

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

NIURKA ELISA TAMAYO BENITES

ESTÍMULO À ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DOS PACIENTES
COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA IPÊ

GOVERNADOR VALADARES - MINAS GERAIS

2016

NIURKA ELISA TAMAYO BENITES

**ESTÍMULO À ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DOS
PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA IPÊ**

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

Orientadora: Prof^a. Me. Wania Cristina da Silva

GOVERNADOR VALADARES - MINAS GERAIS

2016

NIURKA ELISA TAMAYO BENITES

**ESTÍMULO À ADEÇÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DOS PACIENTES
COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA IPÊ**

Banca Examinadora

Prof. Wania Cristina da Silva - orientadora

Prof. Daniela Coelho Zazá - examinadora

Aprovado em Belo Horizonte, em ____/____/____

AGRADECIMENTOS

À minha família, pelo amor de todas as horas, pela presença e apoio nos momentos difíceis.

À minha orientadora pelo auxílio e dedicação.

À equipe do PSF Ipê pela recepção calorosa e pelos ótimos momentos de trabalho compartilhados.

E a todos que, de alguma maneira, contribuíram para a realização deste trabalho.

“Se alguém procura a saúde, pergunta-lhe primeiro se está disposto a evitar no futuro as causas da doença.”

Sócrates

RESUMO

Em termos de saúde pública, percebe-se que a estatística da Hipertensão Arterial Sistêmica tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerado um dos mais importantes problemas de saúde pública no Brasil. Este trabalho propõe a criação de um plano de intervenção a ser aplicado pela Equipe de Saúde da Família Ipê, Município Governador Valadares com o objetivo de melhorar o controle dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica na área de abrangência. Para a construção da proposta de intervenção realizou-se um levantamento bibliográfico sobre o tema junto as bases de dados informatizados da Biblioteca Virtual em Saúde e o diagnóstico da instituição, para conhecer melhor os fatores que dificultam a adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Com base nas informações adquiridas foi elaborado o projeto de intervenção, visando sistematizar o atendimento ao hipertenso com ações voltadas para promoção e prevenção dos agravos à saúde dos pacientes. Espera-se que por meio deste trabalho que a equipe da Estratégia de Saúde da Família Ipê possa contribuir para conscientização da importância do tratamento adequado da Hipertensão Arterial Sistêmica e, conseqüentemente aumentar a adesão ao tratamento, prevenindo assim suas complicações.

Palavras-chave: Hipertensão arterial. Fatores de Risco. Adesão à medicação. Saúde da Família.

ABSTRACT

In terms of public health, it is noticed that the statistics of High Blood Pressure has a high prevalence and low rates of control and is considered one of the most important public health problems in Brazil. This work proposes the creation of an action plan to be implemented in the Family Health Team Ipe, in Governador Valadares, in order to improve the control of patients with Hypertension. For the construction of the proposed intervention performed a literature review on the topic together with the computerized databases of the Virtual Health Library and the diagnosis of the institution, to know the factors that hinder adherence to hypertension treatment. Based on the information acquired was prepared the design of intervention in order to systematize the service with hypertensive actions to promote and prevent health risks to patients. It is hoped that through this study, the staff of the Family Health Strategy Ipe can contribute to awareness of the importance of adequate treatment of hypertension and therefore increase adherence of treatment, thus preventing its complications.

Keywords: Hypertension, Risk factors, Medication adherence, Family Health.

LISTA DE ABREVIATURAS

- ACS - Agentes Comunitários de Saúde
- ACC - Antagonistas dos canais de cálcio
- BVS - Biblioteca Virtual de Saúde
- BRA II - Bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II
- DC - Doenças cardiovasculares
- DCV - Doenças cerebrovasculares
- ESF - Equipe de Saúde da Família
- ESF - Estratégia de Saúde da Família
- FR - Fatores de Risco
- HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica
- HIPERDIA - Sistema de cadastramento e acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
- IDH-M - Índice de Desenvolvimento Humano Município
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia Estadística
- IECA - Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina
- MG - Minas Gerais
- MS - Ministério de Saúde
- MEV - Modificações no Estilo de Vida
- PA - Pressão Arterial
- PES - Planejamento Estratégico Situacional
- PIB - Produto interno bruto
- PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
- PSF - Programa Saúde da Família
- SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
- SIM - Mortalidade do Ministério da Saúde
- SCIELO - *Scientific Electronic Library Online*
- SUS - Sistema Único de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 – Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos).....	20
Tabela 2 – Aspectos demográficos do Município de Governador Valadares, 2014 ..	28
Tabela 3 – População segundo a faixa etária na área de abrangência da ESF Ipê, 2014	30
Gráfico 1 – Crescimento populacional de Governador Valadares, 2014.....	28
Quadro 1 – Priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional	32
Quadro 2 – Descritores do problema baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão Arterial. ESF Ipê, 2014.....	34
Quadro 3 – Desenho de operações para os “nós” críticos do problema “A baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão Arterial”	37
Quadro 4 – Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema A baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão Arterial	40
Quadro 5 – Propostas de ações para a motivação dos atores.....	42
Quadro 6 – Plano Operativo.....	44
Quadro 7 – Acompanhamento do plano de ação	47

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	Justificativa	16
1.2	Objetivos	17
1.2.1	Objetivo Geral	17
1.2.2	Objetivos específicos.....	18
1.3	Metodologia	18
1.4	Revisão de literatura	20
1.4.1	Hipertensão Arterial Sistêmica	20
1.4.2	Tratamento Anti-hipertensivo	21
1.4.3	Fatores associados à não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica	24
2	DESCRIÇÃO DO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR VALADARES.....	27
2.1	Análise situacional	30
2.1.1	Definição e priorização dos problemas.....	30
2.1.2	Estabelecimento de ordem de prioridades	32
2.1.3	Descrição, explicação e identificação de “nós críticos”	35
3	DESENHO DE OPERAÇÕES	37
3.1	Identificação dos recursos críticos	40
3.2	Análise de viabilidade do plano.....	41
3.3	Elaboração do plano operativo	44
3.4	Acompanhamento do plano de ação	47
4	CONCLUSÃO.....	49
	REFERÊNCIAS.....	50

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Tem alta prevalência (23,3% no Brasil em 2010) e baixas taxas de controle, sendo considerado um dos principais fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares (DCV) e um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Em 2010, a HAS foi responsável por 6,91% das internações hospitalares no Brasil. As DCV vêm sendo as principais causas de morte e em, 2010, no Brasil, foram registradas 326.371 mortes por doenças do aparelho circulatório. (ASSUNÇÃO; URSINE, 2008; BRASIL, 2011).

Devido esta doença ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito (GUSMÃO; MION, 2006). Estes são os principais fatores que determinam que a HAS tenha um controle muito baixo dos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e explicação para maiores acessos a medicamentos (LEITE; VASCONCELOS, 2003).

A base de sustentação para o sucesso do tratamento está na relação médico-paciente e para se obter a adesão adequada, isso deve ser adicionada à abordagem multidisciplinar, que também auxilia no aumento do controle da HAS (NOBRE *et al.*, 2010). É muito importante que a equipe de saúde conheça cada paciente isso envolve a confiança e, por conseguinte, possibilidades de maior adesão ao tratamento.

Sabemos que para melhorar a adesão ao tratamento, não se trata de uma tarefa fácil, no entanto, a tentativa de construção dessas propostas de intervenção, para este trabalho, precisou embasar em revisões da literatura baseadas nos recursos tecnológicos, educativos e comportamentais da população e do serviço de saúde para a qual foi formulada, levando em consideração a realidade em que a comunidade se encontra e os determinantes e condicionantes de saúde. As ações educativas são uma ferramenta que mostra eficácia no desenvolvimento de intervenções, pois aumentam a adesão ao tratamento (CHAVES *et al.*, 2006).

É fundamental a participação da equipe de saúde no controle da hipertensão na comunidade, pois ela em conjunto com todos profissionais, sensibiliza o paciente

no diagnóstico clínico, na conduta terapêutica, informando e educando para que ele possa seguir e aderir corretamente o tratamento (PINHEIRO, 2009).

A dinâmica proposta pela Estratégia de Saúde da Família, centrada na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, permite a identificação mais acurada e um melhor acompanhamento dos indivíduos hipertensos (PAIVA *et al.*, 2006).

1.1 Justificativa

Estima-se que cerca de 30 a 60% dos pacientes com doenças crônicas não são aderentes ao seu tratamento medicamentoso, levando a um mau controle da doença (BRASIL, 2006).

De acordo com o Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM), de 2010, as doenças do aparelho circulatório representam a principal causa de morte no país, representando cerca de 31,2 % dos óbitos em todas as regiões do país, fica à frente das neoplasias, as quais são responsáveis por 16,7 % (BRASIL, 2007).

A não adesão é um problema de saúde pública, o qual resulta em uma sobrecarga ao sistema de saúde e seu controle pode acarretar melhora nos resultados clínicos do paciente, além de redução de custos.

Devido a esses motivos, o controle adequado dos pacientes com HAS deve ser prioridade da Atenção Básica, a partir do princípio de que o diagnóstico precoce, o bom controle e o tratamento adequado dessa afecção são essenciais em todos os aspectos.

Neste sentido, justifica-se a preocupação com a assistência à saúde dos indivíduos acometidos por HAS porque se não tratada adequadamente, pode ocorrer frequentes agudizações e outras co-morbidades que levam a sequelas graves.

Este aspecto gera uma motivação maior para a realização deste trabalho pelo qual se faz urgente para os profissionais de saúde da família que lidam diretamente com esta clientela, dessa forma faz-se necessário compreender melhor os riscos destes pacientes no intuito de realizar um trabalho mais efetivo por parte dos profissionais de saúde, de promoção e prevenção.

Na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Ipê há 522 hipertensos cadastrados no HIPERDIA, o que representa 13,04 % da população local, baseado nos registros de equipe e Sistema de Informação da Atenção Básica

(SIAB). Dos 522 pacientes hipertensos cadastrados no Programa HIPERDIA, apenas 307 (58,81%) mantêm adesão ao tratamento farmacológico. Esta análise foi baseada em dados retirados das fichas D de acompanhamento de hipertensos, as quais são preenchidas mensalmente pelos Agentes Comunitários de Saúde por meio da visita domiciliar.

Um dos maiores problemas enfrentados pela equipe de saúde da família é a grande demanda por atendimento de pacientes hipertensos, com pressão arterial descompensada, o que sobrecarrega a demanda espontânea. A falta de adesão dos usuários às mudanças de estilo de vida e ao tratamento adequado da HAS também é evidente durante as consultas médicas e de enfermagem. Dessa forma, devido à alta prevalência na HAS na população da área de abrangência e ao evidente grau de descontrole desses pacientes, acredita-se que o projeto de intervenção proposto seja importante e que possibilite melhora das condições da saúde e de vida da população adstrita, que reduza a morbimortalidade relacionada às Doenças Cardiovasculares e, indiretamente, os custos médicos e socioeconômicos relacionados ao mau controle desses pacientes.

Baseado nisto, a Equipe de Saúde da Família Ipê compreendeu a necessidade existente de desenvolver uma proposta de intervenção para modificar a situação vivenciada no PSF Ipê. Espera-se que este plano tenha a capacidade de influenciar no comportamento dos pacientes, melhorar os indicadores de adesão farmacológica e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida e de saúde dessa população.

1.2 Objetivos

1.2.1 *Objetivo Geral*

Propor um plano de intervenção com vistas à melhoria da adesão ao tratamento farmacológico de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Ipê no Município de Governador Valadares.

1.2.2 *Objetivos específicos*

- Identificar as pessoas com dificuldade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Ipê do município de Governador Valadares.
- Desenvolver ações educativas junto aos hipertensos, considerando os fatores inerentes ao paciente, à doença, à terapêutica e aos serviços de saúde que influenciam nessa adesão.

1.3 Metodologia

Para a elaboração da proposta de intervenção para melhoria da adesão ao tratamento farmacológico de usuários com HAS, na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Ipê, foram executadas três etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do plano de ação.

O diagnóstico situacional foi à primeira etapa concluída e foi realizado no segundo semestre de 2014 como uma das atividades do módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde da Unidade Didática I, do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Contou-se com a colaboração de toda a equipe de saúde para ser elaborado, principalmente, das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS).

Foi realizado pelo método de estimativa rápida, respeitando-se os três princípios dessa estratégia, que são eles: coletar somente os dados pertinentes para o trabalho, obter informações que possam refletir as condições da realidade local e, envolver a população na realização deste processo. Os dados levantados foram coletados nos registros da equipe e fontes secundárias, em entrevistas com informantes-chave da área de abrangência e na observação ativa ao território e dos serviços oferecidos. Os dados posteriormente foram analisados e interpretados para a conclusão do diagnóstico situacional.

Vários problemas foram identificados pela equipe Ipê durante o diagnóstico situacional: alta prevalência de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial; baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão Arterial; alto índice de dependência de drogas ilícitas e alcoolismo; alta incidência de doenças psiquiátricas e consumo de psicofarmacos; alta incidência de parasitismo intestinal;

a comunidade desconhece as doenças crônicas e suas complicações; pouca adesão aos projetos e atividades educativas dirigidas aos portadores de doenças crônicas; presença de gravidez em adolescentes; baixa condição socioeconômica; mas foi considerado prioritário aquele que a equipe viu ser passível de ser trabalhado por ela. Porém, a equipe de saúde escolheu o problema “A baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão Arterial” porque tem muito impacto na comunidade por conter um elevado número de pacientes com baixa adesão ao tratamento e porque é o fator de risco mais importante das doenças cardiovasculares. Além disso, avaliando a solução deste problema pode ser resolvido com poucos recursos.

Esta análise foi baseada em dados retirados das fichas D (ficha do cadastro dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos) dos 522 pacientes hipertensos cadastrados no Programa HIPERDIA as quais são preenchidas mensalmente pelos Agentes Comunitários de Saúde por meio da visita domiciliar.

Na segunda etapa, foi realizada uma revisão de literatura, nas bases de dados eletrônicos do *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e do Ministério de Saúde (MS), utilizando as seguintes palavras-chave: hipertensão arterial, adesão à medicação, atenção primária a saúde. Foram selecionados os estudos atualizados, dando preferência para aqueles publicados nos últimos dez anos. Na análise foram identificados artigos, teses e monografias. Também foi consultado o material didático do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

Na terceira etapa, elaborou-se a proposta de intervenção, que foi realizada utilizando-se o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), que a partir de seus fundamentos e métodos, propõe o desenvolvimento do planejamento comum do processo participativo. Dessa maneira, possibilita a incorporação dos pontos de vista dos vários setores sociais, incluindo a população, e que os diferentes atores sociais explicitem suas demandas, propostas e estratégias de solução, numa perspectiva de negociação dos diversos interesses em questão. Através dessa participação é possível enriquecer o processo de planejamento, criar corresponsabilidades dos atores com a efetivação do plano de ação, possibilitando mais legitimidade, mesmo, viabilidade política ao plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Identificam-se quatro momentos que caracterizam o processo do PES: o momento explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. “Esses momentos, apesar de suas especificidades, encontra-se intimamente relacionados na prática do planejamento, constituindo uma relação de complementaridade, dando-lhe caráter processual e dinâmico” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.31).

As ações em saúde deste plano compreendem a apresentação do projeto aos diferentes setores que tem relação com a execução do plano proposto e as atividades próprias dos membros da equipe de saúde.

1.4 Revisão de literatura

1.4.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A HAS caracteriza-se pela presença de níveis de pressão arterial elevado associado a alterações no metabolismo do organismo, nos hormônios e nas musculaturas cardíaca e vascular. Tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerado um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2006).

Considerando o critério de hipertensão arterial como pressão sistólica >140mmHg e/ou pressão diastólica >90mmHg e/ou uso corrente de anti-hipertensivo, os estudos mostram taxas de prevalência em torno de 20%, sem distinção por sexo, mas com evidente tendência de aumento com a idade. Esses índices variam em função da população estudada, mas são semelhantes à prevalência encontrada em outros países da América Latina; são valores importantes para o planejamento de ações de Saúde Pública (BRASIL, 2006).

A tabela 1 apresenta a classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório para adultos acima de 18 anos de idade.

Tabela 1 – Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos).

Classificação da PA	PA sistólica (mmHg)	PA diastólica (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	< 130	< 85

Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	> 180	> 110
Hipertensão sistólica isolada	> 140	< 90

Fonte: V Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. São Paulo, 2006.

A hipertensão tem alta prevalência e é importante fator de risco cardiovascular. De fácil diagnóstico e tratamento, mas com poucos pacientes controlados. Depois de diagnosticada, a estratificação do risco cardiovascular associado vai indicar qual a melhor conduta terapêutica (BARRETO; JARDIM; SOUZA, 2013).

1.4.2 Tratamento Anti-hipertensivo

O objetivo do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular do paciente hipertenso, aumentadas em decorrência dos altos níveis tensionais e de outros fatores agravantes. São utilizadas tanto medidas não farmacológicas isoladas como associadas a fármacos anti-hipertensivos (BRASIL, 2006).

O controle da PA, então exige não somente, participação individual, mas também assistência da equipe de saúde, dentro de um programa eficiente de controle da HAS. As dificuldades em controlar o nível pressórico, são diversas, pois inúmeros fatores permeiam, influenciam e condicionam o processo, tendo como agravante, a falta de sintomatologia, o que pode levar os pacientes, em sua maioria, a necessitarem atendimento diferenciado (BARRETO; JARDIM; SOUZA, 2013).

O tratamento consiste em mudança do estilo de vida (restrição ao sal, manutenção do peso ideal, atividade física regular, maior ingestão de frutas, verduras e cereais e moderação na ingestão álcool). Caso necessário, será também iniciado o tratamento medicamentoso com qualquer uma das cinco classes de anti-hipertensivos disponíveis (diuréticos, beta-bloqueadores, antagonistas dos canais de cálcio, inibidores da enzima conversora da angiotensina ou bloqueadores dos

receptores AT1 de angiotensina II). Os benefícios dependem mais do controle efetivo da pressão do que do tipo de fármaco utilizado. Para que sejam alcançadas as metas de controle da pressão há a necessidade de atenção especial com a adesão ao tratamento que representa um grande desafio (BARRETO; JARDIM; SOUZA, 2013).

A estratégia de tratamento vai, entretanto, depender de uma avaliação clínica inicial, de uma avaliação laboratorial mínima e do risco cardiovascular global a que o paciente está submetido (BARRETO; JARDIM; SOUZA, 2013).

Com a avaliação clínica inicial estará sendo confirmado o diagnóstico da HAS, será possível reconhecer os fatores de risco associados para doenças cardiovasculares, serão pesquisadas lesões em órgãos-alvo, doenças associadas, sendo possível estratificar o risco cardiovascular global e estabelecer uma estratégia de tratamento mais adequada para o caso (BARRETO; JARDIM; SOUZA, 2013).

Existem duas abordagens terapêuticas para o tratamento da hipertensão arterial, a não farmacológica que consiste em Modificações no Estilo de Vida (MEV) e o farmacológica no qual é feito o uso da terapia medicamentosa (KIELLER, 2004).

Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física. O tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, para alcançar os níveis recomendados de pressão arterial (BRASIL, 2006).

Santos e Andrade (2003) afirmam que as condutas higienodietéticas constituem um grande desafio para a clientela, como para os profissionais de saúde. Essas condutas implicam mudanças de hábitos ou no estilo de vida, e isso pode significar perda de prazer em um contexto de vida, no qual as oportunidades de satisfação pessoal são mínimas.

O objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares. Assim, os anti-hipertensivos devem não só reduzir a pressão arterial (PA), mas também os eventos cardiovasculares fatais e não fatais, e, se possível, a taxa de mortalidade. As evidências provenientes de estudos de desfechos clinicamente relevantes, com duração relativamente curta, de três a quatro anos, demonstram redução de morbidade e mortalidade em estudos com diuréticos, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora da angiotensina

(IECA), bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II (BRA II) e com antagonistas dos canais de cálcio (ACC), embora a maioria dos estudos utilize, no final, associação de anti-hipertensivos (FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009).

Os princípios gerais que essa terapia sugere é que o medicamento deva ser eficaz por via oral, bem tolerado e permita a administração do menor número possível de tomadas diárias. Deve-se dar preferência àqueles com posologia de dose única diária, devendo ser iniciado com as menores doses efetivas preconizadas para cada situação clínica, podendo ser aumentadas gradativamente, pois quanto maior a dose, maiores serão as probabilidades de efeitos adversos (BRASIL, 2006).

Os fármacos indicados para tratar a HAS podem ser usados em monoterapia ou em associação. O que vai determinar uma ou outra conduta é o valor da pressão arterial e o risco cardiovascular estabelecido após a estratificação do paciente. Verifica-se que quanto maior o valor da PA e quanto maior o risco cardiovascular, maior a necessidade do uso de combinação de medicamentos. A explicação é simples e de fácil compreensão. No grupo de pacientes de alto e muito alto risco a possibilidade da ocorrência do primeiro ou segundo evento é alta e intervenção medicamentosa deve ser precoce e a busca pelas metas deve ser realizada com presteza. Caso contrário, pode ser tarde demais. Além disso, sabe-se também que naqueles indivíduos classificados como estágio II ou III (PA \geq 150 x 100 mmHg) dificilmente se consegue atingir metas com o uso de um único medicamento (BARRETO; JARDIM; SOUZA, 2013).

O uso de dois ou mais medicamentos para o controle da PA é muitas vezes necessário, útil e até prioritário. Nas combinações devem ser indicados medicamentos com mecanismos de ação diferentes para que seus efeitos sejam sinérgicos. Com o conhecimento atual já existem claras indicações das associações mais eficazes e, também, quais aquelas não tão vantajosas e mesmo aquelas que devem ser evitadas. Quando for necessário, acrescentar um terceiro medicamento, os diuréticos devem fazer parte da associação (BARRETO; JARDIM; SOUZA, 2013).

Apesar da facilidade no diagnóstico e do excelente arsenal terapêutico disponível, com fármacos eficazes e virtualmente isentos de efeitos adversos, as taxas de controle da hipertensão arterial permanecem completamente insatisfatórias. O principal problema relacionado com este fato é a falta de adesão a todas as formas de tratamento (BARRETO; JARDIM; SOUZA, 2013).

1.4.3 Fatores associados à não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica

De acordo com Brasil (2006), a não aderência ao tratamento da HAS é um fator importante que contribui significativamente para a falta de controle da HAS. Sabemos que os pacientes que têm a sua pressão arterial bem controlada são aqueles que, presumidamente, mantêm uma boa aderência. Aqueles que não têm a sua pressão controlada são os que têm uma aderência ao tratamento passível de questionamento. Assim, a não aderência constitui um sério problema e deve ser entendida como um dos principais obstáculos para o sucesso do tratamento da HAS (BRASIL, 2006).

Uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso, talvez seja a manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento. Para complicar ainda mais a situação, é importante lembrar que um grande contingente de pacientes hipertensos também apresenta outras morbidades, como diabetes, dislipidemia e obesidade, o que traz implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de um aglomerado de condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada (BRASIL, 2006).

Segundo Machado (2011), o maior desafio da HAS é a adesão dos pacientes ao seu tratamento. Para Machado, a adesão ocorre quando o comportamento do paciente coincide com a orientação médica, em termos de uso de medicamentos nas doses corretas, nos horários corretos, mudanças do estilo de vida, seguimento de dietas, uso de equipamentos, havendo concordância e compreensão entre pacientes e médicos.

A falta de adesão pode ocorrer por problemas relacionados com o paciente (falta de conhecimento, falta de comprometimento), pode ser dependente do profissional médico (falta de comprometimento, falta de conhecimento, apatia) ou da equipe de saúde como um todo (falta de comprometimento, falta de conhecimento, apatia), pode estar relacionada com o serviço de saúde (dificuldade de acesso, falta de profissionais, falta de estrutura etc.) e pode, ainda, depender de fatores socioeconômicos (falta de recursos financeiros) e de fatores culturais (crenças e superstições) (BARRETO; JARDIM; SOUZA, 2013).

Outra característica social que, segundo a literatura, influencia na não adesão à farmacoterapia das DC é o estado civil, pois indivíduos com HAS vivenciam limitações no estilo de vida e tem que se adaptar às novas formas de conduzir suas rotinas, acarretando, por vezes, frustrações, insatisfação, tristeza e depressão. Desta maneira, o envolvimento de um membro familiar no tratamento torna-se componente facilitador para a adesão à terapia medicamentosa, por representar apoio emocional nos momentos difíceis (VERAS; OLIVEIRA, 2009).

O nível de escolaridade influi diretamente na assimilação das orientações acerca da patologia, portanto, quanto mais baixa a escolaridade, mais difícil se torna compreender o diagnóstico, a necessidade da mudança de hábitos e os esquemas posológicos. Sendo assim, os profissionais de saúde devem estar atentos ao tipo e a forma de linguagem que deve nortear o processo de comunicação, a fim de garantir que as informações sejam entendidas corretamente (VERAS; OLIVEIRA, 2009).

As consequências causadas pela não adesão ao tratamento adequado da HAS, são consideradas um dos fatores mais importantes para causas de morbimortalidade universal, tornando-se assim, um dos fatores prevalentes de maior risco para o desenvolvimento de doença arterial coronariana, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica, insuficiência renal e insuficiência cardíaca congestiva, levando a incapacidade física e até a morte prematura (SBH, 2007).

Bossay, Rondon e Goldoni (2006) realizaram um trabalho com usuários da Unidade Básica de Saúde do Jardim Macaúbas, em Campo Grande, Mato Grosso do Sul em 2004, inscritos no Programa do Hipertenso, ao tratamento da hipertensão arterial identificando que os usuários não aderiram à terapia medicamentosa e que a principal causa foi a dificuldade de locomoção até a Unidade para conseguir a medicação, já que são, quase a totalidade, idosos e portadores de outras morbidades incapacitantes. Alguns outros motivos para não adesão, podemos citar tempo curto da doença, não relacionar a doença com a gravidade, tentativa de métodos alternativos e religião.

A identificação de fatores determinantes da não aderência dos pacientes hipertensos ao tratamento é, portanto, de vital importância na aplicação da estratégia terapêutica e na obtenção de resultados satisfatórios. Uma vez identificados esses fatores devem ser permanentemente incorporados como objetos de intervenção da prática médica, a fim de que se almeje o controle adequado dos níveis pressóricos dos hipertensos, reduzindo os elevados índices epidemiológicos

de complicações clínicas, internações hospitalares e o alto custo do tratamento (BOSSAY; RONDON; GOLDONI, 2006).

Deste modo, é de fundamental importância que a equipe de saúde esclareça as dúvidas do paciente sobre a patologia e, sobretudo, tenha uma linguagem acessível ao nível de compreensão do paciente. Muitos pacientes apresentam sentimentos naturais de negação frente à doença, com uma consequente não adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Isto acaba acarretando dificuldades no tratamento (GIROTTTO *et al.*, 2013).

Além disso, a existência da equipe multiprofissional é um fator facilitador, mas o papel do médico neste contexto é fundamental, na medida em que exerce tanto influencia sobre a decisão do paciente quanto é um elemento crucial nesta engrenagem sendo um elo importante da equipe (BARRETO; JARDIM; SOUZA, 2013).

Ações dirigidas a cada um dos pontos determinantes da pouca adesão poderão contribuir significativamente para implementar o processo da adesão correta, favorecendo um melhor controle da PA, contribuindo assim para a diminuição da morbimortalidade por esta causa (BARRETO; JARDIM; SOUZA, 2013).

2 DESCRIÇÃO DO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR VALADARES

Contextualizando o município, segundo os dados extraídos do site da Enciclopédia livre Wikipédia (2014), a cidade de Governador Valadares localiza-se ao nordeste da capital do Estado, cerca de 320 quilômetros, sua população, estimada pelo IBGE em 2014, era de 276, 995 habitantes, sendo assim a nona mais populosa do estado de Minas Gerais e a primeira mais populosa de sua mesorregião e microrregião. Está a 960 quilômetros de Brasília, a capital federal. Ocupa uma área de 2348,1 km². Desse total, 24, 3674 km² estão em perímetro urbano, mais suas concentrações habitacionais e 111,83 hab/km² (IBGE, 2010). O índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Governador Valadares é considerado médio pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), seu valor é de 0, 772, sendo o 157º maior de todo estado de Minas Gerais. A cidade possui a maioria dos indicadores médios segundo o (PNUD). A renda per capita é de 884,10 reais, a taxa de alfabetização adulta é 89,53% e a expectativa de vida é de 68,19 anos.

A população de Governador Valadares é predominantemente urbana, tendo apenas 3,94% de pessoas vivendo no campo (WIKIPÉDIA, 2014).

A incidência da pobreza, medida pelo IBGE, é de 24,64% e a incidência da pobreza subjetiva é de 19,64%. De acordo com a prefeitura, o município teve em 2009 cerca de 135 pessoas em situação de rua. 32,6% foram para as ruas por causa do consumo de drogas e 25,9% por problemas de relacionamento familiar.

Os 94,45% dos domicílios eram atendidos pela rede geral de abastecimento de água e os 82,15% das moradias possuíam coleta de lixo e 82,23% das residências possuíam escoadouro sanitário.

Nos dados do IBGE de 2006, o município possuía R\$ 2 589 447,307 mil no seu Produto Interno Bruto. Desse total, 265.108 mil são de impostos sobre produtos líquidos de subsídios. O PIB per Capita de R\$ 9 884,10.

Governador Valadares tem uma densidade demográfica de 112,1 habitantes por km². Na tabela 2 está representado o crescimento da população do município de Governador Valadares dividido por faixas etárias.

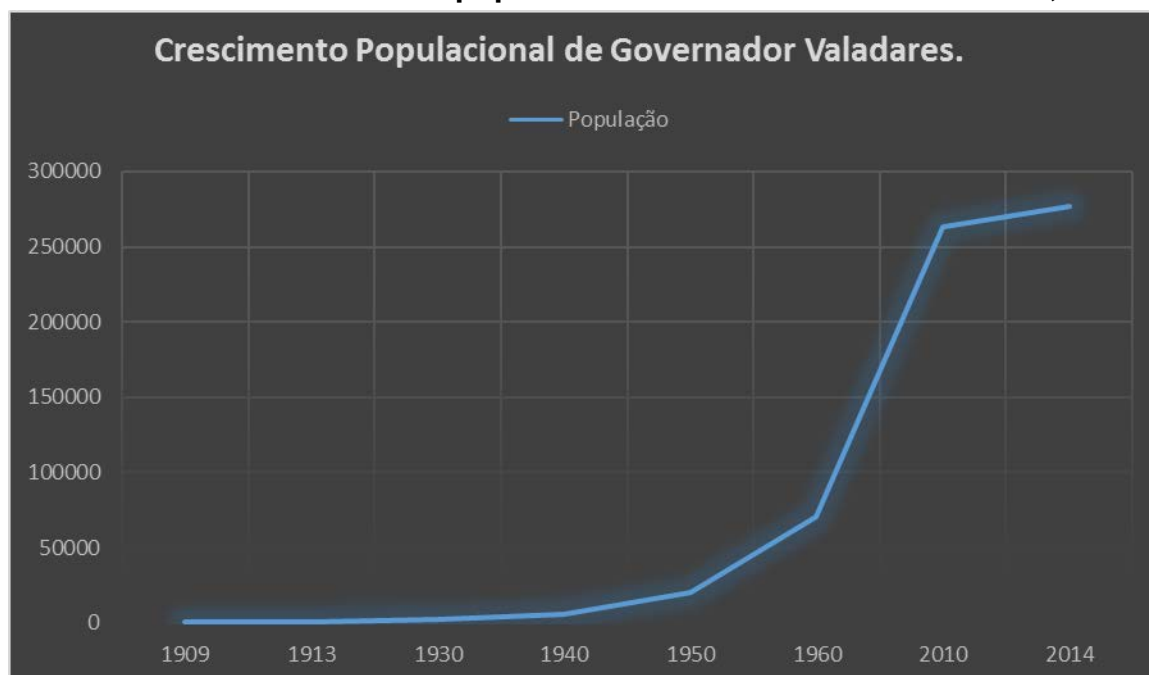
Tabela 2 – Aspectos demográficos do Município de Governador Valadares, 2014

	Faixa etária (anos)									
Sexo	<1 ano	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-39	40-59	60 e +	Total
Masculino	1749	7.359	10.240	11.871	11.401	11.385	29.621	28.564	13.029	125.237
Feminino	1643	7304	9874	11.720	11.828	11.988	32.934	33.428	17699	138.452
Total	3392	14663	20114	23591	23229	23373	62555	61992	30728	263689

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000 e Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF 2002/2003. Censo demográfico IBGE 2010

No Gráfico 1 está apresentado o crescimento populacional desde 1909 até 2014 em Governador Valadares:

Gráfico 1 – Crescimento populacional de Governador Valadares, 2014



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000 e Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF 2002/2003. Censo demográfico IBGE 2010.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi implantada no município em 1997, inicialmente com duas equipes, em 2004 tínhamos 15 equipes, em 2010 estavam implantadas 35 ESF. Atualmente temos 45 equipes em funcionamento, porém 42 atestadas pelo Ministério de Saúde, destas 45 equipes, sendo que 03 são rurais (IBGE, 2010).

A Unidade Básica de Saúde Ipê situa-se na Rua Sândalo, 1211, Bairro Ipê, no Município de Governador Valadares. O acesso à unidade pode ser através de transporte público, particular e caminhando até a unidade, sendo a última a forma mais utilizada pelos usuários. A unidade fica às margens da rodovia BR 116, é de fácil acesso à maioria dos usuários. Foi a terceira unidade a ser implantada no município, inaugurada em fevereiro de 1998, com uma assistência integral, oferecendo serviços de atendimento médico, de enfermagem, odontológico, e é feito diariamente por uma equipe multiprofissional composta por um médico, um enfermeiro, uma técnica em enfermagem, seis agentes comunitárias, um dentista e uma técnica em saúde bucal. Além de profissionais como Psicólogo, Assistente Social, Fisioterapeuta, Nutricionista e Técnico em Farmácia do Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF, que comparecem à unidade uma vez por semana.

As consultas são agendadas previamente e, diariamente a equipe atende à demanda espontânea que passa por uma triagem em que é definida a conduta com cada paciente. Realiza-se acompanhamento das doenças crônicas em longo prazo e os pacientes que não podem ir até a unidade, por alguma condição incapacidade, recebe visita domiciliar, pelo médico, enfermeiro, dentista, técnico em enfermagem dentre outros, tais visitas são agendadas previamente pelas agentes comunitárias de saúde que estão dia a dia nas suas respectivas micro áreas, realizando um trabalho imprescindível de captação de enfermos, de cuidado com a saúde, de educação para a saúde, de orientação ao usuário, ou por qualquer outro profissional que a consulta seja realizada com o usuário em domicílio. A coleta de exames é feita semanalmente, facilitando a vida do usuário que não necessita deslocar-se até o centro da cidade para realizar exames básicos de rotina.

São oferecidos serviços de acolhimento, vacinação, consultas médicas e de enfermagem, dispensação de medicamentos, coleta de material para exames, encaminhamentos para consultas especializadas, visitas domiciliares, consulta pré-natal, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, consulta de planejamento familiar, atividades educativas de promoção de saúde, avaliação de necessidade de transporte sanitário, entre outros.

A população adstrita tem um total de 1076 famílias com 3693 pessoas. A tabela 3 apresenta a população da área de abrangência segundo a faixa etária.

Tabela 3 – População segundo a faixa etária na área de abrangência da ESF Ipê, 2014

Faixa etária	Número
Menor 1 ano	28
4 anos	163
9 anos	349
14 anos	377
19 anos	341
49 anos	1689
59 anos	322
60 anos e mais	424
Total	3693

Fonte: SIAB 2014.

2.1 Análise situacional

Os agravos crônicos não transmissíveis são as principais causas da morbimortalidade na população no Brasil e na nossa área de abrangência não é diferente. A HAS é a doença cardiovascular mais frequente que afeta mais de 40% da população maior de 15 anos, sendo um dos principais fatores de risco para doenças cerebrovasculares, cardiovasculares, dentre outras, como as doenças renais crônicas e retinopatia hipertensiva.

Em nossa população identificamos que existe uma alta prevalência de HAS (da população maior de 15 anos), e o descontrole da mesma devido à baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com essa doença como um dos problemas mais significativo.

2.1.1 Definição e priorização dos problemas

Após a coleta de informações, a Equipe de Saúde Ipê, conseguiu definir os principais problemas de saúde existentes na área de abrangência.

Os problemas identificados foram:

1. Alta prevalência de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial;
2. Baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão Arterial;
3. Alto índice de drogadição e alcoolismo;

4. Alta incidência de doenças psiquiátricas e consumo de psicofármacos;
5. Alta incidência de parasitismo intestinal;
6. A comunidade desconhece as doenças crônicas e suas complicações;
7. Pouca adesão aos projetos e atividades educativas dirigidas aos portadores de doenças crônicas, enfocando a promoção de saúde e prevenção de doenças;
8. Presença de gravidez em adolescentes;
9. Baixa condição socioeconômica.

A seguir uma breve descrição dos itens acima citado:

Alta prevalência de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial: em correspondência com a situação de saúde em nível mundial e o envelhecimento da população, nossa população apresenta alta incidência e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis.

Baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão: nossa população tem baixo nível de escolaridade, o que leva a não saber como tomar a medicação ou não saber ler a prescrição. Tem ademais baixo nível de conhecimento de patologia. Pouca autorresponsabilidade com a saúde.

Alto índice de drogadição e alcoolismo: podemos observar que alguns problemas são causas ou consequências de outros, por exemplo, a baixa condição socioeconômica propicia que um alto número de pacientes cadastrados tenha adição a drogas ilícitas e a álcool.

Doença mental e consumo de psicofarmos: dificuldade de controle, fluxo e contra fluxo de pacientes com transtorno do humor e ansiedade, síndromes psicóticas (em especial, esquizofrenia), somatização e transtornos do sono.

Pouca adesão aos projetos e atividades educativas dirigidas aos portadores de doenças crônicas enfocando a promoção de saúde e prevenção das doenças: falta de incentivo para as atividades de promoção à saúde e prevenção de agravos que resultam ainda em insuficientes atividades educativas realizadas pela equipe para a capacitação da população abordando a temática das doenças crônicas. O baixo nível educativo e a idade dos pacientes interferem na compreensão dos temas tratados e nas atividades educativas realizadas.

Parasitose intestinal: verificada sua elevada incidência por meio dos exames parasitológicos de fezes realizados de rotina nos pacientes, as más condições de saneamento básico da microrregião e a baixa condição econômica propicia moradia

em locais com saneamento básico precário e, conseqüentemente, maior risco de adquirir parasitose intestinal.

A comunidade desconhece as doenças crônicas e suas complicações: ainda é baixo o nível de conhecimento das doenças crônicas pela população.

Presença de gravidez em adolescentes: é ainda insuficiente o trabalho que realiza a equipe de saúde na prevenção da gravidez na adolescência, como consequência, tem alta incidência de adolescentes grávidas na população de abrangência.

Baixa condição socioeconômica: experimentada por uma grande quantidade dos usuários da ESF Ipê, o baixo nível socioeconômico se expressa pelas deficientes condições higiênicas tanto pessoais como habitacional, más condições de moradia, dificuldade de aquisição de medicamento ou exame complementar particular.

2.1.2 Estabelecimento de ordem de prioridades

Foi realizada a priorização dos problemas (Quadro 1). Os problemas foram selecionados pela ESF Ipê considerando os seguintes critérios: importância, urgência e, principalmente, pela capacidade de enfrentamento pela equipe de saúde.

Quadro 1 – Priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional

Comunidade Ipê – ESF Ipê / Priorização dos problemas				
Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta prevalência de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial.	Alta	9	Parcial	2
Baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão Arterial.	Alta	9	Parcial	1
Alto índice de	Alta	7	Parcial	5

drogadição e alcoolismo.				
Alta incidência de doenças psiquiátricas e consumo de psicofármacos.	Alta	6	Parcial	6
Alta incidência de parasitismo intestinal.	Alta	7	Parcial	8
A comunidade desconhece as doenças crônicas e suas complicações.	Alta	8	Parcial	3
Pouca adesão aos projetos e atividades educativas	Alta	8	Parcial	4
Presença de gravidez em adolescentes.	Alta	5	Parcial	7
Baixa condição socioeconômica.	Alta	4	Fora	9

Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

Obtivemos a seguinte ordem de prioridade:

1. Baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão Arterial;
2. Alta prevalência de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial;
3. A comunidade desconhece as doenças crônicas e suas complicações;
4. Pouca adesão aos projetos e atividades educativas dirigidas aos portadores de doenças crônicas, enfocando a promoção de saúde e a prevenção de doenças;
5. Alto índice de drogadição e alcoolismo;
6. Alta incidência de doenças psiquiátricas e consumo de psicofármacos;
7. Presença de gravidez em adolescentes;
8. Alta incidência de parasitismo intestinal;
9. Baixa condição socioeconômica.

O problema escolhido foi “A baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão Arterial” por ser dentre os outros problemas, aquele com maior capacidade de enfrentamento pela equipe e dado a importância de suas consequências para a comunidade e os serviços de saúde.

a) Descrição do problema:

Em nossa área de abrangência a HAS é uma doença de alta prevalência, que atinge a população adulta acima de 18 anos em cerca de até 20%, podendo afetar a população idosa até 50%. A maioria dos pacientes com HAS identificados na comunidade apresentam fatores de risco como obesidade, tabagista, etilista, estresse, sedentarismo ou são pacientes idosos.

Os dados correspondem com as nações onde as doenças cardiovasculares são responsáveis por mais de 250.000 mortes por ano, a hipertensão arterial participa de quase metade delas. A hipertensão arterial vem sendo o mais comum e importante fator de risco para as doenças cardiovasculares, e tem com elas uma relação contínua e progressiva.

Nossa equipe utilizou os dados do SIAB e dos registros da equipe, correlacionando-os também com o relatório de dispensação de medicamentos por pacientes para compor os dados contidos no Quadro 2.

Quadro 2 – Descritores do problema baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão Arterial. ESF Ipê, 2014

Descritores	Valores	Fontes
Hipertensos cadastrados/acompanhados	522	SIAB 2014
Hipertensos com boa adesão ao tratamento	307	Registros da equipe

Fonte: Registros da Equipe, SIAB, 2014.

B) Explicação do porque foi escolhido:

A equipe de saúde escolheu o problema “A baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão Arterial” porque tem muito impacto na comunidade por conter um elevado número de pacientes com baixa adesão ao tratamento e porque é o fator de risco mais importante das doenças

cardiovasculares. Além disso, a solução deste problema pode ser resolvida com poucos recursos. Em teoria será preciso o trabalho da equipe de saúde baseado em atividades educativas de promoção e prevenção com pacientes. Estas atividades devem estar dirigidas para brindar conhecimento sobre os fatores de risco para a HAS, importância da dieta e tratamento farmacológico para o controle da doença e as consequências que apresenta um paciente com esta doença. Além disso, devem brindar conhecimento teórico e prático sobre as diferentes atividades para prevenir a doença além das complicações.

Para enfrentar o problema é de muita importância conhecer suas principais causas. Entre elas se encontram as:

1. Relacionadas aos pacientes:

- Hábitos e estilos de vida da população: não quer ser dependente da medicação, tabagismo, alimentação inadequada, consumo de álcool, sedentarismo, não adesão ao tratamento.

- Baixo nível de instrução/ escolaridade: não saber como tomar a medicação, pacientes analfabetos.

- Grau de dependência: pacientes acamados ou com incapacidade mental.

- Baixo nível de informação respeito a sua patologia.

2. Relacionadas com equipe de saúde:

- Receitas com prescrições ilegíveis.

- Poucas atividades educativas sobre Hipertensão Arterial.

- Falta de propagação na agenda da equipe para atendimento adequado ao HIPERDIA

- Falta de incentivo para atividades de promoção à saúde e prevenção dos agravos.

2.1.3 Descrição, explicação e identificação de “nós críticos”

Foram identificados alguns nós críticos para o enfrentamento do problema de saúde designado como baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão Arterial. Segundo o conceito elaborado pelo Planejamento Estratégico Situacional (PES), “nó crítico” é um tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente

transformá-lo (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Para dar segmento ao trabalho foi preciso identificar entre as várias causas àquelas consideradas mais importantes na origem do problema e que precisam ser enfrentadas:

- Baixo nível de informação e conhecimento da população acerca da Hipertensão Arterial, da importância da adesão e acompanhamento clínico e a terapia medicamentosa, existência de mitos e tabus sobre alimentação saudável, uso incorreto da medicação, benefícios da atividade física.
- Processo de trabalho da ESF inadequado para enfrentar o problema: capacidade dos profissionais para dar continuidade ao acompanhamento.
- Não seguimento das recomendações dos protocolos clínicos (ministerial, estadual e municipal) pelos profissionais da equipe de saúde da família, propostas para o programa de Hipertensão.
- Deficiência na gestão municipal – dificuldades no fluxo dos pacientes para serviços especializados, hospitalização, assim como no fluxo das contra referências para lograr o correto acompanhamento dos pacientes.

3 DESENHO DE OPERAÇÕES

A ESF Ipê propôs, a partir dos “nós críticos” identificados, as operações/projetos necessárias para a sua solução, os produtos esperados dessas operações e os recursos necessários a sua execução. No quadro 3 descreve-se a proposta de operações para buscar soluções dos “nós críticos”.

Quadro 3 – Desenho de operações para os “nós” críticos do problema “A baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão Arterial”

Nó crítico	Operação/Projeto	Resultados Esperados	Produto	Recursos necessários
<i>Baixo nível de informação e conhecimento da população acerca da Hipertensão Arterial</i>	<p>Bem Informado</p> <p>Aumentar o nível de informação da população sobre a importância da adesão a terapia medicamentosa para Hipertensão Arterial.</p>	<p>População mais informada sobre a Hipertensão Arterial (fatores de risco, prevenção, complicações e adesão à terapia medicamentosa)</p> <p>ESF mais capacitada para lidar com as dificuldades do Programa de Hipertensão Arterial.</p>	<p>Grupo educativo periódico desenvolvido por equipe multiprofissional (ESF e NASF)</p> <p>Abordando os assuntos sobre Hipertensão Arterial.</p>	<p>Cognitivo: Informação sobre os temas que serão apresentados no grupo e nas capacitações, elaboração do projeto, estratégia de comunicação.</p> <p>Político: Articulação intersetorial. Adesão dos profissionais, mobilização social.</p> <p>Financeiro: Recursos audiovisuais, Folhetos educativos.</p> <p>Organizacional: Organização da agenda dos profissionais, aquisição da estrutura física adequada para</p>

				desenvolver os trabalhos.
Não seguimento das recomendações dos protocolos clínicos (federal, estadual e municipal) pelos profissionais da equipe de saúde da família, propostas para o programa de Hipertensão Arterial.	Utilizar os protocolos Implementação do protocolo municipal existente para assistência ao Programa de Hipertensão Arterial.	Satisfação dos usuários; cumprimento dos protocolos clínicos para Hipertensão Arterial; assistência adequada e padronizada para os usuários cadastrados no Programa de HIPERDIA; alcance das metas preconizadas para o bom controle clínico de pacientes hipertensos; recursos melhor aproveitados.	Protocolo de atendimento a Hipertensão Arterial implementado pela ESF/Capacitação da ESF a respeito do Protocolo para Hipertensão Arterial.	Cognitivo: Conhecimento sobre os protocolos (federal e municipal) para o Programa de Hipertensão Arterial. Político: Articulação intersetorial. Decisão de aumentar os recursos necessários para cumprimento do protocolo (aumentar investimento em cotas de exames, consultas especializadas, medicamentos do programa, equipamentos), promover a capacitação da ESF quanto aos protocolos, adesão dos profissionais. Financeiro: Aquisição dos protocolos impressos para os integrantes da ESF, recursos necessários para a

				<p>estruturação do serviço.</p> <p>Organizacional: Estrutura física adequada para realizar os atendimentos, recursos humanos que compõem a ESF, organização da agenda dos profissionais.</p>
<p><i>Processo de trabalho da ESF inadequado para enfrentar o problema</i></p>	<p>Linha de cuidado</p> <p>Implantar a linha de cuidado para o paciente portador de Hipertensão Arterial, incluindo mecanismos de referência e contra referência, criação de uma planilha dados de identificação dos portadores de Hipertensão Arterial, controle do comparecimento nas consultas médicas e nos grupos operativos, e intercorrências</p>	<p>Cobertura de 100% da população com Hipertensão Arterial com garantia de atendimento e acompanhamento.</p>	<p>Linha de cuidado para paciente portador de Hipertensão Arterial; recursos humanos capacitados; gestão da linha de cuidado implantada, Planilhas preenchidas para identificação e acompanhamento.</p>	<p>Cognitivo: Elaboração do projeto linha de cuidado.</p> <p>Político: Articulação intersetorial. Adesão dos profissionais.</p> <p>Financeiro: Aumentar a oferta de exames, consultas e medicamentos.</p> <p>Organizacional: Adequação de fluxos (referência e contra referência).</p>
<p><i>Deficiência na gestão municipal dificuldades no</i></p>	<p>Cuidar Melhor</p> <p>Melhorar a estrutura do serviço para</p>	<p>Cobertura de 100% da população com Hipertensão Arterial</p>	<p>Linha de cuidados para a Hipertensão Arterial implantada,</p>	<p>Cognitivo: Elaboração do projeto de atenção aos</p>

fluxo dos pacientes para serviços especializados hospitalização, assim como no fluxo das contra referências para lograr o correto acompanhamento dos pacientes.	atendimento dos portadores de Hipertensão Arterial com garantia de atenção integral e acompanhamento o adequado	garantindo medicamentos, consulta com especialistas, exames previstos, hospitalização, assim como no fluxo das contra referências para lograr o correto acompanhamento dos pacientes.	protocolos implantados, equipe de profissionais capacitados.	hipertensos. Político: Decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço. Financeira: Aumentar a oferta de exames, consultas especialidades, vagas para hospitalização e medicamentos. Organizacional: Adequação de fluxos (referência e contra referência).
---	---	---	--	--

Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

3.1 Identificação dos recursos críticos

São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e não estão disponíveis e por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.69).

A Equipe Ipê identificou os recursos críticos de cada operação (Quadro 4).

Quadro 4 – Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema A baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão Arterial

Operação/Projeto	Recursos necessários
Bem informado	Financeiro: Aquisição dos equipamentos audiovisuais, folhetos educativos. Político: Articulação intersetorial.

	Adesão dos profissionais, mobilização social.
Usar os protocolos	<p>Político: Articulação intersetorial. Decisão de aumentar os recursos necessários para cumprimento do protocolo (aumentar investimento em cotas de exames, consultas especializadas, medicamentos do programa, equipamentos), promover a capacitação da ESF quanto aos protocolos, adesão dos profissionais.</p> <p>Financeiro: Aquisição dos protocolos impressos para os integrantes da ESF.</p> <p>Organizacional: Estrutura física adequada para realizar os atendimentos, recursos humanos (ESF completa).</p>
Linha de cuidado	<p>Cognitivo: Elaboração do projeto linha de cuidado.</p> <p>Político: Articulação intersetorial. Adesão dos profissionais.</p> <p>Financeiro: Aumentar a oferta de exames, consultas e medicamentos.</p> <p>Organizacional: Adequação de fluxos (referência e contra referência).</p>
Cuidar Melhor	<p>Político: Decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço.</p> <p>Financeira: Aumentar a oferta de exames, consultas especialidades, vagas para hospitalização e medicamentos.</p> <p>Organizacional: Adequação de fluxos (referência e contra referência).</p>

Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

3.2 Análise de viabilidade do plano

A Equipe Ipê precisou identificar os atores que controlam os recursos críticos necessários para implementação de cada operação e analisar seu provável

posicionamento em relação aos objetivos pretendidos pelo plano e, então, definir operações/ações estratégicas capazes de motivar os atores e construir a viabilidade da operação. As propostas das ações estão apresentadas no quadro 5:

Quadro 5 – Propostas de ações para a motivação dos atores

Operação/Projeto	Recursos necessários	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Bem informado Aumentar o nível de informação da população sobre a importância da adesão a terapia medicamentosa para hipertensão.	Político:			
	Adesão dos profissionais	Profissionais de Saúde.	Favorável	Apresentar o projeto da Equipe
	Mobilização social.	Usuários da área de abrangência/ líderes comunitários	Indiferente	Apresentar o projeto a comunidade, repassando em reuniões comunitárias e associações do bairro
	Financeiro: Aquisição dos recursos audiovisuais, Folhetos.	Coordenação da Atenção Primária de Saúde (APS).	Indiferente	Apresentar o projeto da Equipe
Utilizar os protocolos. Implementação do protocolo municipal existente para assistência ao Programa de Hipertensão Arterial.	Político: Decisão de aumentar os recursos necessários para cumprimento do protocolo.	Prefeitura Municipal/Secretaria de saúde	Indiferente	Apresentar aos gestores o projeto de implementação dos protocolos já existentes para Hipertensão e a lista de recursos necessários ao cumprimento do protocolo.

	Promover a capacitação dos profissionais quanto aos protocolos clínicos para Hipertensão. Adesão dos profissionais.	Coordenação da Atenção Primaria de Saúde (APS).	Indiferente	Apresentar o projeto a Coordenação de APS e justificar a necessidade de capacitação dos profissionais.
		Profissionais de saúde.	Favorável	Não é necessária
	Financeiro: Aquisição dos protocolos impressos para os integrantes da ESF.	Coordenação da Atenção Primaria de Saúde (APS).	Favorável	Não é necessária
		Organizacional: Estrutura física adequada para realizar os atendimentos		Favorável
Recursos Humanos (ESF completa)	Prefeitura Municipal/Secretaria de saúde	Indiferente	Apresentar aos gestores a necessidade de contratação para implementação dos protocolos	
Linha de cuidado	Político: Organizacional:	Secretaria Municipal de Saúde	Favorável	Reforçar com a Secretaria de

Implantar a linha de cuidado para o paciente portador de Hipertensão Arterial, incluindo mecanismos de referência e contra referência, criação de uma planilha dados de identificação dos portadores de Hipertensão Arterial, controle do comparecimento nas consultas medicas e nos grupos operativos, e intercorrências.	Adequação de fluxos (referência e contra referência).			Saúde a importância de todos os setores realizarem a referência e contra referência.
Cuidar melhor Melhorar a estrutura do serviço para atendimento dos portadores de Hipertensão Arterial com garantia de atenção integral e acompanhamento adequado	Financeira: Aumentar a oferta de exames, consultas especialidades, vagas para hospitalização e medicamentos.	Prefeitura Municipal/Secretaria de saúde	Indiferente	Apresentar projeto de estruturação da rede.

Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

3.3 Elaboração do plano operativo

A Equipe Ipê, em reunião com todas as pessoas envolvidas no planejamento, definiu por consenso a divisão de responsabilidade por operação e os prazos para a realização de cada produto, conforme o quadro 6.

Quadro 6 – Plano Operativo

Operações	Resultados Esperados	Produtos	Ação estratégica	Responsável	Prazo
Bem informado	População mais informada sobre Hipertensão Arterial (fatores	Grupo educativo periódico desenvolvido por equipe	Apresentar o projeto ao Coordenador da APS e a	Enfermeira. Erica Agentes	Início: em três meses. Término:

	<p>de risco, prevenção, complicações e adesão à terapia medicamentosa)</p> <p>ESF mais capacitada para lidar com as dificuldades do Programa de Hipertensão Arterial.</p>	<p>multiprofissional (ESF e NASF) abordando os assuntos sobre Hipertensão Arterial.</p> <p>Capacitação da ESF sobre abordagem ao tema</p>	<p>comunidade, repassando em reuniões comunitárias e associação de bairro.</p>	<p>Comunitários</p> <p>Dra. Niurka Tamayo. Médica.</p>	<p>indeterminado</p>
<p>Utilizar os protocolos</p>	<p>Satisfação dos usuários; cumprimento dos protocolos clínicos para Hipertensão Arterial; assistência adequada e padronizada para os usuários cadastrados no Programa de HIPERDIA; alcance das metas preconizadas para o bom controle clínico de pacientes hipertensos; recursos melhor aproveitados.</p>	<p>Protocolo de atendimento a Hipertensão Arterial implementado pela ESF.</p> <p>Capacitação da ESF a respeito do Protocolo para Hipertensão Arterial.</p>	<p>Apresentar aos gestores a necessidade de contratação para implementação dos protocolos de Hipertensão Arterial a lista de recursos necessários ao seguimento dos mesmos.</p> <p>Apresentar o projeto a Coordenação de APS e justificar a necessidade de</p>	<p>Dra. Niurka Tamayo. Médica.</p> <p>Enfermeira. Erica</p>	<p>Início: dois meses.</p>

			capacitação dos profissionais		
Linha de cuidado	Cobertura de 100% da população com Hipertensão Arterial com garantia de atendimento e acompanhamento.	<p>Linha de cuidado para paciente portador de Hipertensão Arterial; Recursos humanos capacitados;</p> <p>Gestão da linha de cuidado implantada, Planilhas preenchidas para identificação e acompanhamento.</p>	Reforçar com a Secretaria de Saúde a importância de todos os setores realizarem a referência e contra referência.	Enfermeira. Erica	Início: três meses.
Cuidar Melhor	Cobertura de 100% da população com Hipertensão Arterial garantindo medicamentos, consultas com especialistas, exames previstos, hospitalização, assim como no fluxo das contra referências para lograr o correto acompanhamento dos pacientes.	Linha de cuidados para a Hipertensão Arterial implantada, Protocolos implantados, Equipe de profissionais capacitados.	Apresentar projeto de estruturação da rede.	<p>Enfermeira</p> <p>Enfermeira</p> <p>Enfermeira</p>	Início em 2 meses e término em 4 meses.

3.4 Acompanhamento do plano de ação

Neste passo, momento tático-operacional, é descrita a gestão do plano, cujos objetivos são desenhar um modelo de gestão do plano de ação, discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

Quadro 7 – Acompanhamento do plano de ação

OPERAÇÃO: BEM INFORMADO COORDENAÇÃO: ENFERMEIRA						
OPERAÇÃO	PRODUTOS	RESPONSÁVEL	PRAZO	SITUAÇÃO ATUAL	JUSTIFICATIVA	NOVO PRAZO
Apresentação do Projeto	Programação Mensal	Enfermeira	Janeiro 2015			
Grupo operativo mensal desenvolvido pela equipe multiprofissional (ESF e NASF).	Programação Mensal	Enfermeira	Realizado uma vez no mês			
Aumentar o Nível de Informação da população sobre Hipertensão arterial	Programação mensal	Enfermeira	Janeiro a Dezembro de 2015			
Palestras Educativas	Programação mensal	Enfermeira	Realizado uma vez no mês			
Capacitação dos ACS	Programação mensal	Enfermeira	Durante 2 meses			
OPERAÇÃO: UTILIZAR OS PROTOCOLOS COORDENAÇÃO: MÉDICO						
OPERAÇÃO	PRODUTOS	RESPONSÁVEL	PRAZO	SITUAÇÃO ATUAL	JUSTIFICATIVA	NOVO PRAZO
Apresentação do Projeto	Programação Mensal	Médico	Janeiro 2015			
Cumprimento dos protocolos clínicos no Tratamento e acompanhamento dos hipertensos	Programação mensal	Médico	Janeiro a Dezembro de 2015			
Capacitação	Programação		Durante			

dos médicos e enfermeira	mensal		2 meses			
OPERAÇÃO: Linha de cuidado						
COORDENAÇÃO: MÉDICO						
OPERAÇÃO	PRODUTOS	RESPONSÁVEL	PRAZO	SITUAÇÃO ATUAL	JUSTIFICATIVA	NOVO PRAZO
Apresentação do Projeto	Programação Mensal	Médico	Janeiro 2015			
Recursos humanos capacitados	Programação Mensal	Enfermeira	2 meses			
Planillas preenchidas para identificação e acompanhamento	Programação Mensal	Enfermeira	2 meses			
OPERAÇÃO: CUIDAR MELHOR						
COORDENAÇÃO: MÉDICO						
OPERAÇÃO	PRODUTOS	RESPONSÁVEL	PRAZO	SITUAÇÃO ATUAL	JUSTIFICATIVA	NOVO PRAZO
Apresentação do Projeto	Programação mensal	Médico	Janeiro 2015			
Garantia de atendimento e acompanhamento 100% hipertensos	Programação mensal	Médico	Janeiro a Dezembro de 2015			

Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

Após a implementação do Plano de Ação serão realizadas avaliações semestrais a fim de reavaliar a adesão dos usuários ao tratamento farmacológico para a Hipertensão Arterial na área de abrangência da ESF Ipê, permitindo identificar e corrigir possíveis erros, tudo isso visando contribuir com a melhoria da qualidade de vida e saúde da população.

4 CONCLUSÃO

Em decorrência da alta morbimortalidade associada à HAS, torna-se imprescindível o diagnóstico precoce e o tratamento adequados para a modificação da história natural da doença hipertensiva.

A não adesão à terapia é o principal fator para a falta de controle da pressão arterial que ocorre em mais de dois terços dos indivíduos que têm hipertensão.

A manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso.

A adesão ao tratamento é um dos mais importantes desafios para a equipe de saúde e os pacientes. O alcance das metas está diretamente ligado ao controle dos níveis pressóricos e as menores taxas de complicações.

Verificamos que é imprescindível o papel de cada profissional de saúde na identificação, dentro da sua população-alvo, quais são as variáveis envolvidas e associadas ao abandono do tratamento ou ao não cumprimento das orientações terapêuticas, levando em consideração a estrutura disponível para o atendimento desta população. A estratégia deve ser iniciada no primeiro contato com o paciente e repetida com grande frequência para manter o seu efeito.

O presente trabalho permitiu observar no dia a dia e concluir que a deficiência da adesão, entre os portadores de hipertensão arterial tem, entre outras dificuldades, uma relação direta com a falta de informação.

A pesquisa desenvolvida possibilitou identificar que forma a educação em saúde é importante para o planejamento de ações voltadas para aumentar a adesão ao tratamento entre pacientes hipertensos na rede de atenção básica à saúde.

A proposta deste trabalho é de assumir uma postura mais educativa para os profissionais participantes desta equipe, capacitando pedagogicamente e garantindo ao paciente apropriação do conhecimento, ou seja, assumir o seu papel de cuidador de sua própria saúde sendo apoiados pela equipe de saúde.

REFERÊNCIAS

ASSUNÇÃO, T. S.; URSINE, P. G. S Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n.2, p. 2189-97, 2008;

BARRETO, P C; JARDIM, T S; SOUZA, W K. Hipertensão arterial sistêmica / Systemic arterial hypertension. **Rev Bras Med.**, v. 70, n.12, dez., 2013.

BOSSAY D, RONDON, ER, GOLDONI, F. Fatores Associados à Não Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial. Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal Brasil. **Revistas Científicas de América Latina, Ensaios e Ciência**, v. 10, n. 3, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção À Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Brasília 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Série Cadernos de Atenção Básica n.º 15, Hipertensão Arterial Sistêmica**. Secretaria de Atenção à Saúde Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção À Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS – Indicadores e Dados Básicos para o Brasil. 2011. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/matriz.htm> Acesso em 10 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS** – Indicadores e Dados Básicos para o Brasil. 2011. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/matriz.htm> Acesso em: 10 maio 2014.

CAMPOS, F.C; FARIA H.P; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: UFMG, 2010.

CHAVES, Emilia Soares *et al.* Eficácia de programas de educação para adultos portadores de hipertensão arterial. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 4, ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S003471672006000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 de outubro de 2014.

FERNANDES, LCL; BERTOLDI, AD; BARROS, AJD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**.v. 43, n..4, p.595-603, ago., 2009.

GIROTTTO, Edmarlon *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, June 2013.

GUSMÃO JL; MION, Gus Jr D. Adesão ao tratamento – conceitos. **Rev Bras Hipertens.**, v.13, n. 1, p. 23-25, 2006.

IBGE. **Censo Demográfico 2010.** Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>> Acesso em 16/05/2014.

KIELLER, M. Assistência de Enfermagem a pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica. **Revista de Enfermagem**. UNISA ,2004. <<http://www.unisa.br>>. Acesso em: 3 out. 2014.

LEITE S. N.; VASCONCELOS M. P. C. Adesão á terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciências Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p.775-782, 2003.

MACHADO Carlos Alberto, Sociedade Brasileira de Cardiologia - **Seção de Ligas de Hipertensão SBC/DHA**, 2011.

NOBRE, F. *et al.* VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 57, jan./mar., 2010.

PAIVA, D. C. P. *et al.* Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo programa saúde da família do município Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cadernos Saúde Publica**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, 2006.

PINHEIRO, M. B. G. **Dificuldades de Adesão do Idoso ao Tratamento Farmacológico para Hipertensão Arterial**, 2009. Disponível em:<

<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>>. Acesso em: 13 out. 2014.

SANTOS, F. R.; ANDRADE, C. P. Eficácia dos trabalhos de grupo na adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista APS**, v.6, n.1, p. 15-18, jan./jun.2003.

Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB- Portal da Saúde, 2014. Disponível em: < dab.saude.gov.br/portaldab/siab.php>. Acesso em: 23 out. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH). **Portal de Hipertensão Arterial**. BRASIL: 2007. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br>>. Acesso em: 23 out. 2014.

V Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/v_diretrizes_brasileira_hipertensao_arterial_2006.pdf>. Acesso em: 23 out. 2014.

VERAS RFS, OLIVEIRA JS. Aspectos sócio-demográficos que influenciam na adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Rev RENE**, v.10, n. 3, p.132-8, 2009.

WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. **Governador Valadares (MG)**. 2014. Disponível em: <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Governador_Valadares_\(Minas_Gerais\)](http://pt.wikipedia.org/wiki/Governador_Valadares_(Minas_Gerais))>. Acesso em: 9 set. 2014.