

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

MAYRA MERENCIA FERRER COSME

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA AMPLIAÇÃO DA ADESAO DOS
PACIENTES AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NO
MUNICÍPIO BRAUNAS**

**GOVERNADOR VALADARES, MINAS GERAIS
2015**

MAYRA MERENCIA FERRER COSME

**PLANO DE INTERVENCAO PARA AMPLIAÇÃO DA ADESAO DOS
PACIENTES AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NO
MUNICIPIO BRAUNAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de
Especialização em Saúde da Família, Universidade Federal de
Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialização.
Orientador: Professora Valéria Tassara

**GOVERNADOR VALADARES, MINAS GERAIS.
2015**

MAYRA MERENCIA FERRER COSME

**PLANO DE INTERVENCAO PARA AMPLIAÇÃO DA ADESAO DOS
PACIENTES AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NO
MUNICIPIO BRAUNAS**

Banca Examinadora

Professora: Valéria Tassara

Professora: _____ Examinadora

Aprovado em: ____ / ____ / ____

AGRADECIMENTOS

Agradeço a meu Deus, fonte da minha existência, pois sem ele eu não posso vencer mais essa etapa em minha vida. Agradeço a minha família, de forma especial ao meu esposo e meus filhos que me incentivaram a sempre persistir, mesmo quando pensei que não conseguiria. A minha equipe que sempre esteve ao meu lado na concretização dos meus objetivos. A minha professora orientadora Valéria Tessara, pela paciência, compreensão, e por não ter desistido de mim e a todos os amigos que me ajudaram de uma ou outra forma para concretização desse trabalho.

EPÍGRAFE

/

“Se um dia tiver que escolher entre o mundo e o amor... Lembre-se. Se escolher o mundo ficara sem o amor, mas se escolher o amor com ele você conquistara o mundo.”

Albert Einstein

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo elaborar um plano de intervenção para ampliação da adesão dos pacientes ao tratamento da hipertensão arterial da unidade básica da saúde de Braúnas, Estado Minas Gerais. As doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão arterial sistêmica constitui um grave problema de saúde no Brasil e no mundo devido às complicações e implicações que tem na mortalidade e morbidade da população com mais de 15 anos de idade. O aspecto da adesão ao tratamento foi identificado como um desafio para nossa equipe de saúde, sendo fundamental para o controle e diminuição da morbimortalidade. Vários fatores contribuem para a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial, que incluem falta de informação por parte dos pacientes hipertensos e inadequado estilo de vida como sedentarismo e obesidade. Constatou-se a necessidade de acolher e tratar melhor os usuários da unidade, manter a população informada quanto ao risco da hipertensão e incentivar a prática de exercícios. O trabalho apresenta uma proposta de intervenção baseado no Planejamento Estratégico Situacional. Espera-se que esta proposta contribua para que a estratégia de intervenção elaborada possa melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso do paciente hipertenso.

Palavras-chave: doenças crônicas - hipertensão arterial - plano de ação.

ABSTRACT

The present study aims to develop an expansion of patient adherence to the treatment of hypertension in the basic unit of Braúnas health, state Minas Gerais. The chronic non-communicable diseases, such as hypertension is a serious health problem in Brazil and in the world due to complications and implications on mortality and morbidity of the population with more than 15 years of age. The aspect of treatment adherence has been identified as a challenge to our health team, being instrumental in the control and reduction of morbidity and mortality. Several factors contribute to non-adherence to the treatment of hypertension, including lack of information on the part of hypertensive patients and inappropriate lifestyle as physical inactivity and obesity. It was noted the need to accommodate and treat him better users of the unit, keep the population informed about the risk of hypertension and encourage the practice of exercises. The work presents a proposal for intervention based on the Situational strategic planning. Hopes that this proposal will contribute to the elaborate intervention strategy can improve adherence to drug treatment of patient hypertensive.

Keywords: chronic diseases, arterial hypertension, -action plan.

LISTA DE QUADROS:

QUADRO 1: Priorização do problema segundo os critérios da seleção.	3
QUADRO 2: Desenho das operações para os “nos” críticos.....	122
QUADRO 3: Os Recursos críticos devem ser consumidos em cada operação de acordo com o apresentado.	133
QUADRO 4: Propostas de ações para a motivação dos atores.	133
QUADRO 5: Plano Operativo.	145
QUADRO 6: Acompanhamento do plano.....	17

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

MS Ministério da Saúde

ESF Estratégia da Saúde da Família

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MER Método de Estimativa Rápida

OMS Organização Mundial da Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

FR Fator Risco

HAS Hipertensão Arterial Sistêmica

ACS Agente Comunitário de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. JUSTIFICATIVA	4
3. OBJETIVOS:	6
3.1 OBJETIVO GERAL	6
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
4. PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS.	7
5. REFERENCIAL TEÓRICO	8
5.1 Hipertensão arterial sistêmica	8
5.2 Fatores de Risco para não adesão para tratamento anti- hipertensivo	9
6. PLANO DE INTERVENÇÃO	122
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	188
REFERÊNCIAS	199

1. INTRODUÇÃO

O município de Braúnas está localizado na região leste de Minas Gerais, na bacia do rio Santo Antônio, Sub bacia do Rio Doce e pertencente à região metropolitana do Vale do Aço. Possui 377,16 Km² de extensão territorial compreendendo Zona urbana e rural. Braúnas limita-se a norte com Guanhães; ao sul com Joanésia; ao leste com Açucena e a oeste com Guanhães e Dolores de Guanhães. Está a 253 km da capital, Belo Horizonte, e a 80 km de Ipatinga.

Composto por três povoados: Salto Grande, Santa Rita e Barbadas, distantes da sede respectivamente 10 km, 16 km e 14 km, e mais de 50 comunidades rurais que estão até 23 km da sede. Possui relevo muito acidentado e seu clima é temperado úmido, com uma média de temperatura anual de 23,5°C. Índice médio pluviométrico anual: 1374mm.

A colonização na região começou em 1825, com a concessão de 12 (doze) sesmarias situadas entre as margens dos rios Santo Antônio e Guanhães aos irmãos da família Figueiredo Neves, com a intenção de estimular o desbravamento da região. Esses fixaram-se próximo a um ribeirão onde havia abundância de uma árvore de madeira escura, denominada “Ybira-Uma” (madeira preta), a qual deu o nome do lugar.

Mais tarde as terras, férteis e em desenvolvimento, passam a ser propriedades do alferes Fortunato do Carmo e ainda na primeira metade do século 19, foram desmembradas nas fazendas: Barre tina, Mato Grosso e Mariquita, de propriedade de Beto Pinto de Aguiar, Joaquim Francisco Vieira e Dona Mariquita, respectivamente. Esses fazendeiros são considerados os fundadores de Braúnas.

Dona Mariquita, proprietária da fazenda de mesmo nome, doou parte de suas terras à Igreja para a construção de uma capela no alto do morro, ao lado do cruzeiro, e em 1870 o povoado de Nossa Senhora do Amparo das Braúnas, já estava estabelecido e pertencia à Guanhães. O povoado foi elevado à categoria de distrito em 1879, e em 1923, teve o nome alterado para Braúnas de Guanhães.

Nas três décadas seguintes houve muita disputa política entre o distrito e sede do município. A emancipação veio em 12 de dezembro de 1953, através da lei N°1.039, somente após Astramiro de Oliveira Santana, braunense, ser eleito prefeito de Guanhães. Emancipado, o novo município passou a se chamar apenas Braúnas.

Entre 1954 e 1955, a administração ficou a cargo do intendente Esperidião Lage do Prado, funcionário da fiscalização de rendas do estado, que promoveu a primeira

eleição municipal, vencida por Geraldo Pacheco de Aguiar. A instalação da câmara Municipal, em 31 de janeiro de 1955, foi presidida pelo juiz de direito da comarca de Guanhães.

Entre 1948 e 1950 foi aberta a estrada que liga ao povoado vizinho de Farias de Guanhães e chegou à cidade o primeiro automóvel, pertencente ao construtor da estrada (CIA ALAMBRA). Em 1949 a Companhia Energética de Minas Gerais (CEMIG), começou a construção da Usina hidrelétrica Américo Renné Giannetti, em Salto Grande, no rio Santo Antônio.

Com o início das operações da usina, em 1956, a CEMIG construiu no local, para os operadores e famílias, uma vila com casas, hospital, igreja e escola municipal Santo Antônio. Com a evolução tecnológica a mão de obra humana foi gradativamente substituída por máquinas e hoje apesar de manter as edificações a vila está praticamente desabitada.

O município de Braúnas possui uma área territorial de 378.318 Km², tendo uma densidade demográfica de 13,30 hab /Km². Possui 1430 famílias sendo 464 famílias na zona urbana e 966 famílias na zona rural. A população é de 5030 habitantes. A Estratégia Saúde da Família 2 é responsável por 2963 habitantes, correspondendo a 920 famílias divididas em 5 micro áreas localizadas na zona urbana e rural.

A Unidade Básica de Saúde de Braúnas tem duas Equipes de Saúde da Família, a equipe de saúde 2 conta com uma médica (Programa Mais Médicos), uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, seis agentes comunitários, além de dentista e auxiliar. A jornada é de 40 horas semanais e 32 horas semanais para a médica do Programa Mais Médicos, sendo as outras 8 horas dedicadas ao estudo. O funcionamento é de 7 às 16 horas de segunda à sexta feira.

Segundo o IBGE (2010) a taxa de analfabetismo no município corresponde a 2,2% na população de 15 a 24 anos; 13,9% na população de 24 a 59 anos e 44% na população de 60 anos ou mais. As afecções mais prevalentes são hipertensão arterial, diabetes, parasitismo intestinal, doenças mentais.

Depois de realizar o diagnóstico da situação de saúde e em reuniões mensais com minha equipe identificamos como principais problemas de saúde:

1. Falta de adesão de pacientes hipertensos ao tratamento.
2. Hábitos e estilo de vida inadequados, como: hábito de fumar, sedentarismo, nutricionais e obesidade.
3. Dificuldade de acesso em algumas áreas rurais em época de chuva.

4. Falta de conhecimentos e informação pelos usuários sobre a doença.
5. Inadequado abastecimento e pouca sistematicidade de medicamento na farmácia popular.
6. Programação inadequada de atividades e alta demanda de consulta.

Após a identificação do problema, é necessário a seleção ou priorização daqueles problemas que seriam enfrentados, uma vez que, todos não poderão ser resolvidos ao mesmo tempo, pela falta de recursos (humanos, financeiros, materiais etc.).

Como critérios de seleção nossa equipe considerou: a importância do problema, sua urgência e a capacidade para enfrentá-los conforme descrito no quadro damos ordem de prioridades segundo, com um valor alto, médio ou baixo, definindo se a solução do problema se encontra dentro ou fora de nossa capacidade de enfrentamento por nossa equipe de saúde, de nosso alcance e por critério de seleção.

QUADRO 1: Priorização do problema segundo os critérios da seleção.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Falta de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos	Alta	7	Parcial	1
Falta de conhecimento e informação por parte dos pacientes hipertensos.	Alta	7	Parcial	2
Programação de atividades inadequadas e alta demanda de consulta.	Alta	5	Parcial	3
Inadequados hábitos e estilo de vida não saudavam (hábito de fumar, nutricionais, obesidade e sedentarismo).	Alta	5	Fora	4
Inadequado abastecimento e pouca sistematicidade de medicamento na farmácia popular.	Alta	6	Fora	5

Depois da priorização do problema na ESF 2 foi identificada a falta de adesão ao tratamento de os pacientes hipertensos como um dos problemas de saúde determinante.

2. JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial está frequentemente associada a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010).

Sendo esta doença a mais freqüente das doenças cardiovasculares, e também o principal fator de risco para acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal (Brasil, 2006).

A hipertensão arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mm Hg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. Também deve ser considerado no diagnóstico, o risco cardiovascular global, estimado pelos fatores de risco, presença de lesões nos órgãos-alvo e com mobilidades associadas (Brasil, 2006). A HAS “tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública” (SBC, 2010).

No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial o que representa 35% da população de 40 anos e mais.

Segundo dados do DATASUS de 2010, as doenças do aparelho circulatório representam 11,1% das causas de internação e o infarto agudo do miocárdio representa 37,4% das causas de morte em Braúnas. Segundo dados do SIAB a ESF2 tem 2357 indivíduos com mais de 15 anos, dentre esses 619 são hipertensos que representa 26,26% .

A hipertensão é considerada um problema de saúde pública por sua magnitude, risco e dificuldades no seu controle. Sua evolução clínica é lenta, com uma multiplicidade de fatores que quando não são adequadamente tratados, traz graves

complicações, temporárias ou permanentes. Sua característica lenta e silenciosa dificulta a percepção dos pacientes portadores do problema (SANTO, 2011).

A Hipertensão Arterial Sistêmica representa um elevado custo financeiro, principalmente por sua ocorrência associada a agravos como doença cerebrovascular, doença arterial coronária, doenças vascular de extremidades, insuficiência cardíaca e renal crônica, todos os que geram um impacto econômico para os sistemas de saúde a família e a sociedade.

Após a identificação dos problemas através de uma análise, foi possível identificar, entre as várias causas, aquelas consideradas como mais importantes, uma vez que dificilmente todos serão resolvidos ao mesmo tempo, pela falta de recursos (financeiro, humanos, materiais, políticos).

A ESF2 selecionou como “nós críticos” a situação seguinte nas quais tem possibilidade de ação direta e que pode ter impacto sobre o problema escolhido. São eles: Inadequada programação da atividade, atraso nos atendimentos, falta de informação e conhecimento por parte do paciente hipertenso, hábito de vida não saudáveis (nutricionais, sedentarismo, obesidade).

O conceito de “nós críticos” se define como tipo de causa de um problema que quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo em uma ideia também de algo sobre o qual eu possa intervir, ou seja, que esta dentro do meu espaço de governabilidade (CARDOSO et al., 2008)

3. OBJETIVOS:

3.1 OBJETIVO GERAL:

Propor um plano de intervenção para ampliação da adesão dos pacientes ao tratamento da hipertensão arterial no município Braúnas.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Incluir apresentações a respeito do uso medicação anti-hipertensiva, autocuidado e hábitos de vida saudáveis nos grupos de hipertensão;
2. Estimular a adesão ao tratamento.

4. PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS.

Na primeira etapa foi realizado a identificação dos problemas enfrentados pela ESF 2. Em uma reunião com os agentes comunitários de saúde (ACS's), técnico de enfermagem, enfermeira e médica da ESF, a falta de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos foi identificada como um problema de alta importância e urgência em sua resolatividade e com capacidade de enfrentamento, visto que está relacionado a complicações como infarto do miocárdio, doença renal entre outras.

Também foram listados os nós críticos associados a esse problema como: falta de conhecimento e informação por parte dos pacientes hipertensos sobre o problema; inadequados hábitos de vida (hábito de fumar, nutricionais, obesidade e sedentarismo).

Na segunda etapa foi elaborado um plano de ação baseado no Planejamento Estratégico Situacional (PES). Para construção do referencial teórico, serão utilizados dados da Unidade de Saúde, DATASUS, IBGE e materiais disponíveis de dados bibliográficos do SCIELO (Scientific Electronic Library Online). Da totalidade de hipertensos escolhemos uma amostra de 150 hipertensos.

Para a pesquisa foram utilizados os seguintes descritores: Hipertensão, Tratamento, Adesão.

5. REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Hipertensão arterial sistêmica

Segundo o Ministério de Saúde (BRASIL, 2001), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é definida como uma pressão sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão diastólica maior ou igual a 90 mmHg em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva.

Numa avaliação global de fatores determinantes e condicionantes para a hipertensão arterial, consideram importantes os psicólogos, físicos e ambientais como também a faixa etária, a cor da pele e o habitat (KIELLER, 2004). Assim também, o consumo inadequado do sal, a ingestão de gorduras saturadas, a redução de fibras na alimentação, o sedentarismo, tabagismo e alcoolismo. Por tanto o controle desses fatores, certamente, resultara em benefício que reduzira os riscos que a pressão arterial elevada pode causar (BRASIL, 2001).

Para diagnosticar a hipertensão arterial e avaliar a eficácia do tratamento e importante a verificação periódica da pressão arterial. O método mais utilizado na pratica clinica e o indireto com técnica auscultatória e esfigmomanometro de coluna de mercúrio ou aneróide. Este procedimento deve ser realizado com o paciente na posição sentada e confortável, após repouso de pelo menos cinco minutos, e com braço posicionado na altura do coração (MION, 2006).

As classes de medicação para o tratamento da hipertensão incluem: diuréticos, beta- bloqueadores, antagonista de cálcio e inibidores da enzima conversora de angiotensina (ALMEIDA, 2006).

A hipertensão arterial depende essencialmente de duas variáveis hemodinâmicas: debito cardíaco (DC) e resistência vascular periférica (RVP), segundo a formula: $HA = DC \times RVP$. O debito cardíaco é determinado pelo produto da frequência cardíaca pelo volume sistólico; esse depende, entre outros fatores, do volume circulante e, portanto, da quantidade de sódio no organismo (GUYTON; HAU, 2002).

Segundo Gusmão et al. (2009), há vários fatores de risco positivos que incluem o habito de fumar, hiperlipidêmica, diabetes, manifestações de doença cardiovascular. A prevalência varia com a idade, a raça, a educação e muitas outras variáveis. Uma efetiva

redução farmacológica da pressão arterial impede os danos aos vasos sanguíneos e diminui consideravelmente as taxas de morbidade e mortalidade.

5.2 Fatores de risco para não adesão para tratamento anti- hipertensivo

Para Marcon et al. (1995), a adesão do paciente ao regime terapêutico é de suma importância para o controle dos sintomas e progressão da doença. Sarquis et al.(1998) enfatizam que a meta primordial das ações das equipe de saúde deve ser a de buscar otimizar a adesão do hipertenso ao tratamento.

A identificação dos fatores que interferem na adesão inicia-se pelo reconhecimento das características do paciente como idade, sexo, raça, escolaridade, nível sócio- econômico, ocupação, estado civil, religião, hábitos de vida e culturais, e crenças de saúde. Aspectos relativos a hipertensão arterial, como a cronicidade da doença, em geral não associada à sintomatologia desagradável, também interferem na adesão ao tratamento.(MARCON et al , 1995).

Alem da identificação dos fatores que influenciam a adesão ao tratamento, o controles comunitário da hipertensão arterial deve também motivar os pacientes na adesão ao tratamento. A freqüente ineficácia das medidas de controle, por seu não cumprimento, supõe um motivo de frustração para o profissional que recomenda tais medidas, originando desmotivação.

As recomendações para controle da hipertensão consideram que o paciente tem responsabilidade por seu próprio tratamento e pela modificação no estilo de vida. A adesão requer que o paciente seja ativo e colabore com os profissionais de saúde nos objetivo para o seu tratamento e nas definições dos métodos pelo quais esses objetivos serão atingidos. Os pacientes devem mudar seu estilo de vida, obedecer aos horários das visitas e tomar os medicamentos que foram prescritos. O tratamento deve ser uma parte da vida do paciente. Estudos recentes demonstram que a adesão é provavelmente mais precária em doenças que requerem mudança no estilo de vida. A ausência de sintomas, que é comum na hipertensão, também é responsável pela redução da adesão. Pacientes assintomáticos não se sentem doentes e não vêm razão para se tratar. (ALMEIDA NETO et al., 2006).

Com relação à medicação, as justificativas apresentadas pelos pacientes para a irregularidade na ingestão dos medicamentos incluem a falta de dinheiro para comprar; a falha na distribuição gratuita pelo serviço de saúde; as dificuldades de adaptação na

tomada da medicação (dose quantidade e horário) e a presença de colaterais indesejáveis (CASTRO, 2000).

Outro fator importante da não adesão correta é falta de uma dieta equilibrada. A dieta preconizada pelo estudo DASH (Dietary Approachs to Stop Hypertension) mostrou benefícios no controle da pressão arterial, inclusive em paciente fazendo uso de anti-hipertensivos.

Enfatiza o consumo de frutas, verduras, alimentos integrais, leites desnatados e derivados, quantidade reduzida de gorduras saturadas e colesterol, maior quantidades de fibras, potássio, cálcio e magnésio. Associada à redução no consumo de sal, mostra benefícios ainda mais evidentes, sendo portanto, fortemente recomendada para hipertenso. (CORNELISSEN; FAGARD, 2005).

Os fatores psicológicos, econômicos, educacionais, estresse emocional podem funcionar como barreira para a adesão ao tratamento e mudança de hábitos (FONSECA; COELHO; SILVA, 2009).

A dificuldade em aderir ao tratamento é um problema vivenciado pela equipe de saúde e causa preocupação, pois além de não ter uma resposta terapêutica desejada e esperada, encontra-se o paciente com os níveis pressóricos elevados.

Segundo Coelho et al. (2005) quando ocorrem uma adesão inadequada à terapêutica, o médico pode julgar erroneamente o tratamento instituído, supondo que ele não tem uma boa eficácia. Este fato pode levar os profissionais a buscar outra estratégia terapêutica aumentando a dosagem ou substituindo o medicamento ou ainda, a adição de um novo medicamento.

Um bom relacionamento médico paciente pode melhorar a adesão ao tratamento, além disso, o enfoque diferenciado da enfermeira, nutricionista, psicóloga e assistente social é fundamental para o bom tratamento de uma doença crônica.

A maior razão para o controle inadequado da pressão arterial elevada, de acordo com Clark et al. (2000) seria a falta de adesão. Horwitz (1993) caracteriza a adesão como sendo a extensão em que o comportamento do indivíduo, em termos de tomar os medicamentos, seguir a dieta, realizar mudança no estilo de vida e comparecer às consultas médicas, coincide com o recomendado dos profissionais de saúde; este conceito.

Para Marcon et al.(1995), a adesão do paciente ao regime terapêutico é de suma importância para o controle dos sintomas e progressão da doença. Sarquis et al.(1998)

ênfatizam que a meta primordial das equipes de saúde deve ser a de buscar otimizar a adesão do hipertenso ao tratamento. (BARBOZA, RIBEIRO, 2006).

A literatura consultada é unânime ao colocar como fundamental papel da adesão no sucesso do tratamento anti-hipertensivo. Di Matteo (1993) avalia como consideráveis os riscos decorrentes da não adesão. O apoio social e familiar também é um fator importante que pode influenciar a adesão ao tratamento.

Mendel (1997) verificou uma maior adesão e controle dos níveis tensionais nos pacientes que percebiam a família como apoio e suporte social. De acordo com a autora, as pessoas bem compreendidas dentro de seu contexto social são mais aderentes.

Estratégia para ampliação da adesão dos pacientes ao tratamento da hipertensão arterial. A ESF 2 conseguiu identificar algumas estratégias para ampliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo, como:

- Desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade;
- Conscientização do paciente e seus familiares da existência do problema, relacionado a hipertensão;
- Implantação de programas de incentivo ao tratamento, educação e conscientização do paciente sobre a necessidade de tratamento, mostrando seus benefícios;
- Monitoramento do trabalho através de visita domiciliar e grupos operativos;
- Identificação de fatores de risco cardiovasculares;
- Estímulo ao controle social;
- Busca ativa de pacientes que não comparecem aos grupos de hipertensão;
- Trabalho em grupos com a participação de familiares de hipertensos;
- Treinamento de profissionais para oferecer atenção centrada no paciente;
- Detalhamento do regime terapêutico, sendo mais possível no tocante aos horários e as drogas;
- Facilitação do acesso aos medicamentos.

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

Após a identificação do problema, deve-se pensar em soluções e estratégias, para isto faz-se o desenho das operações, descrevendo-as para o enfrentamento das causas selecionadas como nos críticos, identificação dos produtos e respostas para cada operação definida e identificação de recursos necessários para a concretização das operações.

QUADRO 2: Desenho das operações para os “nos” críticos.

Problemas Não críticos	Operação	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Inadequada programação das atividades, Agendas lotadas, atrasos nos atendimentos, cancelamento freqüente de consultas.	Elaboração da agenda programada, organizar-la segundo orientações do plano diretor da atenção primária a saúde.	Agendas organizadas com Atividades que devem ser planejadas de organizada. Satisfação do usuário, e melhor adesão.	Programação mensal das atividades	Organizacional: Organização das atividades de equipe e organização da agenda programada. Financeiros: Para aquisição de cadernos para confecção de novas agendas.
Falta de informação e conhecimentos por parte de paciente hipertenso sobre o problema	Realizar atividades de promoção de saúde com relação a hipertensão arterial ,e adesão ao tratamento anti-hipertensivo(palestras educativas cara cara,dinâmica de grupo). Saber mas sobre os riscos e complicações.	Elevar Conhecimento da população sobre hipertensão arterial, e adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Equipe capacitada para fornecer melhor atendimentos aos pacientes.	Aumento de informação sobre a hipertensão, e adesão ao tratamento anti-hipertensivo Programas em escolas Capacitação das cuidadoras	Cognitivos: Informação sobre estratégias de comunicação sobre os temas a serem apresentados Fncancieros: disponibilização de materiais educativos relacionados a hipertensão arterial. Políticos: mais articulação intersetorial com educação
Hábitos e estilos de vida não saudáveis (inadequados hábitos nutricionais, sedentarismo, obesidade	Realização de atividades conjuntas com nutricionista da área de saúde com acompanhamento. Pratica sistemáticas de exercícios físicos.	Mudanças positivas com melhoria do estilo de vida, com diminuição dos riscos.	Programa de caminhada; Programa alimentação saudável.	Organizacional: para organizar as caminhadas. Cognitivo: Informação sistemática continua e permanente sobre os temas. Político:Mobilização social, recursos áudio visuais, folhetos educativos.

QUADRO 3: Os Recursos críticos devem ser consumidos em cada operação de acordo com o apresentado.

Operação/Projeto	Recursos críticos
Elaborar Agenda programada (Organizar a agenda de acordo as orientações do plano do diretor a atenção primaria à saúde)	Financeiros: Para aquisição de cadernos para confecção de novas agendas. Político Adesão dos profissionais de saúde para a agenda programada.
Inadequado abastecimento e pouca sistematicidade de medicamentos na farmácia popular	Financeiros: Para comprá-la de medicamentos. Políticos: Aprovação por governo municipal
Dificulta de acesso em algumas áreas rurais em períodos de chuva.	Financeiros: Para aquisição de recursos materiais para melhoria das estradas de acesso ao centro de saúde. Políticos: Aprovação por o governo municipal

No momento estratégico foi realizada a análise de viabilidade do plano, aqui o ator social não controla todos os recursos necessários para a execução de seu plano, motivando o ator que controla os recursos críticos.

QUADRO 4: Propostas de ações para a motivação dos atores.

Operações/ Projetos	Recursos Críticos	Ator que Controla	Motivação	Ação Estratégica
Cuidar melhor Elaborar agenda programada, melhorar a estrutura dos serviços para melhorar a efetividade do cuidado	Financeiros: Aquisição de cadernos para confecção de novas agendas.	Coordenador de atenção primaria	Favorável	Não necessária
	Políticos: recursos necessários para custos de medicamentos.	Prefeito municipal	Favorável	
	Aprovação pela coordenadora da atenção primária.	Coordenador de atenção primaria a saúde.	Favorável	
	Adesão dos profissionais de saúde para a agenda programada	Profissionais de saúde	Favorável	

Saber + sobre Hipertensão Arterial. Aumentar o nível de informação aos usuários.	Político: Articulação com a secretaria de educação	Secretaria de educação	Favorável	Não necessário
+ Saúde Modificar hábitos de vida	Político: conseguir um espaço na radio local Financeiros: para aquisição de recursos áudio visual e folhetos educativos	Sector de comunicação social Secretaria de Saúde	Favorável Favorável	Não necessário
Dificulta de acesso em algumas áreas rurais em período de lluvia.	Político: Aprovação por governo municipal	Prefeito municipal	Favorável	

Posteriormente realizamos um plano operativo onde se designam os responsáveis de cada operação e se definem os prazos para execução das operações, os prazos propostos para ao cumprimento das ações necessárias. A Equipe 2 em reunião com todas as pessoas envolvidas no planejamento, definiu por consenso a divisão de responsabilidade por operação e os prazos para a realização de cada produto, conforme o quadro a seguir.

QUADRO 5: Plano Operativo

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazos
Cuidar melhor	Adequação da ofertas de consultas a demanda Agendas organizadas com Atividades que devem ser planejadas e organizadas. Exames e medicamentos que devem ser definidos nos protocolos Satisfação do usuário, e melhor.	Programação mensal das atividades Equipamento adequado da rede Contratação de compra de exames e consultas especializadas	Discutir, analisar de forma colegiada.	ESF Secretaria de Saúde	Mensal Quatro meses para Apresentação e seis para aprovação. Três meses para a contratação de ex e consultas
Saber + Elevar o nível de informação sobre hipertensão e seus riscos e complicações, e adesão ao tratamento anti-hipertensivo.	População mais informada sobre o tema hipertensão arterial, e adesão ao tratamento anti-hipertensivo.	Avaliação do nível de informação da população. Campanhas educativas na radio local, educação e promoção nas escolas com relação à hipertensão arterial, e adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Capacitação dos agentes comunitários.		Medica Enfermeira	6 meses a 1 ano
+Saúde	Diminuir o numero de sedentários e obesos em 20 % em prazo de 1 ano	Programa de caminhadas orientadas Campanhas educativas na radio local Incorporação a atividades físicas três vezes por semana com equipe de		Fisioterapeuta	Começa as atividades em um mês

		NASF.			
Dificulta de acesso em algumas áreas rurais especialmente em períodos de chuva	Realizar um plano para melhoramento das estradas.	Melhoria de acessibilidade		Governo municipal e estadual	Anual

6.1 Gestão do plano

Esse momento tem como objetivo desenhar um modelo de gestão do plano de ação e discutir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

Quadro 6: Acompanhamento do plano de ação

Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Programação mensal das atividades Equipamento adequado da rede Contratação de compra de exames e consultas especializadas	ESF Secretaria de Saúde	Mensal Quatro meses para Apresentação e seis para aprovação. Três meses para a contratação de exames e consultas	Em cumprimento Sendo cumprido ainda sem completar Cumprido		
Avaliação do nível de informação da população. Campanhas educativas na radio local, educação e promoção nas escolas sobre hipertensão arterial, e adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Capacitação dos agentes comunitários.	Enfermeira	Início em quatro meses e termino em seis meses Início em três e termino em três Início em quatro meses Culmino três meses Programação mensal.	Iniciado e mantido Campanhas em radio atrasado Cumprido	Falta de delineação dos horários	Três meses
Programa de caminhadas orientadas Campanhas educativas na radio local Incorporação a atividades físicas dois vezes por semana com equipe de NASF.	Fisioterapeuta	Começa as atividades em um mês	Implantado e cumprido Divulgação e educação por radio atrasado Comprido por equipe de NASF	Falta de marcação de Horários e datas	Dois meses
Melhorar a qualidade de vida do paciente Adequado abastecimento de medicamentos	Secretaria de saúde Prefeitura municipal	Em um mês Em dos meses	Em cumprimento Projeto elaborado ainda com atrasos no abastecimento de medicamentos	Dificuldades financeiras	Três meses

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial é constituída como um sério problema de Saúde Pública, em especial para a Atenção Básica. Um dos grandes desafios para nossa equipe de saúde. Destaca-se a importância do incentivo a adesão ao tratamento da hipertensão.

Vários fatores contribuem para adesão ao tratamento da hipertensão arterial, que incluem falta de informação pelos pacientes hipertensos e inadequado estilo de vida como sedentarismo e obesidade.

O trabalho profissional do médico juntamente com uma equipe multidisciplinar pode contribuir para a adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos, melhorando a qualidade de vida desses pacientes, reduzindo a morbimortalidade e prevenindo doenças e comorbidades.

Portanto, é importante estimular a atuação de toda a equipe da ESF, quanto às intervenções efetivas e eficientes, com atenção ao cuidado com o paciente.

Espera-se que este plano de intervenção possa contribuir de forma significativa, para ampliação da adesão dos pacientes ao tratamento da hipertensão arterial no município.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, V. et al. **A hipertensão arterial. Manual de atenção a Saúde do adulto.** Hipertensão e Diabetes. 2. Ed. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BARBOZA, S. G.; RIVEIRO, T. G. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo:** uma análise conceitual. Revista Eletrônica de Enfermagem, v.08, n.02, p. 259-272, 2006. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/Revista/Revista_8_n_2all.htm. Acesso em: 7 jun 2015.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS M. A. **Elaboração do plano de ação.** In: CAMPOS F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTO, M. **Planejamento e avaliação da ações em saúde.** 2ª Ed. Belo Horizonte:Nescon/ UFMG, 2010.
- CARDOSO, F.C. et al. **Modulo 3: Planejamento e Avaliação das ações de saúde.** Belo Horizonte: Nescon UFMG, Coopmed, 2008.
- CASTRO, V.D.; CAR, M.R. **O cotidiano da vida de hipertensão:** mudanças, restrições e reações. Rev. Esc. Enf. USP, v 34, n.2, p.145-153, 2000.
- CLARK, M.J.; CRRAN, C.; NOJI, A. **The effects of comunity health nurse monitoring on hipertensión identification and control.** Public Health Nursing, v. 17, n.6, p.452-459, 2000.
- DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS – **DATASUS.** Informações de Saúde, 2010. Disponível em:< <http://www.datasus.gov.br>.> Acesso em: 19 mai. 2014.
- DI MATTEO, M. R.et al. **Physicians characteristics influence adherence top medical treatment:** results from the Medical Study. Health Psychol., v. 12, n.2, p.93-102, 1993.
- FONSECA, F.C. A; COELHO, R.Z, MALLOY-DINIZ, R; SILVA FILHO, HC. A influencia de fatores emocionais sobre hipertensão arterial. **J. Brass. Psiquiatr.** 2009, p. 128-134.
- GUYTON C; HAU, J. E. **Tratado de fisiologia medica.** 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara. Koogan, 2002.
- GUSMAO, J.L et al. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Revista Brasileira Hipertensão,** v. 16, n. 1, p.38 -43 2009.

HORWITZ, R.I., HORWITZ, S.M. **Adherence to treatment and health outcomes.** Arch. Intern. Med., v. 153, p. 1863-8, 1993.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Disponível em:

<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=310880&idtema=79&search=minas-gerais|braunas|censo-demografico-2010:-resultados-do-universoindicadore sociais-municipais>>

Acesso em: 19 mai. 2014.

MEDEL, E. S. **Adherencia al control de los pacientes hipertensos y Factores que la influncian.** Ciencia y Enfermería, v.3, p.49-58, 1997.

MION Jr. D(org). V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Pablo: Sociedade Brasileira de Hipertensão, **Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia**, 2006.

MARCON, S.S. et al. **Comportamento preventivo de servidores da UEM hipertensos e aderência ao programa da assistência ao hipertenso do ambulatório.** Ciência Y Enfermeria, v. 1, n. 1, p.33-42, 1995.

SARQUIS, L. M. M. et al. **A adesão ao tratamento na hipertensão arterial:** analise da produção científica. Rev. Esc. Enf. USP, v.32, n.4, p.335- 353, 1998.

SANTOS MTL. **Acompanhamento de pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica:** plano de ação [trabalho de conclusão de curso]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas:** componentes estruturais de ação. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.