

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

SONIA MARIA GONZALEZ AVILA

**ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA DE USUÁRIOS DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍ-
LIA DARCY RIBEIRO EM CONTAGEM/ MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2016

SONIA MARIA GONZALEZ AVILA

**ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA DE USUÁRIOS DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍ-
LIA DARCY RIBEIRO EM CONTAGEM/ MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Estratégia de Saúde de Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof. Dra. Paula Cambraia de Mendonça Vianna.

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2016

SONIA MARIA GONZALEZ AVILA

**ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA DE USUÁRIOS DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍ-
LIA DARCY RIBEIRO EM CONTAGEM/ MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Professora:

Professor:

Aprovado em Belo Horizonte, em de 2016.

Dedico este trabalho:

À minha mãe, a quem adoro.

À memória do meu pai, sempre presente em cada um dos meus pensamentos.

Ao meu esposo, pelo apoio incondicional.

Ao meu filho e ao meu neto por ser minha inspiração para continuar.

Agradeço.

A Deus, todo poderoso por estar sempre comigo e tornar meu caminho menos difícil.

Aos meus professores do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família.

A minha Equipe de Saúde da Família.

A todas as pessoas que de uma forma ou de outra apoiaram este trabalho.

Nas grandes batalhas da vida,
o primeiro passo para a vitória é o desejo de vencer.

Mahatma Gandhi.

RESUMO

Este estudo tem como objetivos identificar a taxa de adesão de hipertensos ao tratamento da hipertensão arterial de usuários com quadro de HAS descompensada, residentes na área de abrangência do PSF Darcy Ribeiro no Município Contagem/MG e descrever as suas possíveis dificuldades para aderir ao tratamento para o controle da doença e melhorar o cuidado. Foram estudados 414 pacientes hipertensos cadastrados no Programa Hipertensão e usuários do serviço. Foi significativa a alta prevalência de usuários com HAS descontrolada por não adesão ao tratamento. Tais resultados demonstram que esta população apresenta riscos significativos para os órgãos alvo e para a sua qualidade de vida, requerendo elaborar um plano de intervenção que promova a adesão ao tratamento dos usuários com HAS descompensada. Foi realizada pesquisa nas bases de dados LILACS, MEDLINE e IBECIS, utilizando os descritores: hipertensão, prevenção e controle, estratégia saúde da família, planejamento em saúde. Para a elaboração do Plano de Ação foi utilizado o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Este tipo de planejamento, por meio da elaboração de ações estratégicas necessárias ao controle da doença, é importante na atenção básica, já que permite incentivar o tratamento contínuo e adequado, bem como promover e estimular a mudança nos hábitos de vida e fortalecer o vínculo com o paciente. O vínculo entre a Equipe da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e os indivíduos favorece a continuidade do tratamento das doenças crônicas, efetividade dos planos de ação, melhorias em saúde e resolutividade da atenção.

Palavras-chave: Planejamento em saúde, Hipertensão, Adesão.

ABSTRACT.

This study aims to identify the rate of hypertension treatment of hypertension accession users with SAH decompensated, residents of the PSF Darcy Ribeiro comprehensiveness of area in the city Contagem / MG and describe their possible difficulties in adhering to treatment for control the disease and improve care. 414 hypertensive patients registered in Hiperdia program and service users were studied. Was significantly high prevalence of users with uncontrolled hypertension by non-adherence to treatment. These results demonstrate that this population presents significant risks to the target organs and their quality of life, requiring elaborate an action plan that promotes adherence to treatment of users with decompensated hypertension. Survey was conducted in the databases LILACS, MEDLINE and IBECs, using the key words: hypertension, prevention and control, strategy, family health, health planning. For the preparation of the Action Plan was used the method of Situational Strategic Planning (PES). This type of planning, through the development of strategic actions necessary to control the disease, is important in primary care, enabling you to encourage continuous and adequate treatment as well as promote and stimulate change in lifestyle and strengthen the bond with the patient. The bond between the team of the Family Health Strategy (FHS) and individuals promote continuity of care for chronic diseases, effectiveness of action plans, health improvement and resolution of attention.

Keywords: Health planning, hypertension, Accession.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES.

TABELA 1- População segundo a faixa etária e sexo na área de abrangência da Equipe 14 do Programa de Saúde da Família Darcy Ribeiro, município de Contagem/MG, 2014.

QUADRO 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da Equipe 14 do Programa de Saúde da Família Darcy Ribeiro, município de Contagem/MG, 2013.

QUADRO 2 - Descrição dos Problemas Selecionados.

Tabela 2- Classificação de Hipertensão Arterial Sistêmica.

QUADRO 3 . Desenho das operações para os "nos críticos" do problema alta prevalência de HAS descompensada.

QUADRO 4 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos "nos críticos" do problema alta prevalência de HAS descompensada.

QUADRO 5 - Propostas de ações para a motivação dos atores.

QUADRO 6. Plano operativo.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.

ACS	Agente Comunitário de Saúde.
AVC	Acidente Vascular Cerebral.
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde.
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas.
DS	Distrito Sanitário.
GPV	Pronto Socorro.
HAS	Hipertensão arterial sistêmica.
IBECS	Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde.
LILACS	Literatura latino-americana e do Caribe.
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online.
OMS	Organização Mundial da Saúde.
PES	Planejamento Estratégico Situacional.
PSF	Programa de Saúde da Família.
PA	Pressão Arterial.
SUS	Sistema Único de Saúde.
UBS	Unidade Básica de Saúde.
UPA	Unidade de Pronto Atendimento.

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO.....	12
2- JUSTIFICATIVA.....	19
3- OBJETIVO.....	20
4- METODOLOGIA.....	21
5- REVISÃO DA LITERATURA.....	22
6- PLANO DE INTERVENÇÃO.....	27
7- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS.....	33

1-INTRODUÇÃO.

O conhecimento da situação local é um importante meio de trabalho para as equipes de saúde para a realização da Análise da Situação de Saúde, pois ajuda de forma geral a identificar os problemas de saúde da população de seu município e em especial da sua área de abrangência.

Este estudo foi realizado no município de Contagem/MG e objetivo identificar a taxa de adesão de hipertensos ao tratamento da hipertensão arterial de usuários com quadro de HAS descompensada, residentes na área de abrangência do PSF Darcy Ribeiro no Município Contagem/MG e descrever as suas possíveis dificuldades para aderir ao tratamento para o controle da doença e melhorar o cuidado.

Contagem está situado na região central de Minas Gerais, integra a Região Metropolitana de Belo Horizonte e é o município com a terceira maior população do estado, com 637 961 habitantes em 2013.

O primeiro marco histórico do município foi o posto de fiscalização no Sítio das Aboboras, no início do século 18. A transferência da capital de Ouro Preto para Belo Horizonte em 1897 impulsionou o crescimento de Contagem. Contagem transformou-se em município em 1911. Em 1938, perdeu sua autonomia administrativa, tornando-se distrito de Betim, Restaurou a autonomia em 1948 (BRASIL, 2013).

A partir de 1930, Contagem passou a ocupar um lugar de destaque no desenvolvimento mineiro. A criação do Parque Industrial, hoje Cidade Industrial, foi a primeira e principal medida para a industrialização no município.

A tradição urbano-industrial da cidade deixou marcas na formação da paisagem urbana, na cultura e no modo de ser das pessoas de Contagem. Hoje é a terceira cidade mais rica de Minas Gerais e a segunda na geração de empregos (BRASIL, 2013).

O setor primário econômico está baseado nas atividades agropecuárias. Uma das mais antigas atividades econômicas do município, a pecuária, representa hoje uma pequena parcela da economia local, com um rebanho bovino aproxi-

mado de 3 082 cabeças, utilizado na produção leiteira e, na sua maioria, como gado de corte.

O setor secundário está baseado em atividades industriais. Com a criação da Cidade Industrial, em 1941, Contagem consolidou o desenvolvimento econômico e sua vocação natural para as indústrias.

Em relação ao setor terciário, o comércio do município é bastante ativo dado a atração que exerce sobre as cidades vizinhas, o que lhe dá o status de cidade polo (BRASIL, 2014).

O setor educacional do município compreende 183 escolas de ensino fundamental, 63 de ensino médio e 167 pré-escolas. Cerca de 11,4% da população está na linha da pobreza e 5,3% abaixo desta linha. A renda per-capita dos domicílios urbanos é de 586,67 reais. O salário médio mensal é de 2,6 salários mínimos. 232.341 pessoas possuem empregos formais, sendo 206.940 assalariadas (IBGE 2014).

A saúde no município é estruturada em 04 unidades de saúde mental; 170 unidades básicas de saúde (UBS), 2 centros de consultas especializadas (Ressaca e Iria Diniz); 3 Unidades de Pronto Atendimento (Ressaca, Petrolândia, Nova Contagem); 01 Centro de Referência de Saúde do Trabalhador; 01 Centro de Especialidades Odontológica; SAMU; Pronto Socorro GPV; Maternidade Municipal; Hospital Municipal; Farmácias distritais; Exames laboratoriais (terceirizados) (CONTAGEM, 2015).

A Secretaria Municipal de Saúde de Contagem divide a cidade em 7 Distritos Sanitários, sendo eles o Eldorado, Industrial, Petrolândia, Ressaca, Nacional, Vargem das Flores e Sede. Cada Distrito Sanitário (DS) tem uma sede própria e um corpo administrativo gerenciado por um Diretor Distrital (CONTAGEM, 2015).

O controle social é exercido pelos Conselhos Locais de Saúde e pelo Conselho Municipal de Saúde. O Conselho está composto por 24 membros efetivos e 24 suplentes, divididos entre os trabalhadores de saúde (25%), os Usuários dos Serviços de Saúde (50%) e representantes do governo e prestadores de serviços (25%) (CONTAGEM, 2015).

Em 2014, o número de famílias acompanhadas pelas Equipes de Saúde da Família chegou a 66.878 (SIAB, 2015). O Programa Saúde da Família (PSF) do Bairro Darcy Ribeiro, local deste estudo, que abriga a Equipe 14, foi inaugurada há 15 anos e está situada na Rua VL 12-135. Atende uma população de 5639 habitantes cadastrados, segundo os dados fornecidos pelos ACS. Seu território está dividido em seis microareas. Administrativamente, está subordinado ao Distrito Sanitário Vargem das Flores. Os recursos humanos que compõem a equipe são: uma médica, uma enfermeira, três técnicos de enfermagem, cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma funcionária administrativa e uma auxiliar geral.

1.1 – O Bairro Darcy Ribeiro.

Apresentamos, a seguir, os aspectos demográficos, socioeconômicos e epidemiológicos do bairro Darcy Ribeiro, para que possamos conhecê-lo melhor e traçar as nossas principais ações para o cuidado da população.

TABELA 1- População segundo a faixa etária e sexo na área de abrangência da equipe 14 de saúde da família bairro Darcy Ribeiro, município Contagem, 2014.

Sexo	Idade										
	<1	1-4	5-6	7-9	10-14	15-19	20-39	40-49	50-59	>60	Total
Masculino	32	134	77	84	187	209	806	202	303	362	2396
Feminino	34	160	113	132	279	399	1009	261	369	487	3243
Total	66	294	190	216	466	608	1815	463	672	849	5639

Fonte: Registro de equipe 14.

Dentre os 5639 habitantes da área de abrangência da Equipe 14, 2396 (42,48%) são homens e 3243 (57,51%) são mulheres, distribuídos por faixa etária de acordo com o que é apresentado na tabela 1. A maior porcentagem da população localiza-se na faixa etária entre 20 a 39 anos. Observando as pessoas maiores de 60 anos, verificamos um número expressivo de pessoas idosas.

Quanto aos aspectos socioeconômicos, constatamos que o bairro é muito carente. Muitas pessoas estão desempregadas, a minoria trabalha fora. Só há um supermercado e vários negócios de pequenos comerciantes.

De acordo com os dados apresentados nas fichas dos ACS, esta é uma região de população de baixa renda. A maioria das famílias possui renda média de 01 a 03 salários mínimos.

Em relação à escolaridade, 4688 são alfabetizados, o que corresponde a 83.1% da população. 951 pessoas são analfabetas.

A cultura é rica e diversificada, conservando não apenas um rico acervo de obras religiosas, manifestações culturais populares, quer na culinária, na música e em praticamente todas as artes, principalmente, as artes manuais.

O bairro possui duas escolas, uma pública e uma privada. Conta com 17 Igrejas. Não dispõe de laboratórios clínicos, hospitais, clínicas médicas ou unidade de pronto atendimento. Também não dispõe de agências de correio ou bancos. Existem 02 farmácias, sendo uma distrital e uma popular.

Conta com uma boa cobertura de telefonia celular e uma limitada cobertura de telefonia fixa.

Em relação aos aspectos epidemiológicos, verificamos que as cardiopatias, cânceres e acidentes vasculares cerebrais estão entre as doenças que mais acometem maiores de 15 anos de idade, segundo as folhas de produção mensal do ano de 2014.

Há uma alta prevalência de cárie dentária e a equipe não dispõe de dentista.. As principais causas de mortalidade são as doenças do aparelho circulatório, os acidentes vasculares cerebrais, as neoplasias, as neuropatias Inflamatórias e obstrutivas; as doenças endócrinas nutricionais e metabólicas e a violência. No ano de 2014, foram atendidas 42 gestantes, sendo 11 adolescentes, com idade entre 13 e 18 anos.

1.2 Indicadores de cobertura.

Durante o período de abril/2014 a abril/2015, foram realizadas 4212 consultas médicas, 2067 consultas de enfermagem, 450 curativos, 350 consultas de pré-natal (médico e enfermeiro) e 344 atendimentos de puericultura.

Em relação aos hipertensos da área de abrangência, a equipe não conseguiu realizar o total das consultas de Quatro em 4 meses por ter uma população muito grande. O médico consultou 926 pacientes dos 1246 previstos. Não existia o grupo de hipertensos, só se trocavam as receitas dos pacientes que precisavam o tratamento sem ser avaliados. Hoje o grupo está constituído. A cobertura de consulta para diabéticos ocorria da mesma maneira.

A realização do Diagnostico Situacional possibilitou conhecer os principais problemas da comunidade. Foi identificada a alta prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) descompensada por não adesão ao tratamento, o alto número de transtornos nutricionais (obesidade e dislipidemia), a alta prevalência de doenças mentais, o aumento de doenças cardiovasculares, o alto consumo de álcool e o número elevado de doenças respiratórias.

A priorização de problemas a serem atendidos se fez depois de uma discussão na equipe, levando-se em consideração:

- a importância, atribuindo valor “alto, médio ou baixo”;
- a urgência, distribuindo pontos conforme apreciação;
- a capacidade para enfrentar os problemas identificados, definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto,

A ordem de prioridade estabelecida pela equipe é demonstrada no QUADRO 1.

QUADRO 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da equipe 14 de Programa da saúde da família, Contagem, 2013.

Principais Problemas	Importância	Urgência*	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) descompensada por não adesão ao tratamento	Alta	9	Parcial	1
Alto numero de transtornos nutricionais, Obesidade, Dislipidemias.	Alta	6	Parcial	2
Alta incidência de doenças mentais.	Alta	5	Fora	3
Aumento de doenças cardiovasculares.	Alta	4	Fora	4
Alto consumo de álcool	Alta	3	Parcial	3
Numero elevado de doenças respiratórias	Alta	2	Parcial	4

Fonte: arquivos da autora

De acordo com o quadro, verificamos que o problema prioritário é a alta prevalência de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica descontrolada por não adesão ao tratamento.

Verificamos no Quadro 2, a situação dos pacientes hipertensos atendidos na área de abrangência da Equipe 14.

QUADRO 2- Descrição da situação dos pacientes hipertensos atendidos na área de abrangência da Equipe 14.

Descritores	Quantidade	Fonte
Hipertensos cadastrados	414	Registro da Equipe

Hipertensos confirmados	414	Registro da Equipe
Hipertensos acompanhados conforme o protocolo	414	Registro da Equipe
Pacientes Descompensados	87	Prontuários
Pacientes Complicados	18	Prontuários

Fonte: arquivos da autora.

A Equipe de Saúde destacou os seguintes nós críticos: a ausência de um tratamento higiênico dietético e mudança de hábitos, a falta de conhecimento sobre a doença, o uso incorreto de medicamentos.

Portanto, nosso plano de intervenção buscará resolver o problema da HAS, considerado prioritário pela equipe de saúde da família.

2 – JUSTIFICATIVA.

Um levantamento rápido dos usuários da unidade de saúde apontou para um número expressivo de hipertensos descontrolados. Esses números chamam a atenção já que se detecta que a pressão arterial de 87 usuários (21% do total) de 414 pacientes hipertensos está descontrolada. Este número pode ser ainda maior, devido ao sub-registro dos casos. Existe no território uma área que está descoberta pelo trabalho do ACS, uma área de invasão que não tem cadastro, mas que pertence ao PSF Darcy Ribeiro.

A HAS ocupa um lugar de destaque, por se tratar de uma doença freqüente que acomete a população. Esta doença tem resultado em uma predominância dos agravos crônicos não transmissíveis como principal causa de morbimortalidade na população. A HAS constitui um dos principais fatores de risco para aparecimento das doenças cardíacas e o seu controle está diretamente relacionado ao grau de adesão do usuário ao regime terapêutico. O enfrentamento desta doença exige intervenções imediatas e acompanhamentos constantes (DIAS; CUNHA; SANTOS, 2011).

Diante disso, percebe-se a necessidade da realização de um projeto que busque um melhor controle da HAS, proporcionando assim uma melhor qualidade de vida aos usuários portadores. Visto que a atenção básica é a porta de entrada para o sistema de saúde, atuando na promoção da saúde e prevenção de doenças, consideramos que ações estratégicas para o controle da HAS deverão ser aí realizadas.

As principais causas da alta prevalência de HAS descompensada, identificadas pela Equipe de Saúde, estão relacionadas com a não adesão ao tratamento. Esta constatação se deu a partir dos dados revisados nos prontuários, onde os níveis pressóricos forem verificados em cada controle e a pressão arterial elevada manifestou-se por irregularidades no tratamento. Foram significativos, também, o não cumprimento das orientações nutricionais e a falta de atividades físicas regulares.

A Equipe de Saúde levou em consideração a importância do problema e considera ter os recursos necessários para a elaboração e posterior execução de um plano de ação.

3 – OBJETIVO.

Elaborar um projeto de intervenção para incrementar a adesão ao tratamento de usuários da área de abrangência do PSF Darcy Ribeiro, no município Contagem/MG, com HAS descompensada.

4 – METODOLOGIA.

Para desenvolver o presente trabalho, baseamo-nos no método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), para elaborar a proposta do plano de intervenção e alcançar o objetivo proposto. Este método ocorre em quatro momentos:

1. Momento explicativo, onde se busca conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar os problemas;
2. Momento normativo, que é o momento de elaboração de propostas de soluções, ou seja, a formulação de soluções para o enfrentamento do problema identificado;
3. Momento estratégico, onde se busca analisar a viabilidade para as propostas de solução elaboradas, formulando estratégias para alcançar o objetivo traçado;
4. Momento tático-operacional, que é o momento de execução do plano.

Registra-se, ainda, que foi realizada pesquisa bibliográfica para subsidiar o plano de intervenção. A pesquisa se deu na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados: Literatura latino-americana e do Caribe (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde (IBECS). Os descritores utilizados para a busca foram: hipertensão, prevenção e controle, estratégia saúde da família, planejamento em saúde.

5 - REVISÃO DA LITERATURA.

A hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença grave, considerada um problema de saúde pública no Brasil. Esta doença apresenta evolução geralmente silenciosa, pois na maioria das vezes permanece assintomática até uma fase tardia de sua elevação e, em muitos casos, sua identificação é casual (COREN, 2012).

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Em nosso dia a dia, verificamos que a HAS é uma das principais demandas de atendimento, motivo pelo qual decidimos elaborar este projeto por sua alta prevalência nos pacientes atendidos.

É a mais frequente das doenças cardiovasculares (BRASIL, 2006). É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal.

Costa (2007) apresenta uma tabela para classificação de Hipertensão Arterial sistêmica para indivíduos acima de 18 anos, de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2006. Esta é a classificação utilizada em nosso serviço.

Tabela 2- Classificação de Hipertensão Arterial Sistêmica.

Pressão Arterial Sistólica (PAS)	Pressão Arterial Diastólica (PAD)	Classificação
< 130	< 85	Normal
130 -139	85 - 89	Normal Limítrofe
140 - 159	90 - 99	Hipertensão leve (Grau 1)
160 - 179	100 - 109	Hipertensão Moderada (Grau Duas)

>ou = 180	>ou = 110	Hipertensão Grave (Grau 3)
>ou = 140	< 90	Hipertensão Sistólica (Isolada)

Fonte: COSTA (2007).

Segundo a estimativa de 2004 do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE), o Brasil apresenta cerca de 17 milhões de portadores de HAS, correspondendo a 35% da população acima de 40 anos, considerado alto para os patamares brasileiros. Esse número vem crescendo e o aparecimento da HAS está cada vez mais precoce, estimando-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes já sejam hipertensos. O número de hipertensos atendidos no PSF vem aumentando significativamente (PEREIRA, 2009).

O tratamento da HAS baseia-se, segundo Holanda (2005), em medidas não farmacológicas e farmacológicas. Dentre as medidas farmacológicas, há inúmeras classes de anti-hipertensivos disponíveis, variando o seu mecanismo de ação, a sua potência, posologia e efeitos adversos.

Em que pese o grande avanço científico e tecnológico no manejo da hipertensão arterial ocorrido nos últimos anos, uma das grandes dificuldades atuais refere-se à adesão dos pacientes aos tratamentos instituídos, ou seja, o paciente segue irregularmente as recomendações do profissional de saúde para o controle do seu problema de saúde (DIAS; CUNHA; SANTOS, 2011).

A problemática da adesão ao tratamento é complexa, pois vários fatores estão associados: paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico); doenças (cronicidade, assintomáticas); crenças, hábitos culturais e de vida (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença, contexto familiar, conceito saúde-doença, autoestima); tratamento (custo, efeitos indesejáveis, esquemas complexos, qualidade de vida); instituição (política de saúde, acesso, distância, tempo de espera e atendimento); e relacionamento com equipe de saúde (envolvimento e relacionamento inadequados) (DIAS; CUNHA; SANTOS, 2011).

Importante salientarmos o valor de responsabilizar o paciente pelo seu autocuidado, como premissa fundamental para o controle da HAS. Há relatos, no PSF

estudado, que os pacientes abandonam o uso dos medicamentos quando se sentem bem sem manifestações clínicas da doença.

Muitas vezes, as pessoas não se conscientizam que as doenças crônicas requerem um tratamento contínuo. A não adesão ao tratamento constitui um problema tanto para o paciente como para a equipe de saúde, pois estando assintomáticos abandonam o tratamento e ocorrem complicações irreversíveis (COREN, 2012). Outro fator que influi para a não adesão é a idade e a escolaridade, pois trabalhamos em uma área com número alto de pessoas analfabetas, com idade avançada e pouca ajuda familiar.

Na maioria dos casos, desconhece-se a causa da hipertensão arterial. São vários os fatores que podem estar associados à elevação da pressão arterial como o sedentarismo, o estresse, o tabagismo, o envelhecimento, a história familiar, a raça, o gênero, o peso e os fatores dietéticos. Apesar de consolidada a relação entre hipertensão arterial e os fatores nutricionais, ainda não são bem esclarecidos os mecanismos de atuação destes sobre a elevação da pressão arterial. No entanto, são conhecidos os efeitos de uma dieta saudável (rica em frutas e vegetais e pobres em gorduras) sobre o comportamento dos níveis pressóricos (MALTA et al, 2009).

De acordo com as ações propostas pelo programa Hiperdia, realizamos rodas de conversas e os pacientes relatam esquecer o tratamento. Citam gostar de comer carne gordurosa e comida salgada, concordando com o desconhecimento de fatores responsáveis pela descompensação.

Prevenir e tratar a Hipertensão Arterial não é uma tarefa fácil, pois envolve grandes ensinamentos aos portadores da doença, principalmente ao introduzir em suas rotinas mudanças em seus hábitos de vida. No entanto, essas implantações de mudanças requerem tempo e são muito lentas e, na maioria dos casos, não é mantida com a continuidade necessária. Essas ações devem ser bem elaboradas, principalmente por meio de condutas individualizadas, para que se possa atender a necessidade específica de cada paciente, e que possam ser mantidas por longo tempo (PEREIRA, 2009). Todo paciente é um caso

particular e é importante verificar a presença de outras doenças crônicas associadas.

Para planejar o retorno dos pacientes às consultas, o nível alvo da PA deve estar estabilizado. Estes retornos geralmente são agendados com um intervalo de 3 a 6 meses, dependendo de cada caso. Se o paciente é de baixo risco e com boa adesão ao tratamento, seus retornos podem ter um período de tempo maior, alternando assim as consultas da enfermagem e médica, sem se esquecer da participação em ações educativas. Já os pacientes de risco moderado e alto e que ainda tem dificuldades na adesão do tratamento precisam ter retorno para avaliação em um intervalo de tempo menor. O atendimento deve ser individualizado em função dos riscos cardiovasculares de cada indivíduo e da adesão do paciente ao tratamento proposto (MARTINS, 2010).

Torna-se necessário que as equipes de saúde conheçam o indivíduo no seu todo e suas atitudes a respeito de sua doença. Isto é fundamental para que o processo educativo seja eficaz para complementação do tratamento de pacientes hipertensos e contribua para o controle da pressão arterial de pacientes que estão em tratamento, com maior efetividade no atendimento prestado (VIANA; MAGNA; PÉRES, 2005).

O paciente com Hipertensão Arterial precisa de cuidados de toda equipe de saúde, portanto o atendimento ao hipertenso deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar, onde todos os seus membros possam ser treinados para esse atendimento (COREN, 2012). Uma equipe coesa e bem treinada é considerada o ponto chave para que o paciente tenha melhor adesão ao seu tratamento. É importante que o paciente siga corretamente as orientações e ações realizadas pelo PSF e perceba a importância do grupo de Hiperdia para controle de seus níveis pressóricos de pressão arterial.

Segundo Costa (2007), estudos demonstraram que os pacientes hipertensos possuem um conhecimento muito baixo sobre sua patologia, sobre as complicações que podem surgir e os fatores de risco modificáveis da HAS. Observaram que nas intervenções educativas realizadas para os pacientes hipertensos ocorreu uma melhora no grau de conhecimento sobre a doença. (COSTA, 2007).

A organização do serviço deve ser pautar na ação interdisciplinar das equipes de trabalho, em uma assistência planejada, na utilização da informação epide-

miológica para o planejamento das ações de saúde, buscando a integralidade das práticas no âmbito da atenção básica humanizada e sistematizada (ABREU, 2007).

Para tanto, nesse processo de intervenção tornam-se necessários o envolvimento de toda equipe, a busca de parcerias, o uso de ações qualitativas, por meio de programas e projetos terapêuticos e a utilização de vários instrumentos de intervenção que permitam ações apropriadas para adesão dos hipertensos ao tratamento de sua patologia (ABREU, 2007).

Nesta perspectiva, é fundamental, de acordo com a equipe 14 do PSF Darcy Ribeiro, que o Distrito:

- Garanta a cobertura de atenção médica de 100% da população;
- Promova a educação permanente a todo o pessoal vinculado aos cuidados de saúde;
- .Possibilite o cumprimento dos princípios da atenção básica;
- Amplie o atendimento de outros profissionais de saúde como: fisioterapeuta, psicólogo, ortopedista, cardiologista, endocrinologista e outras especialidades para o tratamento e acompanhamento do paciente;
- Participe das ações para a educação da população para a preservação ambiental.

6 - PLANO DE INTERVENÇÃO.

A seguir, apresentamos o plano de intervenção proposta para o atendimento dos hipertensos atendidos pela Equipe 14 do PSF Darcy Ribeiro/Contagem.

QUADRO 3 . Desenho das operações para os "nos críticos" da alta prevalência de HAS descompensada.

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Ausência de um tratamento higiênico e dietético e mudança de hábitos.	Modificar hábitos dietéticos e mudança no estilo de vida inadequado.	Mudança no hábito de vida ligado à alimentação e a prática de atividade física rotineira. Evitar o tabagismo, o alcoolismo, o sedentarismo e a obesidade.	Programa educativo para a população.	Organizacionais: organização de caminhadas e atividades físicas no PSF, incorporação das academias. Cognitivos: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação; capacitação da equipe. Econômicos: Recursos para aquisição de folhetos educativos. Políticos: mobilização intersetorial com a rede de ensino.
Falta de conhecimento sobre a doença.	Aumentar o conhecimento sobre HAS, fatores de risco e complicações. Desenvolver atividades de promoção de saúde com os usuários que tem HAS.	Capacitação de profissionais da ESF. População mais responsável e informada.	Avaliação do nível de informação da Equipe sobre HAS. Programa Educativo para a população.	Organizacionais: Avaliar formas de atuar, realizar palestras, trabalho em grupo, oficinas e outras técnicas grupais. Cognitivos: conhecimento do tema; capacitação dos profissionais da ESF. Políticos: Adesão dos profissionais Econômicos: Recursos para aquisição de folhetos educativos.
Uso incorreto de medica-	Melhorar a adesão ao tra-	Conhecimento das causas de	Promoção de saúde e qualida-	Políticos: Sensibilização e apoio da Gestão.

mentos.	tamento, avaliar causas de baixa adesão.	baixa adesão. Tratamento individualizado. Uso correto de medicamentos.	de de vida aos usuários com HAS.	Cognitivos: Conhecimento do tema, suporte dos profissionais da equipe. Econômicos: Aquisição de material informativo para distribuição aos usuários.
---------	--	--	----------------------------------	---

Fonte: Dados da autora.

QUADRO 4 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos” para a alta prevalência de HAS descompensada.

Operação/ Projeto	
Eu posso sim	Político: mobilização intersetorial com a rede de ensino Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Conhecer mais	Político: Adesão dos profissionais
Viver melhor	Político: Sensibilização e apoio da Gestão.

Fonte: Dados da autora.

QUADRO 5 - Propostas de ações para a motivação dos atores envolvidos no controle da HAS descompensada.

Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Eu posso sim. Modificar hábitos dietéticos e mudança do estilo de vida	Político: mobilização intersetorial com a rede de ensino Econômico: Recursos para aquisição de folhetos educativos..	Secretaria de Educação	Favorável	São necessárias para o cumprimento das ações. Apoio da comunidade e líderes para melhor divulgar e melhorar hábitos. Realizar
		Secretaria de	Favorável	

		Saúde		atividades nas escola sobre alimentação saudável e exercícios físicos.
<p>Conhecer mais.</p> <p>Aumentar o conhecimento sobre HAS, fatores de risco e complicações.</p>	<p>Políticos: Adesão dos profissionais</p> <p>Econômicos: Recursos para aquisição de folhetos educativos.</p>	Equipe de Saúde.	Favorável.	<p>São necessárias para o cumprimento das ações. Além das atividades com o grupo do hiperdia, manter uma educação permanente para promover o conhecimento sobre HAS, atividades na comunidade, Conselho de saúde, trabalho das ACS e da equipe nas visitas domiciliares, incorporar a família em atividades do grupo.</p>
<p>Viver melhor</p> <p>Melhorar a adesão ao tratamento, avaliar causas de baixa adesão.</p>	<p>Políticos: Sensibilização e apoio da Gestão.</p> <p>Econômicos: Aquisição de material informativo para distribuição aos usuários.</p>	Equipe de Saúde.	Favorável.	<p>São necessárias para o cumprimento das ações. Promover ações na comunidade sobre a importância do tratamento das doenças crônicas, entregar folhetos com informação, trabalho educativo com as ACS em visitas e equipe.</p>

--	--	--	--	--

Fonte: Dados da autora.

QUADRO 6. Plano operativo para o controle da HAS descompensada.

Operações/ Projetos	Resultados	Produtos	Ações estra- tégicas	Responsável	Prazo
Eu posso sim. Modifi- car hábitos dietéticos e mudança do estilo de vida inadequado	. Mudança no habito de vida ligado à ali- mentação e a prática de atividade físi- ca rotineira. Evitar o taba- gismo, o alco- olismo, o se- dentarismo e a obesidade.	Programa educativo para a população.	São neces- sárias para o cumprimento das ações. Apoio da comunidade e lideres para melhor divulgar e melhorar hábitos. Rea- lizar ativida- des nas escolas so- bre alimenta- ção saudável e exercícios físicos.	Enfermeira e Técnico de enfermagem	Três meses para o início das ativida- des.
Conhecer mais. Aumentar o conhecimen- to sobre HAS, fatores de risco e complica- ções.	População mais respon- sável e infor- mada. Desenvolver atividades de promoção de saúde com os usuários que tem HAS.	Avaliação do nível de informação da Equipe sobre HAS. Programa Educativo para a população.	São neces- sárias para o cumprimento das ações. Além das atividades com o grupo do hiper- dia, manter uma educa- ção perma- nente para	Enfermeira e ACS	Avalia- ção de cada atividade sobre o conhe- cimento da doen- ça com as inter- venções dos usu-

			promover o conhecimento sobre HAS, atividades na comunidade e Conselho de saúde, trabalho com as ACS e equipe nas visitas domiciliares, incorporar a família em atividades do grupo.		ários.
Viver melhor. Melhorar a adesão ao tratamento, avaliar causas de baixa adesão.	Conhecimento sobre as causas de baixa adesão. Tratamento individualizado Uso correto de medicamentos.	Sistema de cuidado para usuários com HAS implantado; protocolos implantados, acompanhamento e avaliação da adesão ao tratamento.	São necessárias para o cumprimento das ações .Promover ações na comunidade sobre a importância do tratamento das doenças crônicas, entregar folhetos com informação, trabalho educativo com as ACS em visitas e equipe.	Médica e Enfermeira.	Avaliação em cada consulta

Fonte: Dados da autora.

7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.

A realização desse projeto irá incentivar a equipe e a comunidade na promoção da saúde e prevenção de doenças na atenção primária. Esperamos que os pacientes incrementem seus conhecimentos sobre a doença, modificando modos e estilos de vida, com maior adesão ao tratamento, para que assim, contribuam para uma melhoria na qualidade de vida, alcançando o controle dessa doença, evitando complicações e garantindo um envelhecimento saudável.

A orientação para um estilo de vida saudável e cumprimento do tratamento deve fazer parte e ser valorizada nos atendimentos realizados pela equipe. Tendo em vista que a hipertensão se constitui como problema de saúde pública, é necessária uma abordagem em equipe para que seu controle ocorra com sucesso. A implementação de ações de prevenção de HAS representa um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde.

Torna-se importante as relações da equipe com a comunidade, já que se constitui como uma estratégia que oferece ferramentas à população para que adquiram um adequado conhecimento sobre o tema. Nos espaços de reuniões, percebemos que a população mostra-se motivada e interessada em controlar as doenças.

O trabalho em equipe possibilita o desenvolvimento de atividades em grupo com o objetivo de melhorar a qualidade e a efetividade destas ações. Em uma equipe de saúde da família as atividades devem ser articuladas e pensadas coletivamente, melhorando a assistência a os usuários.

REFERENCIAS

ABREU. **Adesão ao tratamento de pessoas com hipertensão arterial e complicações associadas: espaço para o cuidado clínico de Enfermagem.**

Fortaleza, Ceará, 2007. Disponível em:

http://www.uece.br/cmaccclis/dmdocuments/rita_neuma_dantas_abreu.pdf;

Acesso em: 04/05/2013.

BRASIL. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.** Fortaleza, Ceará, 2007.

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/v_diretrizes_brasileira_hipertensao_arterial_2006.pdf.

BRASIL. M. S. **Biblioteca Virtual em Saúde.** Descritores em Ciências da Saúde. Brasília [online], 2014.

Disponível em: <http://decs.bvs.br>.

CAMPOS; FARIA; SANTOS. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p. : il.

CASTRO. **Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crônica:** Revisão da Literatura. Millennium, 40: 201-219, 2011.

COREN. **Protocolo de Enfermagem Hipertensão Arterial Sistêmica;** Brasília, Janeiro de 2012. Disponível em:

<http://www.corendf.org.br/portal/images/pdf/Protocolo%20de%20Fluxo%20para%20Hipertens%C3%A3o%20Arterial.pdf>: Acesso em 04/01/2012

COSTA. **Avaliação da Implantação da Hipertensão Arterial pelas Equipes de Saúde da Família.** Recife, 2007 Disponível em:

<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/3934/2/000017.pdf>.; Acesso em 08/01/2013.

CONTAGEM. **Portal da Prefeitura Municipal de Contagem/MG.** Disponível em: <www.contagem.mg.gov.br>.2013.

CONTAGEM. **Portal da Prefeitura Municipal de Contagem/MG**. Disponível em: <www.contagem.mg.gov.br>. Acesso em 31/05/2015.

DIAS;CUNHA;SANTOS.**Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crônica: Revisão da Literatura. Millennium**, 40: 201-219, 2011.

HOLANDA. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto Contexto Enferm**. 2005 Jul-Set; 14(3): 332-40; Frolta MA, 2005

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a03.pdf>; Acesso em 08/01/2013.

IBGE – **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. IBGE Cidades@. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>.

MALTA et al. **Doenças crônicas não transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006**. In: Saúde Brasil 2008 Ministério da Saúde, Brasília. 2009. P. 337-62.

MARTINS. **Estratégia de implementação do protocolo de hipertensão arterial/risco cardiovascular - SMSA 2009, pela Equipe Azul do centro de saúde de Marcelo Pontel Gomes**; Belo Horizonte, 2010;

Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2431.pdf>; Acesso em 02/01/2013.

PEREIRA. **Protocolo de Hipertensão Arterial/Risco Cardiovascular**. Belo Horizonte, 2009 Disponível em: http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/atadulto/protocolo_hipertensao_web.pdf. Acesso em 07/01/2012.

ROBBINS. **Fundamentos de Patologia**. In 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. ArqBrasCardiol. 2006:1-42.

VIANA; MAGNA; PÉRES. **Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas.**

Rev. Saúde Pública 2003; 37(5): 635-42; São Paulo, 2005. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n5/17480.pdf>.