

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

**ISABELLE GUERRA VILAR**

**ESTRATÉGIAS PARA AUMENTAR A ADESÃO AO TRATAMENTO  
ANTI-HIPERTENSIVO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE  
MATRIZ DE CAMARAGIBE - AL**

**MACEIÓ/AL**

**2015**

**ISABELLE GUERRA VILAR**

**ESTRATÉGIAS PARA AUMENTAR A ADESÃO AO TRATAMENTO  
ANTI-HIPERTENSIVO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE  
MATRIZ DE CAMARAGIBE - AL**

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: Profa. Milene Arlinda de Lima Mendes

**MACEIÓ/AL**

**2015**

**ISABELLE GUERRA VILAR**

**ESTRATÉGIAS PARA AUMENTAR A ADESÃO AO TRATAMENTO  
ANTI-HIPERTENSIVO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE  
MATRIZ DE CAMARAGIBE - AL**

Banca examinadora

Profa. Milene Arlinda de Lima Mendes - orientadora

Profª Drª Matilde Meire Miranda Cadete

Aprovada em Belo Horizonte, em 10 de fevereiro de 2015.

## RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica que associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo e a alterações metabólicas. A falta de adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica resulta em falha do controle da pressão arterial, aumento de complicações, bem como da mortalidade. O objetivo deste estudo foi contribuir com a assistência aos hipertensos adscritos na Unidade Básica de Saúde José Medeiros, através do aumento da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica realizada na Biblioteca Virtual em saúde, nas bases de dados da LILACS, MEDLINE e SciELO, com os descritores: Hipertensão, Cooperação do paciente e Atenção Primária à Saúde. Destarte, foi edificada uma proposta de intervenção a ser executada por meio de um plano operativo, com estratégias para o enfrentamento do problema, além do acompanhamento desse plano. Espera-se que a população conheça melhor a hipertensão arterial sistêmica e que a adesão ao tratamento desta patologia aumente, diminuindo assim a morbimortalidade devido principalmente às doenças cardiovasculares.

**Palavras-chave:** Hipertensão. Cooperação do paciente. Atenção primária à saúde.

## **ABSTRACT**

Hypertension is a chronic disease that often associates up to functional and / or structural changes to target organs and metabolic changes. The lack of adherence to treatment of hypertension results in blood pressure control failure, increased complications and mortality. The objective of this study was to increase assistance to hypertensive ascribed the Basic Health Unit José Medeiros, by increasing adherence to antihypertensive treatment. This is a literature survey in the Virtual Library in health, in the databases LILACS, MEDLINE and SciELO, using the keywords: Hypertension, Patient compliance and Primary Health Care. Thus, an intervention proposal was to be built performed by means of an operating plan with strategies to fight the problem, and monitoring of this plan. It is expected that the population know better hypertension and adherence to treatment of this disease increases, thus reducing morbidity and mortality due mainly to cardiovascular diseases.

**Keywords:** Hypertension. Patient compliance. Primary health care.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>06</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>08</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>10</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>11</b>
<b>5</b>	<b>REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>12</b>
<b>6</b>	<b>PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>21</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>22</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A cidade de Matriz de Camaragibe situa-se no Leste alagoano e dista 75 km da capital. Possui 16 metros de altitude, vegetação de Mata Atlântica e clima tropical quente e úmido, com sol nos meses de setembro até maio, da primavera até o verão, de acordo com a Associação dos Municípios Alagoanos (AMA, 2014).

De acordo com o Plano Municipal de Saúde de Matriz do Camaragibe (2014), a cidade possui 25.534 habitantes e um número aproximado de 7.100 famílias, sendo sua principal atividade econômica a monocultura da cana-de-açúcar, pecuária, mandioca e banana. O comércio é abastecido por Maceió, Recife e outras cidades e as Usinas Camaragibe e Santo Antônio, além da Prefeitura Municipal absorvem parte da população economicamente ativa.

O Plano apresenta, ainda, que a Matriz do Camaragibe possui 100% de cobertura do Programa Saúde da Família (PSF), possuindo 10 equipes de Saúde da Família, seis de Saúde Bucal, duas do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e uma do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). O documento evidencia que o município possui um hospital, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um CEO, clínicas, laboratórios, escolas, creches, igrejas, além de uma agência dos correios; entre os bancos, há apenas uma agência do Banco do Brasil, porém há dois postos de atendimento de outras instituições bancárias, há também serviço de telefonia na cidade.

A Unidade Básica de Saúde José Medeiros localiza-se no Conjunto Ernesto Maranhão, quadra 8, s/n em Matriz de Camaragibe (AL) e funciona das 07h00 às 17h00. Há um total de 12 profissionais, sendo uma médica, uma enfermeira, um cirurgião-dentista, duas técnicas de enfermagem, uma auxiliar em saúde bucal, cinco agentes comunitárias de saúde e uma auxiliar de serviços gerais.

No que se refere à estrutura física, a unidade possui uma recepção, um consultório médico, um consultório de enfermagem, uma sala de vacina, uma sala de curativo, um banheiro e uma área de serviço.

Há 2.815 famílias cadastradas e a maior parte da população vive na zona urbana, onde apenas 43 famílias cadastradas em zona rural.

Uma das atividades do Módulo de Planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), foi feito o diagnóstico situacional do

município e da unidade foco deste projeto, foi possível discutir com a equipe de profissionais sobre os principais problemas de saúde da região, dos quais foram apontados em ordem decrescente da seguinte forma: falta de adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica (HAS), demora na marcação de exames, falta de medicamentos e falta de adesão ao pré-natal.

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica que se associa frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (AMODEO et al., 2010)

Segundo Dal-Fabbro (2005), a definição da adesão ao tratamento de longo prazo é a medida com que o comportamento de uma pessoa, tomando a sua medicação, seguindo uma dieta e/ ou mudando seu estilo de vida, corresponde às recomendações de um profissional de saúde.

A falta de adesão ao tratamento da HAS é um problema nacional, pois resulta na morte de milhares de brasileiros hipertensos todos os anos. Também leva a diversas complicações, evoluindo para hospitalizações, agravos sociais por absenteísmo no trabalho, altos custos com intenção de longa permanência, aposentadoria precoce e outros (ALVES, CALIXTO, 2012).



## 2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um problema de saúde pública de grande prevalência. Pesquisas populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apresentaram maior incidência de HAS acima de 30%. Considerando-se valores de pressão arterial (PA)  $\geq 140/90$  mmHg, 22 estudos encontraram predominância 22,3% e 43,9%, (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos (AMODEO et al., 2010).

No Brasil, as doenças cardiovasculares (DCV) têm sido a principal causa de morte e na cidade de Matriz de Camaragibe as doenças do aparelho circulatório foram a maior causa de óbitos no ano de 2013. As DCV são ainda responsáveis por uma grande quantidade de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados (AMODEO et al., 2010; ALAGOAS, 2014a)

A adesão ao tratamento é o ponto mais significativo para a redução das elevadas taxas de complicações cardiovasculares. É fundamental que se tenha a compreensão desse fato na prática clínica, considerando a sua avaliação sistemática no cuidado aos portadores de HAS e outras doenças crônicas não transmissíveis (SANTOS et al., 2013).

A falta de informações sobre a doença é um fator que contribui bastante para a falta de adesão ao tratamento da HAS e a prevenção e o tratamento dessas doenças é um processo lento, pois é necessário ensinar a população a cuidar da saúde, enfatizando em campanhas e ações educativas a mudança do estilo de vida, aceitação e adesão ao tratamento. Essas ações podem ser individuais ou coletivas, buscando estratégias que alcancem a realidade da população (ALVES; CALIXTO, 2012).

Considera-se que o acompanhamento adequado desses pacientes é imprescindível, pois, haverá um maior controle da doença quanto mais próximo o paciente estiver da equipe de saúde. Em 2014, foram registrados na UBS José Medeiros 178 pacientes portadores de HAS, porém a quantidade de anti-hipertensivos distribuída foi insuficiente, não atendendo à real necessidade da população, prejudicando dessa forma o serviço prestado (ALAGOAS, 2014b)

O confronto das frequências, respectivamente, de conhecimento, tratamento e controle nos estudos brasileiros com as apresentadas em 44 estudos de 35 países,

revelou taxas similares em relação ao conhecimento (52,3% vs. 59,1%), mas expressivamente superiores no Brasil em relação ao tratamento e controle (34,9% e 13,7% vs. 67,3% e 26,1%) principalmente em municípios do interior com vasta cobertura do PSF, mostrando que o empenho dos profissionais de saúde, das sociedades científicas e das agências governamentais são essenciais para o alcance de metas aceitáveis de tratamento e controle da HAS (AMODEO et al., 2010).

A partir da descrição do problema e de sua explicação, foi possível determinar quais os fatores influenciavam a falta de adesão ao tratamento da hipertensão arterial e que poderiam ser enfrentados pela equipe de saúde da unidade. Diante do exposto, destacam-se os nós críticos correlacionados a temática: portadores de HAS desconhecem a doença, tem dificuldade para mudar os hábitos de vida, não são acompanhados de forma adequada e a família/cuidador desses pacientes desconhece a doença.

### **3 OBJETIVOS:**

#### **3.1 Objetivo geral**

Propor um plano de intervenção com vistas ao aumento da adesão ao tratamento anti-hipertensivo dos hipertensos adscritos na UBS José Medeiros no município de Matriz de Camaragibe.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Identificar os fatores determinantes da falta de adesão ao tratamento da HAS na área de abrangência da UBS José Medeiros no município de Matriz de Camaragibe.

Propor estratégias para aumentar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, junto a equipe da UBS José Medeiros no município de Matriz de Camaragibe.

## 4 METODOLOGIA

Para atingir os objetivos propostos foi realizada, primeiramente, a análise situacional da área de abrangência da unidade de referência para este estudo e a partir deste diagnóstico foi edificada uma proposta de intervenção com a utilização do Método de Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Foi realizada uma reunião com a equipe de sete pessoas, sendo cinco agentes comunitárias de saúde, uma enfermeira e uma médica, onde foram identificados os problemas prioritários e suas respectivas ordens de prioridade. Após a descrição, a explicação e a identificação dos "nós críticos" do problema escolhido para ser trabalhado, foi feito o desenho das operações para atuar em cada nó crítico identificado.

Posteriormente, foram determinados os recursos para o desenvolvimento das ações objetivando o enfrentamento dos nós críticos do problema e concomitantemente identificado os atores que os controlam para assim, definir estratégias de ações para auxiliar na factibilidade do plano.

Por fim, foi elaborado o plano operativo do projeto de intervenção e construído também o processo de acompanhamento desse instrumento.

Para fundamentar o projeto foi feita pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados da Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Fez-se leitura flutuante e exaustiva dos aportes do tema em foco, onde foram consultadas, sendo utilizados os centros de informação como a BVS, Google acadêmico e ARES. Os descritores utilizados foram: Hipertensão, cooperação do paciente e atenção primária à saúde.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A hipertensão arterial sistêmica é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. É também uma condição crônica, que pode ser controlada, mas não curada, requerendo tratamento por toda a vida (AMODEO et al., 2010; ARAÚJO; GARCIA, 2006).

A HAS é considerada um dos fatores de risco mais impactantes para a evolução de doença cardiovascular (DCV) e a mortalidade por essa doença aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. (AMODEO et al., 2010; DOSSE et al., 2006)

Em 2001, cerca de 7,6 milhões de óbitos no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico (AVE) e 47% por doença isquêmica do coração), sendo a maior parte em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. (AMODEO et al., 2010)

Vale salientar que de 75 a 92% daqueles que estão em tratamento não controlam a PA e o controle da HAS está diretamente imbricado ao nível de adesão do paciente à terapia, seja ela medicamentosa ou não (DOSSE et al., 2009).

Considerando-se a problemática envolvida nessa questão, como também o papel de destaque que ocupa no controle da doença, acredita-se ser de extrema relevância a análise do conceito “Adesão ao tratamento anti-hipertensivo”, vez que permitirá uma compreensão mais abrangente do fenômeno, fornecendo a base para que se possa intervir de modo mais eficaz na tentativa de ajudar pacientes hipertensos a controlar ou a evitar danos causados por uma HAS não controlada. (ARAÚJO, GARCIA, 2006)

Embora se deva ponderar o portador de hipertensão como o foco central do processo, a ocorrência da adesão não depende exclusivamente dele, mas do somatório de elementos constituintes do processo, ou seja, portador de hipertensão, profissional de saúde, sistema de saúde. O esforço desenvolvido por um elemento isolado desse conjunto certamente não conduzirá a bons resultados, sendo necessária a ação conjunta para que a “adesão ao tratamento anti-hipertensivo” seja alcançada. (DOSSE et al., 2006; ARAÚJO, GARCIA, 2006)

O consumo de medicamentos pelos pacientes vai além dos efeitos medicamentosos, tem influência dos aspectos socioculturais do indivíduo. Destarte, vários fatores podem interferir no fato do indivíduo aderir ou não ao tratamento. Abaixo estão referenciados alguns desses fatores:

Fatores econômicos, os pacientes geralmente não têm recursos financeiros para adquirir a medicação anti-hipertensiva, o que corrobora com os achados de alguns autores que mencionaram a situação financeira, principalmente com relação à compra de medicamentos e à compra de alimentos de acordo com as restrições dietéticas, como fator diretamente relacionado à adesão (ARAÚJO, GARCIA, 2006).

Fatores relacionados ao sistema de saúde: não há oferta de algumas medicações que os pacientes necessitam para o controle da HAS. No estudo de Castro e Car (2000), dentre as justificativas apontadas pelos doentes para o uso irregular dos medicamentos está a falha na distribuição gratuita pelo serviço de saúde.

Fatores relacionados à equipe de saúde: falta de implantação na prática de um trabalho educativo com os pacientes portadores de HAS e um controle mais apropriado das consultas desses pacientes. A presença do paciente na unidade de saúde é determinante para o controle da hipertensão, uma vez que acarreta motivação individual e essa, e por consequência conduz a certas atitudes que contribuem para a redução da PA. Encontros recorrentes propiciam melhor acompanhamento dos níveis pressóricos, assim como a oportunidade de ter mais acesso às informações, podendo servir de alicerce para o cumprimento das orientações diante do tratamento medicamento e não medicamentoso (DOSSE et al., 2009).

Dosse et al. (2009) ressaltam ainda, que um dos principais benefícios do número maior de visitas é a maior probabilidade de ajustes terapêuticos e acompanhamento da ocorrência de efeitos colaterais (DOSSE et al., 2006).

Fatores relacionados à doença: pelo fato de ser uma doença assintomática, esta não é valorizada pelos pacientes, somado a este fato, a situação de se deparar com uma aferição anormal de PA colabora para a abdicação do tratamento, evidenciando que há um grande desconhecimento sobre a doença. A HAS pode evoluir muitas vezes sem causar sintomas, um fato preocupante é que vários

indivíduos só descobrem que são hipertensos quando apresentam complicações graves (AMODEO et al., 2010; GUSMÃO et al., 2009; ARAÚJO, GARCIA, 2006).

No que diz respeito aos fatores relacionados ao tratamento, Andrade et al. (2002) e Gusmão (2009) defendem que a ausência de sintomas na hipertensão arterial afetam sua valorização. Os autores afirmam ainda, que os fatores de destaque que dificultam a aderência estão relacionados a complexidade do regime terapêutico, com a quantidade de doses, comprimidos e horários das tomadas, duração do tratamento, a não eficácia de tratamentos anteriores, medo de misturar a medicação com outras drogas, mudanças constantes no tratamento e influencia na qualidade de vida, além dos fatores ligados ao tratamento, do regime terapêutico é quem dificulta a adesão.

Figueiredo e Asakura (2010) descrevem os fatores relacionados ao paciente , citando: os pacientes têm dificuldade em alterar a rotina para adotar mudanças no estilo de vida e desconhecem sua doença. Em estudo realizado constatou-se a relação entre o conhecimento sobre hipertensão arterial e o cumprimento das orientações recebidas. Nesse sentido, vale frisar que a educação em saúde, que tem por objetivo a conscientização do paciente para a necessidade de modificar o estilo de vida, além de entender e conhecer o tratamento e favorecer um comportamento participativo.

Quanto aos fatores relacionados à família, Alves e Calixto (2012) apontam que a família possui um papel importante no processo de tratamento do paciente, pois foi identificado que quando demonstra preocupação com o tratamento correto e a saúde do portador de HAS, este por sua vez se mostra mais comprometido e envolvido com a sua própria saúde.

Amodeo et al. (2010) expõem que os determinantes de maior significância para a não adesão ao tratamento anti- hipertensivo é a falta de informação por parte do paciente a respeito da doença ou do estímulo para tratar uma doença assintomática e crônica.

## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A proposta de intervenção permite analisar os problemas mais importantes de cada nó crítico. A partir do conhecimento de cada nó e de sua caracterização, fica mais fácil adotar medidas que contribuam para a resolução desses problemas. A realização dessas medidas irá proporcionar uma maior adesão ao tratamento da HAS e trará benefícios significativos para essa população.

No Quadro 1 encontram-se descritas operações relativas ao nó crítico desconhecimento da doença com os respectivos projeto, resultados, recursos e atores responsáveis.

**Quadro 1 – Operações sobre o nó crítico “Portadores de HAS desconhecem a doença”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família José Medeiros em Matriz de Camaragibe, Alagoas**

<b>Nó crítico</b>	Portadores de HAS desconhecem a doença.
<b>Projeto/operação</b>	Aumentar o conhecimento do paciente sobre HAS.
<b>Resultados esperados</b>	Portadores de HAS mais informados sobre a doença.
<b>Produtos esperados</b>	Aumento da informação e adesão ao tratamento da HAS
<b>Atores sociais/Responsabilidades</b>	Equipe de saúde da família. NASF. Gestão. Comunidade/Portadores de HAS.
<b>Recursos necessários</b>	<i>Cognitivo</i> – incentivar o conhecimento sobre o tema. <i>Organizacional</i> – incentivar atividade física e dieta adequada. <i>Político</i> - conseguir espaço para realização de palestras, apoio da gestão. <i>Financeiro</i> – disponibilização de materiais educativos
<b>Recursos críticos</b>	<i>Político</i> – conseguir espaço para realização de palestras, apoio da gestão. <i>Financeiro</i> – disponibilização de materiais



	educativos.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	<i>Ator que controla:</i> Equipe de saúde da família/Equipe multiprofissional. Secretaria Municipal de Saúde. <i>Motivação:</i> Favorável.
<b>Ações estratégicas</b>	Apresentar o projeto à equipe da Secretaria Municipal de Saúde. Desenvolver atividades educativas.
<b>Responsáveis</b>	Equipe de saúde da família. NASF. Gestão.
<b>Prazo</b>	9 meses.
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Acompanhamento realizado a cada 3 meses, apresentando situação atual, justificativa e novo prazo.

O Quadro 2 traz as operações pertinentes ao nó crítico família e cuidador desconhecem a doença.

**Quadro 2 – Operações sobre o nó crítico “Família/cuidador desconhece a doença”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família José Medeiros em Matriz de Camaragibe, Alagoas**

<b>Nó crítico</b>	Família/cuidador desconhece a doença.
<b>Projeto/operação</b>	Aumentar o conhecimento da família/cuidador sobre HAS.
<b>Resultados esperados</b>	Família/cuidador mais informados sobre HAS.
<b>Produtos esperados</b>	Aumento da informação e adesão dos pacientes ao tratamento da HAS.
<b>Atores sociais/responsabilidades</b>	Equipe de saúde da família. NASF. Gestão. Comunidade/familiar/cuidador do portador de HAS.
<b>Recursos necessários</b>	<i>Cognitivo</i> – incentivar o conhecimento sobre o tema. <i>Organizacional</i> – incentivar o conhecimento entre os familiares/cuidadores. <i>Político</i> – conseguir espaço para realização de palestras, apoio da gestão.

	<i>Financeiro</i> – disponibilização de materiais educativos.
<b>Recursos críticos</b>	<i>Político</i> – conseguir espaço para realização de palestras, apoio da gestão. <i>Financeiro</i> – disponibilização de materiais educativos.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Equipe de saúde da família/Equipe multiprofissional. Secretaria Municipal de Saúde. Motivação: Favorável.
<b>Ações estratégicas</b>	Apresentar o projeto à equipe e à Secretaria Municipal de Saúde. Desenvolver atividades educativas.
<b>Responsáveis</b>	Equipe de saúde da família. NASF. Gestão.
<b>Prazo</b>	9 meses.
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Acompanhamento realizado a cada 3 meses, apresentando situação atual, justificativa e novo prazo.

As dificuldades relacionadas aos hábitos de vida estão apresentadas no Quadro 3 com as operações de demais recursos necessárias para saná-las.

**Quadro 3 – Operações sobre o nó crítico “Portadores de HAS tem dificuldade para mudar os hábitos de vida”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família José Medeiros em Matriz de Camaragibe, Alagoas**

<b>Nó crítico</b>	Portadores de HAS tem dificuldade para mudar os hábitos de vida.
<b>Projeto/operação</b>	Incentivo aos hábitos de vida saudáveis. Comunidade/Portador de HAS.
<b>Resultados esperados</b>	Diminuição do sedentarismo, hábito alimentar com dieta adequada.

<b>Produtos esperados</b>	Programa de orientação para atividade física e dieta adequada.
<b>Atores sociais/responsabilidades</b>	Equipe de saúde da família. Gestão. NASF. Comunidade/Portador de HAS.
<b>Recursos necessários</b>	<i>Cognitivo</i> – incentivar informações sobre os hábitos de vida. <i>Organizacional</i> – incentivar a dieta adequada e atividade física. <i>Político</i> – disponibilizar espaço para realização de palestras e atividade física. <i>Financeiro</i> – disponibilização de folhetos educativos.
<b>Recursos críticos</b>	<i>Político</i> – disponibilizar espaço para realização de palestras e atividade física. Financeiro – disponibilização de folhetos educativos.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Equipe de saúde da família/Equipe multiprofissional. Secretaria Municipal de Saúde. <i>Motivação</i> : Favorável.
<b>Ações estratégicas</b>	Apresentar o projeto à equipe e à Secretaria Municipal de Saúde. Desenvolver atividades educativas.
<b>Responsáveis</b>	Equipe de saúde da família. Gestão. NASF.
<b>Prazo</b>	9 meses.
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Acompanhamento realizado a cada 3 meses, apresentando situação atual, justificativa e novo prazo.

O nó crítico que menciona a inadequação do acompanhamento dos portadores de HAS e suas operações estão descritas no Quadro 4.

**Quadro 4 – Operações sobre o nó crítico “Portadores de HAS não são acompanhados de forma adequada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família José Medeiros em Matriz de Camaragibe, Alagoas**

<b>Nó crítico</b>	Portadores de HAS não são acompanhados de forma adequada.
<b>Projeto/operação</b>	Aumentar o contato dos portadores de HAS com o serviço de saúde.
<b>Resultados esperados</b>	Aumento das visitas e consultas de acordo com cronograma.
<b>Produtos esperados</b>	Aumento da vigilância dos portadores de HAS.
<b>Atores sociais/responsabilidades</b>	Equipe de saúde da família. Gestão. NASF. Comunidade/Portador de HAS.
<b>Recursos necessários</b>	<i>Cognitivo</i> – repassar o conhecimento sobre a importância das consultas. <i>Organizacional</i> – realizar o agendamento dos portadores de HAS, adquirir medicamentos e insumos. <i>Político</i> – apoio da gestão. <i>Financeiro</i> – disponibilização de materiais educativos.
<b>Recursos críticos</b>	<i>Organizacional</i> – realizar o agendamento dos portadores de HAS, adquirir medicamentos e insumos. <i>Político</i> – apoio da gestão. <i>Financeiro</i> – disponibilização de materiais educativos.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	<i>Ator que controla:</i> Equipe de saúde da família/Equipe multiprofissional. Secretaria Municipal de Saúde. <i>Motivação:</i> Favorável.
<b>Ações estratégicas</b>	Apresentar o projeto à equipe e à Secretaria Municipal de Saúde.

	Implantar ações de monitoramento dos pacientes hipertensos. Desenvolver atividades educativas.
<b>Responsáveis</b>	Equipe de saúde da família. Gestão. NASF.
<b>Prazo</b>	12 meses.
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Acompanhamento realizado a cada 3 meses, apresentando situação atual, justificativa e novo prazo.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da aplicação do projeto de intervenção, espera-se que a população conheça melhor a HAS e que a adesão ao tratamento desta patologia aumente, diminuindo assim a morbimortalidade devido principalmente às doenças cardiovasculares.

Foi possível abordar este tema a partir do diagnóstico situacional edificado pelos profissionais inseridos UBS José Medeiros. Diante das circunstâncias, intervir de forma mais efetiva no problema escolhido como prioritário neste cenário foi de extrema relevância, vislumbrando desta forma, um impacto positivo sobre a saúde dos portadores de HAS, à medida que as ações planejadas forem desenvolvidas.

Com um olhar mais atento a esta patologia e a seus portadores, é possível trabalhar focalizando as necessidades de saúde emergentes. Neste sentido, a equipe multidisciplinar é importante, pois possui variados enfoques, auxiliando principalmente na prevenção de agravos.

Almeja-se com a proposta, conscientizar os portadores de HAS sobre esta patologia e suas consequências, tornando-o um participante ativo no tratamento. Além disso, busca-se uma atenção especial com o cuidador/familiar, aumentando seu conhecimento sobre a doença, pois esta também é uma estratégia fundamental para atingir as metas de tratamento. Espera-se ainda um vínculo maior dos pacientes com os serviços de saúde, o que irá auxiliar ainda mais o processo de adesão.

## REFERÊNCIAS

ALAGOAS. Secretaria Municipal de Saúde de Matriz do Camaragibe. *Plano Municipal de Saúde*. Matriz de Camaragibe, AL; 2014a.

ALAGOAS. Secretaria Municipal de Saúde de Matriz do Camaragibe. *Unidade Básica de Saúde José Medeiros*. Relatórios Técnicos; 2014b.

ALVES, BA; CALIXTO A.A.T.F. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma unidade de básica de saúde do interior paulista, *Health Sci Inst*, v.30, n. 3, p. 255-60, 2012. Acesso em 20 jul 2014.

ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS ALAGOANOS. AMA. Matriz de Camaragibe, AL; 2014. Disponível em: <<http://www.ama.al.org.br/municipio/matriz-de-camaragibe/>> Acesso em: 20 jul 2014.

AMODEO C et al. VI diretrizes brasileiras de hipertensão. *Arq Bras Cardiol* . v. 95, n. 1, supl. 1; p. 1-51 2010 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-) Acesso em: 20 jul 2014.

ANDRADE, J.P et al. Aspectos epidemiológicos da aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica, *Arq Bras Cardiol*, v. 79, n.4, p. 375-83, 2002. Disponível em: <[http://publicacoes.cardiol.br/abc/2002/7904/79040005.pdf?origin=publication\\_detail](http://publicacoes.cardiol.br/abc/2002/7904/79040005.pdf?origin=publication_detail)> Acesso em 25 jul 2014.

ARAÚJO, G. B. S.; GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. *Rev. Eletrônica Enfermagem*, Rio de Janeiro (RJ), v. 8, n. 2, ago. 2006. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_2/v8n2a11.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a11.htm)>. Acesso em 20 jul 2014.

CASTRO, V. D.; CAR, M. R. O Cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 34, n. 2, jun. 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342000000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342000000200004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 20 jul 2014.

DAL- FABBRO, A.L. In Adherence to long term therapies: evidence for action. World Health Organization. Geneva: World Health Organization, 2003. *Cad. Saúde Pública* v.21 n.4 Rio de Janeiro. 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2005000400037](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000400037) Acesso em 23 jan2015.

DOSSE, C. et al. Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 17, n.2; 2009. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692009000200010&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692009000200010&script=sci_arttext&tlng=pt)> Acesso em 22 ju 2014.

FIGUEIREDO, N. N.; ASAKURA, L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 782-7. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002010000600011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000600011)>. Acesso em 28 jul 2014.

GUSMÃO, J. L et al. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. *Revista Brasileira de Hipertensos*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 38-43, 2009. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/16-1/11-adesao.pdf>>. Acesso em 20/07/2014.

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. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n1/a3390.pdf>>. Acesso em 21jul 2014.