

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

ALINA REGALADO BARROSO

**NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL PELOS
IDOSOS – ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE AÇÃO**

Maceió/ Alagoas
2015

ALINA REGALADO BARROSO

**NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL PELOS
IDOSOS – ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE AÇÃO**

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado ao Curso de especialização em Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do título de especialista em Saúde da Família

Orientadora: Prof^a Me. Lourani Oliveira dos Santos Correia

Maceió/ Alagoas
2015

ALINA REGALADO BARROSO

**NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL PELOS
IDOSOS – ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE AÇÃO**

Banca Examinadora:

Examinador 1: Prof^a. Me. Lourani Oliveira dos Santos Correia

Examinador 2: Prof^a. Valéria Bezerra Santos

Aprovado em Belo Horizonte, em 17 de agosto de 2015.

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a meu esposo, minha filha e minha família por ter me acompanhado nesta jornada ...

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a DEUS, por ser a base das minhas conquistas.

Aos meus pais Nazário e Elvia, por acreditar e terem interesse em minhas escolhas, apoiando-me e esforçando-se junto a mim, para que eu suprisse todas elas.

A professora Lourani Correia, pelas orientações prestadas na elaboração deste trabalho.

A Genival Ferreira, Doutor em Língua Portuguesa, pela dedicação e empenho me incentivando e colaborando no desenvolvimento de minhas ideias.

RESUMO

A estratégia Saúde da Família é uma iniciativa do Ministério da Saúde frente ao atual modelo assistencial no Brasil. Este trabalho, assim, tem como objetivo relatar a nossa experiência enquanto médica, atuando no Programa Saúde da Família nos povoados Cooperativa I e II no município de Penedo, Alagoas. Para direcionarmos este trabalho, foi necessária a realização Planejamento Estratégico Situacional /PES para a identificação de pacientes hipertensos nos referidos povoados a fim de planejarmos a intervenção. Para isso, primeiramente, apresenta-se a literatura pertinente, as estratégias utilizadas, a avaliação feita nos pacientes, bem como o plano de intervenção. Concluiu-se que esta ação é eficaz, uma vez que atende a demandas de grupos emergentes, portadoras desse tipo de doença, com ações efetivamente realizadas em seus locais de atuação.

Palavras-chave: Programa Saúde Família. Hipertensão arterial.

ABSTRACT

The Family Health Strategy is an initiative of the Ministry of Health against the current care model in Brazil. This work thus aims to report our experience as a doctor, working in the Family Health Program in Cooperative I and II villages in the municipality of Penedo, Alagoas. For this work, we did a survey of hypertensive patients in these villages in order to planning the intervention. Thus, the literature are presented, the strategies used, the assessment in patients, as well as the intervention plan. It was concluded that this action is effective as it meets the demands of emerging groups, carriers of this type of disease, with actions effectively carried on their sites of action.

Key-words: Program Health Family. Hypertension

SUMÁRIO

| | |
|--------------------------------------|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 8 |
| 2 OBJETIVOS | 13 |
| 3 METODOLOGIA | 14 |
| 4 REVISÃO DA LITERATURA | 17 |
| 5 PLANO DE AÇÃO | 20 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 26 |
| REFERÊNCIAS | 27 |
| WEBSITES CONSULTADOS | 29 |

1 INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF) de 1994, foi implantado, tendo como base o já existente Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) de 1991, trouxe mudanças significativas na aquisição de recursos, forma de pagamento de serviços e modelo de assistência médica (ROSA, 2005). Assim, a saúde pública passa por uma significativa mudança desde 1994, tendo como fundamento a promoção e integralidade para continuidade das ações que visem à melhoria na qualidade de vida das pessoas.

O Programa, desse modo, surge para dar atenção básica sendo considerada uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais, uma vez que apresenta desafios a serem superados para que haja sua consolidação.

Hoje, a mais importante estratégia do PSF é que ocorra uma transformação no sistema de saúde. Todavia surge uma questão nas Unidades de Saúde da Família (USF) que é a expansão dessas Unidades sem um controle adequado. Por causa dessa ampliação, observamos uma inadequação na formação dos profissionais da equipe e uma desarmonia entre a política de saúde que o programa propõe e o cotidiano dos profissionais que atuam no PSF.

Para conhecer o contexto de atuação da estratégia da saúde da família no município de Penedo, do qual faz a parte a unidade básica de saúde em que estou inserida, realizou-se levantamento nos sistemas de informações locais e nacional bem como consultas em sites específicos cujas informações são apresentadas na sequência.

Penedo é a segunda cidade mais antiga do Estado de Alagoas, considerada a “Ouro Preto” do Nordeste. Existem duas versões para a origem da referida cidade. A primeira, de que a criação do povoado está relacionada à Duarte Coelho Pereira, primeiro donatário da capitania de Pernambuco, que se aventurou em viagens de exploração do rio São Francisco. A segunda, mais divulgada, credits essa responsabilidade a seu filho, Duarte Coelho de Albuquerque, que herdou a capitania. De acordo com o historiador Craveiro Costa, a conquista de Alagoas e, particularmente, de Penedo, começou em 1560, quando Albuquerque organizou duas bandeiras: uma com destino ao norte de Olinda e outra para o sul.

O vocábulo *Penedo* é originário do seu surgimento, pois erguendo-se imponente sobre um rochedo às margens do rio São Francisco onde hoje é chamado de Rocheira. A cidade de Penedo é um relicário vivo, que conserva um patrimônio artístico-cultural de grande valor, foi palco dos acontecimentos mais importantes do Brasil Colonial. As marcas dos colonizadores portugueses, holandeses e dos missionários franciscanos, podem ser constatadas na arquitetura barroca de conventos e igrejas. Em 1995 foi tombada pelo Patrimônio Histórico.

O município de Penedo está localizado na região sul do Estado de Alagoas, limitando-se a norte com os municípios de São Sebastião, Teotônio Vilela e Coruripe, a sul com o rio São Francisco e Piaçabuçu, a leste com Feliz Deserto, Coruripe e Piaçabuçu e a oeste Igreja Nova.

A área municipal ocupa 690,81km² (2,48% de AL) e possui uma densidade demográfica de 87,42 hab/km². O município foi instalado em 1636 e pertence a microrregião de Penedo e a mesorregião do Leste alagoano (IBGE, 2010). O índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) em 2010 foi de 0,630 sendo classificado como médio.

Segundo dados do IBGE (2010) a população do município de Penedo no ano de 2010, era de 60.378 habitantes, sendo que a população residente na zona rural somava 15.378 habitantes e a população residente na urbana 45.011 habitantes (Tabela 2). A estimativa do IBGE para 2014 era de 63.842.

Tabela 1 - População urbana e rural, homens e mulheres

| Descrição | Penedo | Média/AL | Média/Brasil |
|-------------------------|-----------------|-----------------|---------------------|
| Homens | 29.310 - 48,54% | 48,45% | 48,96% |
| Mulheres | 31.079 - 51,40% | 51,55% | 51,04% |
| População urbana | 45.011 – 74,54% | 73,64% | 84,35% |
| População rural | 15.378 – 25,46 | 26,36% | 15,65% |

Fonte: IBGE/2010 e <http://www.estadosecidades.inf.br/al/penedo>

Informações importantes sobre faixa etária predominante no município, razão de dependência, índice de envelhecimento e renda estão apresentados nas tabelas 2 e 3.

Tabela 2 - Faixa Etária, razão de dependência e índice de envelhecimento da população penedense, 1991, 2000 e 2010.

| Faixa etária | População (1991) | % do total (1991) | População (2000) | % do total (2000) | População (2010) | % do total (2010) |
|---------------------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Menos de 15 anos | 21.398 | 40,96 | 19.984 | 35,06 | 17.375 | 28,78 |
| 15 a 64 anos | 28.183 | 53,94 | 33.708 | 59,14 | 39.060 | 64,69 |
| 65 anos ou mais | 2.664 | 5,10 | 3.301 | 5,79 | 3.943 | 6,53 |
| Razão de dependência | 85,38 | 0,16 | 69,08 | 0,12 | 54,58 | 0,09 |
| Índice de envelhecimento | - | 5,10 | - | 5,79 | - | 6,53 |

Fonte: Pnud, Ipea e FJP

Tabela 3 - Porcentagem da Renda Apropriada por Estratos da População

| Porcentagem | 1991 | 2000 | 2010 |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|
| 20% mais pobres | 3,46 | 2,44 | 2,65 |
| 40% mais pobres | 10,05 | 7,72 | 9,70 |
| 60% mais pobres | 20,03 | 16,54 | 21,33 |
| 80% mais pobres | 36,65 | 32,24 | 40,53 |
| 20% mais ricos | 63,35 | 67,76 | 59,47 |

Fonte: Pnud, Ipea e FJP

Quanto ao abastecimento de água está sob a responsabilidade do SAAE (Serviço de Água e Esgoto) e abastece 100% da cidade com água tratada. Dispõe de uma estação com os processos de floculação, decantação, desinfecção, fluoretacão e reservação. Não existe rede de esgotamento sanitário no município. O esgotamento é feito através de fossa séptica individual.

A Estratégia Saúde da Família do município foi implantado em 1998 com duas equipes na periferia da cidade e sucessivamente foram sendo implantadas em todo município e hoje temos uma cobertura de 100% do programa no município. Conta com 20 unidades básicas de saúde que são distribuídas por todo o território do município, sendo 14 urbanas e seis rurais e dois Núcleos de Apoio de Saúde da Família (NASF) de modo que a população possa ser atendida sem um grande deslocamento da sua microárea.

As ações são desenvolvidas por intermédio de práticas gerenciais e sanitárias por meio do trabalho em equipe. São dirigidas a populações de territórios delimitados, procurando respeitar, principalmente, a acessibilidade dos usuários da área adstrita; através dos princípios

da universalidade, da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Cerca de 90% da população do município é completamente dependente do SUS. Para prestar o atendimento o município conta com várias Unidades de Saúde da Família (USF), sendo também localizados na zona rural. A USF Cooperativa I encontra-se no centro da cidade, com uma equipe, sendo parte efetiva e parte contratada.

A região que correspondente à área de abrangência da Equipe de Saúde da Família, tem relevo plano com a maioria das ruas não pavimentadas. A USF foi implantada face vários anos e foi transferida de seu lugar inicial há dois anos aproximadamente e instalada em uma sede própria. Funciona de segunda a sexta de sete às 16 horas. A unidade dá atendimento a cinco áreas de abrangência cada uma com sua equipe de trabalho sendo nossa área os povoados Cooperativa I e II.

A equipe da unidade conta com uma médica, um dentista, um auxiliar de dentista, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde. Além desses profissionais, o posto de saúde tem uma diretora e duas pessoas para serviços gerais.

Segundo os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) o município tinha cadastrado no final de 2013, 4.516 portadores de hipertensão arterial e 2.129 portadores de diabetes.

As principais causas de internação, no ano de 2013, segundo dados do Sistema de Informação Hospitalar do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), foram as complicações do diabetes, hipertensão arterial e câncer.

No ano de 2013, as principais causas de óbitos, segundo levantamento realizado a partir dos dados das Declarações de Óbitos foram o infarto agudo do miocárdio, acidentes de trânsito, homicídios e complicações cérebro vasculares. A taxa de mortalidade infantil foi de bastante elevada, mas apresentou uma diminuição em relação ao ano anterior. A cobertura vacinal da população menor de cinco anos de idade foi de 91%. Em 2014, para ilustrarmos, a taxa de mortalidade infantil apresentou diminuição em relação ao ano anterior, passando de 23,96 em 2013 para 21,59 por mil nascidos vivos em 2014, sendo classificada como de médio risco de morrer no primeiro ano de vida.

Dentro desse contexto, o trabalho que se apresenta é consequência da minha prática enquanto médica do PSF dos povoados Cooperativa I e II e propõe uma análise e compreensão do referido Programa como estratégia de política pública, buscando entender o perfil do público-alvo dos hipertensos da região para depois executar um plano de intervenção. Para isso realizou-se uma pesquisa exploratória e descritiva por meio de revisão da literatura sobre o tema pesquisado. Foram analisados artigos científicos publicados em português e espanhol relacionados à saúde como também realizou-se consultas as bases de dados de saúde pública de alcance nacional e internacional para auxiliar no diagnóstico situacional do local de atuação

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Elaborar um plano de ação para promover a adesão ao tratamento anti-hipertensivo pelo paciente e acompanhamento na Unidade de Saúde da Família de Penedo, nos povoados Cooperativa I e II.

2.2 ESPECÍFICOS

Identificar os pacientes com dificuldade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo na Unidade de Saúde nos Povoados Cooperativa I e II.

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.

Elaborar um plano de intervenção para diminuir o índice de não adesão dos idosos ao tratamento anti- hipertensivo.

Propor uma forma de organização para assistir estes usuários de forma humanizada e integral na Unidade Básica de Saúde.

3 METODOLOGIA

No presente trabalho, optou-se por realizar uma revisão narrativa da literatura visando encontrar referencial teórico específico para subsidiar a elaboração do plano de ação. Para a seleção das publicações adotou-se os seguintes critérios de inclusão: período de publicação de 2000 a 2013 e os tipos (livros, teses, artigos e dissertações). Após a localização das publicações realizou-se uma leitura atenta das informações pertinentes.

Após este processo realizou-se uma análise descritiva das mesmas procedendo-se a elaboração do plano de intervenção a ser utilizado pela equipe da Cooperativa I e II. Todas as etapas e aspectos do processo de construção do plano estão descritos nos passos a seguir.

Primeiro Passo: Identificação do problema

No diagnóstico situacional da área de abrangência foram levantados os principais problemas da comunidade, são eles: elevada prevalência e incidência de hipertensão arterial em pacientes idosos; elevada prevalência de tabagismo e alcoolismo na população; elevada prevalência da obesidade com deficiente cultura alimentar; elevada densidade da população com condições desfavoráveis e precárias de higiene; baixos níveis educacionais e culturais da população.

Segundo Passo: Priorização dos Problemas

A equipe de saúde reuniu-se e retomou os resultados do diagnóstico situacional, e priorizou o principal problema cuja capacidade de enfrentamento estava sob sua governabilidade (Quadro 1). Em seguida idealizou o desenho das operações, a identificação dos recursos críticos, a análise da viabilidade e o plano operativo do projeto de intervenção conforme será apresentado posteriormente.

Quadro 1 – Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico situacional da USF Cooperativa I e II.

| Principais Problemas | Importância | Urgência | Capacidade de enfrentamento | Seleção |
|--|--------------------|-----------------|------------------------------------|----------------|
| Elevada prevalência e incidência de hipertensão arterial em pacientes idosos | Alta | 7 | Parcial | 1 |
| Elevada prevalência de tabagismo e alcoolismo | Alta | 7 | Parcial | 2 |
| Elevada densidade da população com condições desfavoráveis. | Alta | 4 | Parcial | 2 |
| Elevada prevalência da obesidade com deficiente cultura alimentar | Alta | 6 | Parcial | 3 |
| Baixos níveis educacionais e culturais da população. | Alta | 6 | Parcial | 4 |

Terceiro Passo: Descrição do Problema

O tema selecionado para ser abordado é a elevada prevalência e incidência de hipertensão arterial em pacientes idosos, tendo como foco principal a não adesão deste grupo à terapia anti-hipertensiva. As questões mais relevantes levantadas para justificar esse problema é que a despeito do pouco de tempo de atividade na unidade de saúde, percebeu-se em sete meses de trabalho, que nas sete micro áreas de atendimento a incidência de hipertensos idosos sem adesão ao tratamento está em torno de 30% (Tabela 1). Esse problema pode ser provocado por múltiplas causas, conforme descrito a seguir.

Tabela 1 – Nº de hipertensos cadastrados e incidência de hipertensos idosos sem adesão ao tratamento segundo micro área da USF Cooperativa I e II. Penedo, 2015.

| Micro Área | Hipertensos/Cadastrados | Hipertensos/Incidência |
|-------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| 1 | 46 | 10 |
| 2 | 52 | 15 |
| 3 | 45 | 14 |
| 4 | 26 | 8 |
| 5 | 34 | 11 |
| 6 | 33 | 9 |
| 7 | 23 | 12 |
| Total | 259 | 79 |

Quarto Passo: Explicação do problema

Essa etapa tem como objetivo entender a gênese do problema que se pretende enfrentar a partir da identificação das suas causas. Identificou-se que as causas podem estar relacionadas ao paciente e à equipe de saúde. Dentre as causas relacionadas ao paciente podemos ter: baixa adesão aos serviços de saúde, a realização de consulta médica no horário matutino, a baixa escolaridade levando a deficiência de informação, a ausência de sintomatologia da doença, a aspectos culturais que levam ao uso de remédios caseiros e o alcoolismo.

Quanto as causas relacionadas à equipe, estas podem estar associadas à desinformação dos profissionais quanto a melhor forma de abordar o paciente idoso hipertenso e a falta de incentivo para o desenvolvimento de ações preventivas.

4 REVISÃO DA LITERATURA

Em terras brasileiras, o Ministério da Saúde, por meio da Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS (BRASIL, 2002), assinalou que o controle da hipertensão arterial é de competência dos serviços de atenção básica e determinou como ações estratégicas: o diagnóstico dos casos de hipertensos, o cadastramento dos portadores, a busca ativa de casos, o tratamento, o diagnóstico precoce de complicações, o primeiro atendimento de urgência e as medidas preventivas, que incluem ações educativas para controle de condições de risco, bem como a prevenção de complicações.

Para que isso fosse posto em prática, o fortalecimento da importância das ações básicas de saúde resulta da necessidade de monitorar/acompanhar o paciente crônico com visão integral do contexto onde o paciente está inserido.

Com esse objetivo, a estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF), implantada no Brasil desde 1994 (FALK, 2005), na teoria deveria contribuir para o aumento da adesão terapêutica dos pacientes e para a redução das complicações inerentes a esses casos. Mesmo que haja diversos aspectos que contribuem na abordagem clínica e no controle dos pacientes hipertensos, limitando o sucesso da adesão à terapêutica, as políticas de saúde de hoje, embora com as diversas complicações para se colocar na prática, destinam-se para melhorar essa situação.

Para que isso aconteça na prática, vários fatores de ordem cultural, social, econômica e política poderão ser decisivos. A mudança de uma medicina centralizada no modelo tradicional de tratamento para o modelo de prevenção, é um processo que requer tempo e mudança de comportamento.

A hipertensão arterial (HA) é uma das mais frequentes doenças cardiovasculares, ademais de ser a principal causa de risco para outras doenças cardiovasculares, conforme Santos (2005).

A hipertensão arterial é uma doença silenciosa, primeiramente não apresenta sintomas, e outras vezes é diagnosticada no aparecimento das complicações e, comumente, nas unidades de emergência, tardiamente, causando significativa perda na qualidade de vida e aumento nas taxas de morbidade e mortalidade. Para se acompanhar e controlar a hipertensão arterial, é necessário que se identifique. Para isso, o profissional deve fazer a aferição da pressão arterial

(PA). A detecção da PA elevada deve ser realizada por profissionais da saúde como medida prevenção.

O rastreamento dos pacientes que podem estar com hipertensão arterial se detecta no momento do Hiperdia feita pelo profissional responsável. A medida da pressão arterial se constitui fator importante para estabelecer o diagnóstico da hipertensão para a posterior intervenção. Isso deve ser de forma indiscriminada, ou seja, tantos em homens como em mulheres. Utiliza-se o método indireto, com técnica auscultatória, com esfigmomanômetro e estetoscópio. Para isso, o paciente deve estar sentado e em cada consulta devem ser feitas duas medidas com um intervalo de até dois minutos entre elas, de acordo com as IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2002).

Segundo orientações do Ministério da Saúde, a hipertensão arterial é uma doença multifatorial. Isso significa dizer que o tratamento requer o apoio de vários profissionais. Não só o médico, como também enfermeiros, auxiliares de enfermagem, cirurgiões dentistas, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, professores de educação física, farmacêuticos, dentre outros.

Para que o tratamento se dê de forma harmoniosa, a relação entre o paciente e equipe de saúde é um aspecto de real importância no processo de adesão às ações de um dado programa de intervenção.

No que diz respeito ao tratamento, esse processo pode se dar por atividades educacionais voltadas para o autocuidado e o trabalho em grupos de pacientes e equipe de saúde, uma vez que esse tipo de ação pode ser útil por propiciar troca de informações, favorecer esclarecimento de dúvidas e atenuar ansiedades, pela convivência com problemas semelhantes, conforme orienta Marquez Filho (1992).

Dessa forma, acredita-se que o atendimento feito de maneira sistematizada, humanizada e individualizada, assim como as ações em grupo, por meio de consultas médicas, de visitas periódicas aos pacientes pelos agentes comunitários de saúde, de acompanhamento pela equipe técnica (enfermeira e auxiliar de enfermagem), tem como consequência a satisfação do paciente e se sintam mais valorizados, o que contribui para a ampliação do vínculo entre comunidade e equipe de saúde, aumentando, dessa forma, a adesão ao tratamento – que se constitui como um dos problemas que emperram o êxito do tratamento.

Nessa conjuntura, as políticas de saúde devem estar direcionadas para ações de saúde que objetivem busca ativa da população, para garantir o diagnóstico precoce e implementar as medidas educativas pertinentes. É, pois, o que se tenta propor neste projeto de intervenção.

5 PLANO DE AÇÃO

O plano de ação foi elaborado para o problema da não adesão ao tratamento da hipertensão pelos pacientes idosos da USF Cooperativa I e II do município de Penedo-AL, cujas ações estão detalhadas nos Quadros 2 a 5 dos quais constam o desenho das operações, a operação/projeto, a análise de viabilidade do plano, o plano operativo e o cronograma de execução.

Quadro 2 - Desenho das operações para os “nós críticos” do problema da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial pelos idosos da USF Cooperativa I e II.

| No Crítico | Operação/ Projeto | Resultados Esperados | Produtos | Recursos Necessários |
|--------------------------------------|--|---|---|---|
| Nível de Informação | Saiba mais sobre Hipertensão Arterial e os riscos cardiovasculares | Elevar os conhecimentos sobre a doença e os riscos cardiovasculares | Programa de informação à população | Cognitivo Conhecimento de estratégias de comunicação e de atividades pedagógicas Organizacional Organizar a agenda de atendimento Político Articulação Inter-setorial Mobilização social |
| Hábitos e estilo de vida inadequados | Modificar hábitos e estilo de vida | Diminuir o número de tabagistas e obesos. Incentivar à prática de atividade física | Campanha na rádio local; Programas: exercício é saúde, fumar dana a saúde, alimentação | Organizacional: para organizar as caminhadas Político: local para atividade física, Político: Mobilização social |

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| | | | saudável. | intersectorial com a rede Financeira: para recursos audiovisuais, folhetos educativos etc. |
| Baixa cobertura de medicamento do programa Hiperdia no PSF e na rede de farmácias | Adequar o fornecimento de medicamentos na rede de saúde | Oferecer quantidade adequada de medicamentos aos usuários e comunidade | Programa de controle de medicamentos padronizados na rede. | Políticos: articulação intersectorial para aquisição de fármacos Financeiros: previsão semestral de medicamentos fornecidos no programa e aquisição de medicamentos de alto custo |

Os recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema alta incidência de hipertensos sem adesão ao tratamento na população maior de 45 anos, estão descritos no Quadro 3.

Quadro 3 – Recursos críticos segundo operação/projeto para o problema da alta incidência de hipertensos sem adesão ao tratamento

| Operação/Projeto | Recursos Críticos |
|---|--|
| Saiba mais sobre hipertensão arterial e dos riscos cardiovasculares. | Político - conseguir o espaço de difusão por carros de som Financeiro – para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos. |

| | |
|---|--|
| Modificar hábitos e estilos de vida | Político - local para atividade física, mobilização social Intersetorial. Conseguir o espaço na rádio local. Financeiro: para recursos audiovisuais, folhetos educativos etc. |
| Adequar o fornecimento de medicamentos na rede de saúde. | Políticos: articulação intersetoriais para aquisição de fármacos de alto custo e dos programas. Financeiros: Previsão e aquisição de medicamentos. |

No Quadro 3 estão descritas as ações estratégicas definidas para a motivar os atores envolvidos na realização das atividades propostas no plano de ação.

Quadro 3 - Análise de viabilidade do plano de ação o problema da alta incidência de hipertensos sem adesão ao tratamento

| Operação/Projeto | Recursos Críticos | Controle dos recursos críticos | | Ação Estratégica. |
|---|--|--------------------------------|-------------|---|
| | | Ator que controla | Motivação | |
| Saiba mais de hipertensão arterial e os riscos cardiovasculares | Político: conseguir o espaço de difusão por carros de som Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos. | Setor de comunicação social | Indiferente | Apresentar projeto Apoio das associações |
| | | Secretário de Saúde | Indiferente | Apresentar projeto Apoio das associações |
| Modificar hábitos e estilos de vida | Político: local para atividade física, mobilização social e | Setor de comunicação social. | Indiferente | Apresentar projeto Apoio das associações |

| | | | | |
|---|--|--|--------------------------------|--|
| | Intersetorial. Conseguir o espaço na radio local. Financeiro: para recursos audiovisuais, folhetos educativos. | Secretario de saúde. | Indiferente | Apresentar projeto Apoio das associações |
| Adequar o fornecimento de medicamentos na rede de saúde | Políticos: articulação intersetorial para aquisição de fármacos de alto custo e dos programas. Financeiros: Previsão e aquisição de medicamentos. | Secretário Municipal de Saúde. Prefeitura | Indiferente Indiferente | Apresentar projeto Apoio das associações Apresentar projeto Apoio das associações |

Os responsáveis pelas ações estratégicas e os prazos de execução das atividades estão apontadas no Quadro 3.

Quadro 3 – Plano operativo o problema da alta incidência de hipertensos sem adesão ao tratamento

| Operações | Resultados | Ações Estratégicas | Responsável | Prazo |
|--|---|---|---|-------------------|
| Saiba mais sobre hipertensão arterial e os riscos cardiovasculares | Elevar os conhecimentos sobre a doença e os riscos cardiovasculares | Realização de Palestras sobre hipertensão e os riscos cardiovasculares em cada micro área | Ida Guedes Eugenio Enfermeira do ESF. | Início dois meses |

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todos os profissionais que trabalham no Programa Saúde da Família necessitam trabalhar próximo com as famílias, precisam mudar o discurso cristalizado, para o resgate de valores, de conscientização a fim de encarar os problemas com o desejo de curar e prevenir as doenças.

Torna-se essencial, portanto, pôr em prática o diálogo como forma de derrubar as barreiras, a desconstrução de mitos. De modo que esses profissionais precisam atuar como grupo de controle, que troque, ensine e aprenda com o meio de interesse das famílias, inserindo-se como fator primordial para que o plano de intervenção seja bem sucedido.

Observou-se, assim, que mesmo com tantas diretrizes do PSF direcionadas para dar melhor assistência à população, como estratégia que visa o bem-estar da população, há também falhas que precisam ser revisadas para serem superadas. Todas as questões levantadas foram identificadas durante o período de trabalho nos povoados Cooperativa I e II, do município de Penedo.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J. C.; GUIMARAES, A. C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41. n. 3, jun. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n3/5707.pdf>> Acesso em: 10 out. 2009.

AMODEO, C; LIMA, E.G; VAZQUEZ, E.C. **Hipertensão Arterial**. São Paulo: Sarvier, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Condutas Médicas: Hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A Implantação da unidade de saúde da família**. Caderno 1, Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

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

COELHO, A. A. O Agente Comunitário e a Saúde da Família. **Revista Mundo Jovem**, ano 48, nº 411, p. 21, outubro 2010.

IV DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 4ª. ed., 2002, Campos do Jordão. Campos do Jordão: Editora, 2002.

FALK, J.W. **A especialidade medicina de família e comunidade no Brasil: aspectos conceituais históricos de avaliação da titulação dos profissionais**. 2005. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2005.

MARQUEZ FILHO, J. M et al. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artmed, 1992.

MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F.J.U. (Org.). **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, 1989. p. 105-176.

IBGE. **Produto Interno Bruto dos Municípios 2004-2008**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2004_2008/> Acesso em: 11 jul. 2015.

ROSA, W. A. G. Programa Saúde da Família: A Construção de um novo modelo de Assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 6, p.1027-34, nov.-dez. 2005.

SANTOS, N. T. V. **Programa Saúde da Família**: uma contribuição e análise de seus princípios e prática. Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães Departamento de Saúde coletiva, 2005.

SOUZA, M. F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso e atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 2, p.153-8, mar-abr. 2008.

WEBSITES CONSULTADOS SOBRE PENEDO

PENEDO EM SUA HISTÓRIA. Disponível em: <http://www.aplacc.com/v2/?page_id=85 - Acesso em: 16 jul. 2015.

ABC DAS ALAGOAS. Disponível em:
<http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/1104/739030_vI.pdf?sequence=7 - Acesso em: 2 jul. 2015.

A CIDADE DE PENEDO. Disponível em: <<http://www.penedo.al.gov.br/a-cidade-de-penedo/>> Acesso em: 12 jul. 2015.

IBGE. Disponível em: <http://Cidades.Ibge.Gov.Br/Xtras/Perfil.Php?Codmun=270670> - Acesso em: 5 jul. 2015.

HISTÓRIA-PENEDO FM. Disponível em:
<http://www.penedofm.com.br/?pag=penedo_historia> . Acesso em: 3 jun. 2015.