

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

JOSEFINA CRUZATA BRAVO

**PLANO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM PACIENTES COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL COM DIFICULDADE NA ADESAO
TERAPEUTICA DO MUNICIPIO DE IGREJA NOVA**

**MACEIO/ALAGOAS
2016**

JOSEFINA CRUZATA BRAVO

**PLANO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM PACIENTES COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL COM DIFICULDADE NA ADESAO
TERAPEUTICA DO MUNICIPIO DE IGREJA NOVA**

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

Orientadora: Prof.^a Andrea Fonseca e Silva

**MACEIO/ALAGOAS
2016**

JOSEFINA CRUZATA BRAVO

**PLANO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM PACIENTES COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL COM DIFICULDADE NA ADESAO
TERAPEUTICA DO MUNICIPIO DE IGREJA NOVA**

Banca examinadora

Examinadora: Prof.^a Andrea Fonseca e Silva

Examinadora: Fernanda Magalhães Duarte Rocha

Aprovado em Belo Horizonte, em / / de 2016.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho,

Aos meus pais, que são exemplos de lutadores.

Ao meu esposo, apoio incondicional.

Aos meus filhos, minha fonte de inspiração.

AGRADECIMENTOS

À Deus.

Aos meus professores do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família.

A minha Equipe de Saúde da Família do Município de Igreja Nova.

"A verdadeira medicina não é aquela que cura, senão aquela que previne. Em prever está toda a arte de salvar. Salvar-se é prever".

José Martí

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma das doenças cardiovasculares de maior prevalência no Brasil e no mundo. Pode ser definida como uma condição clínica caracterizada por níveis elevados e sustentados da pressão arterial. Está associada frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e alterações metabólicas, com consequente aumento de risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Com prevalência de aproximadamente 30%, estima-se que cerca de 30 milhões de brasileiros tenham essa doença. Embora essencial, a adesão ao tratamento não é um comportamento fácil de adquirir. Por isso, muitos são os elementos que tornam a questão da adesão ao tratamento motivo de estudo, desde sua definição até a forma como lidar com ela. O Plano de intervenção em questão propõe abordagem educativa sobre a importância da adesão ao tratamento. O método utilizado foi o de Planejamento Estratégico Situacional (PES) e as bases pesquisadas foram as bases de dados da LILACS e a Biblioteca Eletrônica SciELO. A educação em saúde constitui um instrumento de intervenção importante, e, acredita-se que um trabalho de intervenção em educação melhore as condições de saúde da população, reduza a morbidade e mortalidade relacionadas com essa doença, os custos médicos e socioeconômicos relacionados ao mau controle.

Palavras-chave: Planejamento em Saúde. Hipertensão Arterial. Saúde da Família.

ABSTRACT

Hypertension is one of the most prevalent cardiovascular diseases in Brazil and in the world. Can be defined as a clinical condition characterized by high and sustained levels of blood pressure. Is often associated with functional and/or structural changes of the target organs (heart, brain, kidneys and blood vessels) and metabolic changes, with consequent increased risk of fatal and non-fatal cardiovascular events. With prevalence of approximately 30%, it is estimated that about 30,000,000 Brazilians have this disease. Although essential, adherence to treatment is not easy to acquire. The notes method was the Situational strategic planning (PES) and as bases were searched as LILACS databases and electronic library SciELOS. Many are the elements that make the question of treatment adherence reason, since its definition to the way how to deal with it. The intervention plan in question proposes educational approach on the importance of adherence to treatment. Health education is an important intervention tool, and it is believed.

Keywords: Health Planned Actions. Hypertension. Family Health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 JUSTIFICATIVA.....	17
3 OBJETIVOS.....	18
4 METODOLOGIA.....	19
5 REVISÃO DA LITERATURA.....	20
6 DESENVOLVIMENTO.....	23
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
REFERÊNCIAS.....	31

1 INTRODUÇÃO

Igreja Nova é um município brasileiro do Estado de Alagoas. Sua população estimada no Censo de 2010 era de 23.292 habitantes (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, 2014). De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2014), é um dos municípios mais antigos do estado de Alagoas, e tem sua história ligada à exploração do Rio São Francisco por pescadores vindos da Cidade de Penedo que, por volta do século XIX, fundaram um povoado denominando-o de Ponta das Pedras e, em seguida, chamando-o de Oitizeiro. Logo foi erguida uma pequena capela em homenagem a São João Batista, até hoje padroeiro do município.

Posteriormente, o povoado foi desmembrado de Penedo e teve seus limites fixados pela Resolução 849 de 1880. As primeiras tentativas de elevar o povoado a vila (leis de 1885 e 1889) não surtiram efeito. Em 1890, por meio do Decreto 39, o processo se completou e a nova vila passa a se chamar Triunfo. Apenas em 1897 foi elevada à condição de cidade. O nome Igreja Nova, porém, só foi adotado em 1928. O acesso a partir de Maceió é feito através das rodovias pavimentadas denominadas BR-316, BR-101 e AL-225, com percurso em torno de 158 km. Seu clima é tropical chuvoso com verão seco e estação chuvosa no outono/inverno (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

Entre os 23.298 habitantes do município Igreja Nova 11.742 (50.4 %) são homens e 11.556 (49.6 %) são mulheres, distribuídos por sexo e faixa etária de acordo com o que é apresentado no quadro abaixo.

Quadro 1. Distribuição da população por grupos de idades e sexo, do município Igreja Nova, no ano de 2014.

Igreja Nova		
Idade	Homen s	Mulheres
0 a 4 anos	979	867
5 a 9 anos	1.201	1.199
10 a 14 anos	1.231	1.252
15 a 19 anos	1.283	1.279
20 a 39 anos	3896	3673
40 a 49 anos	1192	1174
50 a 59 anos	899	883
60 a 64 anos	304	327
65 a 69 anos	222	272
Mais de 70	404	543
Total	11.742	11.556

Fonte: SIAB, 2014

A estrutura de saneamento básico no município é insuficiente, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário. No município existem 4.843 domicílios, dos quais 2.797 não possuem banheiro ou sanitário (57,80%) e apenas 19 possuem banheiro e esgotamento sanitário via rede geral (0,40%). Cerca de 2.402 domicílios são abastecidos pela rede geral de água (49,60%), enquanto que 835 (17,20%) são abastecidos por poço ou nascente (17,20%) e 1.606 utilizam outras formas de abastecimento (33,20%). Apenas 1.003 dos domicílios (20,70%) são atendidos pela coleta de lixo, evidenciando a existência de sérios problemas de infraestrutura para a população. O

levantamento realizado no município registrou a presença de nove pontos de fornecimento de água, sendo uma fonte natural e oito poços tubulares estando sete em operação.

Quadro 2-Abastecimento de Água Tratada e Esgotos do Município de Igreja Nova, no ano de 2014.

Extensão da Rede (Km)	10.200
População total atendida com abastecimento (habitantes)	5.264.
Quantidade de Economias Ativas	1.797
Quantidade de Ativas	19.170
Volume Coletado 1000 m3	000
Volume Consumido 1000 m3	20.700
Volume Faturado 1000 m3	207.33 0
Volume Produzido 1000 m3	539
Volume 1000 m3	000

Fonte: SIAB, 2014

O município apresenta área endêmica de esquistossomose, com predomínio nas áreas com plantação de arroz dado as águas paradas. A área apresenta elevada concentração de *Aedes aegypti*, constituindo risco de surtos de Dengue, Zika e Chicungunha (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BASICA, 2014).

Ao se verificar as ações de aspectos epidemiológicos, o município destaca o combate ao mosquito *Aedes aegypti*, transmissor da dengue, por meio ações de conscientização junto á população, utilizando ações educativas tais como palestras. São realizados eventos com objetivo de multiplicar as informações em prol de um município saudável, a fim de combater o mosquito

transmissor prevenindo, assim, a incidência da doença. Também existe a meta de disponibilizar um agente para realizar visitas para cerca de 800 a 1000 residências bimensais, correspondendo a uma média diária de 20 a 25 residências/dia (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, 2014).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Igreja Nova foi de 0,585 em 2010. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Baixo (IDHM entre 0,5 e 0,599). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi a educação com crescimento de 0,234, seguida por longevidade e renda (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

No município vive-se basicamente do setor agropecuário, por conta da sua localização e pela pequena população. É um dos dois maiores produtores de arroz do estado, com reconhecida importância no desenvolvimento da região ribeirinha do São Francisco. Além disso, desenvolve projetos de piscicultura em parceria com a Companhia de Desenvolvimento dos Vales do São Francisco e do Parnaíba (CODEVASP), que encontra no município um laboratório natural, no maior açude de Alagoas. Atualmente a agricultura do município tem sido profundamente alterada pelo setor sucro-alcooleiro, que é processo de transformação da cana em produto acabado, como o álcool ou o açúcar. A única indústria de grande porte do município é a usina Marituba, do Grupo Carlos Lyra, porém ainda é elevado o número de desempregados e subempregados no município (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

O município conta com 10 Unidades Básicas de Saúde, uma Unidade de Pronto Atendimento com funcionamento as 24 horas, uma Igreja Católica em cada povoado e ainda Igrejas Batista, Assembleia de Deus e Adventista do Sétimo Dia. Possui serviços de luz elétrica, telefonia, correios, bancos.

O Conselho Municipal de Saúde está composto por participantes da Secretaria de Saúde, pela Coordenadora de Atenção Básica, pelo Coordenador

de Atenção Bucal e Usuários. Todos os meses são realizadas reuniões de maneira regular.

O Programa Saúde da Família abarca todo o território do município, com uma cobertura de 100%, contando com 8 Equipes de Saúde, 01 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Não conta com laboratório pois este se encontra desativado e também serviços hospitalares pois os pacientes são referenciados para o Município de Penedo, que conta com um hospital regional e uma maternidade de média complexidade.

Os profissionais que trabalham no município possuem uma carga horária laboral de 40 horas semanais com funcionamento da unidade das 7:30 horas até 17 horas. No quadro 3 abaixo se verifica a distribuição dos profissionais por categoria no município.

Quadro 3 - Recursos humanos da saúde do município de Igreja Nova no ano de 2014.

Profissionais	Quantidade
	e
Medicos	19
Dentista	9
Enfermeiros	14
Auxiliar de Enfermagem	34
Auxiliar de salud bucal	11
Agente comunitario	50
Total	137

Fonte: Secretaria de Saude 2014

A Unidade de Saúde na qual trabalho, se encontra no interior do município a 27 km da sede, fazendo atendimento a 6 povoados_ que são Chinaré, Lagoa Grande, Cajueiro, Bomba, Morro Vermelho e Remendo. Minha equipe está composta por 1(um) dentista, 1(uma) enfermeira, 1(um) auxiliar de enfermagem, 1(um) auxiliar em saúde bucal, 6 (seis) agentes de saúde e 2 (dois) auxiliares de serviços gerais e 01 (uma) médica, fazendo atendimento a 538 famílias.

Todos os dados apresentados são produtos do diagnóstico situacional realizado em Fevereiro de 2015_ pela equipe que possibilitou avaliar a real condição do estado de saúde e necessidades da população da área de abrangência. Todo este contexto apresentado foi de fundamental importância no desenrolar do trabalho, pois possibilitou aos profissionais conhecer a realidade e os aspectos que envolvem sua área de abrangência, considerando os aspectos socioeconômico, cultural e ambiental que podem interferir no processo saúde-doença do indivíduo.

Em janeiro de 2014 fui apresentada à Equipe da Estratégia de Saúde da Família localizada na zona rural. Esta Unidade Básica de Saúde (UBS) permaneceu muito tempo sem médico efetivo para exercer atividades do programa, e percebi que aquela era uma população carente de atenção à saúde, além do_ que o local onde a Equipe de Saúde da Família (ESF) funcionava apresentava poucas condições para desenvolver todas as atividades inerentes.

No decorrer dos atendimentos médicos, tanto no tocante ao Programa Hiperdia como nas demandas espontâneas, foram observados casos e aspectos que interferiam no controle da saúde por parte da população, como os hábitos alimentares ruins, a tomada incorreta dos medicamentos, falta de informação por parte de alguns pacientes sobre a sua doença. Além disso, tivemos alguns óbitos tendo como causa base a Hipertensão Arterial Sistêmica.

Diante dessa situação, foi realizada uma reunião com a equipe durante a verificação de produção mensal para expor o problema e todas as falas dos

integrantes da equipe remetiam, também, para estas observações. Logo, várias ideias surgiram diante da necessidade de modificar aspectos relacionados ao processo de trabalho, como por exemplo, intensificar as palestras educativas, realização de uma triagem mais detalhada, necessidade de aumento de uma parceria mais efetiva com a equipe do NASF e aumento da frequência das visitas aos pacientes de risco.

Cabe destacar que a ESF prioriza ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, e que os profissionais e população criam vínculos de corresponsabilidade, essas características presentes tornam ainda mais viável à proposta deste estudo.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica, pois, foi identificado elevado número de pacientes hipertensos (26,5%) maiores de 15 anos da UBS 4 do Município de Igreja Nova com controle inadequado na unidade. Os principais entraves encontrados pela equipe de saúde para não adesão ao tratamento desses pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica foram as condições socioeconômica e culturais, a frequência às consultas e o grau de conhecimento a respeito da doença, que influenciam a possibilidade de aquisição da medicação na rede pública, o seu preço, a comodidade posológica, a efetividade e a ocorrência de efeitos adversos. A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais para desenvolver um Projeto de Intervenção, portanto, a proposta é viável.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Propor um Plano de Intervenção educativo com objetivo de promover a adesão ao tratamento terapêutico de pacientes hipertensos, da Equipe de Saúde da Família IV, do município Igreja Nova.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar o número de pacientes não aderidos ao tratamento anti-hipertensivo da área de abrangência.

Determinar as causas da não adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso dos pacientes hipertensos.

4 METODOLOGIA

Para levantar os problemas vivenciados pela população na área de abrangência da Equipe de Saúde IV, foi realizado pela equipe o diagnóstico de saúde. As informações foram obtidas por meio da Metodologia da Estimativa Rápida, um método em que técnicos da saúde examinam registros escritos existentes (prontuários), entrevista com informantes chaves (representantes da comunidade) e observação ativa da área (MENDEZ,1994). Também foi levantado dados em reuniões semanais, onde cada membro a equipe de saúde expunha quais problemas eram mais relevantes. Chegamos ao consenso o tema que escolhemos para ser abordado por ser alto o percentual de usuários que não faziam adesão ao tratamento verificados também no Programa Hipertensão. Para propor soluções para estas questões foi necessário elaborar um Plano de Intervenção, utilizando o Método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) seguindo os passos determinados por Campos, Faria e Santos (2010). Na elaboração do trabalho tomou-se como referência a módulo de Iniciação à Metodologia dos autores Corrêa, Vasconcelos e Souza (2013).

Buscando um embasamento teórico sobre o tema foi necessário recorrer à literatura nas bases de dados da LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e na SciELO (Biblioteca Científica Eletrônica em Linha).

Foram utilizados autores de língua portuguesa, espanhola e inglesa tendo como recorte temporal o período de 2003 a 2016 e ainda publicações do Ministério de Saúde, dados estatísticos no cadastrado no Hipertensão. Utilizou-se as palavras-chave: Planejamento em Saúde, Hipertensão Arterial e Saúde da

Família. Após a revisão narrativa da literatura, foi elaborado um Plano de Intervenção sobre o problema principal identificado no levantamento dos dados pela Equipe de Saúde da Família IV, do município Igreja Nova, Alagoas.

5 REVISÃO DE LITERATURA

Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (BRASIL, 2006).

A hipertensão arterial sistêmica traz complicações clínicas que levam um número significativo de óbitos e que poderiam ser evitadas como, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e insuficiência renal, se a aderência ao plano terapêutico fosse seguida corretamente (PICCINI et al., 2012).

A adesão ao tratamento anti-hipertensivo é um indicador importante para avaliar o progresso dos sujeitos que possuem HAS, visto que a não aderência os leva a manter elevados índices de morbimortalidade, com repercussões sociais, econômicas, individuais e familiares (GUERRA, 2012).

No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é uma ferramenta na reorganização da atenção primária e por isso, o reconhecimento precoce de hipertensos não aderentes ao tratamento é fundamental para intervenções focadas nas dificuldades e particularidades de cada indivíduo. O objetivo principal do tratamento anti-hipertensivo é prevenir a morbidade e reduzir a mortalidade cardiovascular associada à hipertensão arterial sistêmica. A eficácia dos medicamentos anti-hipertensivos hoje disponíveis está bem determinada e é similar. O tratamento não medicamentoso também reduz a pressão arterial, e se associado ao uso de medicamentos pode melhorar as suas eficácias. “Para o tratamento da HAS deve se considerar, portanto:

mudanças de estilo de vida ou tratamento não medicamentoso e a instituição de tratamento medicamentoso” (NOBRE et al., 2013, p. 265).

No tocante ao tratamento não medicamentoso ressalta-se a diminuição do peso, logo, todos os pacientes com peso acima do ideal (IMC= peso/altura, acima de 25kg/m) devem ser encorajados a participar de um programa de atividades físicas aeróbicas e redução da ingestão de calorias, com o objetivo de perder peso. Na prática de atividade física após avaliação clínica prévia, recomenda-se prática de atividade física aeróbica moderada por pelo menos 30 minutos por dia, caso não haja limitação, de preferência vários dias da semana. Dessa forma, pode-se obter uma redução aproximada de 4 a 9 mm Hg da PA sistólica (NOBRE et al., 2013).

Segundo Herbe (2012, p.21), “a atividade física regular melhora o sono, a capacidade de relacionamento, o bem-estar, auxilia no controle da pressão arterial e do peso”. Para Stolarski, (2012, p 31), “a atividade física fortalece o músculo do coração, auxilia a circulação do sangue nas artérias e a capacidade respiratória dos pulmões além de consumir as calorias ingeridas em excesso”.

Para Weschenfelder (2012), a educação em saúde na atenção básica, especialmente é um instrumento de intervenção muito importante, pois conhecendo a realidade da população da área de abrangência, as intervenções propostas pela equipe multiprofissional podem produzir melhores resultados.

O autor ainda aborda a necessidade de valorizar os novos conceitos de saúde doença e a participação do usuário na[...]

Elaboração do seu plano de intervenção, com estímulo à cessação do tabagismo e do uso abusivo de álcool, à redução do peso entre aqueles com sobrepeso, à implementação de atividades físicas, à redução do consumo de sal, ao aumento do consumo de hortaliças e frutas, além da diminuição de alimentos gordurosos, dentre outros, com o intuito de estimular o autocuidado e promover uma melhoria da qualidade de vida da população (WESCHENFELDER, 2012, p.37).

Também constituindo como uma das ferramentas importantes neste cuidado, cita-se a educação permanente em saúde, um processo educativo formal ou informal, visando à transformação do trabalho estimulando assim uma atuação mais crítica, reflexiva e compromissada, onde busca respeitar as características regionais e necessidades específicas na formação deste profissional, superando as deformações e deficiências na formação destes (MORAIS et al., 2013).

Com a educação permanente em saúde os serviços são recompensados com profissionais mais competentes, responsáveis e com um trabalho mais consciente, reflexivo e qualificado que reflete na população como um serviço de qualidade que tanta se almeja nas políticas públicas de saúde. Lembrando, que todo processo de educação é necessário retroalimentar pela dinâmica do setor saúde. Assim, ao pensar em todos os fatores que permeiam a promoção e prevenção à saúde no tocante ao hipertenso é trivial construir um plano de intervenção com o propósito de diminuir o índice de morbimortalidade nestes pacientes.

A abordagem multiprofissional do atendimento do portador de hipertensão tem sido encorajada, aumentando a possibilidade de sucesso do tratamento anti-hipertensivo” (GIORGI, 2006 citado por REIS, 2015.p.). Para o atendimento individual ou de grupo existem estratégias que aumentam a adesão ao tratamento e a sua eficiência. “Através de treinamento e motivação da equipe, a atuação dos diversos profissionais da saúde é insubstituível no tratamento da HAS” (GIORGI, 2006 citado por REIS 2015.).

Tem-se evidências suficientes e comprovatórias que existem muitas estratégias que visam modificações do estilo de vida e são mais eficazes quando aplicadas a um número maior de pessoas geneticamente predispostas e a uma comunidade (BRASIL, 2006).

A alimentação rica em sódio e gorduras, ausência de exercício físico regular, tabagismo, etilismo e alterações psicoemocionais são mencionados por Mion Jr et al. (2002), como fatores contribuintes para a elevação da pressão arterial, sendo considerados chave para a instalação de doenças cardiovasculares e associação a HAS.

-O Programa Hiperdia é o melhor momento para conscientizar os usuários para a adesão aos tratamentos. Podem ser programadas palestras educativas e/ou orientações individuais, explicando e esclarecendo a população da importância da prevenção e do controle da hipertensão e do diabetes pelo seguimento corretamente os tratamentos prescritos pelo médico e enfermeira (BRASIL, 2002).

6 DESENVOLVIMENTO

6.1 Primeiro Passo: Identificação dos problemas

Apesar do pouco tempo de atividade na Unidade de Saúde IV, 8 meses, percebe-se que existem pontos onde devem ser melhorados tanto estruturalmente, como em relação a abordagem dos problemas de saúde mais relevantes na população. Entre os vários problemas identificados no diagnóstico situacional a equipe destacou:

1. Alto percentual de usuários que não fazem adesão ao tratamento.
2. Alto percentual de hipercolesterolêmica em pacientes do Programa de Hiperdia.
3. Uso indiscriminado de antidepressivos e ansiolíticos.
4. Falta de capacitação para o acolhimento.
5. Falta de emprego em nossa comunidade.

Foi, portanto, priorizado os problemas tendo sido identificados em nível de importância conforme quadro abaixo.

6.2 Segundo Passo: Priorização dos Problemas

Quadro 4. Priorização dos problemas encontrados pela Equipe de Saúde da Família IV, em Igreja Nova, Alagoas.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Falta de emprego em nossa comunidade	Alta	5	Parcial	4

Uso indiscriminado de antidepressivos e ansiolíticos.	Alta	6	Parcial	3
Alto percentual de usuários que não fazem adesão ao tratamento.	Alta	7	Parcial	1
Insuficiente capacitação para o acolhimento	Alta	7	Parcial	2
Alto percentual de Hipercolesterolemia em pacientes do Programa de Hiperdia	Alta	4	Parcial	5

Fonte: Próprio autor.

6.3 Terceiro Passo: Descrição do Problema

O tema escolhido para ser abordado foi o alto percentual de usuários que não fazem adesão ao tratamento contra a hipertensão. As questões que levantamos mais relevantes para justificar esse desajuste foram os hábitos e estilos de vida inadequados, dieta pouco saudável, ausência de atividade física ou prática de atividade pouco frequente, baixo nível de informação educacional, tabagismo e etilismo aumentado.

Quadro 5. Descrição dos usuários com Hipertensão Arterial por micro áreas do território da Equipe de Saúde da Família IV, em Igreja Nova, Alagoas.

Micro Área	Hipertensão	Dieta inadequada	Atividade física	Peso	Tabagismo e etilismo
1 Chinare	62	32	36	2	21
2L.Grande	35	21	22	9	18
3 Cajueiro	28	17	26	1	13
4 Remendo	40	22	31	9	27
5Morro Vermelho	7	5	4		1
Total	172	97	119	14	80

Fonte: Equipe de Saúde

6.4 Quarto Passo: Explicação do Problema

Causas da hipertensão com baixa adesão ao tratamento:

Hábitos estilos de vida (sedentarismo, stress, Hábitos alimentares hábitos alimentarias, tabagismo, alcoolismo) →se relacionam com aumento de obesidade, HAS, Diabetes→aumenta a **Hipertensão**. (Problema).

Nível de informação (informação sobre os riscos e agravos) se relacionam com aumento de obesidade, HAS, Diabetes→aumenta a **Hipertensão**. (Problema).

Fatores hereditários →estão associados com ocorrências **Hipertensão**. (Problema)

Estrutura dos serviços de saúde e no processo de trabalho→interfere no uso de protocolo, apoio diagnóstico apoio diagnostica, referência e contra referência, capacitação do pessoal→pode melhorar o acompanhamento dos riscos os agravos, e melhorar autonomia do paciente com risco de Hipertensão aumentado através de uma atenção integral→podem diminuir complicações.

6.5 Quinto Passo: Identificação dos nós críticos

Nossa equipe identificou os nós críticos na área de abrangência porque depois de selecionar o problema escolhido, foram analisados pela equipe todas as causas que incidiam em nossa comunidade e assim listamos essas causas para posteriormente fazer um plano de ações para alcançar mudanças e melhorar o estado de saúde da população. Neste passo descrevemos de acordo com Campos, Faria e Santos (2010, p.70), que diz “ podemos enfrentar os nós críticos definindo operações ou projetos com os resultados e produtos esperados e recursos necessários para realização das ações”.

“Nós críticos” identificados:

- Processo de trabalho da equipe de saúde da família inadequado para enfrentar problema → orientações inadequadas; linha de cuidado implantada para hipertensão.

- Nível de informação → não conhecimento da população sobre riscos da Hipertensão arterial

- Hábitos e estilos de vida inadequados → Orientação fora do contexto do paciente (dietas com alimentos fora do padrão alimentar da comunidade), não pratica de atividades físicas.

- Desorganização do processo de trabalho → Não garantia de medicamento e exames previstos nos protocolos para 100 % dos hipertensos.

Quadro 6. Desenho das operações para os “nós” críticos do problema.

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Mais saúde hábitos e estilos de vida	Redução 10% obesos, sedentários em crianças, adolescentes e adultos no prazo de um ano. Fazer a introdução de vegetais e frutas em alimentação da população.	Promover campanhas de prevenção à obesidade e incentivo à prática de atividades físicas. Hidroginástica Disseminar o consumo de peixe. Promover plantio de frutas e Horta comunitária. Palestras em escolas com programa Merendas Saudáveis.	Promover Educação em saúde através de grupos operativos de hipertensos.	Comunicação social Secretaria de saúde Enfermeira Médica ACS	Três Meses para o início das atividades.

Saber mais sobre riscos da hipertensão arterial.	A população, mais informada sobre riscos hipertensão arterial e suas possíveis complicações.	Avaliação do nível de informação da população sobre as consequências de hipertensão arterial. Campanhas educativas nas escolas Programa de Saúde Escolar Capacitação dos ACS	Promover educação saúde através de grupos operativos de hipertensos e distribuição de panfletos e tabelas sobre alimentação saudável.	Enfermeira Médica Aux. Enfermagem ACS	Início em quatro meses e término em seis meses. Início em três meses e termino em dozes meses. Avaliações em cada semestre. Início em um mês e termina em três meses.
Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Linha de cuidado para risco de hipertensão arterial, incluindo mecanismo de referência e contra referência	Cobertura de 100 % da população com hipertensão arterial	Recursos humanos capacitados Linha de cuidado para paciente com hipertensão arterial Protocolo implantado Regulação implantada	Garantir o 100 % de os medicamentos e reativos para os exames clínicos	Coordenador de ABS Enfermeira	Início em três meses e termina em 12 meses.
Cuidar Melhor para atendimento da hipertensão arterial	Garantia de medicamento e exames Previstos nos protocolos para 100 % de hipertensos	Capacitação de pessoal Compra de medicamentos e de exames.	Apresentar projeto de estruturação da rede com lista de medicamentos e exames necessário.	Coordenador de ABS Enfermeira	Quatro meses apresentação de projeto e seis meses aprovação e liberação de recursos e compra de medicamentos e realização dos exames

Sexto Passo: recursos críticos identificação.

Neste passo foi selecionado recursos importantes para realização dos projetos e que estão disponíveis. É necessário negociação para sua disponibilidade. É necessário definir os recursos críticos, aqueles considerados indispensáveis para execução dos mesmos projetos/operações. No quadro 6 estão resumidos os recursos críticos de cada operação.

Quadro 6 - Identificação dos recursos críticos.

Operação/ Projeto	Recursos
Mudanças e saúde	<p>Político- mobilização social e articulação intersetorial para conseguir espaço.</p> <p>Financeiro- folhetos educativo e recursos audiovisuais.</p>
Conhecimento compartilhado	<p>Político: parcerias, mobilização social.</p> <p>Financeiro: proporcionar materiais educativos relacionado ao tema.</p>
Organização nota 10	<p>Político: estrutura do serviço com apoio de recursos.</p> <p>Financeiros:financiar demandas de medicamentos e exames necessários.</p> <p>Organizacional: organizar a equipe, organizar</p>

	agenda dos profissionais para disponibilidade de horário.
--	---

Sétimo Passo: análise da viabilidade do plano

Para dar prosseguimento ao projeto é necessário avaliar a motivação de quem controla os recursos críticos necessários para realização das operações ou projetos. Campos; Faria; Santos (2010) esclarecem que a motivação é o envolvimento ou não de quem controla o recurso para solução do problema.

A análise da viabilidade consiste na identificação dos atores que controlam os recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema (motivação favorável, indiferente ou contrária) e, então, definir ações estratégicas para viabilizar o plano, motivando o ator que controla os recursos críticos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 7- Análise da viabilidade do Plano de Operações, 2015.

Operações / Projetos	Recursos Críticos	Ator que controla	Motivação	Ação estratégica
Mudanças e saúde	Financiero:para Aquisição de recursos(folhetos educativos, médios audiovisuais). Ofertas de exames, medicamentos ,consultas de atenção secundaria. Políticos(mobilização Social e articulação (Intersectorial com rede ensino e radio comunitária).	Gestor Municipal Secretaria de Saúde e setor de comunicação social	Indiferente Favorável	Apresentar plano de ação com dados estadísticos de casos morbimortalidade nos pacientes portadores de hipertensão arterial Sistêmica. Promover educação e saúde.
Conhecimento compartilhado	Financiero Processos educacionais	Gestor Municipal. Secretaria Municipal de Saúde e	Indiferente Favorável	Apresentar plano de ação como proposta Ações intervenientes na qualidade de vida dos pacientes Hipertensos acompanhados .

		Equipe de saúde		
Organização nota 10	<p>Financiero Garantir recursos (folhetos educativos, medios audiovisuais) Garantir os medicamentos, exames, consultas.</p> <p>Estrutura de serviço adequada.</p> <p>Organizacional(Equipe organizado para processo de trabalho com eficiência)</p>	<p>Gestor municipal Secretaria Municipal de Saúde</p> <p>Gestor municipal Secretaria Municipal de Saúde</p> <p>Secretaria de saúde e equipe de saúde.</p>	Favorável	<p>Apresentar projeto de estrutura da rede atenção primaria.</p> <p>Monitorar controle dos pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica.</p>

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Depois de começar a implementação do plano de ação na nossa área de abrangência já obtivemos resultados satisfatórios com o início de mudanças nos estilos de vida da população e assim maior controle dos pacientes hipertensos. Verificamos que no ano em questão não tivemos óbito tendo como causa primária a hipertensão e além disso foi garantido pela secretaria de saúde os medicamentos necessários para controle dos pacientes cadastrados como hipertensos. Também muitos pacientes foram incorporados a prática de atividades físicas de forma espontânea e estimulada, diminuindo o número de obesos e sedentários na unidade, mostrando que a população aderiu ao plano proposto, significando que as ações de saúde na atenção básica têm um papel muito importante e estratégico na nossa população.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus** / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Série Cadernos de Atenção Básica n.15. 2006

CAMPOS, F. C. C de ; FARIA, H. P. de; SANTOS, M. A. dos .**Planejamento e avaliação das ações em saúde**. - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família 2ed. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2010. 110p.

CORRÊA, Edison José; VASCONCELOS, Mara; SOUZA, Maria Suzana de Lemos. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 140p.

GIORGI, D. M. A. **Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo**. Revista Brasileira de Hipertensão, v.13, n.1, p.47-50, 2006.

GUERRA, E.H. **Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión**. Avances en Enfermería. v.xxx., n. 2, p. 67-75, mayo-agosto. 2012.

HERBES. C. **Benefícios da atividade física como tratamento não-farmacológico de doenças crônicas**. Especialização em saúde da família: resumos dos trabalhos de conclusão do curso / Universidade Federal de Santa Catarina; Organizadores, Elza Berger Salema Coelho...[et al.]. – 1. ed. – Florianópolis: UFSC, 2012.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2014. Disponível em:<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php>. Acesso em: 16 de Junho 2016..

MENDEZ, EV. **O Planejamento estratégico em saúde: desafios e perspectivas para o nível local**. In: Planejamento e Programação Local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário, pp19-44, Brasília: OPAS. 2004

MION JR, et al. **Hipertensão Arterial**. Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade Brasileira de Nefrologia. 2002. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/059.pdf Acesso em: julho de 2014.

MORAIS F. L. A et al. **Educação permanente em Saúde: Uma estratégia para articular ensino e serviço**. Rev. Rene; v.14, n.5 , p.1050-60. 2013.

NOBRE. F et al. **Hipertensão arterial sistêmica primária**. Rev. Medicina (Ribeirão Preto);v.46,n.3, p. 256-72. 2013.

PICCINI. R et al.. **Promoção, prevenção e cuidado da hipertensão arterial no Brasil**. Rev Saúde Pública. v.46,n.3,p.543-50. 2012

REIS. T, F, L. **Baixa adesão ao tratamento de hipertensão arterial: plano de intervenção da equipe saúde da família** Penha de Passos - Minas Gerais. Trabalho de Conclusão de Curso. - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2015.

SIAB (**Sistema de Informação da Atenção Básica**), 2014. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/siab.php> Acesso em:16 de Junho 2016.

STOLARSKI. C,V. **Hipertensão arterial associada ao diabetes. Mellitus na atenção básica**. Especialização em saúde da família: resumos dos trabalhos de conclusão do curso / Universidade Federal de Santa Catarina. Organizadores, Elza Berger Salema Coelho ... [et al.]. – 1. ed. – Florianópolis: UFSC, 2012

WESCHENFELDER, D.; **Hipertensão arterial: principais fatores de risco modificáveis na estratégia saúde da família**. Especialização em saúde da família: resumos dos trabalhos de conclusão do curso / Universidade Federal de Santa Catarina Organizadores, Elza Berger Salema Coelho ... [et al.]. – 1. ed. – Florianópolis: UFSC, 2012.