

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

**PEDRO MEJIAS GONZALEZ**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA ESTIMULO A ADESÃO AO TRATAMENTO  
FARMACOLÓGICO DOS PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL  
SISTÊMICA NO PSF CIDADÃO SAUDÁVEL, SÃO GERALDO, MINAS GERAIS.**

**JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS**

**2015**

**PEDRO MEJIAS GONZALEZ**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA ESTIMULO A ADESÃO AO TRATAMENTO  
FARMACOLÓGICO DOS PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL  
SISTÊMICA NO PSF CIDADÃO SAUDÁVEL, SÃO GERALDO, MINAS GERAIS.**

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

**Orientador:** Profa. Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira

**JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS**

**2015**

**PEDRO MEJIAS GONZALEZ**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA ESTIMULO A ADESÃO AO TRATAMENTO  
FARMACOLÓGICO DOS PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL  
SISTÊMICA NO PSF CIDADÃO SAUDÁVEL, SÃO GERALDO, MINAS GERAIS.**

**Banca examinadora**

Prof. Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira (Orientador)

Prof. Daniela Coelho Zazá (Examinador)

Aprovado em Belo Horizonte, em        de        2015.

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabalho aos meus queridos filhos, Marlenys e Pedro, razões do meu viver.

À minha família e colegas de trabalho.

Aos Governos de Brasil e Cuba, que através do Programa Mais Médicos, me propiciaram ajudar a melhorar a qualidade de vida do povo brasileiro.

## **AGRADECIMENTOS**

A DEUS por me proporcionar grandes oportunidades em minha vida.

A minha família pelo incentivo ao trabalho e aos estudos.

A minha orientadora pelo auxílio e dedicação.

Aos meus colegas pela cumplicidade.

A equipe do PSF Cidadão Saudável pela recepção calorosa e pelos ótimos momentos de trabalho.

**Nas grandes batalhas da vida, o primeiro passo para a vitória é o desejo de vencer.**

**(Mahatma Gandhi)**

## RESUMO

As doenças cardiovasculares são importantes causas de morbimortalidade, aumentam progressivamente com o aumento da pressão arterial e geram altos custos econômicos. O controle adequado dos pacientes com hipertensão deve ser uma das prioridades da Atenção Básica de Saúde. O trabalho teve como objetivo elaborar uma proposta de intervenção para o enfrentamento de um problema, considerado prioritário da equipe de saúde da família Cidadão Saudável: a baixa adesão dos usuários, com Hipertensão Arterial Sistêmica, inscritos no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) em relação ao tratamento farmacológico instituído. Para a construção da proposta de intervenção realizou-se um levantamento bibliográfico sobre o tema junto às bases de dados informatizadas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e o diagnóstico da instituição, para conhecer os fatores que dificultavam 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 de agravos à saúde dos pacientes. Espera-se com este trabalho um acompanhamento mais efetivo dos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica na área de abrangência de atendimento desta equipe.

**Palavras chave:** Hipertensão. Fatores de Risco. Adesão à Medicação. Saúde da Família.

## **ABSTRACT**

The cardiovascular diseases are important causes of morbidity and mortality and generate high economic costs, and that increase progressively with increasing blood pressure. The adequate control of patients with Hypertension should be a priority for Primary Care. This paper had the main objective of proposing an intervention for the solution of a priority problem for the family health team Cidadão Saudável, namely the low adherence of patients whit hypertension enrolled in a specific database (HIPERDIA) to the treatment plan. For the construction of the proposed intervention performed a literature review on the topic together with the computerized databases of the Virtual Health Library (VHL) 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. A more effective follow-up of patient with hypertension in the area covered by the family health team Cidadão Saudável expected after the execution of the proposed Plan of Action.

**Keywords:** Hypertension. Risk Factors. Medication Adherence. Family Health.



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos) .....	22
-----------------	--	----

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b>	Parâmetros de assistência para os usuários com hipertensão arterial sistêmica, por estrato e procedimento na atenção primária à saúde .....	29
<b>Quadro 2</b>	Priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional. PSF Cidadão Saudável, São Geraldo-MG .....	31
<b>Quadro 3</b>	“Descritores do problema Baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão Arterial”. PSF Cidadão Saudável, 2014 .....	32
<b>Quadro 4</b>	Desenho de operações para os “nós críticos” do problema “A baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão Arterial” .....	34
<b>Quadro 5</b>	Operação projetos e os recursos críticos .....	36
<b>Quadro 6</b>	Propostas de ações para a motivação dos atores .....	37
<b>Quadro 7</b>	Elaboração do Plano Operativo .....	40
<b>Quadro 8</b>	Acompanhamento do plano de ação .....	41

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário da Saúde
ACC	Antagonistas dos canais de cálcio.
APS	Atenção Primária a Saúde
BRA	Bloqueadores do receptor da Angiotensina II
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CHDM	Centro Hipertensão Minas
CMS	Conselho Municipal de Saúde
DCV	Doença Cérebro Vascular
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERTENSÃO	Sistema de cadastramento e acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IECA	Inibidores da enzima conversora da angiotensina.
PA	Pressão Arterial
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa Saúde Família
MG	Minas Gerais
MS	Ministério de Saúde
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIM	Sistema de informações sobre mortalidade do Ministério da Saúde
SESMG	Secretaria Estadual de Saúde Minas Gerais.
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMARIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>16</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>18</b>
3.1	Objetivo geral .....	18
3.2	Objetivos específicos .....	18
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>19</b>
<b>5</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>21</b>
5.1	Hipertensão Arterial sistêmica .....	21
5.2	Tratamento Anti-hipertensivo .....	23
5.3	Fatores associados a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica .....	24
<b>6</b>	<b>PROPOSTA DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>27</b>
6.1	Diagnóstico situacional .....	27
6.2	Hiperdia .....	28
6.3	Passo a passo da intervenção .....	30
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>43</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>44</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A história de São Geraldo começa muito antes da história da cidade. Inicia-se numa época em que os habitantes eram os índios Coroados (Croados), Coropós (Cropós), Puris e os Caetés que viviam às margens do rio do mesmo nome. A origem da cidade está ligada principalmente à estação Estrada de Ferro Leopoldina, construída em terras doada por fazendeiros locais e inaugurada em 1880 por D. Pedro II que aqui esteve com sua esposa. No entanto, o nome São Geraldo tem origem histórica bem mais antiga e raízes mais profundas quando aplicado à localidade e à religião.

O município de São Geraldo está inserido na mesorregião da Zona da Mata, fazendo parte da microrregião de Ubá, tem uma área de aproximadamente 185 Km<sup>2</sup> e uma população de 10.263 habitantes, segundo censo do IBGE (2010). O Município situa-se a sudeste do estado de Minas Gerais, limitando-se ao norte com o município de Coimbra, a leste com os municípios de Ervália e Guiricema, a oeste com o município de Paula Cândido e ao sul com o município de Visconde do Rio Branco.

Entre 2000 e 2010, a população de São Geraldo teve uma taxa média de crescimento anual de 2,89%. Na década anterior, de 1991 a 2000, a taxa média de crescimento anual foi de -0,11%. No Estado, estas taxas foram de 1,01% entre 2000 e 2010 e 1,01% entre 1991 e 2000. No país, foram de 1,01% entre 2000 e 2010 e 1,02% entre 1991 e 2000. Nas últimas duas décadas, a taxa de urbanização cresceu 39,67%. Neste mesmo período, a razão de dependência de São Geraldo passou de 55,72% para 45,31% e o índice de envelhecimento evoluiu de 10,12% para 10,36%. Entre 1991 e 2000, a razão de dependência foi de 64,90% para 55,72%, enquanto o índice de envelhecimento evoluiu de 8,89% para 10,12% (RODRIGUES, 2014).

O Conselho municipal de Saúde (CMS) é o órgão de planejamento, coordenação, execução e controle das atividades relacionadas com a saúde. Foi criado em 1993, por meio da lei nº1142 de 1993, é paritário, sendo metade dos conselheiros representantes do governo, prestadores de serviço conveniados ao SUS e profissionais de saúde e, a outra metade, representantes de usuários. O CMS é composto por 16 conselheiros. Suas reuniões ordinárias são mensais.

De acordo com Faria *et al.* (2008) a Saúde da Família é definida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial de saúde no Brasil, que possui

como diretriz a adstrição da clientela, visita domiciliar, cadastramento, trabalho em equipe, caráter substitutivo, entre outros. É operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Na Estratégia Saúde da Família a atenção básica é considerada a porta de entrada do usuário no sistema de saúde, sendo garantido o direito de acesso e de atendimento integral, em uma rede regionalizada e hierarquizada. As abordagens desse território pelas equipes de saúde, deve se dar através da realização do diagnóstico situacional de saúde, onde são identificados perfis de morbimortalidade da área de abrangência, como seus aspectos demográficos; os riscos e vulnerabilidades epidemiológicos; e nos contextos sociais, mas em especial, devem-se considerar as potencialidades existentes na comunidade, e suas singularidades no modo de levar a vida e manutenção da saúde.

O acesso à Unidade Básica de Saúde Santo Antônio é feito através de transporte público, particular e/ou a pé, sendo a última, a forma mais utilizada pelos usuários. São oferecidos serviços de acolhimento, vacinação, consultas médicas e de enfermagem, entrega de medicamentos, 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 adscrita tem um total de 980 famílias com 2801 pessoas, a Equipe de Saúde da Família é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde (ACS), um dentista, um auxiliar de cirurgião dentista (ACD), sendo uma ESF com saúde bucal (modalidade I) e mista, pois compreende uma área rural e uma urbana. Além de profissionais como Psicólogo, Assistente Social, Fisioterapeuta, Nutricionista e Técnico em Farmácia do Núcleo de Apoio à 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 onde 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 de incapacidade, recebe visita domiciliar, pelo médico, enfermeiro, dentista, técnico em enfermagem, dentre outros profissionais. Tais visitas são agendadas previamente pelas agentes

comunitárias de saúde que estão dia-a-dia nas suas respectivas microáreas realizando um trabalho imprescindível de captação de enfermos, de cuidado com a saúde, de educação para a saúde e de orientação ao usuário; ou por qualquer outro profissional que, em consulta, sente a necessidade junto ao usuário de realizar a visita domiciliar.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença não transmissível de alta prevalência, que atinge a população adulta, podendo afetar até 50% da população idosa. A maioria dos pacientes com HAS identificados na comunidade apresentam fatores de risco como obesidade, tabagismo, etilismo, estresse, sedentarismo e são pacientes idosos. Esta situação atinge todo o Brasil onde as doenças cardiovasculares são as causas de 250.000 mortes por ano. A HAS vem sendo o mais comum e importante fator de risco para as doenças cardiovasculares, e tem com elas uma relação contínua e progressiva (MACHADO, 2011).

Durante o acompanhamento das reuniões de hipertensos, pode-se observar que a presença nestas reuniões é motivada pela busca de medicação e para aferição da pressão arterial, mais parece não existir preocupação em aderir aos cuidados não medicamentosos do controle da hipertensão, o que renova a importância de entender os motivadores para adesão ao tratamento medicamentoso de HAS e construir formas eficazes de intervenção.

O objetivo desse trabalho foi propor um plano de intervenção com vistas à melhoria da adesão ao tratamento farmacológico de usuários com HAS na área de abrangência do PSF Cidadão Saudável, Município São Geraldo, problema identificado no diagnóstico situacional realizado.

## 2 JUSTIFICATIVA

Nas estatísticas de saúde pública percebe-se que a HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerado um dos principais fatores de risco modificáveis, e um dos mais importantes problemas de saúde pública, como citado nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (NOBRE *et al.*, 2010).

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, à frente das neoplasias, responsáveis por 16,7%.

Por esses e outros motivos, o controle adequado dos pacientes com HAS deve ser prioridade na Atenção Básica a partir do princípio de que o diagnóstico precoce, o bom controle e o tratamento adequado dessa afecção são essenciais para diminuição dos eventos cardiovasculares e de possível alcance com os recursos disponíveis.

Segundo Costa *et al.* (2009) se justifica a preocupação com a assistência à saúde dos indivíduos acometidos por HAS porque, se não tratada adequadamente, ocorrem frequentes agudizações e podem ocorrer outras comorbidades que levam a sequelas graves, como Doença Cérebro Vascular (DCV), condição muitas vezes silenciosa ou que pode atacar sem aviso, ressaltando a importância da prevenção.

Este aspecto gera uma motivação para a realização deste trabalho porque se faz urgente para os profissionais de saúde da família que lidam diretamente com esta clientela, compreender melhor os riscos no intuito de realizar um trabalho mais efetivo, de promoção e prevenção.

Na área de abrangência do PSF Cidadão Saudável há 420 hipertensos cadastrados no HIPERDIA, o que representa 14.9% da população local, baseado nos registros de equipe e Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Dos 420 pacientes hipertensos cadastrados no Programa HIPERDIA, apenas 249 (59,2%) 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 através da visita domiciliar.

Um dos problemas mais enfrentado pela equipe é a grande demanda por atendimento de pacientes hipertensos com pressão arterial descompensada, que



sobrecarregam 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 possibilite melhora das condições da saúde e de vida da população adscrita, reduza a morbimortalidade relacionada às Doenças Cardiovasculares e, indiretamente, os custos médicos e socioeconômicos relacionados ao mau controle desses pacientes.

A conscientização da população, pela equipe de saúde, mediante a educação permanente e atividades de promoção e prevenção de saúde é necessária; o cumprimento das ações de saúde programadas pela equipe e a busca de forma ativa dos pacientes faltosos às consultas são muito importante. É fundamental, também, que a equipe conheça sua população, que faça o cadastro sistemático de todos os pacientes da área de abrangência, que identifique aqueles que têm risco aumentado para HAS (COSTA *et al.*, 2009).

Baseado nisto, o PSF Cidadão Saudável compreendeu a necessidade existente de desenvolver uma proposta de intervenção para modificar a situação vivenciada. 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.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 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 do PSF Cidadão Saudável, Município São Geraldo, MG.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Realizar uma revisão de literatura sobre o tema;
- Identificar as pessoas com dificuldade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no PSF Cidadão Saudável, município São Geraldo;
- 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.

## 4 METODOLOGIA

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

O diagnóstico situacional foi a primeira etapa concluída e foi realizado 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 (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Os dados levantados foram coletados nos registros da equipe, fontes secundárias, em entrevistas com informantes-chave da área de abrangência e na observação ativa do território e dos serviços oferecidos. Os dados posteriormente foram analisados e interpretados para a conclusão do diagnóstico situacional. Vários problemas foram identificados pela equipe Cidadão Saudável durante o diagnóstico situacional, mas foi considerado prioritário aquele que a equipe viu ser possível trabalhar com ele.

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-chaves: hipertensão arterial, adesão, medicação, atenção primária à saúde. Foram selecionados os estudos atualizados. Na análise foram identificados artigos, teses, 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 e 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).

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A HAS é um dos problemas de saúde pública mais importante no mundo, já que é um importante fator de risco para a ocorrência do acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio. Apesar de apresentar alta prevalência ainda existe uma grande porcentagem de indivíduos que desconhecem serem portadores da HAS. Dos pacientes que sabem do diagnóstico, cerca de 40% ainda não estão em tratamento. Além disso, apenas uma pequena parcela dos pacientes está com os níveis de pressão arterial devidamente controlado (BASSEGIO *et al.*, 2010).

A hipertensão arterial é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente. Essa multiplicidade de consequências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos (BASSEGIO *et al.*, 2010).

No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas. Além disso, essas doenças foram a primeira causa de hospitalização no setor público, entre 1996 e 1999, e responderam por 17% das internações de pessoas com idade entre 40 e 59 anos e 29% daquelas com 60 anos ou mais. Portanto, em decorrência da alta morbimortalidade associada à HAS e dos custos elevados para o seu tratamento (principalmente o custo de suas consequências), torna-se imprescindível um diagnóstico e o tratamento adequados para a modificação da história natural da doença hipertensiva (NOBRE *et al.*, 2010).

Nos países em desenvolvimento, o crescimento da população idosa e o aumento da longevidade, associados a mudanças nos padrões alimentares e no estilo de vida, têm forte repercussão sobre o padrão de morbimortalidade. No Brasil, projeções da Organização das Nações Unidas (2002) indicam que a mediana da idade populacional passará, de 25,4 anos em 2000 a 38,2 anos em 2050. Uma das consequências desse envelhecimento populacional é o aumento das prevalências de doenças crônicas, entre elas a hipertensão (NOBRE *et al.*, 2010).

Estudos epidemiológicos de base populacional são fundamentais para se conhecer a distribuição da exposição e do adoecimento por hipertensão no país e os fatores e condições que influenciam a dinâmica desses padrões de risco na comunidade. A identificação dos maiores fatores de risco para doenças cardiovasculares, de estratégias de controle efetivas e combinadas com educação comunitária e monitoramento-alvo dos indivíduos de alto risco contribuíram para uma queda substancial na mortalidade, em quase todos os países desenvolvidos (LIMA *et al.*, 2009).

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, 2007). A tabela 1 apresenta a classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos).

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

<b>Classificação da PA</b>	<b>PA sistólica (mmHg)</b>	<b>PA diastólica (mmHg)</b>
<b>Ótima</b>	<120	<80
<b>Normal</b>	< 130	< 85
<b>Limítrofe</b>	130-139	85-89
<b>Hipertensão estágio 1</b>	140–159	90–99
<b>Hipertensão estágio 2</b>	160-179	100-109
<b>Hipertensão estágio 3</b>	> 180	> 110
<b>Hipertensão sistólica isolada</b>	> 140	< 90

Fonte: V Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial, 2006.

## 5.2 Tratamento Anti-hipertensivo

De acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão em revisão dos estudos de base populacional da última década no país, a hipertensão arterial em adultos brasileiros atinge patamares que demonstram a necessidade de intervenção imediata da Saúde Pública, tanto na atenção em saúde como na tomada de medidas preventivas que visem à abordagem global dos fatores de risco para doenças cardiovasculares (NOBRE *et al.*, 2010).

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).

O tratamento anti-hipertensivo deve ser individualizado e a escolha inicial do medicamento como monoterapia deve basear-se nos seguintes aspectos: capacidade de o agente escolhido reduzir morbidade e mortalidade cardiovasculares; perfil de segurança do medicamento; mecanismo fisiopatogênico predominante no paciente a ser tratado; características individuais e doenças associadas. Com base nesses critérios, as classes de anti-hipertensivos atualmente considerados preferenciais para o controle da PA em monoterapia inicial são os diuréticos, betabloqueadores, bloqueadores dos canais de cálcio, inibidores da ECA e bloqueadores do receptor AT1 (NOBRE *et al.*, 2010).

Fuchs (2004) afirma que a maioria dos eventos cardiovasculares ocorre em indivíduos com alterações leves dos fatores de risco que, se deixados sem tratamento por muitos anos, podem produzir uma doença manifesta. Vários estudos epidemiológicos e ensaios clínicos já demonstraram a drástica redução da morbimortalidade cardiovascular com o tratamento da hipertensão arterial. Existe boa evidência médica de que medidas de pressão arterial podem identificar adultos com maior risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, em razão da

hipertensão. Diretrizes de serviços preventivos dos Estados Unidos da América e do Canadá recomendam o rastreamento sistemático da hipertensão em adultos, dados os benefícios do tratamento precoce.

### **5.3 Fatores associados a não adesão ao tratamento da 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. Grande parte dos pacientes internados em unidades coronarianas e cardíacas de tratamentos intensivos tem como doença base a HAS e diabetes mellitus, despertando assim, o interesse em pesquisar a razão pela qual o paciente hipertenso não adere ao seu tratamento (BOSSAY *et al.*, 2006).

O principal fator que determina um baixo controle da HAS se dá em tratar de uma doença de aparecimento assintomático, sendo assim seu diagnóstico e tratamento acabam sendo frequentemente negligenciado, associando a baixa adesão, por parte do paciente ao tratamento prescrito (BOSSAY *et al.*, 2006).

É importante salientar, que um número substancial de pacientes hipertensos acabam abandonando o tratamento depois de alguns meses, em função de vários fatores ligados a problemas financeiros ou falta de informação sobre a importância da manutenção do tratamento pelo resto da vida. É preciso ter em mente que 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 (ANDRADE *et al.*, 2006).

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 (ALMEIDA, 2004).

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, 2007).

Segundo Machado (2011), o maior desafio da HAS é a adesão dos pacientes ao seu tratamento, 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, mudança do estilo de vida, seguimento de dietas, uso de equipamentos, havendo concordância e compreensão entre pacientes e médicos.

Péres, Magna e Viana (2003), ao realizarem estudo exploratório com 32 pacientes hipertensos atendidos em duas unidades de saúde do Município de Ribeirão Preto, SP, constataram que os aspectos psicossociais e as crenças de saúde interferem diretamente no conhecimento que o paciente tem sobre a doença hipertensiva e nas práticas de saúde adotadas. Ressaltando que é importante propor novas formas de orientação aos pacientes com hipertensão arterial.

Bossay *et al.* (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 HAS 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 na 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.

Segundo Andrade *et al.* (2006) a identificação de efeitos colaterais ao tratamento farmacológico relacionado ao consumo de álcool, representa a segunda causa de abandono. Embora os pacientes hipertensos devam ser orientados a reduzir a ingestão de álcool, é preciso rever a forma como essa orientação tem sido passada, pois é possível que esteja ocorrendo uma má interpretação, especialmente pelos pacientes do sexo masculino.

Também de acordo com Machado (2011), não se pode proibir um hipertenso de beber uma cerveja para o resto da vida, mas é preciso analisar o caso específico para saber a melhor forma de proceder. Para os hipertensos do sexo masculino que fazem uso de bebida alcoólica, é aconselhável que o consumo não ultrapasse 30 ml

de etanol/dia, contidos em 60 ml de bebidas destiladas (uísque, vodca, aguardente, etc.), 240 ml de vinho, ou 720 ml de cerveja.

Como exposto por Lima *et al.* (2009), as consequências causadas pela não adesão ao tratamento adequado da HAS, são fatores importantes para uma das maiores causas de morbimortalidade universal, tornando-se assim, um dos mais prevalentes fatores de 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.

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 *et al.*, 2006).

A equipe do PSF no trabalho do grupo operativo de HAS desenvolve atividades 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 hipertenso. Também se brinda conhecimento teórico e prático sobre as diferentes atividades para prevenir a doença e complicações.

## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

### 6.1 Diagnóstico situacional

Os problemas identificados foram selecionados a partir da observação situacional e também da análise das fontes de dados disponíveis a partir das fichas de produção diária e mensal da Equipe PSF Cidadão Saudável.

Essas fichas especificam o número de atendimentos, os principais diagnósticos de cada consulta, as estratégias realizadas (solicitação de exames, encaminhamentos para especialidades), a idade e a procedência dos pacientes, que possibilitaram a listagem dos problemas relacionados. A classificação das prioridades foi feita a partir da análise dos seguintes pontos: importância do problema (alto, médio, baixo), urgência e capacidade de enfrentamento. A partir disso, foi selecionado o problema de maior prioridade pelo resultado da aplicação dos critérios acima referidos. Dessa forma, a baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com HAS foi citado como o principal problema a ser resolvido. Esses pacientes estão descontrolados do ponto de vista de irregularidade do uso da medicação, negligência em relação a frequência as consultas periódicas e falta de adesão às mudanças de estilo de vida.

O problema em questão tem alta importância devido ao grande número de usuários hipertensos. Dos 2801 usuários 14,9% são hipertensos. Isso já infere o grau de urgência, pois são responsáveis por sobrecarregar a demanda espontânea da unidade com as descompensações da doença.

Na área de abrangência a HAS é uma doença de alta prevalência, que atinge a população adulta acima de 18 anos em cerca de até 15%. A maioria dos pacientes com HAS identificados na comunidade apresentam fatores de risco como obesidade, tabagismo, etilismo, estresse e sedentarismo.

Os dados correspondem com a nação onde as doenças cardiovasculares são responsáveis por mais de 250.000 mortes por ano, a HAS participa de quase a metade delas. A hipertensão vem sendo o mais comum e importante fator de risco para as doenças cardiovasculares.

A baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com HAS tem muito impacto na comunidade, pois a hipertensão é o fator de risco mais importante das doenças cardiovasculares. Avaliando a solução deste problema, pode ser

resolvido com poucos recursos. É necessário trabalho da equipe de saúde baseado em atividades educativas de promoção e prevenção com pacientes.

## **6.2 Hiperdia**

O Hiperdia destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de HAS e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados. O sistema envia dados para o Cartão Nacional de Saúde, funcionalidade que garante a identificação única do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS).

Tem como benefício orientar os gestores públicos na adoção de estratégias de intervenção e permitir conhecer o perfil epidemiológico da HAS e do diabetes mellitus na população. Cadastra e acompanha a situação dos portadores de HAS e/ou diabetes mellitus em todo o país; gera informações fundamentais para os gerentes locais, gestores das secretarias e Ministério da Saúde; disponibiliza informações de acesso público com exceção da identificação do portador e envia dados ao CadSUS (BRASIL, 2011).

O Programa Hiperdia Minas, estabelecido conforme Resolução SES Nº 2606 de 07 de Dezembro de 2010, tem como missão coordenar a estruturação da rede de atenção à saúde da população com HAS, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares e doença renal crônica, por meio de um sistema regionalizado e integrado de ações em saúde. Como resultado, espera-se que esse programa possibilite o aumento da longevidade da população mineira, acompanhado da melhoria de sua qualidade de vida, por meio de intervenções capazes de diminuir a morbimortalidade por essas patologias (MINAS GERAIS, 2010).

Em nível de Atenção Primária à Saúde (APS), a Rede Hiperdia Minas ancora-se na prática de novas diretrizes clínicas, especialmente pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família. Elaborou-se uma linha-guia baseada na abordagem populacional dessas condições crônicas, as quais foram estratificadas e, a partir disso, determinou-se toda a organização da assistência, ou seja, as competências da APS, as atribuições dos seus profissionais e a atenção programada a esses usuários (MINAS GERAIS, 2010).

Em nível de Atenção Secundária à Saúde, a Rede Hiperdia Minas tem como uma de suas principais estratégias a implantação de Centros de Atenção Secundária para usuários com essas condições crônicas e maior complexidade, denominados Centros Hiperdia Minas (CHDM). Os objetivos gerais dos CHDM são: reduzir a mortalidade e as complicações preveníveis por HAS, diabetes mellitus, doença cardiovascular e doença renal crônica e melhorar a qualidade de vida dos usuários com essa condição na população coberta (MINAS GERAIS, 2010).

Em nível de Atenção Terciária à Saúde, a Rede Hiperdia Minas propicia um suporte aos usuários com hipertensão arterial sistêmica, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus e doença renal crônica em situação de urgência e emergência e de mais alta complexidade, por meio de redes parceiras, as quais disponibilizam exames e procedimentos que exijam maior densidade tecnológica (MINAS GERAIS, 2010).

A atenção programada é uma importante ferramenta de gestão da clínica. Esse instrumento subsidia a organização do processo de trabalho da equipe de saúde e permite a observação dos princípios da eficiência na utilização dos recursos disponíveis e da equidade na atenção aos usuários; possibilita a adesão ao tratamento e a prevenção das complicações, da ocorrência de agudizações dessas condições crônicas, das hospitalizações e da mortalidade (MAFRA *et al.*, 2008).

A programação local deve ser elaborada em cada ponto de atenção à saúde de uma rede de atenção. A programação local deve ser feita idealmente com periodicidade anual, utilizando-se os parâmetros de prevalência, programação e assistência (FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009). O quadro 1 apresenta os parâmetros de assistência para os usuários com HAS, por estrato e procedimento na atenção primária à saúde.

**Quadro 1:** Parâmetros de assistência para os usuários com hipertensão arterial sistêmica, por estrato e procedimento na atenção primária à saúde.

<b>Procedimento previsto</b>	<b>Baixo risco cardiovascular global (40% dos usuários)</b>	<b>Moderado risco cardiovascular global (35% dos usuários)</b>	<b>Alto risco cardiovascular global (25% dos usuários)</b>
<b>Consulta médica</b>	2 consultas/ano	3 consultas/ano	3 consultas/ano
<b>Consulta de</b>	2 consultas/ano	4 consultas/ano	2 consultas/ano

<b>enfermagem</b>			
<b>Grupo Operativo</b>	4 atividades/ano	4 atividades/ano	4 atividades/ano
<b>Visita domiciliar pelo ACS</b>	12 visitas/ano	12 visitas/ano	12 visitas/ano
<b>Electrocardiograma</b>	1 a cada 3 anos	1 a cada ano	1 a cada ano
<b>Fundoscopia</b>	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano
<b>Raio X de tórax</b>	1 a cada 2 anos	1 a cada ano	1 a cada ano

Fonte: Coordenadoria da Rede de Hipertensão e Diabetes da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2013.

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) é utilizado como um instrumento de gestão para identificação e resolução de problemas, no qual se inserem atores sociais que participam efetivamente da situação. O PES possibilita a explicação de um problema a partir da visão do ator que o declara, a identificação das possíveis causas e a busca por diferentes modos de abordar e propor soluções. Na Estratégia de Saúde da Família, é necessário lançar mão de ferramentas como o PES para possibilitar a execução das etapas a serem seguidas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

### 6.3 Passo a passo da intervenção

De acordo com Campos, Faria e Santos (2010), depois de discutido e realizado o diagnóstico situacional, é necessário que se construa uma proposta de intervenção na área de abrangência, para definição das ações, implementação e enfrentamento dos problemas identificados, seguindo passo a passo. A Proposta de intervenção para o PSF Cidadão Saudável foi elaborada por meio do Planejamento Estratégico Situacional Simplificado, de acordo com os passos a seguir.

#### ➤ Primeiro passo

Após diagnóstico situacional foram selecionados os seguintes problemas da área de abrangência do PSF Cidadão Saudável, Município São Geraldo, MG: baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com HAS; alta prevalência de HAS e Diabetes Mellitus; desconhecimento das doenças crônicas e suas

complicações; pouca adesão aos projetos e atividades educativas; alto índice de drogadição e alcoolismo; alta incidência de doenças psiquiátricas e consumo de psicofármacos; presença de gravidez em adolescentes; alta incidência de parasitismo intestinal e; baixa condição socioeconômica.

➤ **Segundo passo**

No segundo passo foi realizada a priorização dos problemas. Os problemas foram priorizados pelo PSF Cidadão Saudável considerando os seguintes critérios: importância, urgência e principalmente pela capacidade de enfrentamento pela equipe de saúde. O quadro 2 mostra a priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional do PSF Cidadão Saudável, São Geraldo-MG.

**Quadro 2:** Priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional do PSF Cidadão Saudável, São Geraldo-MG.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com HAS.	Alta	9	Parcial	1
Alta prevalência de HAS e Diabetes Mellitus	Alta	9	Parcial	2
Desconhecimento das doenças crônicas e suas complicações.	Alta	8	Parcial	3
Pouca adesão a os projetos e atividades educativas	Alta	8	Parcial	4
Alto índice de drogadição e alcoolismo.	Alta	7	Parcial	5
Alta incidência de doenças psiquiátricas e consumo de psicofármacos.	Alta	6	Parcial	6
Presença de gravidez em adolescentes.	Alta	5	Parcial	7
Alta incidência de parasitismo intestinal.	Alta	7	Parcial	8
Baixa condição	Alta	4	Fora	9

socioeconômica.				
-----------------	--	--	--	--

Fonte: próprio autor, 2015.

### ➤ Terceiro passo

Após a priorização dos problemas foi feita a descrição do problema selecionado. O problema selecionado foi a baixa adesão ao tratamento da HAS. Dos 2801 usuários 14,9% são hipertensos, mas apenas 8,9% aderiram ao tratamento. O quadro 3 mostra a descrição do problema selecionado.

**Quadro 3:** “Descritores do problema Baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com Hipertensão Arterial” do PSF Cidadão Saudável, 2014.

DESCRITORES	VALORES	FONTES
Hipertensos cadastrados	420	SIAB 2014
Hipertensos com adesão ao tratamento	249	Registros da equipe

### ➤ Quarto passo

O quarto passo tem como objetivo entender a gênese do problema que se pretende enfrentar a partir da identificação das suas causas. No PSF temos 420 pacientes hipertensos cadastrados. O controle dos fatores de risco é imprescindível para a redução das complicações fatais e não fatais das doenças cardiovasculares. Nem todos os pacientes cadastrados estão sendo controlados pelos protocolos de Hipertensão Arterial do Ministério de Saúde, conseqüentemente percebe-se que muitos pacientes não recebem acompanhamento. Em conseqüência disso muitos acabam não aderindo ao tratamento.

Os fatores que influenciam negativamente a adesão ao tratamento medicamentoso da HAS são: baixo nível de conhecimento e informação sobre HAS, necessidade de mudança de estilo de vida, ausência de sintomas, complexidade do regime terapêutico, pouca adesão a projetos e atividades educativas, variáveis sociodemográficas, crenças de saúde, hábitos de vida e aspectos culturais, e idade do paciente.



➤ **Quinto passo**

No quinto passo a equipe realizou uma análise capaz de identificar entre as várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema. Para realizar essa análise utilizou-se o conceito de “no critico”. Para Campos, Faria e Santos (2010, p.65), o “no critico” é “um tipo de causa de um problema que, quando atacada, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo”. Na presente proposta elencaram-se três nós críticos relacionado aos usuários com Hipertensão Arterial que estão descritos no quadro 4.

➤ **Sexto passo**

No sexto passo, momento normativo, foi realizado o desenho das operações, considerando os seguintes objetivos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010):

1. Descrever as operações utilizadas para enfrentar as causas selecionadas como nós críticos;
2. Identificar os produtos e resultados para cada operação;
3. Identificar os recursos necessários para a concretização das operações.

No quadro 4 estão apresentados os desenhos das operações para os nós críticos selecionados.

**Quadro 4:** 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
Baixo nível de informação e conhecimento da população acerca da Hipertensão Arterial	<p><b>Bem Informado</b></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 a terapia medicamentosa)</p> <p>Equipe 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><b>Cognitivo:</b> Informação sobre os temas que serão apresentados no grupo e nas capacitações, elaboração do projeto, estratégia de comunicação e pedagogia.</p> <p><b>Político:</b> Articulação intersetorial.</p> <p>Adesão dos profissionais, mobilização social.</p> <p><b>Financeiro:</b> Recursos audiovisuais, Folhetos educativos.</p> <p><b>Organizacional:</b> Organização da agenda dos profissionais, aquisição da estrutura física adequada para desenvolver os trabalhos.</p>
Não seguimento das recomendações dos protocolos clínicos (ministerial, estadual e municipal) pelos profissionais da equipe de saúde da família, propostas para o	<p><b>Utilizar os protocolos</b></p> <p>Implementação do protocolo municipal existente para assistência ao Programa de Hipertensão Arterial.</p>	<p>Satisfação dos usuários;</p> <p>cumprimento dos protocolos clínicos para Hipertensão Arterial; assistência adequada e padronizada para os usuários cadastrados no Programa de HIPERDIA; alcance</p>	<p>Protocolo de atendimento a Hipertensão Arterial implementado pela ESF/Capacitação da equipe a respeito do Protocolo para Hipertensão Arterial.</p>	<p><b>Cognitivo:</b> Conhecimento sobre os protocolos (ministerial e municipal) para o Programa de Hipertensão Arterial.</p> <p><b>Político:</b> Articulação intersetorial.</p> <p>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 equipe quanto aos protocolos, adesão dos profissionais.</p>

programa de Hipertensão Arterial.		das metas preconizadas para o bom controle clínico de pacientes hipertensos; recursos melhor aproveitados.		<p><b>Financeiro:</b> Aquisição dos protocolos impressos para os integrantes da ESF, recursos necessários para a estruturação do serviço.</p> <p><b>Organizacional:</b> Estrutura física adequada para realizar os atendimentos, recursos humanos que compõem a ESF, organização da agenda dos profissionais.</p>
Processo de trabalho da equipe inadequado para enfrentar o problema	<p><b>Linha de cuidado</b> Implantar a linha de cuidado para o paciente portador de Hipertensão Arterial, incluindo mecanismos de referência e contra referência, controle do comparecimento nas consultas médicas e nos grupos operativos, e intercorrências.</p>	Cobertura de 100% da população com Hipertensão Arterial com garantia de atendimento e acompanhamento	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><b>Cognitivo:</b> Elaboração do projeto linha de cuidado.</p> <p><b>Político:</b> Articulação intersetorial. Adesão dos profissionais.</p> <p><b>Financeiro:</b> Aumentar a oferta de exames, consultas e medicamentos.</p> <p><b>Organizacional:</b> Adequação de fluxos (referência e contra referência).</p>

Fonte: próprio autor, 2015.

### ➤ Sétimo passo

O objetivo do sétimo passo é identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação. Esses recursos encontram-se no Quadro 5.

**Quadro 5** : Recursos críticos.

<b>Operação/projeto</b>	<b>Recursos necessários</b>
<b>Bem informado</b>	<b>Financeiro:</b> Aquisição dos equipamentos audiovisuais, folhetos educativos. <b>Político:</b> Articulação intersetorial. Adesão dos profissionais, mobilização social.
<b>Utilizar os protocolos</b>	<b>Político:</b> 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 à os protocolos, adesão dos profissionais. <b>Financeiro:</b> Aquisição dos protocolos impressos para os integrantes da ESF. <b>Organizacional:</b> Estrutura física adequada para realizar os atendimentos, recursos humanos (ESF completa).
<b>Linha de cuidado</b>	<b>Cognitivo:</b> Elaboração do projeto linha de cuidado. <b>Político:</b> Articulação intersetorial. Adesão dos profissionais. <b>Financeiro:</b> Aumentar a oferta de exames, consultas e medicamentos. <b>Organizacional:</b> Adequação de fluxos (referência e contra referência).

Fonte: próprio autor, 2015.

### ➤ Oitavo passo

No oitavo passo, momento estratégico, foi realizado a análise de viabilidade do plano. O autor que está planejando não controla todos os recursos necessários para a implementação de seu plano. Sendo assim, ele precisa identificar os atores que controlam os recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para, então, definir operações-ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). A síntese desse passo encontra-se apresentada no Quadro 6.

**Quadro 6** : Propostas de ações para a motivação dos atores.

Operação/ projeto	Recursos necessários	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
<p><b>Bem informado</b> Aumentar o nível de informação da população sobre a importância da adesão a terapia medicamentosa para hipertensão.</p>	<p>Político: Adesão dos profissionais</p> <p>Mobilização social.</p>	Profissionais de Saúde.	Favorável	Apresentar o projeto da Equipe
		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
<p><b>Utilizar os protocolos.</b> Implementação do protocolo municipal existente para assistência ao Programa de Hipertensão Arterial.</p>	<p>Político: Decisão de aumentar os recursos necessários para cumprimento do protocolo.</p>	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.	Coordenação da Atenção Primária de Saúde (APS).	Indiferente	Apresentar o projeto a Coordenação de APS e justificar a necessidade de capacitação dos profissionais.
	Adesão dos profissionais.	Profissionais de saúde.	Favorável	Não é necessária
	Financeiro: Aquisição dos protocolos impressos para os integrantes da ESF.	Coordenação da Atenção Primária de Saúde (APS).	Favorável	Não é necessária
	Organizacional Estrutura física adequada para realizar os atendimentos  Recursos Humanos (equipe completa)	Prefeitura Municipal/ Secretaria de saúde	Favorável	Não é necessária

			Indiferente	Apresentar aos gestores a necessidade de contratação para implementação dos protocolos
<p><b>Linha de cuidado</b>  Implantar a linha de cuidado para o paciente portador de Hipertensão Arterial, incluindo mecanismos de referência e contra referência, controle do comparecimento nas consultas médicas e nos grupos operativos, e intercorrências.</p>	<p>Organizacional:  Adequação de fluxos (referência e contra referência).</p>	<p>Secretaria Municipal de Saúde</p>	Favorável	<p>Reforçar com a Secretaria de Saúde a importância de todos os setores realizarem a referência e contra referência.</p>

Fonte: próprio autor, 2015.

➤ **Nono passo**

No nono passo, ainda no momento estratégico, consistiu na elaboração do plano operativo, com o objetivo de designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para execução das intervenções. O prazo proposto para realização do projeto foi de seis meses, de janeiro de 2015 a junho de 2015. A atribuição de tarefas e prazos encontra-se sumarizada no Quadro 7.

**Quadro 7:** Elaboração do Plano Operativo.

Operações	Resultados esperados	Produtos	Ação estratégica	Responsável	Prazo
<b>Bem informado</b>	População mais informada sobre Hipertensão Arterial (fatores de risco, prevenção, complicações e adesão a terapia medicamentosa)  ESF mais capacitada para lidar com as dificuldades do Programa de Hipertensão Arterial.	Grupo educativo periódico desenvolvido por equipe multiprofissional (ESF e NASF) abordando os assuntos sobre Hipertensão Arterial.  Capacitação da ESF sobre abordagem ao tema	Apresentar o projeto ao Coordenador da APS e a comunidade, repassando em reuniões comunitárias e associação de bairro.	Enfermeira. Agentes Comunitários Médico.	Início: em três meses Término: indeterminado
<b>Utilizar os protocolos</b>	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	Protocolo de atendimento a Hipertensão Arterial implementado pela ESF.  Capacitação da ESF a respeito do Protocolo para Hipertensão Arterial.	Apresentar aos gestores a necessidade de implementação dos protocolos de Hipertensão Arterial a lista de recursos necessários ao seguimento dos mesmos.  Apresentar o projeto a Coordenação de APS e	Médico Enfermeira.	Início: dois meses.



	controle clínico de pacientes hipertensos; recursos melhor aproveitados.		justificar a necessidade de capacitação dos profissionais.		
<b>Linha de cuidado</b>	Cobertura de 100% da população com Hipertensão Arterial com garantia de atendimento e acompanhamento	Linha de cuidado para paciente portador de Hipertensão Arterial; Recursos humanos capacitados; Gestão da linha de cuidado implantada, Planilhas preenchidas para identificação e acompanhamento.	Reforçar com a Secretaria de Saúde a importância de todos os setores realizarem a referência e contra referência.	Enfermeira.	Início: três meses.

Fonte: próprio autor, 2015.

### ➤ **Décimo passo**

No décimo 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. O quadro 8 apresenta a planilha de acompanhamento do plano de ação.

**Quadro 8:** Acompanhamento do plano de ação.

<b>Operação: bem informado</b>						
<b>Coordenação: enfermeira</b>						
<b>Operação</b>	<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo prazo</b>
Apresentação do Projeto	Programação Mensal	Enfermeira	Dez 2015			
Aumentar o Nível de Informação da população sobre Hipertensão	Programação mensal	Enfermeira	Jan a Dez 2015			

arterial						
Palestras Educativas	Programação mensal	Enfermeira	uma vez no mês			
Capacitação dos ACS	Programação mensal	Enfermeira	Durante 2 meses			
<b>Operação: utilizar os protocolos</b>						
<b>Coordenação: médico</b>						
<b>Operação</b>	<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo prazo</b>
Apresentação do Projeto	Programação Mensal	Médico	Jul 2015			
Cumprimento dos protocolos clínicos no Tratamento e acompanhamento dos hipertensos	Programação mensal	Médico	Jan a Fev 2015			
Capacitação dos médicos e enfermeira	Programação mensal		Durante 2 meses			
<b>Operação: cuidar melhor</b>						
<b>Coordenação: médico</b>						
<b>Operação</b>	<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo prazo</b>
Apresentação do Projeto	Programação mensal	Médico	Jan 2015			
Garantia de atendimento e acompanhamento 100% hipertensos	Programação mensal	Médico	Jan a Jun 2015			

Fonte: próprio autor, 2015.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS vem se comportando como a epidemia moderna nos dias atuais e se tornando um grande problema de saúde pública. Como relatado neste trabalho, esta doença está cada vez mais crescente na população adulta. Explorar este estudo se torna de fundamental importância, na qualidade de vida dos hipertensos.

Diante da baixa adesão ao tratamento da HAS no PSF Cidadão Saudável de São Geraldo, verificou-se que os fatores que influenciam negativamente a adesão ao tratamento medicamentoso da HAS são: baixo nível de conhecimento e informação sobre HAS, necessidade de mudança de estilo de vida, ausência de sintomas, complexidade do regime terapêutico, pouca adesão a projetos e atividades educativas, sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde, variáveis sociodemográficas, crenças de saúde, hábitos de vida e aspectos culturais, e idade do paciente.

Para melhorar a adesão ao tratamento, é importante que os serviços de saúde, principalmente o PSF trace estratégias de ação, que contribuam para o sucesso do tratamento e da afetividade das ações de saúde.

É de suma importância que os atendimentos desses clientes foquem na realidade apresentada pelos mesmos, de tal modo que eles possam encontrar na equipe apoio e confiança. Desta forma, esses clientes poderão ser capazes de mudar seus hábitos e estilos de vida, realizar o tratamento e desenvolver as práticas de autocuidado, visando prevenir complicações garantindo uma melhoria na qualidade de vida.

O plano de ação se mostra uma ferramenta extremamente útil para auxiliar a equipe de saúde a lidar com os problemas do dia a dia. Por meio dele levam-se em conta todas as variáveis conhecidas do problema em questão, facilitando sua resolução.

A elaboração do plano de intervenção no PSF Cidadão Saudável foi de suma importância para poder traçar metas e ações que proporcionam um atendimento humanizado a esses usuários, com a finalidade de manter seus níveis pressóricos normais seguindo os preceitos do Ministério da Saúde.

## REFERENCIAS

ALMEIDA, K. M. S. **Compreensão dos hipertensos sobre sua doença e motivação para o autocuidado em um grupo do PSF no município de Nova Cruz.** Monografia (Especialização em Saúde Coletiva). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2004.

ANDRADE J. P. *et al.* Aspectos Epidemiológicos da Aderência ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - Salvador. **Arquivo Brasileiro Cardiologia**, v.79, n.4, 375-9, 2006.

BASEGGIO E.C. *et al.* Avaliação do Risco Cardiovascular com Base na Escala de Framingham. **XII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica.** Universidade do Vale do Paraíba, 2010.

BOSSAY D. *et al.* 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, p.73-82, 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, 71p, 2007.

BRASIL. Portal Saúde. Ministério da Saúde. **'Saúde Não Tem Preço': inicia distribuição de remédios gratuitos contra hipertensão e diabetes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

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

COSTA G.D. *et al.* Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista brasileira de enfermagem**, v.62, n.1, p.11, 2009.

FARIA *et al.* **Modelo assistencial e a atenção básica à saúde.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 68p, 2008.

FERNANDES, L.C.L; BERTOLDI, A.D; BARROS, A.J.D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v.43, n.4, p.595-603, 2009.

FUCHS F.D. **Hipertensão arterial sistêmica.** In: Duncan B.B, Schmidt M.I, Giugliani E.R.J. *et al.* Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. Porto Alegre: Artmed, p.641-56, 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.

LIMA E COSTA, M.F.F; GUERRA, H.L; BARRETO, S.M; GUIMARÃES, R.M. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. **Informe Epidemiológico do SUS**, n.1, p.23-41, 2009.

MACHADO C. A. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Seção de Ligas de Hipertensão SBC/DHA**, 2011.

MAFRA, F.; OLIVEIRA, H. Avaliação do risco cardiovascular: metodologias e suas implicações na prática clínica. **Revista Port. Clínica Geral**,v.24(No.3) p.391-400 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria De Estado De Saúde De Minas Gerais (SESMG). **Atenção à Saúde do Adulto Hipertensão e Diabetes**. Belo Horizonte, 2010.

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

PÉRES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 5, São Paulo, 2003.

RODRIGUES, S.F. **Plano Municipal de Saúde**, São Geraldo, MG, 2014.

V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL (2006). **Arq. Bras. Cardiol.** v.89 n.3 São Paulo, 2007.