hipertensos acompanhados na ESF Bem Viver (2)	592	Registo da equipe
Hipertensos com controle pressórico insatisfatório (2)	181	Registo da equipe
Hipertensos que utilizam os medicamentos incorretamente (2)	193	Registo da equipe
Hipertensos que não sabem ler a receita médica (2)	217	Registo da equipe
Hipertensos tabagistas (2)	283	Registo da equipe
Hipertensos diabéticos (2)	120	Registo da equipe

(1) Informações colhidas no SIAB.

(2) Levantamento realizado pelas ACS entre julho e setembro de 2014.

Muitas são as causas para essa baixa adesão dos hipertensos às orientações da equipe de saúde. Como consenso observado nas reuniões e discussões da equipe, o analfabetismo funcional foi considerado a principal delas. A taxa de analfabetismo é de 13% segundo o Censo Demográfico de 2010 (era de 18,8% no Censo Demográfico de 2000), mas a impressão é de que o número de analfabetos seja ainda maior do que a realidade, devido ao alto grau de analfabetismo funcional, ou seja, as pessoas até sabem ler e escrever o básico, mas tem muita dificuldade de compreender o que está escrito. E isso influi diretamente na baixa adesão ao tratamento das doenças crônicas, porque muitos pacientes não compreendem o que está escrito na receita médica e não sabem como colocar em prática as orientações passadas pela equipe de saúde. E esse problema só tende a se agravar no futuro, porque muitos jovens abandonam a escola para trabalharem, principalmente nas colheitas de café. Outra causa analisada nas reuniões da equipe é a baixa renda familiar (R\$ 533,71 mensais), que faz com que essas pessoas precisem trabalhar muitas horas por dia, não possam comparecer à unidade de saúde nos dias marcados e não consigam seguir corretamente as orientações e nem aderir à dieta proposta. O fato de alguns idosos morarem sozinhos ou morarem em casas onde todos os moradores são analfabetos contribui para o não seguimento das orientações dos profissionais de saúde.

Com a intenção de analisar os fatores mais importantes na gênese da baixa adesão ao tratamento da HAS, utilizou-se o conceito de “nó crítico”. Nó crítico é um tipo de causa de um problema que, quando atacada, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Neste contexto, a equipe da ESF Bem Viver encontrou dois nós críticos relacionados ao problema principal relatado, são eles: nó crítico 1 – ineficiência dos processos de trabalho da equipe de saúde; nó crítico 2 – deficiência do nível de informação dos hipertensos.

Segundo Campos, Faria e Santos (2010), após a realização do diagnóstico situacional, é necessário que se construa uma proposta de intervenção na área de abrangência, através de passos pré-estabelecidos, para definição das ações, implementação e enfrentamento dos problemas identificados. O plano de ação elaborado na ESF Bem Viver encontra-se representado nos quadros 3 e 4, dividido de acordo com o nó crítico a que se refere.

Quadro 3 – Desenho do projeto de intervenção descrito para o enfrentamento do nó crítico 1 na Estratégia Saúde da Família Bem Viver.

Nó crítico 1	Ineficiência dos processos de trabalho da equipe de saúde.			
Operação	Ensinar profissionais de saúde e voluntários do projeto EDUCAR a realizarem abordagem pedagógica adequada e acolhimento satisfatório da população.			
Projeto	PREPARAR			
Resultados esperados	Conhecimento técnico-científico, prático e pedagógico adequado dos participantes; melhora do acolhimento realizado pela equipe de saúde; motivação dos agentes comunitários de saúde, das técnicas de enfermagem e dos voluntários a ajudarem os hipertensos a conhecerem melhor a sua doença.			
Produtos	Capacitação da equipe de saúde; elaboração de protocolos a serem seguidos durante a abordagem aos hipertensos; ensino de técnicas pedagógicas para lidar com as diversas situações-problema.			
Recursos necessários	Financeiros	Recursos audiovisuais.		
	Organizacionais	Salas de aulas; professores ou palestrantes capacitados.		
	Cognitivos	Conhecimentos técnicos; referências bibliográficas para estudo; elaboração de protocolos.		
	Políticos	Parceria com o setor educacional.		
			Atores controladores	Motivação
Recursos críticos	Organizacionais	Professores ou palestrantes capacitados.	Secretarias Municipais de Saúde e Educação.	Indiferente.
	Cognitivos	Referências bibliográficas para estudo.	Secretarias Municipais de Saúde e Educação.	Indiferente.
		Elaboração de protocolos.	Médico e enfermeira.	Favorável.
	Políticos	Parceria com o setor educacional.	Prefeitura Municipal e Secretaria Municipal de Saúde.	Favorável.

		Responsáveis	Cronograma	Programação
Ações estratégicas	Apresentação do projeto.	Médico.	Início e término em Janeiro de 2015.	Uma única vez.
	Capacitação da equipe de saúde.	Médico e enfermeira.	Início em Fevereiro de 2015 e término em Março de 2015.	Semanal.
	Elaboração de protocolos a serem seguidos durante a abordagem aos hipertensos.	Médico e enfermeira.	Início em Fevereiro de 2015 e término em Março de 2015.	Mensal.

Quadro 4 – Desenho do projeto de intervenção descrito para o enfrentamento do nó crítico 2 na Estratégia Saúde da Família Bem Viver.

Nó crítico 2	Deficiência do nível de informação dos hipertensos.		
Operação	Iniciar a educação domiciliar dos hipertensos, principalmente daqueles que não seguem as orientações da equipe de saúde.		
Projeto	EDUCAR		
Resultados esperados	Conscientização dos hipertensos a respeito do risco da pressão arterial descontrolada; melhora do controle pressórico; motivação dos hipertensos a seguirem as orientações propostas pela equipe de saúde; desenvolvimento do autocuidado.		
Produtos	Avaliação do nível de informação da população hipertensa; palestras e orientações domiciliares; campanhas mensais em praça pública.		
Recursos necessários	Financeiros	Bonificação para ACS e voluntários que atingirem metas; banners, faixas e panfletos; anúncios na rádio local.	
	Organizacionais	Adesão de voluntários; disponibilidade da equipe de saúde; transporte dos envolvidos nas ações; organização da agenda.	
	Cognitivos	Palestras domiciliares; cartilhas com orientações; preparação da equipe de saúde e dos voluntários para as campanhas.	
	Políticos	Mobilização social; parceria com o setor educacional; liberação de praça pública para as campanhas; busca de recursos financeiros junto às empresas do município.	
		Atores controladores	Motivação

Recursos críticos	Financeiros	Bonificação para agentes comunitários de saúde e voluntários que atingirem metas.	Empresas apoiadoras e Prefeitura Municipal.	Indiferente.	
		Banners, faixas e panfletos.	Empresas apoiadoras e Prefeitura Municipal.	Favorável.	
		Anúncios na rádio local.	Empresas apoiadoras e Prefeitura Municipal.	Favorável.	
	Organizacionais	Adesão de voluntários.	Prefeitura Municipal.	Favorável.	
		Transporte dos envolvidos nas ações.	Prefeitura Municipal.	Favorável.	
	Cognitivos	Cartilhas com orientações a serem entregues aos pacientes.	Empresas apoiadoras e Prefeitura Municipal.	Favorável.	
	Políticos	Mobilização social.	Prefeitura Municipal.	Favorável.	
		Parceria com o setor educacional.	Prefeitura Municipal e Secretaria Municipal de Saúde.	Favorável.	
		Liberação de praça pública para as campanhas.	Prefeitura Municipal.	Favorável.	
		Busca de recursos financeiros junto às empresas do município.	Prefeitura Municipal.	Indiferente.	
		Responsáveis	Cronograma	Programação	
	Ações estratégicas	Apresentação do projeto.	Médico.	Início e término em Janeiro de 2015.	Uma única vez.

	Oferecimento de espaço publicitário para as empresas municipais nos materiais de divulgação, nas cartilhas de orientações e nas campanhas em praça pública.	Enfermeira e secretária municipal de saúde.	Início em Fevereiro de 2015 e término em Março de 2015.	Semanal.
	Palestras e orientações domiciliares.	Técnicas de enfermagem e agentes comunitárias de saúde.	Início em Abril de 2015 e término em Julho de 2015.	Semanal.
	Campanhas mensais em praça pública.	Enfermeira.	Início em Abril de 2015 e término em Julho de 2015.	Mensal.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS é um problema de saúde pública no Brasil e um desafio para a equipe de saúde. A adesão ao tratamento anti-hipertensivo não tem sido satisfatória, o que resulta em aumento da morbimortalidade gerada por essa doença e do ônus social e econômico ao setor de saúde.

A adesão ao tratamento da HAS consiste em seguir as orientações da equipe de saúde no que se refere às mudanças dos hábitos de vida, os quais incluem reeducação alimentar e prática de atividades físicas, e ao seguimento correto do tratamento farmacológico. Como mostra este trabalho, um dos grandes fatores contribuintes para a não adesão ao tratamento é a falta de motivação e de informação dos usuários, que não entendem a importância do controle adequado da pressão arterial e não têm condições de seguirem as orientações propostas pela equipe de saúde. Além disso, observou-se na ESF Bem Viver que a equipe de saúde não está preparada para fornecer informações sobre a HAS à população e ajudar os hipertensos a entenderem a sua doença e seguirem corretamente as orientações da equipe de saúde, nem realiza um acolhimento adequado dos usuários.

O projeto de intervenção do presente trabalho fora elaborado para intervir nos dois nós críticos identificados da baixa adesão ao tratamento da HAS na ESF Bem Viver. Para atacar o primeiro nó crítico identificado, ineficiência dos processos de trabalho da equipe de saúde, criou-se a projeto "Preparar", com a intenção de aumentar o conhecimento técnico-científico da equipe de saúde e de voluntários do projeto "Educar" e ensiná-los a realizarem abordagem pedagógica adequada e acolhimento satisfatório da população. Para interferir no segundo nó crítico, deficiência no nível de informação dos hipertensos, elaborou-se o projeto "Educar", com a finalidade de iniciar a educação domiciliar dos hipertensos e orientar a população a respeito da HAS, modos de prevenir a doença, possíveis complicações e a importância do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, através das campanhas mensais em praça pública.

Espera-se com o projeto "Preparar" um maior preparo da equipe saúde para acolher a população e informá-la de forma eficiente. Na visão de Ramos e Lima (2013), o acolhimento adequado da equipe de saúde frente aos usuários é fundamental para a humanização das relações. Alves e Aerts (2011) completam que um agente comunitário de saúde bem orientado é um facilitador da relação entre a equipe de saúde e a comunidade.

Por sua vez, espera-se com o projeto "Educar" a conscientização dos hipertensos a respeito do risco da pressão arterial descontrolada, a melhora do controle pressórico, a motivação dos hipertensos a seguirem as orientações propostas pela equipe de saúde e o desenvolvimento do autocuidado. Oliveira *et al.* (2013) mostrou em seu estudo intervencionista que a educação em saúde voltada aos hipertensos é capaz de melhorar o controle pressórico. Ribeiro *et al.* (2012) lembrou que é fundamental ao paciente portador de doença crônica, como o hipertenso, desenvolver o autocuidado e ampliar o nível de conhecimento sobre sua doença.

REFERÊNCIAS

- ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, jan. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100034&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 3 jan. 2015.
- BASTOS-BARBOSA, R. G. *et al.* Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 99, n. 1, jul. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012001000009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 5 jan. 2015.
- BORGES, J. W. T. *et al.* Utilização de questionários validados para mensurar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial: uma revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200030&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 4 jan. 2015.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 15).
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.
- CARVALHO, A. L. M. *et al.* Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hipertensão no município de Teresina (PI). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, jul. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700028&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 5 jan. 2015.
- CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013.
- FIUZ, A. R.; BARROS, N. F. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000400034>. Acesso em: 27 dez. 2014.
- GIROTTI *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, jun. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600027&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 23 dez. 2014.

IIDA, I. Planejamento Estratégico Situacional. **Produção**, São Paulo, v. 3, n. 2, jul./dez. 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prod/v3n2/v3n2a04.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE Cidades@. **Informações sobre os municípios brasileiros: Heliadora – MG**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=312920>>. Acesso em: 10 set. 2014.

KOHLMANN JUNIOR, O. *et al.* (Coord.). Tratamento medicamentoso. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 32, supl. 1, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-28002010000500008&script=sci_arttext>. Acesso em: 3 jan. 2015.

LESSA, I. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 13, n. 1, 2006.

MACHADO, M. C.; PIRES, C. G. S.; LOBÃO, W. M. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, maio 2012. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000500030&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 5 jan. 2015.

MARZARI, C. K.; JUNGES, J. R.; SELLI, L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, jan. 2011. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 5 jan. 2015.

MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. *In*: RIVERA, F. J. U. (Org.). **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, 1989.

NAKAMOTO, A. Y. K. Hipertensão Arterial Sistêmica. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 69, n. 4, abr. 2012. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5009>. Acesso em: 23 dez. 2014.

OLIVEIRA, T. L. *et al.* Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 2, 2013. Disponível

em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000200012&script=sci_arttext>. Acesso em: 5 jan. 2015.

PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 15, n. 1, mar. 2006. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 27 dez. 2014.

PIANCASTELLI, C. H.; SPIRITO, G. C. D.; FLISCH, T. M. P. **Saúde do Adulto**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE HELIODORA. **História do município**, 2013. Disponível em: <<http://www.heliadora.mg.gov.br>>. Acesso em: 10 set. 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE HELIODORA. **Turismo e lazer**, 2013. Disponível em: <<http://www.heliadora.mg.gov.br>>. Acesso em: 10 set. 2014.

RIBEIRO, A. G. *et al.* Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 25, n. 2, mar./abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732012000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 5 jan. 2015.

SANTA-HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B.; NETO, J. E. Fatores associados a não adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 3 jan. 2015.

SARQUIS, L. M. M. *et al.* A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 32, n. 4, dez. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62341998000400007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 23 dez. 2014.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. SIAB – Secretaria de Assistência à Saúde / DAB – DATASUS. **Secretaria Municipal de Saúde de Heliadora – MG**. 14 out. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, supl. 1, 2010.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J. C. Práticas educativas e tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. *In*: SOARES, S. M.; VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J. C. **Práticas pedagógicas em atenção básica em saúde e tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. 1^a ed. Belo Horizonte: UFMG, 2009.