

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

**KARINA MENDES SARAIVA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO  
ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE PACIENTES HIPERTENSOS  
ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SANTO ANTÔNIO – SÃO  
ROMÃO - MG**

**MONTES CLAROS- MG**

**2016**

**KARINA MENDES SARAIVA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE PACIENTES HIPERTENSOS  
ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SANTO ANTÔNIO – SÃO  
ROMÃO - MG**

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

**Orientadora:** Andréa Fonseca e Silva

**MONTES CLAROS- MG**

**2016**

**KARINA MENDES SARAIVA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO  
ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE PACIENTES HIPERTENSOS  
ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SANTO ANTÔNIO – SÃO  
ROMÃO - MG**

**Banca examinadora:**

Profa. Ms. Andrea Fonseca e Silva - Orientadora

Profa. Dra. Maria Marta Amancio Amorim - Examinadora:

Aprovado em Belo Horizonte, em 28 de junho 2016.

## RESUMO

Como pode-se observar no município de São Romão, mais especificamente, verificado através do diagnóstico situacional realizado junto à Equipe de Saúde da Família (ESF) de Santo Antônio, foram identificados altos índices de pacientes hipertensos, bem como, um significativo número de pacientes que não aderiam ao tratamento medicamentoso. Assim, o objetivo central deste trabalho foi propor um plano de intervenção que aumentasse a adesão ao tratamento medicamentoso dos hipertensos na ESF Santo Antônio, no Município de São Romão, localizado ao Norte do Estado de Minas Gerais. Com esse fim, a metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica nas bases Scielo, Medline e Lilacs e a elaboração de um plano de intervenção, possibilitando uma ação multidisciplinar, com incorporação dos diversos setores sociais, incluindo, além do setor de saúde, o setor público e a própria sociedade. No desenvolvimento do trabalho pôde-se enfatizar a importância da interação entre os profissionais da ESF Santo Antônio, os pacientes, seus familiares e a própria comunidade da área de abrangência. Observou-se que com a criação dessa proposta verificou-se maior estreitamento de vínculo com o paciente e novas estratégias foram criadas para a ampliação da adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes hipertensos, destacando-se a educação em saúde, mudanças no estilo de vida, acesso aos medicamentos prescritos, monitoramento familiar tanto da pressão arterial do paciente, quanto da adesão ao tratamento, entre outros. Nesse aspecto pôde-se concluir que, a identificação dos nós-críticos do problema e a criação de um plano operativo em prol dos pacientes hipertensos, contribuiriam de forma significativa para um melhor controle dos agravos da hipertensão junto aos usuários da ESF Santo Antônio, no Município de São Romão/MG.

**Palavras-chave:** Hipertensão. Cooperação do Paciente. Atenção Primária à Saúde

## ABSTRACT

It can be seen in the city of Sao Romão, seen in the situational diagnosis made in the community, in particular, the Santo Antonio Drive, high rate of hypertensive patients, as well as a significant number of patients who did not adhere to drug treatment. Thus, the main objective of this work was to propose an action plan to increase adherence to drug treatment of hypertensive patients in the family health strategy Santo Antonio, in the municipality of Sao Romão, located north of the State of Minas Gerais. To this end, the methodology used was given from literature in Scielo, Medline and Lilacs, allowing a multidisciplinary action, with incorporation of various social sectors, including, in addition to the health sector, the public sector and society itself. In the development work was possible to emphasize the importance of interaction between professionals from FHS St. Anthony, patients, their families and the community of coverage. It was observed that with the creation of this relationship, different strategies may be significant for the expansion of adherence to drug treatment of hypertensive patients, especially health education, changes in lifestyle, access to prescription drugs, family monitoring both patient's blood pressure, and adherence to treatment, among others. In this respect it could be concluded that the identification of us-critical problem and creating an operating plan for the benefit of hypertensive patients, contribute significantly to better control of hypertension diseases with users of the Family Health Strategy of Santo Antônio unit, in São Romão / MG.

**Keywords:** Hypertension. Patient Compliance. Primary Health Care.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	6
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	9
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	11
3.1 Objetivo geral .....	11
3.2 Objetivos específicos .....	11
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	12
<b>5 REFERENCIAL TEORICO</b> .....	14
<b>6 PLANO DE AÇÃO</b> .....	19
6.1 Seleção do Problema .....	19
6.2 Descrição do problema selecionado .....	20
6.3 Explicação do problema .....	20
6.4 Identificação dos nós críticos.....	21
6.5 Análise de viabilidade.....	23
6.6 Plano operativo.....	23
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	25
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	26

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), o município de São Romão foi fundado no ano de 1668, sob o nome de Santo Antônio da Manga. Localiza-se no Norte de Minas Gerais e faz parte da microrregião de Pirapora. Sua área territorial é de 2.440km<sup>2</sup>. Apresenta limites com os municípios de Pintópolis, Urucuia, Riachinho, Santa Fé de Minas, Ponto Chique, Ubaí e Icaraí de Minas. Localiza-se ainda às margens do Rio São Francisco, no Circuito Turístico Urucuia Grande Sertão. É cidade berço de antigas tradições religiosas, terra de um povo que é dono de uma riqueza cultural inigualável e de diversidades de expressões da fé, vivenciadas na religiosidade popular.

No decorrer de sua história, São Romão foi se tornando palco de diversas expressões de fé da religião do povo. A pequena cidade tem como maior patrimônio, o legado cultural dos antepassados, indígenas, africanos e portugueses. Influenciados por seus primeiros colonizadores e evangelizadores, iniciou-se uma grande devoção a Santo Antônio que por muito tempo foi o padroeiro do lugar (SÃO ROMÃO, 2014).

Em 2010, segundo dados do IBGE (2010) a população de São Romão contava com cerca de 10.276 habitantes. A economia do município está diretamente ligada às atividades agropecuárias, que constitui seu setor mais dinâmico.

A comunidade de Santo Antônio, por sua vez, conta com cerca de 1.923 habitantes, situada no centro, abrangendo as áreas do Centro, Beira Rio e Bairro Santo Antônio, localizados na cidade de São Romão. Atualmente a população empregada trabalha em empresas privadas e públicas e a modalidade de trabalho mais encontrada é de pedreiros e pescadores. O número de desempregados varia em torno de 20 % (SÃO ROMÃO, 2014). Quanto à estrutura de saneamento básico, a cidade é coberta por rede de esgoto e coleta de lixo diária. Cerca de 30% da comunidade vive em condições de moradia bastante precárias. O analfabetismo é elevado principalmente entre os maiores de 50 anos, sendo que essa faixa etária se localiza na zona rural e não teve acesso a escolas (SÃO ROMÃO, 2014).

A comunidade de Santo Antônio possui 01(um) asilo, 01(uma) escola. A grande maioria da população localiza-se na faixa etária dos 4 aos 17 anos e frequentam a escola regular. A população conserva hábitos e costumes da

população rural, comemoram festas juninas e festas religiosas (Festas de Santo Antônio, Nossa Senhora do Rosário e Santos Reis). Desenvolve-se trabalho na comunidade por parte da igreja (Comunidade São Vicente de Paula) na qual se reúnem uma vez por mês onde são feitas doação de cestas básicas para as famílias de baixa renda (PREFEITURA DE SÃO ROMÃO, 2014).

A Unidade de Saúde Santo Antônio foi inaugurada em junho de 2011 e está situada na Avenida Tancredo Neves, no Centro. O espaço da unidade é amplo e atende à demanda da população. A unidade apresenta uma recepção ampla com cadeiras, acomodando de forma satisfatória a demanda de pacientes. Possui sala de reuniões onde são realizados palestras e grupos temáticos Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA, diabetes, pré-natal e anti-tabagismo). A unidade atualmente está bem equipada possuindo 01 (um) consultório médico, 01 (um) consultório odontológico, 01 (uma) sala ginecológica, 01 (uma) sala de reuniões, 01 (uma) sala de enfermagem, 01 (uma) cozinha, 01 (um) almoxarifado, 01 (uma) sala de curativo, 01 (uma) sala de esterilização, 01 (uma) sala de triagem, todas apresentando bom estado de conservação. Apesar de boa estrutura física, por alguns períodos há falta de medicamentos na unidade e aparelho de nebulização.

Foi verificado no diagnóstico situacional realizado junto à comunidade, utilizando os autores, Campos, Faria e Santos (2010), mais especificamente, na Unidade Santo Antônio, no município de São Romão, um alto índice de pacientes hipertensos, bem como, um significativo número de pacientes que não aderiram ao tratamento medicamentoso. Assim, considerou-se este o principal ponto para a proposta de intervenção para a Estratégia Saúde da Família (ESF) Santo Antônio, no município de São Romão, Minas Gerais, que foi a adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes hipertensos atendidos nessa unidade de saúde.

Nessa circunstância, é importante destacar uma diferença importante entre análise situacional e diagnóstico, observando-se o esclarecimento de Matus (1996, p. 32) de que o diagnóstico se trata de uma redução da realidade que propicie uma única explicação. Por outro lado, o aspecto situacional consiste em explicações assimétricas em relação a uma realidade, pressupondo-se além de “respostas iguais a perguntas iguais, mas respostas diferentes para perguntas diferentes”, destacando-se que, para um mesmo problema existem diferentes valores e pontos de interpretações possíveis.

Segundo Campos, Faria e Santos (2010, p. 30)

A compreensão da realidade é tão diferente quanto são diferentes as posições a partir das quais as pessoas a observam. Assim, a realidade não é explicável pela simples descrição, mas pelas leituras que se fazem dela, sob diferentes chaves de interpretação, de acordo com os interesses objetivos dos atores.

Com essas observações, e depois de uma leitura diagnóstica, que identificasse necessidades para a intervenção para a (ESF) Santo Antônio, no município de São Romão, passou-se à justificativa da escolha do tema, assim como, a identificação dos objetivos geral e específicos do trabalho.

## 2 JUSTIFICATIVA

Nos dias atuais, a ESF Santo Antônio atende um total 1.923 pacientes em sua área de abrangência, com registro de 337 de hipertensos, representando 17,5% da população de abrangência. Os dados foram obtidos através dos registros da equipe no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do município (SIAB, 2015).

Desse quantitativo, observou-se que do total de hipertensos, cerca de 1/3 não aderiram ao tratamento medicamentoso, o que não deixa de ser um dado preocupante, registrado mensalmente pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Nesse aspecto, entende-se que o desenvolvimento desse trabalho de intervenção seja de grande importância. Os fatos detectados podem contribuir, sobremaneira, com diversos segmentos, tais como, a ciência, em razão do cunho metodológico e científico que lhe é atribuído; bem como para os próprios pacientes, por possibilitá-los uma maior conscientização sobre os riscos da não adesão ao tratamento medicamentoso e para equipe de saúde, por ter elemento de conhecimento e tomada de decisões sobre como motivar tais pacientes a aderirem ao tratamento e, para a sociedade de um modo geral, por poder conhecer a situação atual da população de abrangência do ESF Santo Antônio.

Nessas considerações, viu-se também importante, externar que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a doença cardiovascular mais comum, sendo considerada como o maior desafio de saúde pública para as sociedades em transição socioeconômica e epidemiológica e um dos mais importantes fatores de risco de mortalidade cardiovascular, sendo responsável por 20 a 50% de todas as mortes. No Brasil, a HAS afeta 14 a 18% da população adulta (BRASIL, 2000).

Baseado no conhecimento desses dados, a equipe de atenção básica da referida unidade de saúde, percebeu a necessidade da elaboração de uma proposta de intervenção que pudesse modificar a realidade vivenciada na ESF Santo Antônio. Com isto, busca-se melhorar adesão ao tratamento medicamentoso e, por conseguinte, reduzir o número de possíveis agravamentos e implicações da doença possibilitando risco cardiovascular aumentado.

Nesse sentido, entende-se como viável a elaboração e desenvolvimento do plano de intervenção a ser desenvolvido, pelo alto índice de pacientes hipertensos

na área de abrangência da ESF em estudo, pela disponibilidade de literatura sobre o assunto e, ainda pelo interesse da autora em desenvolvê-lo.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Propor um plano de intervenção que aumente a adesão ao tratamento medicamentoso dos hipertensos na ESF Santo Antônio do Município de São Romão.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Identificar os fatores causais da má adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos.
- Propiciar maior conhecimento dos familiares sobre a importância da adesão ao tratamento da hipertensão arterial.

## 4 METODOLOGIA

Respeitando as proposituras dos objetivos, realizou-se um diagnóstico situacional tendo como subsídio o Plano Estratégico Situacional (PES), segundo Matus (1996). Distingue-se por três características principais, sendo a primeira o subjetivismo, tendo por objetivo a análise de uma situação problemática centrada nos indivíduos envolvidos, em suas percepções e pontos de vistas, pressupondo assim, tendo os indivíduos características próprias, sua interpretação em relação a situação estudada dependerá dos seus conhecimentos, experiências, posições entre outros. A segunda característica é a elaboração de plano-propostas a partir de problemas, entendidos como obstáculos criados em razão da diferença entre a realidade atual e as aspirações do ator conforme o seu mundo subjetivo. Em outros termos, tem-se um problema quando o pesquisador não está satisfeito com determinada situação e ao mesmo tempo a considera evitável (HUERTAS, 1996). A terceira característica é quando o PES reconhece a incerteza do futuro, não sendo possível prevêê-lo. Assim, o que se busca é enumerar possibilidades e preparar os atores para enfrentá-las (MATUS, 1996).

Com base no objetivo proposto, o trabalho será dividido em três fases distintas. A primeira fase constou do diagnóstico situacional com o auxílio do método de estimativa rápida, que segundo Campos, Faria e Santos (2010), identificando os problemas principais da área de abrangência e ainda, produzir informações capazes de disponibilizar o conhecimento das principais causas e consequências do problema.

Na segunda fase foi a fundamentação teórica do estudo a partir da pesquisa bibliográfica, cuja base de dados estará disponibilizada em artigos oficiais em redes eletrônicas, tendo como descritores os termos: Hipertensão, Cooperação do Paciente, Atenção Primária à Saúde. As principais bases de pesquisa foram: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline) e *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (Lilacs). Os textos referenciais pesquisados são datados de 1985 a 2015, tendo como critério de inclusão, os textos abordando: Estratégia Saúde da Família, Hipertensão, tratamento medicamentoso e cooperação do paciente.

O critério de exclusão, portanto, foram todos aqueles que não estivessem em conexão com os critérios de inclusão.

A terceira fase constou da elaboração do plano de ação que será realizado utilizando o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), possibilitando uma ação multidisciplinar, com incorporação dos diversos setores sociais, incluindo-se, além do setor de saúde, o setor público e a própria sociedade (SILVA; MENEZES, 2001).

## 5 REFERENCIAL TEORICO

A HAS é uma doença definida pela persistência de níveis de pressão arterial acima de valores arbitrariamente definidos como limites de normalidade (KANNEL, 1990). É a doença cardiovascular mais comum, considerada o maior desafio de saúde pública para sociedades em transição socioeconômica e epidemiológica e um dos mais importantes fatores de risco de mortalidade cardiovascular, sendo responsável por 20 a 50% de todas as mortes. No Brasil, a HAS afeta 14 a 18% da população adulta (BRASIL, 2015).

A HAS é o principal fator de risco para as complicações mais comuns, entre elas, o desenvolvimento de doença arterial coronariana (DAC), acidente vascular cerebral (AVC), doença vascular periférica, insuficiência renal (IRC), insuficiência cardíaca congestiva (ICC), e infarto agudo do miocárdio (IAM), que podem ser atribuídas à falta de controle adequado dos níveis pressóricos e a ocorrência de morte prematura (DOSSE *et al.*, 2009).

Moura *et al.* (2004) afirmam que muitos estudos têm demonstrado indícios representativos, de que a HAS do adulto é uma doença que se inicia na infância e isso, nas últimas décadas, tem elevado a preocupação com a avaliação da pressão arterial em crianças. Tais considerações são provas efetivas de que a HAS não é uma doença que atinge apenas adulto. Saliencia-se que no ano de 1977, foi publicado nos Estados Unidos da América (EUA) o primeiro relatório força-tarefa sobre o controle de pressão arterial em crianças. Esse relatório apresentou uma proposta sugerindo a padronização do método de medição e das curvas de distribuição da pressão arterial em crianças normais, dispostas em gráficos de percentis segundo a idade e sexo. O percentil de 95 ficou determinado como limite de normotenso, recomendando-se que a medida da pressão fosse feita em crianças maiores de 3 anos, pelo menos uma vez ao ano, medições essas que permanecem até os dias atuais (MOURA *et al.*, 2004).

A partir dessa primeira publicação de força-tarefa ocorrida nos EUA, uma série de estudos foi desenvolvida tanto no âmbito internacional, quanto nacional, elaborando-se novos conceitos. Dez anos depois do primeiro relatório, mais especificamente em 1987 foi divulgado novo relatório sobre pressão arterial em crianças (MOURA *et al.*, 2004).

Rosner *et al.* (1993) publicaram uma análise com tabelas de referência para pressão arterial normal (abaixo do percentil 90), normal-alta (entre o percentil 90 e o percentil 95) e alta (acima do percentil 95), por idade e por sexo, subdivididas em *percentis* de altura, a partir de 76.018 medidas de pressão arterial. Além disso, passaram a utilizar e também a recomendar a fase V de Korotkoff (K5) como referência para pressão diastólica para todas as idades. Em 1996, foi publicada a atualização do segundo relatório da força-tarefa de 1987 (MOURA *et al.*, 2004).

No que diz respeito aos adultos Leal *et al.* (1985) afirmaram que em pesquisas feitas no Estado do Rio Grande do Sul e em Volta Redonda, percebeu-se que é a maior ou menor proporção de pessoas assalariadas nos setores secundário e terciário que determina o nível de hipertensão em uma população. E que é a concentração de riquezas, a facilidade de acesso aos bens materiais e/ou a submissão e a repressão na vida social dos indivíduos que influenciam decisivamente a pressão arterial de cada um.

Em um trabalho desenvolvido também no Estado do Rio Grande do Sul em 1978, Leal *et al.* (1985) esclarecem que foram amostrados 2.056 domicílios, num total de 4.500 pessoas entre 20 e 74 anos de idade. A amostra foi composta por quatro estratos: Porto Alegre (capital), Cinturão Metropolitano (cidades em torno de Porto Alegre), Interior Urbano (sedes municipais) e Interior Rural. A partir daí, analisou-se a migração dentro e entre os quatro estratos amostrais e sua relação com a pressão arterial. Os resultados mostraram que os moradores da Área Rural apresentaram os mais baixos níveis pressóricos e os do Cinturão Metropolitano os mais altos. Nesse estudo tem-se um entendimento quase que clarificado de que pessoas da zona rural costumam trabalhar atuando significativamente com a força física, ou seja, afastando o sedentarismo, talvez o motivo de ser o setor de médias menores de HAS.

As médias de pressão arterial diastólica dos naturais e migrantes em cada estrato foram semelhantes. Já os migrantes nascidos na área rural que foram residir em Porto Alegre e Cinturão Metropolitano apresentaram médias pressóricas mais elevadas que os indivíduos naturais da área rural. Por outro lado, os indivíduos que migraram dentro do estrato rural (de uma área rural para outra) exibiram baixos valores de pressão arterial e não se mostraram diferentes dos naturais. Nesse aspecto, concluiu-se que os migrantes oriundos da área rural que foram encontrados

residindo em cidades apresentaram valores tensionais crescentes quando aumentava o tempo de permanência (LEAL *et al.*, 1985).

Klein, Coutinho e Camacho (1986), objetivando estudar a evolução da pressão arterial ao longo da vida ativa de nove categorias de trabalhadores da Companhia Siderúrgica Nacional de Volta Redonda (Rio de Janeiro, Brasil), finalizaram uma amostra de 426 homens, através das fichas do serviço médico. Destas fichas, foram coletadas as pressões registradas na admissão na empresa e no último exame de rotina. Cerca de 90% dos trabalhadores tinham idades entre 20 e 50 anos em qualquer das medidas e o intervalo médio entre estas foi de 13,5 anos para aqueles com pelo menos 5 anos de atividade. Para os autores, não foi possível rejeitar a homogeneidade das ideias de incrementos anuais de sistólica e diastólica entre os grupos ocupacionais. Em relação às variações observadas, houve incrementos estatisticamente significativos na sistólica apenas para os trabalhadores de escritório e almoxarifado, laboratório e controle de qualidade, com pelos menos 5 anos de atividade. Quanto à diastólica, as categorias que sofreram incremento significativo foram escritório e almoxarifado, maquinaria e ocupações específicas da produção, eletromecânicas de manutenção, construção civil, transporte e comunicações e trabalhadores não-qualificados (KLEIN, COUTINHO, CAMACHO, 1986).

Também foi analisada a passagem destes trabalhadores de um *status* de pressão normal para outro de pressão mais elevada (sistólica 140 ou diastólica 90 mmHg). Com relação à sistólica, apenas os funcionários não-qualificados mudaram de categoria; quanto à diastólica, repetiram-se os achados para incremento de pressão (KLEIN, COUTINHO, CAMACHO, 1986). O grupo da construção civil destacou-se pelo maior aumento de diastólica entre as duas medidas, ao passo que os administradores e profissionais técnico-científicos foram os que apresentaram as menores variações de pressão. Fatores ambientais como ruído, calor, linha de montagem e outros implicados na elevação de pressão arterial estão presentes nesta indústria siderúrgica. Os dados apontam maior risco de elevação de pressão arterial em alguns grupos ocupacionais, o que justifica abordagens diferenciadas pelo serviço médico da empresa (KLEIN, COUTINHO, CAMACHO, 1986).

Por sua vez, Passos, Assis e Barreto (2006) desenvolveram um estudo de base populacional, no qual analisaram a prevalência de hipertensão em adultos no Brasil. A análise considerou a população-alvo, o desenho do estudo, o plano

amostral, as características sociodemográficas da população-alvo, o critério de definição de hipertensão e a análise estatística. Nos 13 estudos selecionados, as taxas de prevalência mostram que cerca de 20% dos adultos apresentam HAS, sem distinção por sexo, mas também com evidente tendência de aumento com a idade. Os estudos ainda estão restritos às Regiões Sul e Sudeste. É marcante a preocupação com a metodologia e precisão da estimativa da prevalência. Ainda são escassos, entretanto, estudos sobre conhecimento, tratamento e controle da hipertensão.

Com base no exposto sobre os componentes individuais, percebe-se que todos são relevantes, inclusive, como constituintes dos fatores de risco, integrantes da síndrome metabólica (SM). No entanto, as caracterizações conceituais sobre a SM, ainda é diversificada, cabendo então, um estudo, mais detalhado sobre estudos oficiais e orientações, para a condução diagnóstica, propiciando melhor orientação para as terapêuticas.

A adesão ao tratamento é definida e caracterizada quando o conselho médico ou de saúde coincide com o comportamento do indivíduo, em relação ao hábito de usar medicamentos, isso é, seguir as mudanças no estilo de vida preconizadas e comparecer às consultas médicas (DOSSE *et al.*, 2009).

A adesão é um fenômeno multidimensional determinado pela interação de fatores, descritos a seguir (GIROTTTO *et al.*, 2013): nível socioeconômico baixo, analfabetismo, educação de baixo nível, desestruturação familiar, desemprego, falta de rede de apoio social efetivo, condições de vida instável, longa distância ao centro de tratamento, alto custo do transporte, alto custo do medicamento, cultura, mudanças de ambiente e informações disponíveis sobre a doença e o tratamento.

Alguns estudos relatam que os fatores organizacionais estão mais relacionados à adesão do que os sociodemográficos. O tempo dedicado pelo médico, a continuidade do acompanhamento e o estilo da comunicação (variáveis organizacionais) se revelam mais importantes do que gênero, estado civil, idade, nível educacional e estado de saúde (variáveis sociodemográficas) no sentido de afetar a adesão do paciente (GIROTTTO *et al.*, 2013).

“Entre os fortes determinantes de adesão figuram a severidade dos sintomas, o nível de incapacidade (física, psicológica, social e profissional), o grau de progressão e gravidade da doença e a disponibilidade de tratamento efetivo” (OSHIRO, 2007, p. 31). Seu impacto depende de como influenciam a percepção,

pelo paciente, do risco da doença, da importância de seguir o tratamento e da prioridade da adesão. Complementando a autora ainda destaca que:

São diversos os fatores relacionados à terapêutica que afetam a adesão, sendo a maioria relativa à complexidade do esquema terapêutico, duração do tratamento, falha de tratamento anterior, frequência de mudanças do tratamento, presença de efeitos benéficos, efeitos colaterais e disponibilidade de apoio médico (OSHIRO, 2007, p. 31).

Alguns dos fatores relacionados ao paciente que afetam a adesão são: esquecimento, estresse psicológico, ansiedade sobre possíveis efeitos adversos, baixa motivação, conhecimento e prática no manejo dos sintomas da doença, tratamento inadequado, ausência de efeito percebido do tratamento, convicções negativas sobre a eficácia do tratamento, equívoco sobre a doença e não-aceitação desta, desconfiança do diagnóstico, falta de percepção do risco à saúde oferecido pela doença, engano nas instruções do tratamento, baixa expectativa do tratamento, sentimentos negativos ou desesperança, frustração com as instituições de saúde, medo de dependência, ansiedade devida à complexidade do esquema terapêutico e sentimento de estigmatização pela doença (OSHIRO, 2007).

## 6 PLANO DE AÇÃO

### 6.1 Seleção do Problema

Diante dos problemas observados pela equipe de saúde da ESF Santo Antônio de São Romão/MG em reunião, ficou evidenciado um alto número de pacientes hipertensos atendidos na unidade totalizando 337 pessoas.

De acordo com o diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe, identificou-se como problema prioritário para enfrentamento a pouca adesão dos hipertensos ao tratamento farmacológico. Foram selecionados pela equipe de saúde da Unidade Santo Antônio, considerando os seguintes critérios: importância, urgência e principalmente pela capacidade para enfrentamento pela equipe de saúde, conforme Quadro 1.

**Quadro 1 - Classificação de prioridades para os problemas diagnosticados comunidade de São Romão, 2015.**

ESF Santo Antônio				
Principais problemas	Importância	Urgência*	Capacidade para enfrentamento	Seleção
Baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários atendidos na ESF Santo Antônio.	ALTA	9	Parcial	1
Risco de desenvolvimento de doenças parasitárias e infectocontagiosas.	ALTA	8	Parcial	2
Poucas atividades educativas em grupo desenvolvidas pela equipe de saúde.	ALTA	7	Parcial	3
Índice de analfabetismo elevado.	ALTA	6	Fora	4
Baixa renda.	ALTA	6	Fora	4
Alto índice de drogadição e alcoolismo.	ALTA	5	Parcial	5
Poluição das ruas e do rio.	ALTA	4	Parcial	6
Abastecimento de água insuficiente.	ALTA	4	Parcial	7
Quantidade de médicos insuficientes para atendimento à população, incluindo especialistas.	ALTA	3	Fora	8
Violência; falta de áreas de recreação/lazer	ALTA	2	Fora	9

\* Total de pontos distribuídos = 30.

Fonte: Própria autora, 2014.

## 6.2 Descrição do problema selecionado

Após identificados e priorizados os problemas, torna-se necessário compreender cada um, caracterizando e descrevendo-os de forma clara, objetiva e inteligível, no sentido de afastar ambiguidades e obter indicadores a serem utilizados para avaliação do impacto a ser atingido pelo plano. Para descrição do problema prioritário, a equipe de saúde, ao fazer o atendimento domiciliar, vem registrando todas as condutas dos pacientes hipertensos, conforme quadro 2, especialmente, os que não aderiram ao tratamento medicamentoso.

### Quadro 2 – Descritores do problema “baixa adesão ao tratamento medicamentoso de usuários cadastrados no ESF Santo Antônio , 2015

Descritores	Valores	Fontes
Hipertensos esperados (20% da População abrangente)	384	SIAB
Hipertensos cadastrados	337	SIAB
Hipertensos aderidos ao tratamento medicamentoso	306	SIAB

Fonte: SIAB (2015).

Segundo dados descrito no quadro 2 a expectativa de adesão de hipertensos ao tratamento medicamentoso é de 90,8%.

## 6.3 Explicação do problema

Depois de identificados e caracterizados os problemas, segue a explicação dos mesmos, buscando-se a gênese de cada um a ser enfrentado, com base na identificação das respectivas causas.

### Causas:

- Falta de conhecimento do paciente sobre a doença e terapia medicamentosa;
- Desconhecimento familiar sobre os cuidados, bem como, sobre a terapia medicamentosa do paciente;
- Hábitos e estilo de vida da população;
- Não aceitação do diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, descaso com o autocuidado;
- Alimentação ruim, tabagismo, alto consumo de bebidas alcoólicas;
- Baixo nível de instrução/escolaridade;

- Dificuldade de acesso ao serviço de saúde;
- Fornecimento de receitas com prescrições ilegíveis;
- Falta de orientação sobre a prescrição;
- Ausência de atividades educativas abordando a temática da adesão ao tratamento dos hipertensos;
- Falta de conhecimento e capacitação sobre o tema para repassar aos pacientes;
- Não cumprimento dos protocolos para HAS;
- Falta de contratação do número de profissionais adequados ao trabalho, incluindo médicos;
- Falta de reorganização e adequação da cobertura do ESF;
- Demanda de usuários é muito superior ao que é preconizado;
- Falta de incentivo para atividades de promoção à saúde e prevenção de agravos.

#### Consequências:

- Aumento da demanda no pronto atendimento;
- Aumento do número de internações hospitalares;
- Aumento progressivo dos gastos em saúde e de procedimentos de alta complexidade.
- Aumento do número de usuários sem controle adequado da hipertensão;
- Aumento das complicações clínicas, de seqüelas irreversíveis ou invalidez;
- Aumento do número de aposentadoria precoce;
- Aumento do índice de mortalidade, principalmente por agravos cardiovasculares.

#### **6.4 Identificação dos nós críticos**

Um nó crítico segundo Campos, Faria e Santos (2010) é identificado depois de uma cuidadosa análise das causas de um determinado problema, dando maior clareza sobre onde atacar.

Segundo os autores:

Para isso, é necessário fazer uma análise capaz de identificar, entre as várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema, as que precisam ser enfrentadas. Para realizar essa análise,

utilizamos o conceito de “nó crítico” proposto pelo PES (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p. 9).

Diante do exposto a ESF definiu os como principais nós críticos:

- Baixo nível de informação e conhecimento dos usuários a respeito da HAS da importância da adesão ao acompanhamento clínico e à terapia medicamentosa;
- Família sem preparação para cuidado com paciente hipertenso devido falta de conhecimento.

### Quadro 3- Desenho de operações dos “nós” críticos do problema Hipertensão

“Nós” Crítico	Operação/ projeto	Resultados esperados.	Produtos	Recursos necessários
Baixo nível de informação e conhecimento dos usuários a respeito da HAS, da importância da adesão ao acompanhamento clínico e à terapia medicamentosa	<b>Conhecer BEM</b>	Ampliação da adesão ao tratamento medicamentoso	Implantação de reuniões de informação e de interação com o paciente	Organizacional: promover reuniões e incentivar a adesão; Cognitivo: informação; Político: conseguir local para reuniões com pacientes; Financeiro: conseguir recursos audiovisuais sobre o assunto.
Família sem preparação para cuidado com paciente hipertenso devido falta de conhecimento.	<b>Projeto Prepare-se</b>	Ampliação do controle do paciente em relação à adesão ao tratamento.	Implantação de reuniões com familiares do paciente hipertenso.	Organizacional: promover reuniões e incentivar a adesão; Cognitivo: informação; Político: conseguir local para reuniões com pacientes; Financeiro: conseguir recursos audiovisuais sobre o assunto.

O passo seguinte foi a identificação dos recursos críticos, observando-se que a modificação de uma realidade, sempre necessita de algum tipo de recursos, alguns maiores outros menores. No caso em pauta, verificou-se que os recursos necessários para um melhor controle da HAS na área de abrangência, conforme Quadro 4, não são muitos. Será necessário um local para reuniões quinzenais e recursos audiovisuais para serem colocados no interior da sala de reuniões.

O próximo passo foi identificar os recursos críticos para a execução do plano de intervenção, no sentido de viabilizá-lo.

**Quadro 4 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações de enfrentamento dos “nós” críticos.**

<b>Projeto</b>	<b>Recursos críticos</b>
<b>Conhecer BEM</b>	Político: conseguir o espaço para as reuniões Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
<b>Projeto Prepare-se</b>	Político: conseguir o espaço para as reuniões Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.

### **6.5 Análise de viabilidade**

Em seguida passou-se à análise de viabilidade do plano. Nessa fase buscou-se identificar os atores controladores dos recursos críticos, e analisar seu posicionamento provável para superação dos nós críticos, e por fim estabelecer as ações estratégicas a motivar esses atores a apoiar e viabilizar a operação.

Neste momento, serão analisados e apresentados em planilha as operações/projetos, levando-se em consideração os recursos críticos, os atores de controle desses recursos, o controle efetivo desses recursos, bem como, as ações estratégicas, possibilitando a definição das ações, no sentido de proporcionar melhor resolubilidade do problema de cada projeto criado, facilitando o controle e, conseqüentemente a solução. O resultado foi a motivação favorável, uma vez que o ator controlador desse recurso, disponibilizou uma sala, uma vez a cada quinze dias, para que as reuniões pudessem acontecer, no horário de 17:00hs às 18:00hs, sem alterar a rotina da instituição.

### **6.6 Plano operativo**

O passo seguinte, conforme o Quadro 6 foi a elaboração de um plano operativo, para o qual foi designado um responsável para cada operação, bem como o cronograma de execução das operações.

### Quadro 6– Descrição do Plano Operativo para o ESF Santo Antônio – 2016

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
<b>Conhecer BEM</b>	Manutenção da equipe preparada para o acolhimento e atendimento dos usuários hipertensos.	Capacitação da equipe no aspecto abordagem aos pacientes hipertensos.	Elaborar Plano Estratégico que envolva o ESF Santo Antônio e respectiva equipe.	Médico, Enfermeira e Assistente Social.	Início em 2 meses e término em 4 meses.
<b>Projeto Prepare-se</b>	Capacidade de informação e conhecimento aos familiares do paciente hipertenso, sobre o risco da não adesão ao tratamento medicamentoso.	Campanhas educativas, com participação da família; capacitação da equipe do ESF Renascer; parceria com a Prefeitura local.	Elaborar Plano Estratégico sobre as campanhas educativas; capacitação da equipe e; formação da parceria com a Prefeitura local.	Médico, Enfermeira e Assistente Social.	Início em 3 meses e término em 4 meses.

Por fim, estruturou-se um modelo de gestão do plano de ação, discutindo e definindo o processo de acompanhamento do mesmo e seus respectivos instrumentos.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Em função da proposta do trabalho, pode-se considerar que o objetivo foi atendido, observando-se que o diagnóstico situacional, associado às identificações bem como às priorizações do problemas identificados ao longo da pesquisa, foram cruciais para a arquitetura do plano de ação, haja vista que pôde-se evidenciar que os problemas eram reais, e com a efetivação do plano proposto, o resultado já começou a manifestar-se positivo.

Observou-se que tanto os pacientes hipertensos quanto os seus familiares, tiveram interesse e ampliaram os conhecimentos da importância da adesão ao tratamento medicamentoso e os riscos fatais que a não adesão poderiam ocasionar.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Notícias da saúde**, Brasília, 2000. Disponível em: <[http://portalweb02.saude.gov.br/saude/aplicacoes/noticias/noticias\\_detalhe.cfm?co\\_seq\\_noticia=156](http://portalweb02.saude.gov.br/saude/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=156)>. Acesso em: 25 jun.2004.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Elaboração do plano de ação. In: CAMPOS, V. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

DOSSE, C.; CESARINO, C.B.; MARTIN, J.F.V.; CASTEDO, M.C.A. Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v. 17, n. 2, 2009.

GIROTTO, E.. et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência& Saúde Coletiva**,v.18, n.6, p.1763-72, 2013.

HUERTAS, F. Entrevista com Mateus. São Paulo: FUNDAP, 1996.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Minas Gerais “São Romão”** – Infográficos: Histórico. 2010. Disponível em: <<http://ibge.gov.br/cidadesat/painel/historico.php>> Acesso em: Jun.2015.

KANNEL, W. B. Bishop Lecture. Contribution of the Framingham Study to preventive cardiology. **J Am Coll Cardiol**, v. 15, p. 206-1, 1990.

KLEIN, C.H.; COUTINHO, E.S.F.; CAMACHO, L.A.B. Variação da pressão arterial em trabalhadores de uma siderúrgica. **Cad. Saúde Pública**, v.2, n.2, p. 212-226, 1986.

LEAL, M.C.; COSTA, E.A.; KLEIN, C.H.; SZWARCOWALD, C.L.; BARATA, P.C.R. Migração interna e pressão arterial no Rio Grande do Sul. **Cad. Saúde Pública**, Janeiro, v. 1, n. 2, p. 207-219, 1985.

MATUS, C. **O Método PES: roteiro de análise teórica**. São Paulo: FUNDAP, 1996. MOURA, A.A.; SILVA, M.A.M.; FERRAZ, M.R.M.T.; RIVERA, I.R. Prevalência de pressão arterial elevada em escolares e adolescentes de Maceió. **J. Pediatr.**, Alegre, v. 80, n.1, pp.35-40, 2004.

OSHIRO, M. L. **Fatores para não-adesão ao Programa de Controle da Hipertensão Arterial em Campo Grande/MS**: um estudo de caso e controle. Tese [Doutorado em Ciência da Saúde]. Brasília: UnB, 2007.

PASSOS, V.M.A.; ASSIS, T.D.; BARRETO, S.M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.15, n.1, p. 35-45, 2006.

ROSNER, B.; PRINEAS, R.J.; LOGGIE, J,M,H.; DANIELS, S.R. Blood pressure nomograms for children and adolescents, by height, sex and age, in the United States. **J Pediatr**. 123:871-86, 1993.

SÃO ROMÃO. Prefeitura Municipal de São Romão. **Dados característicos do Município de São Romão**. São Romão: Prefeitura Municipal de São Romão, 2014.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3. ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino à Distância da UFSC, 2001.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA DA UNIDADE DE SAÚDE – SIAB. Prefeitura Municipal de São Romão. **ESF Santo Antônio**. São Romão: ESF. 2015.