

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

IRENE CAROLINE MATOS NARDY MIRON

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA IMPACTAR A NÃO ADESÃO AO
TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NO PSF DE
ARANTINA – MINAS GERAIS**

Conselheiro Lafaiete - Minas Gerais

2015

IRENE CAROLINE MATOS NARDY MIRON

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA IMPACTAR A NÃO ADESÃO AO
TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NO PSF DE
ARANTINA – MINAS GERAIS**

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

Orientador: Prof. André Luiz dos Santos Cabral

Conselheiro Lafaiete - Minas Gerais

2015

IRENE CAROLINE MATOS NARDY MIRON

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA IMPACTAR A NÃO ADESÃO AO
TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NO PSF DE
ARANTINA – MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Prof. André Luiz dos Santos Cabral (orientador)

Profª Eulita Maria Barcelos

Aprovada em Belo Horizonte, em ___/___/_____

DEDICATÓRIA

À comunidade de Arantina, pelo acolhimento.

À equipe do PSF, que colaborou na busca do conhecimento.

Aos meus familiares, pelo incentivo.

“Bom mesmo é ir a luta com determinação, abraçar a vida com paixão, perder com classe e vencer com ousadia, por que o mundo pertence a quem se atreve. E a vida é muito bela para ser insignificante.”

Charles Chaplin

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é um problema de saúde que traz complicações graves ao paciente, tais como, Acidente Vascular Encefálico e Doenças Isquêmicas Cardíacas se não for tratada adequadamente, acarretando importante diminuição na qualidade de vida. Para haver sucesso na prevenção de suas complicações e controle dos níveis pressóricos, é fundamental a adesão dos pacientes ao tratamento medicamentoso ou não medicamentoso, ou seja, o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica está intimamente ligado ao grau de adesão ao tratamento. O objetivo deste trabalho é realizar uma revisão da literatura para subsidiar a elaboração de uma proposta de intervenção, segundo o Planejamento Estratégico Situacional, para impactar o principal fator que influencia a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial no município de Arantina - MG. Foi realizada revisão da literatura entre os anos de 2000 a 2014, obtidas por meio da base de dados da BIREME (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) e *Scientific Electronic Library Online*. Além dos artigos científicos utilizados foi realizada a coleta de registros feita pela equipe e a pesquisa na base de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica. A elaboração do plano de intervenção partiu da priorização dos problemas e seleção dos nós críticos, dos recursos críticos, proposta para a motivação dos atores e esquema do plano operativo. Espera-se que a proposta aqui desenvolvida possa ser efetiva para aumentar a adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica, criar novas estratégias de promoção e prevenção da doença no público alvo e enfatizar a prática da educação permanente.

Palavras-chave: Adesão ao tratamento. Hipertensão Arterial Sistêmica. Hábitos de Vida Saudáveis.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension is a health problem that causes serious complications to the patient, such as cerebrovascular accident and Ischemic Heart Disease if not properly treated, causing significant decrease in quality of life. To be successful in preventing complications and control of blood pressure levels, adherence is critical for patients to drug therapy and non-drug, ie the control of systemic hypertension is closely linked to the degree of adherence to treatment. The objective of this study is to perform a literature review to support the development of a proposal for intervention, according to the Situational Strategic Planning, to impact the major factor influencing non-adherence to treatment of hypertension in the city of Arantina - MG. Review of the literature was performed between the years 2000 to 2014, obtained through the BIREME database (Latin American and Caribbean Health Sciences and Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) and Scientific Electronic Library Online. In addition to scientific articles used was performed to collect records made by the team and the research on the basis of the Primary Care Information System. The preparation of the action plan set out the prioritization of problems and selection of critical nodes, the critical resources, proposed for the motivation of actors and operational plan of the scheme. It is expected that the proposal developed here can be effective to increase the adherence to treatment of systemic hypertension, create new promotion strategies and disease prevention in the target audience and emphasize the practice of lifelong learning.

Keywords: Adherence to treatment. Systemic Arterial Hypertension. Healthy Lifestyle Habits.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

AVE - Acidente Vascular Encefálico

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CEMIG - Companhia Energética de Minas Gerais

DIC - Doenças Isquêmicas Cardíacas

ESF - Estratégia Saúde da Família

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

IAM - Infarto Agudo do Miocárdio

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDEB - Índice de Desenvolvimento da Educação Básica

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

LiLACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

MRS - Malha Regional Sudeste da Rede Ferroviária Federal S. A.

PA - Pressão Arterial

PES - Planejamento Estratégico Situacional

PSF - Programa Saúde da Família

SciELO - *Scientific Electronic Library Online*

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

UBS - Unidade Básica de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Priorização dos problemas identificados na estimativa rápida segundo critérios de importância, urgência e capacidade de enfrentamento na UBS de Arantina-MG.....	27
Quadro 2 - Descritores do problema “Hipertensão Arterial” – Unidade Básica de Saúde de Arantina-MG.....	28
Quadro 3 - Operações relacionadas aos nós críticos que interferem no problema “Hipertensão Arterial” – Unidade Básica de Saúde de Arantina-MG.....	30
Quadro 4 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos do problema “Hipertensão Arterial” – Unidade Básica de Saúde de Arantina-MG.....	31
Quadro 5 - Proposta de ação para motivação dos atores no enfrentamento do problema selecionado “Hipertensão Arterial” – Unidade Básica de Saúde de Arantina-MG.....	32
Quadro 6 - Elaboração do Plano Operativo para contribuir na adesão ao tratamento da HAS – Unidade Básica de Saúde de Arantina-MG.....	33
Quadro 7 - Acompanhamento do plano de ação no enfrentamento do problema selecionado “Plano de ação para impactar o principal fator que influencia a não adesão ao tratamento da HAS” - Unidade Básica de Saúde de Arantina-MG.....	34

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	10
2. JUSTIFICATIVA	12
3. OBJETIVO	13
4. MÉTODO	14
5. REVISÃO DE LITERATURA	15
5.1. Idosos e as dificuldades no tratamento	17
5.2. Alguns motivos de não adesão ao tratamento da HAS.....	19
5.3. O desconhecimento da HAS nas classes trabalhadoras	20
5.4. A HAS e a alimentação familiar.....	21
5.5. Como fazer com que a adesão e o controle da HAS aconteçam na prática.....	22
6. PLANO DE INTERVENÇÃO	26
6.1. Diagnóstico situacional da equipe de saúde de Arantina.....	26
6.1.1. Primeiro Passo.....	27
6.1.2. Segundo Passo.....	27
6.1.3. Terceiro Passo.....	28
6.1.4. Quarto Passo.....	28
6.1.5 Quinto Passo.....	29
6.1.6. Sexto Passo.....	29
6.1.7. Sétimo Passo.....	31
6.1.8. Oitavo Passo.....	31
6.1.9. Nono Passo.....	32
6.1.10. Décimo Passo.....	33
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS	36

1. INTRODUÇÃO

O município de Arantina abrange uma área de 89.420 Km², apresenta densidade demográfica de 31,58 hab./km², possui população de 2.823 habitantes (IBGE 2010), e a maioria está concentrada na zona urbana. De acordo com o Atlas de Desenvolvimento Humano do ano de 2000, a cidade apresenta IDH de 0,736 e taxa de crescimento anual de - 0,29%. Não há água tratada na cidade. 2.606 pessoas se beneficiam de rede de esgoto e 2.201 pessoas de pavimentação. A renda média das famílias está em torno de R\$1.909,00. A principal atividade econômica é a agropecuária. Os moradores que estão abaixo da linha de pobreza compreendem 15,2% da população. Os principais postos de trabalho são a Prefeitura Municipal, uma fábrica de confecção de roupas íntimas e uma empresa terceirizada que presta serviços para MRS. Está sendo implantado na cidade o serviço de Saúde do Trabalhador.

A cidade se beneficia de duas escolas, uma creche, dois postos de coleta de sangue, uma Unidade de Pronto Atendimento e PSF, um consultório médico particular, uma unidade da APAE, seis igrejas sendo duas católicas e quatro evangélicas, dois postos de gasolina, uma agência do Correios, uma agência do Banco Bradesco, telefonia Oi fixo e Claro móvel, energia elétrica fornecida pela Cemig. As escolas são de ensino médio e fundamental. A taxa de escolarização é de 86,2%.

O PSF foi fundado no ano de 1997, atualmente é composto por um odontólogo, uma médica, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo um ACS pertencente à zona rural que é composta por cinco regiões (Espreado, Estiva, Vau, Grota dos Carvalhos e Sítios). A área de cobertura do PSF é de 100%, totalizando uma média de 850 famílias.

O sistema de referência e de contra referência engloba as cidades de Bom Jardim de Minas, Andrelândia, Lima Duarte, Juiz de Fora e Belo Horizonte, sendo as duas últimas, redes de média e de alta complexidade.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) é localizada no centro da cidade, de fácil acesso para a população, funcionando das 7:00 às 22:00h.

No município de Arantina, são realizadas reuniões semanais com grupos de hipertensos, porém há baixa adesão da população. Observa-se grande número de consultas por doenças crônicas agudizadas devido ao controle ambulatorial inadequado. Faz-se necessário aumentar o nível de conscientização do paciente para que o mesmo passe a aderir aos grupos de prevenção, diminuindo as complicações provocadas pela HAS.

A análise situacional realizada pela ESF apontou a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) como principal problema a ser trabalhado no plano de ação. De acordo com a última atualização do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), a população urbana do município é composta por 2.633 habitantes, sendo que 17,24% são hipertensos.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica determinada por elevados níveis de pressão sanguínea nas artérias, fazendo com que o coração tenha que exercer um esforço maior do que o normal para realizar a circulação do sangue através dos vasos sanguíneos. A pressão sanguínea envolve duas medidas, a sistólica e a diastólica, referentes ao período em que o músculo cardíaco está contraído ou relaxado, respectivamente.

A hipertensão arterial provoca grande impacto social e econômico, é responsável por elevado número de consultas no sistema de saúde. Trata-se de uma doença de início silencioso e que tem repercussões clínicas importantes sendo frequentemente acompanhada de comorbidades (WITHWORTH, 2003).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. É considerado um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. ARQ BRAS CARDIOL. 2010:7-69).

Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA, sendo 54% por acidente vascular encefálico (AVE) e 47% por doença isquêmica do coração. Este fato ocorreu em grande parte dos países de baixo e médio desenvolvimento econômico. A faixa etária mais acometida foi entre 45 e 69 anos, numa proporção de mais de 50% da população (WILLIAMS, 2010, p.66).

2. JUSTIFICATIVA

A HAS é uma doença de difícil controle devido, principalmente, à baixa adesão ao tratamento mesmo diante da eficácia do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, podendo gerar repercussões clínicas importantes, sendo frequentemente acompanhada de comorbidades tais como: Acidente Vascular Encefálico (AVE), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Úlceras de membros inferiores, Nefropatia, etc.

Observando o elevado número de hipertensos no município e a baixa adesão ao tratamento, a equipe elegeu esse problema para traçar um plano de intervenção para tentar minimizar o impacto negativo do mesmo na população hipertensa.

3. OBJETIVO

Elaborar um plano de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica.

4. MÉTODO

Este trabalho terá como base uma revisão narrativa da literatura sobre a não adesão ao tratamento da HAS. A revisão narrativa apresenta uma temática mais ampla não partindo necessariamente de critérios formalmente pré-estabelecidos, não exigindo um protocolo rigoroso para sua elaboração. Também a busca das fontes não é pré-determinada, portanto, constantemente menos abrangente (ROTHER, 2007).

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica de publicações entre os anos de 2000 a 2014, obtidas através de base de dados da BIREME (LILACS e MEDLINE) e SciELO. Além dos artigos científicos utilizados foi explorada a coleta de registros feitos pela equipe e a pesquisa na base de dados do SIAB. Na busca das referências foram selecionados os seguintes descritores: adesão ao tratamento, hipertensão arterial sistêmica e hábitos de vida saudáveis.

A seleção dos artigos foi baseada nos seguintes critérios: publicações no idioma português ou inglês, textos com disponibilidade no formato completo e que o acesso fosse de forma gratuita (*on line*).

Para seleção dos artigos, foi realizada criteriosa leitura dos mesmos avaliando a pertinência do conteúdo e os elementos conceituais que poderiam ser utilizados.

Após a revisão narrativa da literatura, foi elaborado um plano de intervenção para impactar a não adesão ao tratamento da HAS.

As informações obtidas para a elaboração do diagnóstico situacional foram por meio da Estimativa Rápida, um método em que técnicos da saúde examinam registros escritos existentes (prontuários), entrevistas com informantes chaves (representantes da comunidade) e observação ativa da área e o método utilizado no plano foi o preconizado pelo Planejamento Estratégico Situacional (PES) seguindo os passos determinados pela metodologia.

5. REVISÃO DE LITERATURA

A hipertensão arterial sistêmica (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 consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010, p.11- 69).

Um problema de saúde pública que tem se ampliando enormemente e seu controle, vigilância e monitoramento são objeto da Política Nacional de Saúde. Abrange 35% da população jovem e adulta acima de 40 anos (BRASIL, 2006).

Segundo Santos *et al.* (2005, p.333), classificam-na como uma "assassina silenciosa, a hipertensão arterial é o maior problema médico-social dos países desenvolvidos e em muitos dos emergentes", como no caso brasileiro. Mesmo com os avanços tecnológicos e a eficácia comprovada do tratamento farmacológico ou não a hipertensão será ainda, por muito tempo, um problema nacional devido a não adesão das pessoas ao tratamento. É o que mais se tem observado na realidade cotidiana do PSF local.

Apesar da grande variedade e disponibilidade dos agentes anti-hipertensivos disponíveis para o tratamento da HAS, menos de um terço de hipertensos adultos têm sua pressão adequadamente controlada. Este tratamento se faz adquirindo um estilo de vida mais saudável, uso de medicação adequada, e, se houver a possibilidade de associação de ambos, o controle será muito maior (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

Segundo Andrade (2002, p.375-9), "em uma população dos EUA, 54% das pessoas que sabiam ser hipertensas e recebiam tratamento para essa condição, apenas 27% tinham a sua pressão arterial controlada em níveis recomendados".

No Brasil, atualmente, é que se tem tentado levantar estatísticas deste tipo para verificar a eficácia e a eficiência dos programas. Projetos no campo da saúde para o controle da HAS, como os realizados atualmente, e as razões da não adesão aos tratamentos oferecidos pela rede de saúde nacional é uma busca constante pelos profissionais de saúde dos PSF de todo o país.

De forma geral, diante das enfermidades do aparelho circulatório, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) está diretamente ligada ao elevado número de morbidade e

mortalidade no país e no mundo. Há no Brasil segundo Passos; Assis e Barreto (2006, p.35-45) em um:

Estudo de revisão de prevalência de HAS em diversas cidades encontrou variações de 19% a 44% (que dependem do critério adotado e processo de aferição), com frequências mais elevadas entre os maiores de 60 anos e os de menor escolaridade.

Estes dados são claros em apontar a importância do estudo da HAS como fator primordial no atendimento básico à saúde. Seu controle depende de medidas dietéticas, do estilo de vida saudável e o uso regular de medicamentos. Sabe-se que um terço das pessoas que são acompanhadas regularmente pelos serviços de saúde possui sua pressão arterial mantida em níveis adequados. Aponta-se a insuficiente adesão ao tratamento medicamentoso como um dos principais pontos desse problema (PASSOS; ASSIS; BARRETO 2006).

Para DiMatteo *et al.*(2002, p.794-811):

A hipertensão arterial é uma enfermidade crônica insidiosa, de longa duração, na maior parte do tempo assintomática, fato que induz muitas pessoas a não se reconhecerem como doentes. Além disso, dependendo da situação clínica, existe a não indicação de terapêutica medicamentosa e, quando há, muitos a recusam ou a abandonam rapidamente.

Quando o paciente percebe uma melhora dos sintomas, pensa estar curado e interrompe o tratamento. O não reconhecimento da enfermidade pode ser um fator dificultador da não adesão ao tratamento (ALVES, 2007).

São poucos os estudos em relação às dificuldades a adesão dos pacientes ao tratamento no contexto assistencial dentro da rede de atenção primária à saúde no país. Mesmo assim há estudos como o de Prado; Kujek e Mion (2007) que verificou que entre 109 pessoas atendidas em unidade de atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina, obtiveram 68% de não adesão utilizando contagem manual de comprimidos. Ungari (2007), por meio de um questionário, verificou que a não adesão era de 54% entre hipertensos de alguns núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto, São Paulo.

Outro ponto a se destacar é a influência dos estados emocionais do paciente na adesão ao tratamento. Em oposição a alguns trabalhos já destacados, Mallion e Schmitt (2002, p.253-4) afirmam que:

A idade e a classe social têm pouca influência sobre a adesão do paciente. Características psicológicas desfavoráveis levam pacientes a perceber a HAS como uma consequência do estresse e ansiedade e, portanto, não seria necessário realizar um tratamento específico, apenas manter o controle emocional.

E assim todos vão levando a vida, principalmente as mulheres das classes trabalhadoras que na luta para preservar a dignidade a moral da família se mantêm em silêncio, seguram seus sentimento e emoções até que um AVE ocorra, e tudo seja visto, tardiamente, de outra forma.

Este fato de não adesão é considerado algo complexo e com muitas variáveis que precisam ser analisadas conjuntamente para que a amplitude de informações ajude a compreender o quadro dessa situação, assim, a associação de múltiplos fatores socioeconômicos, médicos-assistenciais, pessoais, e do tratamento medicamentoso, hierarquicamente ordenados, com a não adesão em pessoas com HAS são de suma importância para que se compreenda a questão estudada (UNGARI, 2007).

O maior risco de não adesão ocorre principalmente com pessoas inseridas no mercado de trabalho de nível elementar, em especial com trabalhadores não qualificados e com baixo poder aquisitivo ainda mais, que a inserção no mundo do trabalho está ligada à idade menor, menos tempo de tratamento e maior tempo desde a última consulta, condições que parecem mediar sua associação à não adesão (WROTH; PATHMAN, 2006):

As associações verificadas entre classe econômica C/D/E e baixa renda individual, baixa escolaridade e cor não branca sugerem que essas variáveis se apresentam como indicadores representativos da condição socioeconômica. Encontrou-se também associação entre classes econômicas e tipo de serviço utilizado (classes A/B utilizaram mais serviços particulares e convênios), o que pode explicar parte do processo de mediação desta variável com a não adesão (SANTA HELENA *et al.*, 2010, p.8).

Nos estudos apresentados verificou-se que pessoas que necessitam comprar seus medicamentos e tiveram a última consulta há mais de seis meses aumentaram o risco de não adesão ao tratamento. Sendo que este fator ter que comprar seus medicamentos prejudica sua participação no modelo logístico (SANTA HELENA *et al.*, 2010).

Segundo Busnello (2001), há estudos que demonstram que a falta de dinheiro para comprar medicamentos necessários ao tratamento é um fator explicativo da não adesão, o que não acontece quando a renda familiar é mais elevada. Sem acesso ao medicamento é muito difícil o controle da hipertensão arterial.

5.1. Idosos e as dificuldades no tratamento

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) há associação positiva da pressão arterial elevada com aumento na faixa etária. Espera-se que sua prevalência aumente

com a idade. Quanto mais idosos mais as alterações próprias do envelhecimento aparecem, como o enrijecimento de grandes artérias.

Idosos com sobrepeso ou obesidade também apresentam maior prevalência de pressão arterial elevada, o que se explica por alterações fisiológicas como ativação do sistema nervoso simpático e renina-angiotensina-aldosterona, resistência à insulina, disfunção renal e endotelial (ZAITUNE, 2006). Essas dificuldades próprias da idade forçam a pessoa a aderir com mais intensidade aos tratamentos oferecidos.

Quando se reporta à questão do peso elevado há estudos que demonstraram haver redução média da pressão arterial de 1,05 mmHg na sistólica e 0,92 mmHg na diastólica para cada diminuição de 1kg de peso corporal, independentemente de idade, sexo ou raça. Só esse fato já é de suma importância para que as pessoas busquem diminuir o peso (ZAITUNE, 2006).

São vários os idosos que desconhecem sua condição de pressão arterial elevada, segundo Firmo; Uchoa e Lima Costa (2004) o que demonstra a importância do acesso a serviços de saúde e da informação correta prestada ao idoso para constatação dessa informação sobre sua saúde.

As mulheres possuem maior conhecimento sobre a hipertensão arterial. O que é consistente com outros estudos, apontando mais uma vez que as mulheres têm maior preocupação com sua saúde, possuem um autocuidado maior e buscam muito mais o atendimento médico (FIRMO; UCHOA ; LIMA COSTA ,2004).

Os idosos apesar de conhecerem sua condição de portador de hipertensão arterial, não a consideram como um agravante preocupante. Porém, quando submetidos a consultas médicas periódicas, passam a adquirir maior conhecimento sobre a sua doença e a promover o autocuidado, como se verifica nos atendimentos do PSF de Arantina – MG.

O uso de serviços de saúde pode aumentar o conhecimento, que afeta diretamente a chance de tratamento e controle da hipertensão arterial. É importante demonstrar que o não reconhecimento do diagnóstico tem repercussão negativa na adesão aos programas e tratamentos relativos à pressão arterial elevada, conforme relata Firmo; Uchoa e Lima Costa (2004).

Idosos que apresentam dependência funcional têm um maior conhecimento sobre o tratamento da pressão arterial alta. A família é fundamental nessa amplitude de aceitação, pois ao dispensar o cuidado aos idosos dependentes, a família ajuda na adesão terapêutica, sendo a base na aquisição de hábitos e mudanças no estilo de vida. O comprometimento da capacidade funcional inclui a dificuldade ou necessidade de auxílio para se tomar remédios na posologia

correta. O simples controle de enfermidades crônicas pode melhorar as atividades e, por conseguinte, promover o bem-estar desses indivíduos (ALVES, 2007; PIERIN; GUSMÃO; CARVALHO, 2004; ROSA, 2003).

5.2. Alguns motivos de não adesão ao tratamento da HAS

Os relatos da literatura médica demonstram que quanto melhor o acesso aos serviços de saúde, maior o conhecimento da condição de pressão arterial elevada. Esse depende de um diagnóstico clínico e, conseqüentemente, maiores deveriam ser as taxas de indivíduos em tratamento, maior a sua aderência e controle efetivo da pressão arterial, menor deveria ser a sua não adesão ao tratamento (BUSNELLO, 2001).

Estudos governamentais nacionais demonstram que diferentes avaliações sobre a cobertura territorial do país, o acesso à atenção básica pelas populações empobrecidas, os problemas ligados ao financiamento, à implantação parcial de algumas atividades previstas, além de outros aspectos são de grande valia para o controle mais eficaz e abrangente deste aspecto da saúde do povo: controle de pressão arterial (BRASIL, 2002).

“Esse tipo de atenção básica procura submeter os pacientes às normas médicas no controle da hipertensão arterial e na prevenção de seus riscos” (CANESQUI, 2013, p.907). Mesmo assim não se pode esquecer-se da complexidade da experiência com a enfermidade. É um processo intermediado por múltiplas dimensões: situacionais, sociais, morais, afetivas, relacionais onde os contextos das vidas pessoais interferem na enfermidade bem como o seu entorno, o grupo social, e a vida, em determinadas condições sociais, de saúde, de classe e de gênero (CANESQUI, 2013).

Todos esses aspectos interferem no processo de não adesão ao plano de controle da pressão arterial alta.

“Uma das explicações do senso comum sobre a gênese da hipertensão, compartilhada com o grupo social mais simples, associa-se ao envelhecimento. É insuficiente a comunicação do diagnóstico médico para que o adoecido reconheça e assuma a condição de adoecimento” (CANESQUI, 2013, p.915). Assim, é considerado como um processo natural. Quando uma pessoa jovem é diagnosticada com pressão alta, ela se recusa a fazer uso das medicações e não acredita no diagnóstico. Sua não adesão é clara e declarada, pois para ela isto é enfermidade de velho. O que se sente é passageiro e provavelmente passará com qualquer medicamento. Este processo de aceitação é bastante lento, geralmente está envolto nas ocorrências de vida de cada paciente, nas representações e compreensões pessoais e do grupo sobre saúde e enfermidade, bem como as condições corporais pessoais são percebidas. Na identificação

individual e na própria biografia pela qual a pessoa se direciona pela vida (CANESQUI, 2013).

Várias pesquisas populacionais quantitativas demonstram que, tanto local ou em diferentes regiões nacionais, é muito frequente o desconhecimento da hipertensão pelas pessoas com esta enfermidade. Por ser silenciosa, ela também passa como despercebida e inexistente. Muitas vezes toma-se um chá, ou um remédio caseiro para que a pressão abaixe, e pronto (CANESQUI, 2013).

5.3. O desconhecimento da HAS nas classes trabalhadoras

É bastante comum que homens e mulheres das classes trabalhadoras ignorem e desconfiem do diagnóstico da hipertensão arterial sistêmica, principalmente quando não existem sensações corporais. Geralmente desconhecem essa enfermidade e suas consequências, pois a mesma faz parte de outro quadro de vida, de outra faixa etária que não a deles (CANESQUI, 2013).

A maioria das pessoas não compreende que, deixando de tratar a hipertensão e de controlá-la pelo uso de remédios e de outras medidas preventivas, haverá futuros e graves efeitos, dentre eles, os problemas cardiovasculares e os acidentes vasculares encefálicos, sempre advertidos pelos médicos.

Essa não compreensão da gravidade deste problema de saúde pode ser a razão para que o número de pessoas que não aderem ao tratamento seja tão inexpressivo frente à realidade da situação.

A ausência das sensações corporais percebidas quando uma pessoa jovem é diagnosticada com hipertensão, explica o descrédito bem grande no diagnóstico médico. É como se a enfermidade não pertencesse àquela faixa etária. Fato que corrobora para a não adesão ao tratamento da enfermidade. Este tipo de enfermidade está fora do âmbito da vida pessoal, naquele instante (CANESQUI, 2013).

Além disso, a pessoa, em questão, acredita que os problemas estão ligados ao nervosismo e comportamentos alimentares inadequados que são a base da enfermidade aparente. Esse nervosismo, segundo Rabelo; Alves e Souza (1999), aparece nas representações sociais das classes trabalhadoras sob múltiplas configurações como as questões relacionais de vivência, de violência, isolamento, e outras que muitas pessoas acreditam fazer parte do cotidiano e assim não necessitam de uma investigação maior, pois faz parte da vida.

5.4. A HAS e a alimentação familiar

Uma questão importante é sobre a questão da alimentação. As mudanças alimentares não acontecem de uma hora para outra, nem sem conflitos com os outros membros da família, uma vez que a mudança traz diferenciação nos gostos pessoais, e as tradições alimentares do grupo social em que estão todos inseridos: o hipertenso e os outros (CANESQUI, 2005).

A mulher, principalmente, se for a cozinheira da casa, gerencia com flexibilidade as restrições alimentares recomendadas. Mudando-as a fim de satisfazer o próprio gosto e dos demais familiares, tentando preservar as tradições alimentares aprendidas com novas formas de lidar com o processo saúde-enfermidade e os cuidados com o corpo, a alimentação (CANESQUI, 2005).

Pode-se dizer assim: ela sabe que não se deve comer isso ou aquilo, mas não deixa de fazer o que acredita ser o melhor para a família. Embora não desconheça as recomendações médicas e nutricionais de restringir o consumo de comidas gordurosas, como forma não medicamentosa de controlar a hipertensão arterial acredita-se que só um pouco não faz mal e não altera a questão da pressão.

Para a classe trabalhadora comer bem significa ingerir grande quantidade de comidas consideradas fortes e saborosas, conforme os gostos alimentares valorizados pelo grupo social. A dieta prescrita pelos médicos como controle não medicamentoso da pressão alta é considerada comer mal.

A dieta para controle da pressão arterial significa dispor de pequenas quantidades de alimentos, não consumir alimentos considerados fortes (as carnes e alimentos gordurosos, principalmente). Então o sentido de comer mal está ligado às restrições alimentares, que significam: penúria, privação e miséria. Além de que os alimentos que satisfazem o gosto, os sabores e as escolhas gustativas ficam de fora do regime alimentar, o que dificulta a identidade de pertencer a um grupo social (CANESQUI, 2005).

Essas são algumas razões que podem fazer com que se compreendam algumas das dificuldades das pessoas pertencentes às classes trabalhadoras em seguir as recomendações dietéticas restritivas. São hábitos e costumes difíceis de serem trabalhados e reconstruídos, como símbolos de uma boa alimentação.

Segundo Canesqui (2013, p.919):

Se as normas dietéticas de tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial prescrevem reduzir o sal, o consumo de alimentos com gorduras saturadas e das bebidas alcoólicas, as recomendações de substituição por outros itens alimentares aspiram reorientar o comportamento alimentar, implicando sempre a resocialização do

gosto e das escolhas alimentares cultivados ao longo das vidas e do processo de socialização dos sujeitos na família.

Assim o processo não é rápido e a modificação alimentar acontece de forma gradual e com muitas resistências. É necessária uma conscientização persistente para que alguns traços alimentares sejam modificados. Não por preguiça, falta de entendimento ou de vontade da pessoa, mas por já ser, esta forma equivocada de se alimentar, uma característica pessoal ou do grupo em que ela está inserida.

5.5. Como fazer com que a adesão e o controle da HAS aconteçam na prática

A adesão e o controle da HAS só acontecerão quando os profissionais de saúde forem capazes de ir além do mero conhecimento dos fatores objetivos que influenciam nesse controle. Precisam conhecer, em profundidade, o modo como os sujeitos pertencentes a determinados grupos populacionais percebem a enfermidade e a terapêutica mais adequada para cada indivíduo incluso nesse ou naquele meio (LEÃO; SILVA, *et al.*, 2013).

“Um grande desafio no atendimento aos hipertensos está relacionado ao seguimento da terapia prescrita pela equipe de saúde”. Geralmente o hipertenso tem conhecimento sobre a enfermidade e seu tratamento, e a maioria não mantém o controle da Pressão Arterial (PA). Realmente são dados que não os preocupam. Não há sintomas, para quê medir? (LEÃO; SILVA, *et al.*, 2013).

Essa divergência entre ter informação a respeito da enfermidade e manter o controle da PA demonstra claramente a diferença essencial entre conhecimento e prática. Os pacientes conhecem o que deve ser feito, entretanto não agem em conformidade com tal saber. Não enxergam a necessidade e a vantagem desse controle. Parece que sentem como se fosse apenas uma amolação, tanto para eles como para os profissionais de saúde (LEÃO; SILVA, *et al.*, 2013).

Em uma investigação com idosos feita por Leão e Silva (2013, p.213) observou-se entre os participantes do estudo que tanto os aderentes ao tratamento, quanto aos não aderentes, apresentaram conhecimento sobre a HAS. O fator diferenciador entre os dois grupos foi a prática desse saber. Enquanto o conhecimento é racional, a adesão é um processo multifatorial influenciado por fatores emocionais, sociais, biológicos e culturais (VAN WIJK *et al.*, 2005, p.2.101).

Já Aquino (2001) acredita que a adesão ao tratamento é uma questão ampla, complexa, que variará individualmente, pois o fato de ter acesso a informações sobre a

gravidade, complicações, recursos preventivos e terapêuticos da hipertensão não implica, por si só, em maior adesão.

Segundo Leão e Silva *et al.* (2013, p.236) baseando no conflito de ter ou não o conhecimento afirma que:

Tendo como alicerce o segundo grupo de autores, observa-se que, entre os idosos do presente estudo, o conhecimento sobre as formas de tratamento não foi decisivo para sua adesão ao tratamento. O G2, apesar de possuir conhecimento sobre as formas de tratamento, não praticavam a adesão.

Outro aspecto já um pouco ventilado nesse estudo é de que a condição socioeconômica é um fator de grande relevância para que o paciente tenha conhecimento sobre a enfermidade.

Quanto mais baixos os níveis, menor o conhecimento da enfermidade e mais difícil o acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, menores as taxas de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Os sujeitos participantes da pesquisa acreditam que as baixas condições socioeconômicas influenciariam no controle da PA na medida em que, segundo eles, os alimentos saudáveis e eficientes no controle da PA são mais caros. (LEÃO e SILVA *et al.*, 2013, p.236).

Os autores continuam afirmando que segundo pesquisas de outros autores essa realidade se confirma e, além disso: “a baixa escolaridade, e a cor negra também são marcadores da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial” (MACHADO, 2008, p.220).

Outro fator interessante é observar que, assim que é detectada a enfermidade, e o paciente adere ao tratamento, verifica-se que pessoas com renda menor que um salário mínimo tem um decréscimo acentuado no consumo de álcool durante o tratamento, em relação aos pacientes que tem renda mensal superior a três salários mínimos. Isso demonstra que as pessoas em piores condições socioeconômicas creem que diminuindo o consumo de bebidas alcoólicas, elas obterão maior controle de sua pressão arterial (LEÃO; SILVA *et al.*, 2013).

Não resta dúvida de que a posição econômica e social ajuda na habilidade das pessoas de seguir as recomendações médicas, de adquirir os medicamentos necessários e por mais tempo, além de que o nível educacional, cultural e social permite mudança de hábitos de vida sem muitos sofrimentos como a prática de atividades físicas e a não ingestão de bebidas alcoólicas (CAMPOS, 2010).

A prevenção e o tratamento da hipertensão por meio de intervenções não medicamentosas têm-se ampliado. Através de conscientização mais ampla os pacientes podem

recorrer dessa estratégia terapêutica e aproveitar melhor os benefícios a médio e longo prazo (CAMPOS, 2010).

Entre as medidas de prevenção, destaca-se a prática de exercícios físicos. Alguns estudos sugerem que os tratamentos que incluem esse tipo de intervenção alcançaram reduções na pressão arterial variando entre 5 e 21 mmHg (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005).

Mesmo tendo conhecimento desse fato, muitos são os pacientes que se recusam efetivamente a executar as atividades físicas. Esse é um aspecto bem difícil de ser vencido pelos agentes de saúde do país. Parece que a população não se importa com o seu sedentarismo. Não conseguem ver nenhum benefício pessoal na prática de atividades físicas.

Em relação ao tratamento farmacológico o que se pode afirmar é que a não adesão ao tratamento está relacionada, principalmente, à falta de sintomas da enfermidade e à quantidade de medicações ingeridas todos os dias. Doses elevadas de medicamentos podem aumentar a incidência de reações adversas, causando dificuldades ao hipertenso para continuar seguindo a terapia medicamentosa indicada (COELHO; NOBRE, 2006).

Sabe-se que 54,7 % dos pacientes investigados por Osterberg e Blaschke (2005) não utilizavam a medicação regularmente, caracterizando a não adesão ao tratamento. Se o esquema terapêutico for bem simples e claro a aceitação ao tratamento é muito maior conforme os dados coletados (COELHO; NOBRE, 2006).

Observa-se que mesmo não gostando do tratamento devido, os hipertensos sabem que devem fazê-lo. Assim, a princípio, procuram segui-lo à risca. Muitos tentam mudar sua alimentação, habitam a fazer exercícios, tomam as medicações regularmente. Deixam de fumar, e outras mais modificações que se fizerem necessárias. Mas, no decorrer do tempo, muitas dessas tentativas se perdem, e, grande parte dos pacientes segue o tratamento à sua maneira (REINERS; NOGUEIRA, 2009).

Isso é perigoso, pois executar o tratamento ao seu modo envolve ações como não tomar a medicação ou tomá-la apenas quando apresentar sintomas, manipulação dos horários prescritos, escolha de atividades que mais lhe agradam, uso de práticas alternativas, decisão de parar com o tratamento, entre outras (CLARK; CURRAN; MOJI, 2000). Acreditam que assim fazendo estão fazendo o melhor para si mesmo.

Para muitos autores a cronicidade da enfermidade e a falta de sintomas são fatores que influem no abandono do tratamento (BUSNELLO *et al.*, 2001; MASCARENHAS; OLIVEIRA; SOUZA, 2006).

O controle da HAS depende de medidas dietéticas e do estilo de vida e, quando necessário, do uso regular de medicamentos. No entanto, muitos pacientes negligenciam tal cuidado. Essas atitudes aqui apontadas contribuem para que a HAS se torne importante causa direta ou indireta da morbidade e mortalidade por enfermidades do aparelho circulatório (LEÃO e SILVA *et al.*, 2013, p.238).

Dessa forma seria possível auxiliar na promoção de ações em saúde com o objetivo de diminuir a prevalência da HAS na população.

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

Através do diagnóstico situacional da Unidade de Saúde de Arantina foram descobertos vários problemas. Dentre eles, a Hipertensão Arterial Sistêmica foi selecionada pela equipe de ESF como problema primordial, pois afeta a qualidade de vida da população.

Todo método de planejamento apresenta no seu desenvolvimento passos ou etapas em uma sequência lógica de ações ou estratégias. Matus (1993) identifica quatro momentos que caracterizam o processo de Planejamento Estratégico Situacional (PES), citados a seguir:

- Momento explicativo: busca-se conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar seus problemas;
- Momento normativo: onde são formuladas soluções para enfrentamento dos problemas identificados, priorizados e analisados no momento explicativo;
- Momento estratégico: busca-se analisar e construir viabilidade para as propostas de soluções elaboradas, formulando estratégias para se alcançarem os objetivos traçados;
- Momento tático-operacional: é o momento de execução do plano. Aqui devem ser definidos e implementados o modelo de gestão e os instrumentos para o acompanhamento e avaliação do plano.

Apesar de suas especificidades, esses momentos identificados por Matus (1993) encontram-se interligados na prática do planejamento, constituindo uma relação de complementariedade entre eles.

6.1. Diagnóstico situacional realizado pela equipe de saúde de Arantina

O método de Estimativa Rápida foi utilizado pela equipe de saúde de Arantina na elaboração do diagnóstico situacional. Através deste método, os técnicos de saúde analisam os prontuários, entrevistam os representantes da comunidade e observam atentamente a área de abrangência do PSF.

A proposta de intervenção para impactar a não adesão ao tratamento da HAS foi elaborada através de um Planejamento Situacional Simplificado, de acordo com os passos a seguir:

6.1.1. Primeiro Passo:

No momento explicativo, primeiro passo, foi possível identificar, utilizando a estimativa rápida, os principais problemas de abrangência.

A população residente na área de abrangência da Unidade de Saúde de Arantina corresponde a 2.823 usuários.

As doenças que mais acometem a população adulta são: hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. O consumo indiscriminado de medicamentos psicotrópicos e uso de bebida alcoólica é abusivo. Também foi observado que os registros no sistema referente aos dados da comunidade não correspondiam à realidade.

6.1.2. Segundo Passo:

No segundo passo foram selecionados os problemas a serem enfrentados.

Para selecionar os problemas encontrados em Arantina, foram estabelecidos alguns critérios de avaliação citados por Campos; Faria; Santos (2010) tais como:

- grau de importância do problema
- urgência do problema
- capacidade de solucionar o problema (quadro 1)

Quadro 1 - Priorização dos problemas identificados na estimativa rápida segundo critérios de importância, urgência e capacidade de enfrentamento na UBS de Arantina - MG

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade Enfrentamento	Seleção
Hipertensão Arterial	Alta	8	Dentro	1
Diabetes	Alta	8	Dentro	2
Alcoolismo	Alta	6	Parcial	3
Falta de água tratada	Alta	5	Fora	4

Fonte: Autoria própria (2013).

Sendo assim, o problema selecionado pela Equipe de Saúde da Família foi a hipertensão arterial. Diante disso, a equipe decidiu elaborar um plano de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento pelos pacientes de Arantina.

6.1.3. Terceiro Passo:

Descrição do problema selecionado através dos dados contidos no SIAB, que estavam desatualizados, contendo apenas os hipertensos da zona urbana.

Foram definidos descritores para que pudessem avaliar a assistência prestada aos hipertensos.

Quadro 2 - Descritores do problema hipertensão arterial

Unidade Básica de Saúde de Arantina - MG

Descritores	Valores	Fonte
Hipertensos na população urbana	17,24%	SIAB

Fonte: Autoria própria (2013).

6.1.4. Quarto Passo:

Neste passo, o objetivo é entender a problemática que se pretende enfrentar a partir da identificação de suas causas. Foram identificadas:

- Causas relacionadas ao paciente:
 1. Hábitos e estilos de vida que interferem no controle da doença;
 2. Baixo nível de escolaridade;
 3. Pacientes com baixo nível de informação sobre sua doença.

- Causas relacionadas à equipe de saúde:
 1. Ausência de registro de dados da comunidade no SIAB;
 2. Alta rotatividade dos profissionais;
 3. Falta de referência e contra referência dos serviços de saúde;
 4. Falta de promoção de ações educativas.

Como consequências das causas relacionadas, surgem:

1. Automedicação;
2. Baixa qualidade de vida da população alvo;
3. Aumento na demanda de consultas por doenças crônicas agudizadas, surgindo às vezes sequelas irreversíveis;

4. Aumento dos gastos em saúde.

6.1.5. Quinto Passo:

Neste passo, a análise tem que ser capaz de identificar as principais causas da origem do problema em Arantina que precisam ser enfrentadas. Para isso, utilizamos o conceito de nó crítico proposto pelo PES conforme Campos; Faria; Santos (2010). A ESF de Arantina selecionou ações para as quais existe alguma possibilidade de ação direta e que podem impactar sobre o problema escolhido. Foram elas:

- Hábitos de vida inadequados
- Falta de atividades recreativas
- Baixo nível de escolaridade
- Baixo nível socioeconômico

6.1.6. Sexto Passo:

Neste passo, foi realizado o desenho das operações, momento normativo.

O Quadro 3 nos mostra a descrição dos nós críticos que foram elaborados através de projetos que resultaram em soluções quanto aos recursos necessários à sua execução.

Quadro 3 - Operações relacionadas aos nós críticos que interferem no problema Hipertensão Arterial – Unidade Básica de Saúde de Arantina - MG.

Nó crítico	Operação / Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos necessários
Hábitos de vida inadequados	<i>Saúde nota 10</i> Estimular as mudanças de estilos e hábitos de vida	Redução em 15% do número de sedentários, tabagistas e alimentação inadequada	Diminuição dos níveis de pressão dos pacientes com a prática de atividade física monitorada. Palestras educativas nas escolas. Campanhas anti-fumo e adesão à alimentação saudável.	Organizacional - organizar as atividades físicas Cognitivo - palestrantes que atuam na área de saúde Financeiro - recursos para distribuição de panfletos informativos Político - Interação com as escolas

Nó crítico	Operação / Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos necessários
Falta de atividades Recreativas	<i>No stress</i> Proporcionar bem estar físico e mental	Diminuição do risco de depressão e o número de sedentários	Aulas de dança e artesanato. Campeonato de jogos intermunicipais. Bailes da melhor idade.	Financeiro - aluguel do espaço para as aulas e salário dos professores. Político - articulação intersetorial, aprovação de projetos e mobilização social.

Fonte: Autoria própria (2013).

6.1.7. Sétimo Passo:

O objetivo deste passo é identificar os recursos críticos que são importantes para a realização de cada operação.

Quadro 4 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos do problema “Hipertensão Arterial” – Unidade Básica de Saúde de Arantina - MG.

Operação/Projeto	Recursos Críticos
Saúde nota 10	Financeiro - recursos para distribuição de panfletos informativos
No stress	Financeiro - aluguel do espaço para as aulas e salário dos professores

Fonte: Autoria própria (2013).

6.1.8. Oitavo Passo:

Nesse passo, o momento estratégico, é a análise da viabilidade para que o plano possa ser executado. Para isso, é importante identificar os atores que controlam os recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema, para então definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

No oitavo passo, conforme o quadro 5 nos mostra, será analisada a viabilidade do plano a ser executado.

Quadro 5 - Proposta de ação para motivação dos atores no enfrentamento do problema selecionado “Hipertensão Arterial” – Unidade Básica de Saúde de Arantina - MG.

Operação/ Projeto	Recursos Críticos	Controle dos recursos críticos. Ator que controla Motivação	Ação estratégica
Saúde nota 10	Financeiro - recursos para distribuição de panfletos informativos	Secretário de Saúde Favorável	Apresentar a planilha com desenvolvimento do projeto
No stress	Financeiro - aluguel do espaço para as	Prefeito Municipal Indiferente	Apresentar o projeto

Fonte: Autoria própria (2013).

6.1.9. Nono Passo:

Nesse momento, foi elaborado um plano operativo. “Os objetivos são voltados para designar responsáveis para cada operação e definir os prazos para execução de cada operação proposta” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 6 - Elaboração do Plano Operativo para contribuir na adesão ao tratamento da HAS – Unidade Básica de Saúde de Arantina - MG.

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsáveis	Prazo
Saúde nota 10	Reduzir em 15% o número de sedentários, tabagistas e alimentação inadequada	Atividade física monitorada Palestras educativas nas escolas Campanhas anti-fumo e alimentação saudável		Poliana e Irene	Três meses para início das atividades
No stress	Diminuir o risco de depressão e o número de sedentários	Aulas de dança e artesanato Campeonato de jogos inter-municipais Bailes da melhor idade	Apresentar o projeto	Eni e Anderson	Apresentar o projeto em três meses e dar início às atividades

Fonte: Autoria própria (2013).

6.1.10 Décimo Passo:

De acordo com Campos, Faria e Santos (2010), neste momento da operação, é descrita a gestão do plano. Os objetivos são:

- criar um modelo de gestão do plano de ação,
- discutir e determinar o processo de acompanhamento do plano,
- criar os respectivos instrumentos,

Quadro 7 - Acompanhamento do plano de ação no enfrentamento do problema selecionado “Plano de ação para impactar a não adesão ao tratamento da HAS” - UBS de Arantina - MG.

Operação	Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa
Apresentação do projeto		Irene	jan/14	Projeto elaborado	Falta de conscientização sobre a importância do tratam. da HAS
Cadastro dos pacientes que participaram do Projeto	Sistema de busca ativa implantado	ACS	fev/14 a março/14	Cadastro realizado	Aumento da adesão ao tratamento da HAS
Reuniões periódicas	Projeto de educação continuada	ESF	abril/14 a out/14	Em andamento	Conscientização da população alvo sobre a importância do tratamento da HAS
Caminhadas monitoradas	Hábitos de vida saudáveis	Técnico de enfermagem	abril/14 a out/14	Em andamento	Não há ações de promoção à saúde realizadas pela ESF
Panfletos informativos	População informada	ESF	abril/14 a out/14	Em andamento	Falta de informação sobre a doença
Reunião final	Aumentar a adesão a tratamento	ESF	nov/14	Não realizado	Há baixa adesão ao tratamento da HAS

Fonte: Autoria própria (2013).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Melhorar a adesão não é tarefa fácil. Uma revisão narrativa recentemente concluiu que intervenções para melhorar a adesão sejam elas: educativas, comportamentais ou baseadas em recursos tecnológicos, apresentam resultados limitados e precisam ser desenvolvidas e adaptadas às características das pessoas e contextos dos serviços.

Buscar melhorar a adesão ao tratamento da HAS deveria ser um dos objetivos principais de cada UBS, principalmente, as de pequeno porte, pois desta forma poderia ser o maior auxílio na diminuição deste fator.

Muitas pessoas não vêm a hipertensão (HAS) como uma doença e sim como um fato isolado ocasionado por algum fator emocional momentâneo. É preciso instruir o paciente para que esteja atento, pois a HAS é uma enfermidade crônica e muitas vezes assintomática.

Verificou-se que os pacientes possuem conhecimentos adequados acerca da HAS e de seu tratamento, porém agem de forma descuidada, compartilhando informações e situações vivenciadas por conhecidos, por exemplo, tomar chá de chuchu abaixa a pressão!!!

A hipertensão figura geralmente para as pessoas como uma daquelas enfermidades que permitem conduzir a vida naturalmente. Os acontecimentos se interpõem e o indivíduo acha que basta controlar suas emoções.

E assim o é. Mas na realidade a HAS continua atuando e o volume de sua gravidade aumentando, mas o paciente não quer saber disto. Acredita que quando a pressão subir novamente será capaz de controlar outra vez. Mas só que poderá não haver “outra vez”.

Este plano de intervenção é perfeitamente executável desde que o paciente aceite seu diagnóstico e coopere com o tratamento, sem abandoná-lo ao primeiro sinal de melhora. Cabe à equipe multidisciplinar orientar o paciente adequadamente e conduzir o tratamento de forma a certificar-se de que o paciente está seguindo todas as orientações.

REFERÊNCIAS

- ALVES L.C. *et al.* A influência das enfermidades crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, 23:1924-30, 2007.
- ANDRADE, J.P. *et al.* Aspectos Epidemiológicos da Aderência ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica. **Arq Bras Cardiol**, 79: 375-9, 2002.
- AQUINO, E.M.M.L.L. *et al.* Hipertensão arterial em trabalhadoras de enfermagem - padrão de ocorrência, diagnóstico e tratamento. **Arq. Bras Cardiol**, v.76, n. 3, p.203-08, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica** (Normas e Manuais). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde (Cadernos de Atenção Básica, 16), 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **O PSF: evolução e sua implementação no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BUSNELLO, R.G. *et al.* Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. **Arq Bras Cardiol**, v.76, n.5, p.349-51, 2001.
- CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. 2ª Edição. Belo Horizonte: UFMG. Nescon/ UFMG, Coopmed, 2010.
- CANESQUI, A.M. **Mudanças e permanências da prática alimentar cotidiana de famílias trabalhadoras**. In: CANESQUI, A.M.; GARCIA, R.W.D. (Orgs.). *Antropologia e Nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.167-210, 2005.
- CANESQUI, A.M. Estudo de casos sobre a experiência com a “pressão alta”. **Physis**, v.23, n.3. Rio de Janeiro, 2013.
- CLARK, M.J.; CURRAN, C.; NOJI, A. Os efeitos da enfermeira da saúde comunitária no monitoramento de controle e identificação de hipertensão. **Enfermagem de saúde pública**, v. 17, n.6, p.452-59, 2000.
- COELHO, E.B.; NOBRE, F. Recomendações práticas para se evitar o abandono do tratamento anti-hipertensivo. **Rev Bras Hipertens**, v.13, n.1, p.51-4, 2006.
- DiMATTEO M.R. *et al.* Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. **Med Care** 40:794-811, 2002.
- FIRMO, J.; UCHÔA, E; LIMA-COSTA, M.F. Projeto Bambuí: fatores associados ao conhecimento da condição de hipertenso entre idosos. **Cad Saúde Pública**, 20:512, 2004. Disponível no site: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000100013>. Acesso em 27/10/2013.

IBGE. **Censo Demográfico**, 2010. Disponível no site:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>. Acesso em 27/10/2013.

LEÃO e SILVA L. *et al.* "Tô sentindo nada": percepções de pacientes idosos sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Physis** v.23, n.1 Rio de Janeiro, 2013.

MACHADO, C.A. Adesão ao tratamento: tema cada vez mais atual. **Rev Bras Hipertensão**, v.15, n.4, p.220-21, 2008.

MALLION, J.M., SCHMITT, D. Patient compliance in the treatment of arterial hypertension. **Blood Press**, v.11, n.4, p.253-4, 2002.

MASCARENHAS, C.H.M.; OLIVEIRA, M.M.L.; SOUZA, M.S. Adesão ao tratamento no grupo de hipertensos do Bairro Joaquim Romão - Jequié/BA. **Rev Saúde Com**, v.2, n.1, p.10-38, 2006.

MATUS, C.. **O que é o Planejamento Estratégico Situacional?** Disponível no site: http://www.espacoacademico.com.br/032/32ctoni.htm#_ftn2. Acesso em 27/10/2013.

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. **Drug therapy**: adherence to medication. **NEJM**, n.353, p.487-97, 2005.

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**, 15:35-45, 2006.

PIERIN, A.M.G, GUSMÃO, J.L.; CARVALHO, L.V.B. A falta de adesão ao tratamento como fator de risco para hipertensão arterial. **Rev Bras Hipertens**, 7:100-3, 2004.

PRADO, J.C.; KUPEK, E.; MION Jr., D. Validade de quatro métodos indiretos para medir a aderência em hipertensos de cuidados de saúde primária. **J Hum Hypert**, 21:579-84, 2007.

RABELO, M.C.M.; ALVES, P.C.B.; SOUZA, I.M. **Signos, significados e práticas relativos à doença mental**. In: _____. (Orgs.). *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.43-73,1999.

REINERS, A.A.O.; NOGUEIRA, M.S. Conscientização do usuário hipertenso para a adesão ao tratamento. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.17, n.1, p.59-65, 2009.

ROSA T.E.C. *et al.* Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev. Saúde Pública**, 37:40-8, 2003.

ROTHER, E.T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.20, n.2: v-vi, 2007.

SANTA-HELENA, E. T. *et al.* Fatores associados à não adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em Unidades de Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública** v.26, n.12, Rio de Janeiro, 2010. Disponível no site: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010001200017>. Acesso em 27/10/2013.

SANTOS, Z.M.S.A. *et al.* Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto Contexto - Enferm**, v.14, n.3, p.332-40, 2005.
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB), 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, 1-48, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, 95 (1 Suppl 1): 1-51, 2010.

UNGARI, A.Q. **Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos seguidos nos Núcleos de Saúde da Família do município de Ribeirão Preto, SP** [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2007.

VAN WIJK, B.L. *et al.* Rate and determinants of 10-year persistence with antihypertensive drugs. **J Hypertens**, v.23, n.11, p.2.101-07, 2005.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. **JACC**, 55(1):66-73, 2010.

WITHWORTH, J.A.; INTERNATIONAL SOCIETY OF HYPERTENSION WRITING GROUP. 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. **Hypertens** 21 (11): 1983-92, 2003.

WROTH, T,H; PATHMAN, D.E. Primary medication adherence in a rural population: the role of the patient-physician relationship and satisfaction with care. **J Am Board Fam Med**, 19: 478-86, 2006.

ZAITUNE, M.P.A. *et al.* Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, 22:285-94, 2006.