

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

GEORGE CÂMARA CORDEIRO

**ADERÊNCIA AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO**

MONTES CLAROS / MINAS GERAIS

2014

GEORGE CÂMARA CORDEIRO

**ADERÊNCIA AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO**

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

Orientador: Prof. Edison José Corrêa

MONTES CLAROS / MINAS GERAIS

2014

GEORGE CÂMARA CORDEIRO

**ADERÊNCIA AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO**

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

Orientador: Prof. Edison José Corrêa

Banca Examinadora

Prof. Edison José Corrêa - Orientador

Prof. Maria Dolôres Soares Madureira - Examinadora

Aprovado em Montes Claros, em 15/02/2014.

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus,

a meus pais e minhas irmãs.

Sem o apoio deles nada seria possível.

RESUMO

Este trabalho descreve uma proposta de intervenção sobre a má aderência ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica na comunidade rural de São Joaquim, município de Coração de Jesus-MG. Para essa proposta foram definidas três ações relacionadas a problemas intermediários que, resolvidos, ajudariam a encerrar ou minimizar o problema prioritário: (1) Necessidade de atualização científica permanente da equipe de Saúde da Família (Projeto Educação Permanente em Saúde); (2) Nível de informação inadequado e insuficiente por parte da população (Projeto Grupo operativo); e (3) Hábitos e estilos de vida inadequados (Projeto Viver com qualidade). A proposta envolve ações de educação permanente em saúde para a equipe profissional, ações educativas com a comunidade, por meio de grupos operativos e processos de melhoria da qualidade de vida, com a criação de grupos de caminhada orientada por profissional de educação física.

Palavras-chave: Hipertensão. Adesão à medicação. Cooperação do paciente.

ABSTRACT

This study describes an intervention on bad adherence on medical and non-medical treatment of hypertension in the rural community “São Joaquim”, located at Coração de Jesus –MG. For the intervention proposed three actions related to intermediate problems that have been defined, resolved, would help to close or minimize the priority problem: (1) the need for ongoing scientific TeamUpdate Family Health Project (Continuing Education in Health Project), (2) inadequate and insufficient information of the population (Operative Group Project), and (3) inadequate habits and styles of life (Living Well Project). The proposal involves actions of continuing health education for professional staff, educational activities with the community, through operative groups, and processes to improve the quality of life by creation of walking groups guided by the physical education professional.

Keywords: Hypertension. Medication Adherence. Patient compliance.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 Contexto de trabalho.....	8
1.2 Diagnóstico situacional.....	9
2 JUSTIFICATIVA	11
3 OBJETIVOS	12
3.1 Objetivos gerais.....	12
3.2 Objetivos específicos.....	12
4 MÉTODO	13
5 BASES CONCEITUAIS	14
5.1 Hipertensão arterial sistêmica.....	14
5.2 Aderência ao tratamento.....	15
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	18
6.1 Projeto Educação Permanente em Saúde.....	19
6.2 Projeto Grupo Operativo.....	20
6.3 Projeto Viver com Qualidade.....	21
7 CONCLUSÃO	22
8 REFERÊNCIAS	23

1 INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família refere-se à elaboração e apresentação de uma proposta de intervenção sobre um dos problemas de saúde considerados prioritários, a má aderência ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica na comunidade de São Joaquim, município de Coração de Jesus, em Minas Gerais. Inicialmente será apresentado o contexto social em que esse trabalho se desenvolve e o diagnóstico situacional em saúde.

1.1 Contexto de trabalho

O município de Coração de Jesus situa-se a 77 km de Montes Claros e a 350 km de Belo Horizonte. Sua área é 2.225,216 km², e sua população era de 26.033 em 2010, sendo que a estimativa para 2013 é de 26.889. Dados de 2010 apontam que a população residente na zona rural era de 11.267, e na urbana, 14.766 (BRASIL, 2010).

Coração de Jesus nasceu a partir de expedições de bandeirantes, com o nome de Arraial do Sagrado Coração de Jesus. Em 1832, o Arraial é elevado à categoria de distrito. Em 1911, o então distrito emancipou-se do município de Montes Claros, e teve seu nome mudado para Inconfidência. Em 1928, passou a chamar-se definitivamente Coração de Jesus em homenagem ao Sagrado Coração de Jesus, padroeiro do lugar (BRASIL, 2010).

A economia local se baseia na pecuária bovina de corte. A agricultura é basicamente de subsistência, e o excedente é vendido a municípios vizinhos. O número de domicílios em 2010 era de 7.674, sendo que 2.349 recebiam serviço de coleta de lixo (BRASIL, 2010). O IDH do município é de 0,642 segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano/ PNUD. A renda per capita em 2010 era de 255,00 reais na zona urbana e 198,00 reais na zona rural (BRASIL, 2010).

Coração de Jesus é sede de microrregião de saúde composta pelos municípios de Coração de Jesus, Jequitaiá, Lagoa dos Patos, São João da Lagoa, São João do Pacuí, ou seja, 48.866 pessoas. Dispõe de serviços ambulatoriais e hospitalares de média complexidade.

Dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (BRASIL, 2013) mostram que o município conta com um Hospital Geral, 11 unidades básicas de saúde, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) modalidade 1, um Centro de Especialidades Odontológicas, um

Laboratório de Próteses Dentárias, uma Clínica de Fisioterapia e um Laboratório de Análises Clínicas. Desde 2009, conta com nove Equipes de Saúde da Família (ESF), com cobertura de mais de 95% da população. Não há Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município (BRASIL, 2013).

A zona rural do município é extensa, contando com seis unidades de atendimento e quarto ESF. A ESF de São Joaquim se divide entre as comunidades de São Geraldo e de São Joaquim, que ficam a 24 km e 48 km da sede, respectivamente, e juntas totalizam 3.500 habitantes. A população dessas comunidades vive basicamente da agricultura de subsistência ou do trabalho em fazendas de criação de gado de corte. Trata-se de população pobre, que não tem acesso a rede de água e esgoto e é em grande parte analfabeta. Também por isso, é frequente que não se sigam corretamente as prescrições médicas e de enfermagem. A falta de recursos financeiros dificulta a ida a consultas especializadas na sede do município ou em Montes Claros, Macrorregião em saúde.

1.2 Diagnóstico situacional em saúde

A ESF de São Joaquim conta atualmente com seis agentes comunitários de saúde, uma técnica de enfermagem, um enfermeiro, uma dentista, uma técnica em higiene dental e um médico. A Unidade Básica de Saúde (UBS) é nova, mas a infraestrutura deixa a desejar. Por exemplo, falta pia de lavagem de mãos em um dos consultórios médicos, não há computadores instalados nem recursos para pequenas cirurgias e outros procedimentos simples, como nebulização e glicosimetria. A UBS funciona das 8:00 às 17:00h. O trabalho do médico, do enfermeiro e da dentista se divide entre o atendimento à demanda espontânea e a programada.

Diversos são os problemas enfrentados pela comunidade de São Joaquim. Por meio de entrevista com informantes-chave e observação da realidade, obteve-se uma lista de problemas: falta de creche na comunidade, falta de água tratada, alto índice de gravidez na adolescência, má aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica, má qualidade das estradas, falta de acesso a celular e internet, alto índice de alcoolismo. Conhecendo os principais problemas dessas comunidades e seguindo o método de planejamento em saúde proposto por Campos, Faria e Santos (2010) , avançou-se em direção à escolha de um problema prioritário, a ser enfrentado. Para tanto, utilizaram-se os critérios de importância, urgência e capacidade de enfrentamento. Segundo esses critérios, o problema escolhido foi a má aderência ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). De fato, uma das

grandes dificuldades no manejo dos pacientes hipertensos atendidos pela ESF de São Joaquim é a má aderência ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Como “nós críticos” para o enfrentamento do problema de má aderência ao tratamento da HAS, foram destacados:

1. Necessidade de atualização científica permanente da equipe de Saúde da Família.
2. Nível de informação inadequado e insuficiente por parte da população.
3. Hábitos e estilos de vida inadequados.

2 JUSTIFICATIVA

O controle da HAS está diretamente relacionado ao grau de aderência do paciente às medidas farmacológicas e não farmacológicas. Define-se aderência como o grau de coincidência entre a prescrição e o comportamento do paciente (NOBRE, 2010).

No contexto da Atenção Primária, o termo “prescrição” se amplia, não se limitando à prescrição médica, mas se estendendo a toda e qualquer orientação ou atividade promovida pela equipe de saúde com a finalidade de ajudar o paciente a atingir níveis pressóricos satisfatórios. No caso das comunidades de São Joaquim e São Geraldo, a má-aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica foi escolhida pela ESF de São Joaquim como problema prioritário a ser enfrentado.

É grande, embora não precisado, o número de usuários que não aderem ao tratamento farmacológico e não farmacológico proposto pela Equipe de Saúde da Família de São Joaquim. No sentido de aumentar a aderência ao tratamento anti-hipertensivo, citam-se como justificativa para a realização deste trabalho a possibilidade de rever e registrar, em uma proposta de intervenção, as orientações sobre os benefícios do tratamento, incluindo mudanças de estilo de vida, as informações sobre os eventuais efeitos adversos dos medicamentos, os cuidados e as atenções particularizados em conformidade com as necessidades dos usuários e o atendimento médico facilitado, sobretudo no que se refere ao agendamento de consultas, educação em saúde, e educação permanente em saúde para a equipe.

Para o serviço de saúde, espera-se que as medidas propostas impactem os indicadores locais de saúde.

Para as comunidades atendidas, esperam-se não só controle dos níveis pressóricos, mas também benefícios indiretos, como melhora da sensação de bem-estar e do controle dos usuários sobre a própria saúde.

Finalmente, para o autor deste trabalho e para a equipe da qual ele participa, conseguir melhorar a aderência ao tratamento anti-hipertensivo proposto é motivo de satisfação e realização profissionais.

3 OBJETIVOS

São os seguintes os objetivos desse trabalho:

3.1 Objetivo geral

Melhorar o controle da hipertensão arterial sistêmica dos pacientes atendidos pela Equipe de Saúde da Família da Comunidade de São Joaquim/ Coração de Jesus.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar e analisar os fatores que determinam a má-aderência dos pacientes hipertensos ao tratamento farmacológico e não farmacológico.
- Elaborar plano de intervenção para melhorar a aderência ao tratamento dos pacientes hipertensos atendidos pela Equipe de Saúde da Família da Comunidade de São Joaquim/ Coração de Jesus.

4 MÉTODO

No âmbito da saúde, diferentes metodologias de planejamento têm sido propostas para o enfrentamento de problemas, sendo que o método de planejamento desenvolvido por Carlos Matus (2006, *apud* CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010) tem-se destacado.

Trata-se do Planejamento Estratégico Situacional (PES). O PES se destaca pela facilidade de aplicação e pela participação de atores sociais diversos, e é constituído por quatro momentos: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional.

No momento explicativo, busca-se compreender por que determinado problema ocorre, e se identificam os centros de ação ou nós críticos por meio de análise situacional.

No momento normativo, identificam-se os atores envolvidos e os recursos de que se dispõe para controlar as operações, elaboram-se projeções para cada ação planejada, e definem-se prazos e metas.

No momento estratégico, o foco é na viabilidade do plano proposto, nos atores favoráveis e nos desfavoráveis ao processo pretendido.

Finalmente, no momento tático-operacional programam-se as ações propostas e adequa-se o plano a novas situações que apareçam.

A partir de revisão da literatura pertinente, pretendeu-se identificar os fatores que prejudicam a aderência dos pacientes hipertensos ao tratamento farmacológico e não farmacológico. Realizou-se, primeiramente, busca de artigos científicos nacionais e internacionais na internet, utilizando bancos de dados tais como SciELO e Medline, a partir das palavras-chave “adesão à medicação”, “hipertensão” e “cooperação do paciente”.

A seguir, foram selecionados os artigos que tratavam especificamente dos fatores que interferem na aderência ao tratamento anti-hipertensivo. Esses artigos serviram de base para a construção do trabalho final, um plano de intervenção que objetiva melhorar a aderência ao tratamento da hipertensão arterial dos pacientes hipertensos da Comunidade de São Joaquim.

O plano de intervenção foi construído seguindo-se o método do Plano Estratégico Situacional (PES), que compreende a “seleção de nós críticos”, o “desenho das operações”, a “identificação dos recursos críticos”, a “análise da viabilidade do plano” e a “elaboração do plano operativo”.

Para a elaboração deste trabalho, utilizou-se, como base para a normalização bibliográfica, o trabalho de Corrêa, Vasconcelos e Souza (2013).

5 BASES CONCEITUAIS

5.1 Hipertensão arterial sistêmica (HAS)

É definida como pressão arterial sistólica igual ou maior que 140 mmHg e pressão arterial diastólica igual ou maior que 90mmHg em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (CONCEIÇÃO *et al.*, 2006).

A HAS é o maior fator de risco para doenças cardiovasculares e renais, e quando não tratada reduz a expectativa de vida em aproximadamente cinco anos (FRANCO *et al.*, 2009). É responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006).

A prevalência da HAS na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9% (BRASIL, 2006). Os dados sobre a prevalência da HAS no Brasil variam, de acordo com os critérios de classificação e instrumentos de medida utilizados nos diferentes estudos sobre o tema. Encontrou-se, em estudos populacionais, que a prevalência entre os homens varia entre 15 e 30% e, entre as mulheres, entre 15 e 27% (CHOR, 1998).

Os profissionais de saúde da atenção primária têm papel fundamental na abordagem do paciente hipertenso, seja na definição do diagnóstico, da terapêutica medicamentosa indicada, dos esforços para educar e informar os indivíduos hipertensos ou de estratégias para conseguir aderência ao tratamento proposto (BRASIL, 2006).

A HAS é o principal fator de risco para doenças cardiovasculares. Estudos demonstram que o tratamento da hipertensão leve a moderada é capaz de reduzir o risco de acidente vascular encefálico em 30 a 43% e de infarto em 15%. Além disso, vale ressaltar que o controle adequado da pressão arterial reduz riscos de outros eventos adversos, destacadamente insuficiência cardíaca, demência, falência renal e, nos diabéticos, diminui ainda o risco de cegueira (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003).

Não há cura para a HAS, mas há controle. Este depende de medidas não farmacológicas e farmacológicas, reconhecidamente eficazes no controle dos níveis pressóricos. No entanto, percebe-se um descompasso entre o amplo arsenal terapêutico que se pode oferecer hoje ao indivíduo hipertenso e os resultados alcançados na prática. Por exemplo, nos EUA, o estudo NHANES III indicou que menos de um quarto dos hipertensos tem níveis pressóricos bem controlados (abaixo de 140 x 90mmHg). Na Finlândia, um estudo

nacional conduzido na atenção primária na década de 1990 revelou que apenas um quinto dos hipertensos em tratamento médico tinham seus níveis pressóricos em níveis satisfatórios (JOSIKALO *et al.*, 2002).

Ao lado da terapia medicamentosa, recomendam-se modificações de hábitos e de estilo de vida, estratégia reconhecidamente efetiva em reduzir os níveis de pressão arterial e que deve ser recomendada a todo paciente hipertenso. Incluem-se perda de peso, atividade física regular, redução do sódio e aumento do potássio na dieta, redução no consumo de álcool e adoção de dieta rica em frutas e carboidratos complexos e pobre em gorduras saturadas. Para exemplificar, conseguem-se reduções na pressão arterial sistólica de 5 a 10 mmHg com redução ponderal de 10 kg, de 2 a 8 mmHg com redução da ingestão de sódio, de 4 a 9 mmHg com aumento da atividade física (CHOBANIAN *et al.*, 2003).

5.2 Aderência ao tratamento

É reconhecido que o principal motivo para o controle inadequado da HAS é a má-aderência ao tratamento (SARQUIS *et al.*, 1998).

“Aderência” ou “adesão” tem sido definida como sendo a extensão em que o comportamento do indivíduo coincide com o conselho médico ou de saúde, no que se refere a tomar os medicamentos, seguir a dieta, realizar mudanças no estilo de vida e comparecer às consultas médicas (SARQUIS *et al.*, 1998).

A aderência ao tratamento, comumente vista como variável dicotômica (aderência ou não aderência), seria mais bem compreendida como um *continuum* que varia de zero a mais de 100%, quando o indivíduo adota medidas além das prescritas pelos profissionais de saúde (BARBOSA; LIMA, 2006).

A má aderência ao tratamento preconizado pelos profissionais de saúde é tema antigo, já abordado inclusive por Hipócrates (BARBOSA; LIMA, 2006), mas permanece atual porque permeia o dia-a-dia dos serviços e das ações de saúde em todo o mundo. Nos EUA, apenas 20 a 80% dos indivíduos mantêm a aderência ao tratamento medicamentoso em longo prazo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003). As taxas de aderência, quando o tratamento envolve mudanças do estilo de vida, são ainda mais baixas (BARBOSA; LIMA, 2006).

No caso da hipertensão, o problema da má aderência é especialmente preocupante devido à prevalência da doença e dos riscos associados, quando não é controlada. Mais de 50% dos hipertensos deixam o acompanhamento médico dentro de um ano depois do

diagnóstico, e dos que persistem sendo acompanhados, apenas cerca de 50% usam 80% ou mais dos medicamentos prescritos. Devido à má aderência ao tratamento anti-hipertensivo, aproximadamente 75% dos hipertensos não obtêm bom controle dos níveis pressóricos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003).

Quanto aos fatores envolvidos na aderência ao tratamento anti-hipertensivo, reconhecem-se os ligados ao indivíduo, à hipertensão arterial enquanto doença crônica, ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso e ao sistema de saúde.

Os fatores ligados ao indivíduo se relacionam a características como idade, sexo, raça, escolaridade, nível socioeconômico, ocupação, estado civil, religião, hábitos de vida e culturais, e crenças de saúde. Com relação ao sexo, os estudos parecem concordar que as mulheres aderem mais ao tratamento, comparadas aos homens (ARAÚJO; GARCIA, 2006; SARQUIS *et al.*, 1998).

Indivíduos de idade mais avançada parecem ser mais aderentes que os mais jovens (CHOR, 1998). Uma explicação possível seria o indivíduo idoso estar mais preocupado com sua saúde, apegando-se ao tratamento como alternativa para prolongar a vida, enquanto o jovem comumente não se sente vulnerável à doença (ARAÚJO; GARCIA, 2006).

O estudo de Chor (1998) encontrou que, entre os hipertensos com curso superior completo ou incompleto, a chance de se tratar era seis vezes maior que entre os que não haviam ingressado na universidade.

A situação conjugal parece ter um peso considerável. O estudo de Chor (1998) encontrou que os indivíduos casados são duas vezes mais propensos a aderir ao tratamento anti-hipertensivo que os solteiros.

As crenças e percepções que o indivíduo tem sobre a doença também merecem destaque. Marcon, citado por Araújo e Garcia (2006), lembra que, para uma decisão em relação à própria saúde ser tomada, é preciso que o indivíduo perceba a doença como ameaça.

A HAS é condição em geral assintomática, o que explicaria porque muitos indivíduos não tomam os medicamentos ou só o fazem de modo irregular, quando percebem ou acreditam estarem elevados os níveis pressóricos.

O nível de informação do indivíduo sobre a doença tem relação com grau de conscientização, que, por sua vez, é um dos determinantes para a adoção à terapêutica não farmacológica e ao uso dos medicamentos (JARDIM; SOUZA; MONEGO 1996).

Fatores ligados ao tratamento medicamentoso também têm sido destacados na literatura. Favorecem a aderência regimes de monoterapia; doses menos frequentes dos medicamentos; menos mudanças nos medicamentos prescritos; novas classes de

medicamentos anti-hipertensivos, com destaque para bloqueadores dos receptores da angiotensina, inibidores da enzima conversora da angiotensina e bloqueadores dos canais de cálcio. Por outro lado, prejudicam a aderência os regimes posológicos complexos, a baixa tolerabilidade aos medicamentos e os efeitos adversos associados (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003).

O estudo de Kynğäs e Lahdenperä (1999) citado por Araújo e Garcia (2006), apontou que a aderência ao tratamento não farmacológico é mais difícil que a aderência à prescrição medicamentosa. Para Araújo e Garcia (2006), muitos hipertensos acreditam que os medicamentos são suficientes para o controle da HAS, e deixam de seguir as orientações sobre dieta e atividade física. A preocupação nessa constatação é que as mudanças no estilo de vida não visam simplesmente a reduzir a PA, mas também a intervir sobre outros fatores de risco cardiovascular, como a obesidade e a dislipidemia.

Em relação ao sistema de saúde, favoreceria a aderência o bom relacionamento entre o médico e o paciente. Seriam desfavoráveis à aderência a falta de conhecimento e de treinamento dos profissionais de saúde no manejo da HAS; o relacionamento não satisfatório entre o profissional de saúde e o paciente; a falta de tempo para as consultas; e a falta de *feedback* sobre o desempenho no tratamento da HAS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A proposta deste trabalho é apresentar algumas ações para resolver ou minimizar o problema de má aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica na comunidade de São Joaquim. Para o problema selecionado, foram definidos três nós críticos, ou seja, situações que, abordadas a contento, ajudam a resolver ou minimizar o problema prioritário.

Para cada nó crítico é definida uma operação, aqui denominada “projeto”, da qual se registram os resultados esperados, e os produtos, as ações estratégicas necessárias para isso, com definição de responsável (eis), prazo, acompanhamento e avaliação, e viabilidade. A referência é a proposta da Seção 3 *Elaboração do Plano de Ação*, do módulo *Planejamento e avaliação das ações em saúde* (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Os nós críticos e os respectivos projetos são:

1. Necessidade de atualização científica permanente da equipe de Saúde da Família (Projeto Educação Permanente em Saúde).
2. Nível de informação inadequado e insuficiente por parte da população (Projeto Grupo Operativo).
3. Hábitos e estilo de vida inadequados (Projeto Viver com Qualidade).

6.1 Projeto “Educação Permanente em Saúde”

Quadro 1 – Projeto “Educação Permanente em Saúde”: operação sobre o nó crítico 1 para intervenção sobre o problema prioritário “Má aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica”.

Problema prioritário	Má aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica
Nó crítico 1	Necessidade de atualização científica permanente da equipe de Saúde da Família
Projeto	Educação Permanente em Saúde
Operação 1	Reunir a equipe para debater o tema “abordagem do tratamento da hipertensão arterial sistêmica”
Resultados esperados	Informação atualizada e compartilhada entre os membros da equipe de Saúde da Família sobre hipertensão arterial sistêmica
Produto	Reunião mensal para atualização sobre hipertensão arterial sistêmica
Ações estratégicas	Sensibilizar a Equipe de Saúde da Família e o gestor local. Organizar agenda.
Responsável	Equipe
Prazo	5 meses para início do projeto
Acompanhamento e avaliação	Avaliação mensal, após cada reunião
Viabilidade	Alta

6.2 Projeto “Grupo Operativo”

Quadro 2 – Projeto “Grupo Operativo”: operação sobre o nó crítico 2 para intervenção sobre o problema prioritário “Má aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica”.

Problema prioritário	Má aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica
Nó crítico 2	Nível de informação inadequado e insuficiente por parte da população
Projeto	Grupo operativo
Operação 2	Informar a população adscrita com hipertensão arterial sistêmica sobre tratamento medicamentoso e não medicamentoso
Resultados esperados	Nível satisfatório de informação da população sobre hipertensão arterial sistêmica e sobre tratamento
Produto	Grupo operativo de educação em saúde com reuniões mensais
Ações estratégicas	Sensibilizar a Equipe de Saúde da Família e o gestor local. Organizar infraestrutura
Responsável	Equipe
Prazo	3 meses para início do projeto
Acompanhamento e avaliação	Avaliação mensal, após cada grupo operativo
Viabilidade	Alta

6.3 Projeto “Viver com Qualidade”

Quadro 3 – Projeto “Viver com qualidade”: operação sobre o nó crítico 3 para intervenção sobre o problema “Má aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica”

Problema prioritário	Má aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica
Nó crítico 4	Hábitos e estilo de vida da população inadequados
Projeto	Viver com qualidade
Operação 4	Modificar hábitos e estilo de vida
Resultados esperados	Reduzir o número de hipertensos sedentários e obesos
Produto	Grupos de caminhada orientada implantados, com definição de processos (vestimenta adequada, alongamentos, exercício específico, hidratação), e processos de apoio (aferição da pressão arterial), cronograma
Ações estratégicas	Adesão do gestor municipal. Incluir profissional educador físico no trabalho desenvolvido pela equipe de Saúde da Família.
Responsável	Médico
Prazo	3 meses para início do projeto
Acompanhamento e avaliação	Médico, por meio de consultas individualizadas, no mínimo a cada 3 meses
Viabilidade	Alta

7 CONCLUSÃO

O problema de má aderência ao tratamento da HAS é frequente e, por ser complexo, exige da equipe de Saúde da Família diversas medidas. No caso da ESF de São Joaquim, as propostas apresentadas para o enfrentamento do referido problema já são consagradas e vastamente postas em prática no contexto da atenção primária. Porém, até então, não eram realidade na rotina do serviço prestado pela ESF de São Joaquim. A implementação das mesmas é promissora.

Em relação à educação permanente em saúde, permitirá à Equipe repensar e reavaliar continuamente as práticas no cuidado com os usuários, especialmente os hipertensos.

Os grupos operativos voltados a esses usuários serão oportunidades de orientação e troca de experiências a respeito do tratamento da HAS. Aliados aos grupos de caminhada servirão de estímulo para que os usuários hipertensos entendam a importância de um tratamento abrangente para sua doença.

Espera-se que as intervenções propostas tenham impacto importante, a curto e longo prazo, na Comunidade de São Joaquim, não só no que se refere ao tratamento da HAS, mas à promoção de estilos de vida mais saudáveis.

Quiçá sirvam de estímulo à criação na Comunidade de outros grupos operativos e de práticas de atenção à saúde mais abrangentes.

8 REFERÊNCIAS

ARAÚJO, G. B. S.; GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 02, p. 259-272, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a11.htm>. Acesso em: 7 jan. 2014.

BARBOSA, R. G. B.; LIMA, N. K. C. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.13, p.35-38, 2006. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/09-indices-de-adesao.pdf>>. Acesso em: 7 jan. 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. [online]. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=311880>>. Acesso em: 8 jan. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica**. Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 10 dez. 2013.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde**. Belo Horizonte: NESCON, UFMG. Coopmed, 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2013.

CHOBANIAN, A. V *et al.* The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. **JAMA**, v.289, p.2560-72, 2003. Disponível em: <<http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2013.

CHOR, D. Hipertensão arterial entre funcionários de banco estatal no Rio de Janeiro. Hábitos de vida e tratamento. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 71, n. 5, p. 100-119, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v71n5/a03v71n5.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2013.

CONCEIÇÃO, T. V. *et al.* Valores de pressão arterial e suas associações com fatores de risco cardiovasculares em servidores da Universidade de Brasília. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.86, p.26-31, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2006000100005>. Acesso em: 3 nov. 2013.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. Iniciação à metodologia: textos científicos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 140p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Modulo/3>>. Acesso em: 8 jan. 2014.

FRANCO, O. H. *et al.* Blood pressure in adulthood and life expectancy with cardiovascular disease in men and women. **Hypertension**, v. 46, p. 280-6, 2005. Disponível em: <<http://hyper.ahajournals.org/content/46/2/280.long>>. Acesso em: 5 nov. 2013.

JARDIM, P. C. B. V.; SOUZA, A. L. L.; MONEGO, E.T. Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. **Medicina**, v. 29, p. 232-238, 1996. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/viewFile/743/756>>. Acesso em: 5 nov. 2013.

JOSIKALO, E. *et al.* Factors related to non-compliance with antihypertensive drug therapy. **Journal of Human Hypertension**, v. 16, p. 577-583, 2002. Disponível em: <<http://www.nature.com/jhh/journal/v16/n8/full/1001448a.html>>. Acesso em: 5 nov. 2013.

KYNGÄS, H.; LAHDENPERÄ, T. Compliance of patients with hypertension and associated factors. **Journal of Advanced Nursing**, v. 29, n. 4, p. 832-839, 1999.

MATUS, C. **Política, Planejamento & Governo**. Brasília: IPEA, 1996.

NOBRE, F. *et al.* **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2010. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Adherence to long-term therapies - Evidence for action**. Genebra, Suíça: Organização Mundial de Saúde, 2003. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>>. Acesso em: 2 out. 2013.

SARQUIS, L. M. M. *et al.* A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 32, n. 4, p. 335-53, dez. 1998. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/450.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2013.