

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

PRISCILA MACIEL SILVÉRIO ALVES

**TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO DO PROGRAMA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PASSA VINTE: PROJETO
DE INTERVENÇÃO**

JUIZ DE FORA – MG

2015

PRISCILA MACIEL SILVÉRIO ALVES

**TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO DO PROGRAMA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PASSA VINTE: PROJETO
DE INTERVENÇÃO**

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

Orientadora: Profa. Dra Célia Maria de
Oliveira

JUIZ DE FORA – MG

2015

PRISCILA MACIEL SILVÉRIO ALVES

**TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO DO PROGRAMA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PASSA VINTE:
PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Banca examinadora

Examinador 1: Profa. Dra Célia Maria de Oliveira (orientadora)

Examinador 2: Prof.

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2015

Dedicoo meu trabalho a todos que me apoiaram e contribuíram de forma direta ou indireta para sua realização.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, porque me deu coragem para questionar e propor sempre o novo mundo de possibilidades.

Ao Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família da UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais.

À professora Célia Maria de Oliveira, minha orientadora, por seus ensinamentos, paciência e confiança ao longo das supervisões das atividades do meu Trabalho de Conclusão de Curso.

À minha família por sempre acreditar em mim.

Ao Marcos Silva Campos que esteve ao meu lado em todos os momentos, sempre me apoiando e acreditando em mim.

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades,
lembrai-vos de que as grandes
coisas do homem
foram conquistadas do que parecia impossível.”

Charles Chaplin

RESUMO

A Hipertensão Arterial está entre os agravos de saúde mais prevalentes na população brasileira. Esse agravo constitui fator de risco para doenças cerebrovasculares e doenças cardíacas isquêmicas e, caso não seja adequadamente tratada, pode levar a complicações vasculares, renais e cardíacas que reduzem significativamente a qualidade de vida do paciente. O município de Passa Vinte possui 339 pacientes hipertensos que são acompanhados pela equipe do Programa de Saúde da Família (PSF). Após período de observação durante consultas e visitas domiciliares foi possível constatar que muitos hipertensos não seguiam o tratamento medicamentoso e as orientações médicas. Diante disso, torna-se importante a implantação de medidas que alterem a realidade local. Este trabalho tem como objetivo elaborar um Projeto de Intervenção para ampliar a adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica do Programa de Saúde da Família do Município de Passa Vinte em Minas Gerais. Através da análise dos principais fatores que interferem na adesão ao tratamento de pacientes hipertensos foram elaboradas ações de acordo com a viabilidade do município. As estratégias foram formuladas com intuito de conscientizar os pacientes e seus familiares sobre os aspectos fundamentais da doença e seu controle e de melhorar a qualidade de vida dos pacientes hipertensos.

Palavras-chave: Hipertensão arterial; Adesão ao tratamento; Programa da Saúde da Família.

ABSTRACT

Hypertension is the most prevalent health problems in the Brazilian population. This injury is a risk factor for cerebrovascular disease and ischemic heart disease and, if not properly treated, can lead to vascular, renal and cardiac complications that significantly reduce the wearer's quality of life. The city of Pass Twenty has 339 hypertensive patients who are accompanied by the Health Program team of the Family (PSF). After an observation period during consultations and home visits it was found that many did not follow hypertensive drug treatment and medical guidelines. Therefore, it is important to the implementation of measures amending the local reality. This paper aims to draw up an intervention project to expand patients' adherence to treatment of hypertension Health Family Program in the city of Twenty Pass in Minas Gerais. Through the analysis of the main factors that influence adherence to treatment of hypertensive patients were prepared actions according to the city's viability. The strategies were formulated with a view to educate patients and families on the fundamental aspects of the disease, and improving the quality of life of patients with hypertension.

Keywords: Hypertension; Adherence to treatment; Family Health Program.

LISTA DE ABREVIATURAS/ SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

FPM – Fundo de Participação Municipal

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

ISSQN – Imposto Sobre Serviço de Qualquer Natureza

PAB – Piso de Atenção Básica

PIB – Produto Interno Bruto

PROVAB – Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica

PSF – Programa de Saúde da Família

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Distribuição da população de acordo com faixa etária e sexo.....	13
Quadro 2: Seleção de problemas de acordo com a relevância, urgência e capacidade de enfrentamento.....	25
Quadro 3: Projeto de intervenção para os “nós críticos” do problema de baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo.....	27
Quadro 4: Recursos necessários e viabilidade para realização dos projetos visando melhoria da adesão ao tratamento anti-hipertensivo.....	30
Quadro 5: Plano operativo.....	31

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
1.1. O contexto do estudo.....	12
1.1.1. O município de Passa Vinte.....	12
1.1.2. Aspectos demográficos.....	13
2. JUSTIFICATIVA.....	16
3. OBJETIVO.....	17
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	18
4.1. Causas de má adesão ao tratamento.....	18
4.2. Estratégias para aumento da adesão ao tratamento.....	21
5. METODOLOGIA.....	24
6. PLANO DE AÇÃO.....	25
6.1. Definição dos problemas.....	25
6.2. Priorização dos problemas.....	25
6.3. Seleção dos “nós críticos”.....	26
6.4. Desenho das operações.....	27
6.5. Identificação dos recursos críticos e análise da viabilidade dos planos.....	30
6.6. Elaboração do plano operativo.....	30
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS.....	33

1. INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus estão entre os agravos de saúde mais prevalentes na população brasileira. De acordo com o Ministério da Saúde, 11% da população brasileira sofre de diabetes e 35% da população com mais de 40 anos, de hipertensão. Esses agravos constituem fatores de risco para doenças cerebrovasculares e doenças cardíacas isquêmicas e, caso não sejam adequadamente tratados, podem levar à complicações vasculares, renais e cardíacas que reduzem significativamente a qualidade de vida do portador (MATTA, 2013).

De acordo com Pires (2008), em virtude do seu caráter crônico e incapacitante, gera aposentadorias precoces, longo período de internação, alto custo para o tratamento, alterações na auto-estima e auto-conceito do indivíduo; aliado ao discurso disciplinador, a pessoa hipertensa apresenta uma condição de vida cerceada, necessitando de monitoramentos constantes, mudança de hábitos de vida, incluindo a medicalização da alimentação, da atividade física; o patamar de adesão é insatisfatório, contribuindo para a morbimortalidade da doença. Esse panorama revela que a prevenção e o controle da doença são imprescindíveis e um desafio para profissionais de saúde, autoridades públicas e indivíduos hipertensos.

Segundo Giroto (2013) para tornar o controle da hipertensão mais eficaz, torna-se indispensável, além de seu tratamento, também o controle de seus fatores de risco. Formas de manejo da Hipertensão Arterial, como a prática de atividade física e a dieta também são importantes.

Logo, de acordo com Ribeiro (2012), as metas de educação em saúde para o indivíduo portador de Hipertensão Arterial Sistêmica devem incluir a apropriação de meios para o desenvolvimento de seu auto-cuidado e autonomia, a ampliação de seu nível de conhecimento e apreensão sobre os processos de saúde-doença-adoecimento e o desenvolvimento de estratégias para seu empoderamento e liberação.

São muitos os fatores identificados que contribuem para a elevação dos níveis pressóricos entre os quais se destacam idade avançada, etnia negra, obesidade, consumo excessivo de álcool, sedentarismo, dislipidemias, Diabetes Mellitus e alto teor de sódio na alimentação.

A adesão ao tratamento, definida como a correta execução da prescrição do médico, incluindo alterações em medicamentos e/ou no estilo de vida, é um fator significativo no sucesso do tratamento (BASTOS-BARBOSA, 2012).

A não adesão a terapia medicamentosa nos casos de doenças crônicas, usualmente verificada pelo teste de Morisky-Green-Levine, é considerada complexa e associada à múltiplos fatores como baixo nível socioeconômico, prescrições complexas e insatisfação com os serviços de saúde. Outra explicação para o alto índice de não adesão ao tratamento é que muitos pacientes não compreendem a doença e a terapia medicamentosa (BARRETO, 2014).

De acordo com MATTA (2013), o impacto da não adesão aos tratamentos crônicos, além de afetar a saúde do indivíduo, tem reflexos econômicos para o sistema de saúde.

A falta de adesão ocasiona desnecessário ajuste no regime terapêutico devido à falta de resposta positiva ao tratamento, aumento dos custos no cuidado à saúde com a elevação das taxas de hospitalizações e tratamento de complicações. Além disso, frustra os profissionais de saúde, pois os impede de alcançar os objetivos traçados na atenção à saúde do hipertenso (RODRIGUES, 2014).

1.1. O contexto de estudo

1.1.1. O município de Passa Vinte

Passa Vinte é um município mineiro, localizado a 395 Km da capital, Belo Horizonte. Está localizado no início da Serra da Mantiqueira, com latitude: 22° 12' 10" Sul e longitude: 44° 13' 56" Oeste.

Segundo o IBGE, em 2010 a população do município era de 2.079 habitantes, que residiam em uma área de 246,564 Km².

Atualmente o município tem como prefeito Humberto Savio Martins e como secretário de saúde Gilberto Simões.

O município foi subordinado a Aiuruoca de 1857 até 1936, quando passou a ser anexado à Liberdade. Em 12 de dezembro de 1953 Passa Vinte se desvincula de Liberdade e é elevado à categoria de município.

A cidade faz divisa com as cidades de Bom Jardim de Minas (MG), Santa Rita de Jacutinga (MG), Bocaina de Minas (MG) Quatis (RJ), Rezende (RJ) (IBGE, 2010).

1.1.2. Aspectos Demográficos

A tabela 1 apresenta a distribuição da população segundo a faixa etária e sexo para o ano de 2010.

Quadro 1: Distribuição da população de Passa Vinte de acordo com faixa etária e sexo.

Faixa etária	Masculino	Feminino	Número absoluto	% (aproximado)
0 a 4 anos	60	54	114	5,5%
5 a 9 anos	81	62	143	6,9%
10 a 14 anos	87	90	177	8,5%
15 a 19 anos	93	103	196	9,4%
20 a 39 anos	293	263	556	26,7%
40 a 49 anos	191	155	346	16,6%
50 a 59 anos	125	101	226	10,9%
> 60 anos	159	162	321	15,5%
Total	1089	990	2079	100%

Fonte: IBGE-2010

De acordo com a tabela é possível notar a expressiva quantidade de adultos maduros e idosos no município, faixa etária esta em que a hipertensão arterial costuma se manifestar e apresentar maior incidência.

O município de Passa Vinte, em 2011, teve PIB per capita de R\$ 7.522,90 e um rendimento nominal mensal per capita dos domicílios da zona urbana de R\$ 435,00 e rural de R\$ 342,00 (IBGE, 2010).

A agricultura, pecuária e silvicultura são as principais atividades econômicas do município, além da prestação de serviços. A maior parte da população urbana trabalha em diversos setores da prefeitura. Atualmente, muitos empregos foram criados devido à pavimentação das estradas que ligam o município à Bom Jardim em Minas Gerais e Quatis no Rio de Janeiro.

As fontes de recursos financeiros para saúde são: Fundo de Participação Municipal (FPM), Imposto Sobre Serviço de Qualquer Natureza (ISSQN), Piso de Atenção Básica (PAB Fixo), Programa Saúde da Família (PSF), Epidemiologia Controle de Doenças e Ações Básicas de Vigilância Sanitária.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foi de 0,648 no ano de 2010 (IBGE, 2010).

O município conta com uma praça, uma Igreja católica e uma evangélica, uma escola estadual e outra municipal, quadra poliesportiva e clube para eventos.

Os habitantes da cidade podem usufruir ainda de recursos como energia elétrica, telefonia, bancos e correios. A água do município não é tratada.

A população de Passa Vinte utiliza o Sistema Único de Saúde (SUS). O município possui um Programa de Saúde da Família (PSF) e uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

Nossos hospitais de referências são das cidades de Bom Jardim, Lima Duarte e Juiz de Fora. No ano de 2014 foi firmado convênio com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Bom Jardim.

O município não possui hospitais ou laboratórios. Os pacientes que necessitam de algum atendimento especializado, não prestado na UBS de Passa Vinte, são encaminhados para Juiz de Fora.

O PSF é composto por uma equipe que abrange toda a zona rural e urbana. Seu funcionamento é de segunda à sexta de 8 às 12 e de 14 às 17 horas. Os atendimentos (consultas) do PSF são realizados na UBS.

A equipe é composta por um médico, bolsista do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB) um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde, um dentista e uma auxiliar de dentista.

Há também duas unidades de atendimento na zona rural, nos bairros de Carlos Euler e Espriado. Os atendimentos nestes locais são realizados uma vez por semana, sendo estes de livre demanda ou agendados pelo PSF.

Na UBS, realizam-se atendimentos de livre demanda, emergenciais, os agendamentos do PSF e as consultas dos especialistas. A unidade conta com consultas de especialistas das áreas de cardiologia, psiquiatria, ginecologia,

pediatria semanalmente e neurologia e endocrinologia quinzenalmente. Além disso, há atendimento dentário, psicológico e de fisioterapia de segunda à sexta.

Devido ausência de hospitais ou Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) no município, a UBS funciona de forma integral, sendo que o atendimento normal de 8 às 17 horas e após esse horário há médico de sobreaviso.

2. JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é reconhecida como importante problema de saúde pública, diante do avanço na identificação de fatores de risco, diagnóstico precoce, emprego de vasta terapêutica medicamentosa e de ações educativas para as mudanças no estilo de vida. Apesar disso, é uma doença de difícil controle e a manutenção dos níveis pressóricos dentro do limite recomendado é insatisfatória. Isso evidencia a problemática da baixa adesão ao tratamento (ROGRIGUES, 2014)

O município de Passa Vinte possui 339 pacientes hipertensos que são acompanhados pela equipe do Programa de Saúde da Família (PSF). Após um período de observação durante consultas e visitas domiciliares foi possível constatar que muitos hipertensos não seguiam o tratamento medicamentoso e as orientações médicas. Existiam inúmeros motivos pelos quais estes não aderiam ao tratamento de sua patologia, como desconhecimento sobre o assunto, não aceitação da doença, dificuldade em ler e compreender a prescrição, não orientação quanto à alimentação e exercícios físicos, entre outros.

Desta forma, justifica-se a formulação de um projeto de intervenção para modificar a problemática.

3. OBJETIVO

Geral:

Elaborar um plano de ação para ampliação da adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica do Programa de Saúde da Família do Município de Passa Vinte em Minas Gerais.

Específicos:

- Aumentar o conhecimento dos pacientes sobre a hipertensão arterial;
- Conscientizar os pacientes sobre a importância das medicações e seu uso correto;
- Incentivar mudanças de hábitos de vida como alimentação e exercícios físicos;
- Ampliar a interação dos pacientes com equipe de saúde da família.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1. Causas de má adesão ao tratamento

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. 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 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA).

A Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus estão entre os agravos de saúde mais prevalentes na população brasileira. De acordo com o Ministério da Saúde, 11% da população brasileira sofre de diabetes e 35% da população com mais de 40 anos, de hipertensão. Esses agravos constituem fatores de risco para doenças cerebrovasculares e doenças cardíacas isquêmicas e, caso não sejam adequadamente tratados, podem levar à complicações vasculares, renais e cardíacas que reduzem significativamente a qualidade de vida do paciente (MATTA, 2013).

De acordo com Pires (2008), em virtude do seu caráter crônico e incapacitante, gera aposentadorias precoces, longo período de internação, alto custo para o tratamento, alterações na auto-estima e auto-conceito do indivíduo; aliado ao discurso disciplinador, a pessoa hipertensa apresenta uma condição de vida cerceada, necessitando de monitoramentos constantes, mudança de hábitos de vida, incluindo a medicalização da alimentação, da atividade física; o patamar de adesão é insatisfatório, contribuindo para a morbimortalidade da doença. Esse panorama revela que a prevenção e o controle da doença são imprescindíveis e um desafio para profissionais de saúde, autoridades públicas e indivíduos hipertensos.

Segundo Giroto (2013) para tornar o controle da hipertensão mais eficaz, torna-se indispensável, além de seu tratamento, também o controle de seus fatores de risco. Formas de manejo da Hipertensão Arterial, como a prática de atividade física e a dieta também são importantes.

Leão e Silva et al., (2013), em pesquisa qualitativa com idosos de zona rural, verificam que estes pacientes possuem conhecimento adequado sobre o tratamento,

no entanto, são impulsionados a agirem de acordo com suas opiniões e experiências compartilhadas socialmente, construídas ao longo do tempo.

Os autores acima citados descrevem outras causas de má adesão, tais como: Acreditar que a HAS é uma doença aguda, sintomática e ligada a estados emocionais. Dessa forma, acreditam que em vez de tomar o medicamento para reduzir a pressão devem buscar outros meios de aliviar seu estado emocional momentâneo como desentendimentos, raiva, tristeza e decepção por meio de conversas com amigos e parentes, ou dormir bem.

A condição socioeconômica desfavorável pode dificultar a adesão ao tratamento não medicamentoso, pois os alimentos saudáveis são mais caros (LEÃO E SILVA, 2013).

As pessoas acreditam que, por não “sentirem nada”, a doença desapareceu, não sendo necessário usar a medicação. Também, muitos pacientes consideram a realização de exercícios físicos uma tarefa desagradável e que chás de origem caseira produzidos com folhas e frutos regionais são tão bons quanto o tratamento medicamentoso (LEÃO E SILVA, 2013).

A adesão ao tratamento, definida como a correta execução da prescrição do médico, incluindo alterações em medicamentos e/ou no estilo de vida, é um fator significativo no sucesso do tratamento (BASTOS-BARBOSA, 2012).

A não adesão a terapia medicamentosa nos casos de doenças crônicas, usualmente verificada pelo teste de Morisky-Green-Levine, é considerada complexa e associada à múltiplos fatores como baixo nível socioeconômico, prescrições complexas e insatisfação com os serviços de saúde. Outra explicação para o alto índice de não adesão ao tratamento é que muitos pacientes não compreendem a doença e a terapia medicamentosa (BARRETO, 2014).

De acordo com Matta (2013), o impacto da não adesão aos tratamentos crônicos, além de afetar a saúde do indivíduo, tem reflexos econômicos para o sistema de saúde.

A falta de adesão ocasiona desnecessário ajuste no regime terapêutico devido à falta de resposta positiva ao tratamento, aumento dos custos no cuidado à saúde com a elevação das taxas de hospitalizações e tratamento de complicações. Além disso, frustra os profissionais de saúde, pois os impede de alcançar os objetivos traçados na atenção à saúde do hipertenso (RODRIGUES, 2014).

As medidas não farmacológicas para diminuir a pressão são muito importantes, no entanto são baixas as taxas de adesão à atividade física. No trabalho de Giroto et. al. (2013), apenas 17,7% a realizam regularmente.

Além de auxiliar no controle da pressão, as atividades físicas contribuem para a melhora das condições físicas e psicológicas segundo estes autores. O exercício físico também deve fazer parte dos trabalhos da atenção básica, e é fundamental buscar parcerias intersetoriais para garantir espaços públicos e realizar mobilização da população.

No trabalho de Giroto et al. (2013), embora a adesão a dieta tenha sido alta (69,5%), os autores ressaltaram que, em geral, os pacientes entendem mudança somente ao que se refere a redução de consumo de sal, gorduras, doces e açúcares, porém a mudança dos hábitos alimentares requer ainda o consumo de frutas, hortaliças, verduras, legumes, que são alimentos protetores.

Ribeiro et. al. (2012) enfatizam a necessidade de acompanhamento especializado por nutricionista, referindo que os profissionais de saúde não têm formação adequada para orientações nutricionais, muitas vezes abordando este aspecto do tratamento de forma equivocada. Eles verificaram também, que, além da melhora no controle da PA, a dieta adequada esteve relacionada à melhora do sono e do funcionamento intestinal de pacientes hipertensos em sua pesquisa. Apontaram ainda, que o consumo de frutas, verduras e legumes é menor nas áreas rurais e naqueles com menor escolaridade e renda.

Giroto et al. (2013) relataram que quanto maior a faixa etária maior a adesão, podendo entender que as pessoas idosas por terem maior prevalência de doenças crônico-degenerativas estão mais preocupadas com sua saúde, então acompanham os serviços mais regularmente, assim maior o controle da HAS. Os autores citam ainda como fatores causais: achar que a pressão arterial estava controlada, os efeitos adversos dos medicamentos, indisponibilidade de medicamentos na unidade de saúde, não querer tomar medicamentos pelo resto da vida, utilizá-los apenas quando se sentem mal. Eles concluíram também que, o acesso aos serviços e aos profissionais de saúde contribui para melhora da adesão.

As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão sintetizam os fatores causais: psicossociais, estresse emocional, baixa autoestima ligados ao desencadeamento e a manutenção da HAS; fatores ligados ao tratamento: dosagem e posologia de difícil

administração; fatores educacionais: falta de conhecimento pelos pacientes sobre a importância de tratar uma doença na maioria das vezes assintomática e crônica; fatores econômicos: baixa renda para adquirir a medicação, aspectos culturais e crenças errôneas adquiridas em experiências como a doença no contexto familiar, relação ruim com os profissionais de saúde, dificuldade de marcação de consultas, tempo prolongado de atendimento, falta de equipe multidisciplinar e de busca ativa dos pacientes; fatores ligados às medicações: efeitos colaterais, e interferência na qualidade de vida após início do tratamento (SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E DE NEFROLOGIA, 2010).

4.2. Estratégias para aumento da adesão ao tratamento

Diante dos problemas identificados como causadores da má adesão e sua consequência negativa, os desfechos de morbimortalidade cardiovascular, faz-se necessário traçar estratégias que aumentam a aderência ao tratamento.

De acordo com Ribeiro (2012), as metas de educação em saúde para o indivíduo portador de Hipertensão Arterial Sistêmica 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 seu empoderamento e liberação.

Lopes (2008), citado em Cardoso (2011), define autocuidado como a “prática de atividades, iniciadas e executadas pelos indivíduos, em seu próprio benefício para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar”. O autocuidado é influenciado pelas habilidades, limitações, valores e regras do indivíduo (DUPAS, 1994 apud CARDOSO, 2011).

Segundo Ribeiro et. al. (2012), a adesão está intimamente relacionada ao “reconhecimento, à aceitação, e à adaptação à condição de saúde, bem como à identificação de fatores de risco no estilo de vida adotado e ao desenvolvimento do auto-cuidado e de hábitos e atitudes saudáveis”. Os autores também relatam que a participação da família é fundamental, pois as mudanças nos hábitos de vida muitas vezes exigem a transformação dos costumes de toda a família. Ela é o suporte social para motivar a mudança dos hábitos de vida.

Carvalho et al. (2012) prezam pelo estabelecimento de relação confiável entre o usuário e os profissionais de saúde, com finalidade de melhorar a adesão, assim como desenvolver atividades de promoção e prevenção de saúde, com a necessidade de fortalecer as ações da Atenção Básica.

A simplificação do regime terapêutico, por meio de número menor de tomadas, é a medida de maior impacto para aumentar a adesão, além de diminuir os efeitos colaterais de uso de muitos medicamentos (CARDOSO, 2011).

O uso de linguagem simples, sem termos técnicos, adequados aos usuários, facilita o entendimento, assim como clareza nas receitas médicas, que devem ser legíveis (CARDOSO, 2011).

O uso das tecnologias de grupos operativos pode contribuir para a adesão ao tratamento, pois ajudam a complementar ações individuais, propiciando que os usuários compartilhem experiências, criem vínculo e sintam acolhidos pela equipe de saúde. Além disso, montar uma linha de cuidado, valorizando as individualidades também pode ser benéfico (GIROTTTO et al. 2013).

Outras estratégias também são sugeridas por Santos et al., 2013: educação em saúde sobre o paciente (ensino didático), sobre o profissional de saúde (tutoriais), estratégias comportamentais sobre o paciente (motivação, suporte, pacotes de fármacos, simplificação de doses), automonitoramento domiciliar da PA, uso das tecnologias da informação e comunicação (como o monitoramento eletrônico das doses dos medicamentos), maior interatividade nas relações entre médico-paciente e o uso da “Telessaúde” para encurtar as distâncias dos especialistas.

A abordagem multidisciplinar com nutricionistas, farmacêuticos, educador físico, e consultas com enfermagem são importantes. Os enfermeiros podem atender a pacientes hipertensos em consultas de enfermagem. Os farmacêuticos podem esclarecer sobre o uso adequado dos medicamentos, como número de tomadas diárias, duração do tratamento e acondicionamento das drogas. Os nutricionistas podem estimular o consumo de alimentos adequados disponíveis à época do ano, informar sobre a medida correta do uso de sal, propor o consumo de alimentos cardioprotetores. Já o educador físico pode orientar sobre a forma correta de realização de atividades físicas, como caminhadas orientadas, que complementem a prescrição médica (CARDOSO, 2011).

De acordo com Glynn et al. (2010) as equipes de Saúde da Família devem organizar um sistema de acompanhamento regular e de revisão de seus pacientes hipertensos. Para eles, o auto monitoramento dos níveis de PA e a utilização de lembretes também podem ajudar no aumento da adesão por parte dos pacientes, porém exigem avaliação mais aprofundada.

Péres (2003), citado em Cardoso (2011), propõe ainda: a realização de processo educativo que contemple o conhecimento das atitudes, pensamentos, crenças e práticas da população hipertensa adscrita, o incentivo a sua participação ativa no tratamento, adequada relação profissionais de saúde-paciente, realizando acolhimento, utilizando de escuta e fala acessíveis, buscando participação familiar e desenvolvendo os aspectos cognitivos e psicossociais da população assistida.

Assim, através essas estratégias mencionadas por diversos autores, pretende-se que a equipe de Saúde de Passa Vinte desenvolva seus próprios projetos para solucionar o problema da má adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

5. METODOLOGIA

Primeiramente, foi realizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES), sendo utilizada a metodologia da Estimativa Rápida para identificar os problemas enfrentados pela comunidade adscrita ao território e pela equipe de saúde.

Também foi feita observação ativa da área e da equipe, principalmente, durante as visitas domiciliares.

Estabeleceram-se os problemas mais importantes para a comunidade naquele momento, sendo priorizado um deles, a dificuldade de adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica.

A partir desse ponto, os nós críticos do problema selecionado foram definidos e, para cada um deles, foram identificados resultados e produtos esperados, assim como os recursos necessários em todas as situações. Em seguida, foram definidos os atores que controlam cada um dos recursos críticos, sendo também selecionado o prazo para que isso ocorra. Posteriormente, definiu-se o plano operativo, com a eleição de responsáveis por cada uma das operações e o estabelecimento de prazos para execução das mesmas.

Após a priorização do problema, foi feita uma revisão de literatura sobre o tema com pesquisa bibliográfica do tipo revisão narrativa, considerando as revistas indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no Scientific Electronic Libray Online (Scielo), bem como no acervo da biblioteca virtual do NESCON, manuais do Ministério da Saúde, diretrizes, livros texto e materiais oferecidos no Curso de Especialização em Atenção Básica disponibilizados na Plataforma Ágora, além de dados obtidos na própria Unidade Básica de Saúde.

Os descritores utilizados para a pesquisa foram: Adesão ao tratamento; Hipertensão arterial; Programa de Saúde da Família.

As intervenções foram propostas considerando a viabilidade para realização com os recursos disponíveis no município.

Estas estratégias foram formuladas com intuito de melhorar a qualidade de vida dos hipertensos e conscientizar sobre os aspectos fundamentais de sua patologia.

6. PLANO DE AÇÃO

6.1. Definição dos problemas

Após uma estimativa rápida da equipe de saúde do PSF da cidade de Passa Vinte sobre a área de abrangência, foram detectados vários problemas. Percebe-se que há baixa adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, principalmente por hipertensos, diabéticos e idosos.

Durante a reunião dos grupos, consultas e visitas domiciliares, foi possível detectar que os pacientes praticam automedicação, interrompem tratamentos por conta própria, alteram doses sem orientação médica e principalmente, não tomam a medicação com a frequência que lhes foi prescrita. Além disso, uma grande parcela dos pacientes não tem hábitos saudáveis, o que interfere negativamente no seu tratamento.

Outros problemas comuns no município são: etilismo, uso indiscriminado de psicotrópicos, tabagismo, número reduzido de cuidadores para idosos, verminoses.

6.2. Priorização de problemas

Quadro 2: Seleção de problemas de acordo com a relevância, urgência e capacidade de enfrentamento

Principais problemas	Relevância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Ordem de Prioridade
Baixa adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso por hipertensos	Alta	5	Dentro	1°
Alcoolismo	Alta	4	Dentro	2°

Uso indiscriminado de ansiolíticos e antidepressivos	Alta	3	Dentro	3°
Verminoses	Alta	4	Dentro	4°
Tabagismo	Média	4	Dentro	5°
Demora em realizar exames	Média	3	Parcialmente dentro	6°
Número reduzido de cuidadores de idosos	Média	2	Parcialmente dentro	7°
Dificuldades de acessibilidade	Baixa	1	Fora	8°

O quadro acima foi elaborado através de uma análise situacional do município pela médica do Programa da Saúde da Família (PSF) juntamente com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Foram analisados os principais problemas enfrentados pela equipe de saúde no município e estabelecidas prioridades de acordo com relevância, urgência e capacidade de enfrentamento do agravo.

6.3. Seleção dos “nós críticos”

Após a seleção da falta de adesão ao tratamento de hipertensão como problema principal a ser solucionado, os nós críticos selecionados pela equipe de saúde da família.

- Desconhecimento sobre a doença;
- Desconhecimento sobre a importância do tratamento;
- Hábitos e estilo de vida não saudáveis (alimentação inadequada e sedentarismo);

- Dificuldade de acompanhamento (dificuldade no agendamento de consultas de retorno com médico, consultas com nutricionista, psicólogo, educador físico).

6.4. Desenho das operações

A elaboração de um projeto de intervenção objetivando a melhor adesão ao tratamento anti-hipertensivo medicamentoso e não medicamentoso foi realizada, primeiramente, após um diagnóstico observacional do município de Passa Vinte - MG. Através das consultas e visitas domiciliares, foi possível notar que os pacientes não seguiam as recomendações e prescrições médicas como deveriam. Após esta constatação, as causas foram analisadas, gerando os “nós críticos” e ações com o intuito de solucioná-los.

Quadro 3: Projeto de intervenção para os “nós críticos” do problema de baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo

Nó crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos Necessários
Desconhecimento sobre a doença	“Mais conhecimento” Aumentar o nível de conhecimento da população sobre a hipertensão e os fatores envolvidos.	Conscientização sobre a gravidade da patologia e melhor adesão ao tratamento medicamentoso	Esclarecimentos e conscientização para melhor utilização das medicações	Financeiro: confeção de folhetos e cartazes educativos. Organizacional: estrutura física para palestras e grupos Cognitivo: palestras educativas ministradas por profissionais da

				saúde.
Hábitos e estilo de vida não saudáveis	<p>“Mais saúde”</p> <p>Realizar grupos de atividades físicas supervisionados por educador físico</p> <p>Realizar grupos com orientadora nutricional (nutricionista)</p> <p>Realizar subgrupos específicos ou inserir os pacientes em grupos pré-existentes (tabagismo/etilismo).</p> <p>Realizar palestras educativas sobre tratamento anti-hipertensivo não medicamentoso</p>	<p>Melhoria dos hábitos e etilo de vida dos pacientes.</p> <p>Reduzir fatores de risco como obesidade, tabagismo, etilismo e sedentarismo.</p>	<p>Atividades que geram resultado positivo sobre o tratamento anti-hipertensivo.</p> <p>Conscientização sobre a melhoria do estilo de vida, refletindo sobre os níveis pressóricos.</p>	<p>Financeiro: custo com profissionais da saúde específicos (educador físico, nutricionista).</p> <p>Organizacional: estrutura para algumas atividades físicas.</p> <p>Estrutura física para palestras educativas.</p> <p>Cognitivo: palestras educativas.</p>
Dificuldade de acompanhamento	“Mais acesso”	Aumentar o número de	Realização de agenda com	Cognitivo: organização de

	<p>Melhorar controle do agendamento das consultas e visitas domiciliares.</p> <p>Organizar horários para que mais pacientes possam participar de grupos educativos.</p>	<p>pessoas sendo acompanhadas periodicamente.</p>	<p>melhor controle das atividades.</p>	<p>agenda</p>
--	---	---	--	---------------

Os recursos necessários para a implementação do Projeto de Intervenção foram avaliados em todos os seus aspectos. Diante disso, considerando os recursos já existentes no município (estrutura física, profissionais de diversas áreas – educador físico, nutricionista) e os que podem ser adquiridos, as ações podem ser realizadas e os resultados alcançados com sucesso.

6.5. Identificação dos recursos críticos e análise da viabilidade dos planos

Quadro 4: Recursos necessários e viabilidade para realização dos projetos visando melhoria da adesão ao tratamento anti-hipertensivo

Operação/projeto	Recursos necessários	Controle dos recursos críticos	
		Ator que controla	Motivação
“Mais conhecimento”	Financeiro: confecção de folhetos e cartazes Organizacional: espaço físico Cognitivo: informações	Secretaria Municipal de Saúde	Favorável
		Profissionais de saúde	Favorável
“Mais saúde”	Financeiro: trabalho de profissionais específicos (educador físico, nutricionista) Organizacional: espaço físico Cognitivo: informações	Secretaria Municipal de Saúde e de Esportes	Favorável
		Profissionais de Saúde	Favorável
“Mais acesso”	Cognitivo: trabalho otimizado (organização da agenda	Profissionais de Saúde	Favorável

O quadro acima nomeia os atores das ações e avalia a viabilidade das ações levando em consideração os recursos existentes no município (estrutura física, profissionais de diversas áreas – educador físico, nutricionista) e os que podem ser adquiridos.

6.6. Elaboração do plano operativo

A principal finalidade desse passo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias.

Quadro 5: Plano operativo

Operações	Resultados	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
“Mais conhecimento”	Conscientização sobre a gravidade da patologia e importância da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso	Esclarecimentos e conscientização para melhor utilização das medicações	Profissionais de saúde - médicos, enfermeiros, Agentes comunitários de saúde (ACS)	Início em 3 meses
“Mais saúde”	Melhoria dos hábitos e etilo de vida dos pacientes. Reduzir fatores de risco como obesidade, tabagismo, etilismo e sedentarismo. Controle alimentar, substituição de alimentos (ex: sal por outros temperos)	Atividades que geram resultado positivo sobre o tratamento anti-hipertensivo. Conscientização sobre a melhoria do estilo de vida refletindo sobre os níveis pressóricos.	Profissionais de saúde - médicos, enfermeiros, Agentes comunitários de saúde (ACS)	Planejamento/ organização em 3 meses Início em 4 meses
“Mais acesso”	Aumentar o número de pacientes acompanhados	Realização de agenda com melhor controle das atividades	ACS	Início em 3 meses

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste trabalho para aumentar a adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos acompanhados pelo PSF de Passa Vinte é de suma importância e envolverá uma equipe de saúde interdisciplinar visando atingir o objetivo final dentro dos prazos estabelecidos.

O trabalho dessa equipe estará objetivando a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, efetuando ações de promoção e prevenção em saúde, reduzindo a morbimortalidade e prevenindo doenças e comorbidades.

Desta forma, espera-se que o plano de ação possa contribuir de forma significativa para a melhoria da adesão dos pacientes ao tratamento anti-hipertensivo, modificando os níveis pressóricos para que estes permaneçam dentro dos limites preconizados pelo Ministério da Saúde e estimulando a busca por um estilo de vida mais saudável.

REFERÊNCIAS

BASTOS-BARBOSA, R. G. et al. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012001000009 Acesso em 28 de dezembro de 2014.

BARRETO M. S. et al. Knowledge about hypertension and factors associated with the non-adherence to drug therapy. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692014000300491&script=sci_arttext Acesso em 07 de janeiro de 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=314780&search=||info%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>. Acesso em: 29 de julho de 2014.

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.

CARVALHO, A.L.M. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). *Ciência & Saúde Coletiva*, v.17, n. 7, p. 1885-92, 2012.

GIROTTI E, et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232013000600027&script=sci_arttext Acesso em 23 de dezembro de 2014.

GLYNN L.G. et al. Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. *Cochrane database of Systematic Reviews*, v.17, n. 3, mar., 2010.

LEÃO e SILVA, L. O. et al. “Tô sentindo nada”: percepções de pacientes idosos sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 227-42, 2013.

MATTA, S. R. et al. Adaptação brasileira de questionário para avaliar adesão terapêutica em hipertensão arterial. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102013000200292&script=sci_arttext
Acesso em 02 de janeiro de 2015.

PIRES C. G.S; MUSSI F. C. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232008000900030&script=sci_arttext
Acesso em 01 de março de 2008.

RIBEIRO A.G. et al. Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732012000200009
Acesso em 23 de dezembro de 2014.

RODRIGUES M.T.P. et al. Elaboração e validação de instrumento avaliador da adesão ao tratamento da hipertensão. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102014000200232&script=sci_arttext
Acesso em 07 de janeiro de 2015

SANTOS, M.V.R. et al. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. Revista Brasileira de Clínica Médica, São Paulo, v. 11, n. 1, p 55-61, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Revista Brasileira de Hipertensão, v 17, n. 1, p. 7-10, 2010.