

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

ALEXI DE LA CARIDAD PENA VIAMONTES

**ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIHIPERTENSIVO: UBS SÃO
SEBASTIÃO, CAMPO BELO, MINAS GERAIS**

**FORMIGA – MINAS GERAIS
2016**

ALEXI DE LA CARIDAD PENA VIAMONTES

**ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIHIPERTENSIVO: UBS SÃO
SEBASTIÃO, CAMPO BELO, MINAS GERAIS**

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

Orientador: Prof.^a Me. Roselane da Conceição Lomeo

FORMIGA – MINAS GERAIS

2016

ALEXI DE LA CARIDAD PENA VIAMONTES

**ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIHIPERTENSIVO: UBS SÃO
SEBASTIÃO, CAMPO BELO, MINAS GERAIS**

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

Orientador: Prof.^a Me. Roselane da Conceição Lomeo

Banca Examinadora

Prof.^a Me. Roselane da Conceição Lomeo.- Orientadora

– UFMG - Examinador

Aprovado em ____/____/____

AGRADECIMENTO

À minha família, em primeiro lugar, ao meu esposo e meus filhos pela compreensão e apoio durante a realização desta pós-graduação.

Agradeço a equipe da Nescon pela ajuda, e a minha equipe de trabalho pelo apoio e carinho durante este tempo de formação.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada um problema de saúde pública que apresenta estreita relação com eventos cardiovasculares fatais ou não, e diminuição da qualidade de vida de importante parcela da população. A não adesão ao tratamento medicamentoso da HAS é motivo de preocupação para os profissionais que atuam na atenção primária, devido a este fato possibilitar o aparecimento de lesões nos órgãos alvos e comprometer capacidade funcional dos pacientes. Este trabalho teve como objetivo elaborar um plano de ação para intervir nesta problemática que tem grande repercussão na população do Brasil e na área de abrangência do UBS São Sebastião I, no Município Campo Belo, Minas Gerais, para aumentar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial. O projeto de intervenção vai se basear na criação de um protocolo de atendimento que garanta melhor adesão ao tratamento dos pacientes com diagnóstico de HAS. Após realizar o diagnóstico situacional e conhecer o território estudado, através do método da Estimativa Rápida, serão planejadas intervenções que garantam melhoria no atendimento de pacientes com HAS. Realizou-se uma revisão bibliográfica através das bases de dados BIREME, LILACS, MEDLINE, considerando o período de 2000 a 2015. Utilizaram-se, ainda, dados disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde de Campo Belo, e do Ministério da Saúde. O plano de ação proposto seguiu o método Planejamento Estratégico Situacional com o apoio da equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, e agentes comunitárias de saúde em parceria com outras equipes de atendimento na UBS). Espera-se que os portadores de hipertensão arterial tenham um acompanhamento efetivo pela Equipe de Saúde da UBS.

Palavras chave: hipertensão arterial sistêmica, fatores de risco, terapias anti-hipertensivas, adesão ao tratamento.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension (SAH) is considered a public health problem, that is closely related with fatal cardiovascular events and decrease the significant portion of the population quality of life. Non-adherence to drug treatment of hypertension is a concern for professionals working in primary care, due to this fact allow the appearance of lesions in the target organs and impair functional capacity of patients. This study aimed to develop a plan of action to intervene in this problem which has great impact on the population of Brazil and the area of coverage of the UBS San Sebastian I, at Campo Belo, Minas Gerais, to increase adherence to treatment of hypertension. The intervention project will be based on creating a protocol of care to ensure better adherence to treatment of patients with SAH. After performing the situational diagnosis and know the territory studied by the method of the Flash Estimate, interventions will be planned to ensure improvement in the care of patients with SAH. We conducted a literature review through the BIREME databases, LILACS, MEDLINE, considering the period from 2000 to 2015 were used as well as data available at the Municipal Court Belo Health, and the Ministry of Health. The plan proposed action followed the Situational Strategic Planning method with the support of the multidisciplinary team (doctor, nurse, nursing technicians and community health workers in partnership with other service teams in UBS). It is expected that patients with hypertension have effective control with orientation of UBS Health Team.

Keywords: hypertension, risk factors, antihypertensive therapy, compliance to the treatment.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS- Agente Comunitário de Saúde

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BIREME - Biblioteca Regional de Medicina

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

CTI - Centro Terapia Intensiva

EUA - Estados Unidos de América

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IAM - Infarto Agudo do Miocárdio

IC- Insuficiência Cardíaca

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE - Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica

MG - Minas Gerais

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

PA - Pressão Arterial

PES - Planejamento Estratégico Situacional

PSF - Programa de Saúde da família

PROVAB - Programa de valorização do profissional da Atenção Básica

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

TFD - Tratamento Fora Domicílio

UBS - Unidade Básica de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade, município Campo Belo, MG, 2014	13
Quadro 2	Priorização do problema na UBS São Sebastião I, Campo Belo-MG, 2015	29
Quadro 3	O desenho das operações para os “nós” críticos da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo na UBS São Sebastião I, Campo Belo- MG, 2015	31
Quadro 4	Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo na UBS São Sebastião I, Campo Belo- MG, 2015	32
Quadro 5	5 Propostas de ações para a motivação dos atores na UBS São Sebastião I, Campo belo-MG, 2015	32
Quadro 6	Plano Operativo. UBS São Sebastião I, Campo Belo-MG, 2015	33

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Caracterização do Município de Campo Belo, MG.....	11
1.1.1 Aspectos socioeconômicos.....	12
1.1.2 Saúde.....	13
1.1.3 Recursos Humanos em Saúde.....	15
2.JUSTIFICATIVA.....	17
3.OBJETIVO.....	18
4.METODOLOGIA.....	19
5.REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
5.1 O Cuidado à Hipertensão Arterial na Atenção Primária.....	20
5.2 A Importância do tratamento para a Hipertensão Arterial.....	25
6.PLANO DE AÇÃO.....	28
6.1 Definição do problema.....	28
6.2 Priorização do problema.....	28
6.3 Descrição do problema.....	29
6.4 Explicação do problema.....	30
6.5 Seleção dos “nós críticos”.....	30
6.6 Desenho das operações.....	30
6.7 Identificação dos recursos críticos.....	32
6.8 Análise de viabilidade do plano.....	32
6.9 Elaboração do plano operativo.....	33
6.10 Gestão do plano.....	34
7.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
REFERÊNCIAS.....	36
ANEXOS.....	38

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA \geq 140 x 90mmHg). Associa-se, freqüentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, a HAS é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca. Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular também têm a HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco. Essa multiplicidade de conseqüências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida de indivíduos (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006).

Estudos estimam que a prevalência global da HAS seja de um bilhão de indivíduos, acarretando aproximadamente 7,1 milhões de mortes ao ano no mundo (CHOBANIAN, 2004). Na Alemanha a HAS atinge 55% da população adulta, sendo o país com maior prevalência no continente europeu, seguido da Espanha com 40% e da Itália, com 38% da população maior de 18 anos (SHARMA *et al.*, 2004; MARQUEZ *et al.* 2007; GRANDI *et al.* 2006).

Cuba é considerado o segundo país com os melhores indicadores em relação ao diagnóstico, acompanhamento e controle da HAS. Em 16 anos houve um decréscimo significativo da prevalência de HAS e um aumento do diagnóstico, do acompanhamento e do controle desse problema de saúde no país. Estudos apontam que a prevalência da HAS é de 20%, destes 78% são diagnosticados, 61% utilizam a medicação de forma regular e 40% têm a HAS controlada. Entre os usuários em acompanhamento regular na rede de Atenção Básica, o controle da HAS sobe para 65%. Há uma pequena diferença entre homens e mulheres (estas têm menores proporções de diagnóstico e controle), mas não há diferenças em relação à etnia e à escolaridade (ORDUÑEZ-GARCIA *et al.*, 2006).

Os indicadores cubanos superam os indicadores dos EUA, Inglaterra, Itália, Alemanha, Suécia e Espanha, e os bons resultados são atribuídos a vários fatores. O primeiro fator refere-se à organização do sistema de Saúde a partir da Atenção Básica (ALDERMAN, 2006; ORDUÑEZ-GARCIA *et al.*, 2006). O segundo é a implementação de uma política nacional de atenção à saúde, cujo principal objetivo desde 2001, é diminuir os indicadores de mortalidade por acidente vascular cerebral (AVC) e infarto agudo de miocárdio (IAM), por serem considerados muito altos. A política para tal fim foi sustentada por um protocolo de práticas, objetivos e metas a serem alcançados; um sistema de informação que permite avaliação constante e; a participação significativa de profissionais não médicos no processo de acompanhamento dos hipertensos (SHARMA *et al.*, 2004; ORDUÑEZ-GARCIA *et al.*, 2006)

Quanto ao Brasil, a HAS é um grave problema de saúde pública, apresentando uma prevalência que varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel, 2011), a prevalência média de HAS auto referida na população brasileira com idade de 18 anos é de 22,7%, sendo maior em mulheres (25,4%), em comparação aos homens (19,5%). A frequência de HAS tornou-se mais comum com o avanço da idade, mais marcadamente para as mulheres, alcançando mais de 50% na faixa etária de 55 anos de idade ou mais. Entre as mulheres, destaca-se a associação inversa entre nível de escolaridade e diagnóstico da doença, ou seja, enquanto 34,4% das mulheres com até 8 anos de escolaridade referiam diagnóstico de HAS, a mesma condição foi observada em apenas 14,2% das mulheres com 12 ou mais anos de escolaridade. Para os homens, o diagnóstico da doença foi menos freqüente nos que estudaram de 9 a 11 anos (BRASIL, 2012).

1.1 Caracterização do Município de Campo Belo, MG

O município de Campo Belo está situado a 210 quilômetros da capital de Minas Gerais, Belo Horizonte. Encontra-se na região centro-oeste do estado, com

área de 526,753 km², e altitude de 945 metros. De acordo com o censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em [2010](#), a [população](#) apresentava 51.509 habitantes, com uma densidade demográfica de 97,79 hab./km². O número aproximado de domicílios e famílias é de 12886.

O município de Campo Belo teve início com o surgimento do Povoado de Casa da Casca do Tamanduá, que mais tarde passou a ser chamado São Bento do Tamanduá, e depois Comarca do Rio das Mortes (São João Del Rey), que tinha como habitantes, índios Cataguases da tribo Tupi. Acreditam que estes, podem ter chegado à região, fugidos da perseguição e da escravidão, por volta do ano 1.600. Posteriormente, já sem os Índios Cataguases, por terem sido disseminados pelos portugueses e paulistas caçadores de ouro que integraram a Bandeira de Lourenço Castanho Jacques, por volta de 1.726, as terras dos Cataguases foram ocupadas por negros fugitivos que mais tarde se uniram aos que chegaram sob a liderança de “Ambrósio Rei” na formação do Quilombo do Ambrósio, provavelmente na localidade chamada de Meia Laranja (hoje município de Cristais). Esta localidade fora parcialmente exterminada em 1743 por milícia armada que cumpria ordens da Coroa Portuguesa. Nesse episódio teriam sido mortos muitos negros, inclusive crianças, mulheres e velhos, bem como teriam destruído as casas, gado e lavouras. Ambrósio teria fugido para as terras que hoje é o Triângulo Mineiro, onde teria sido morto em 1.776. O Quilombo do Ambrósio, que em todas as terras chamadas de Campo Grande, teria contado com 15.552 negros e cerca de 2590 casas, foi o maior, mais importante e duradouro Quilombo de Minas Gerais.

Campo Belo tornou-se distrito por Alvará de 24 de setembro de 1818. A vila foi criada pela Lei provincial n.º 373, de 9 de outubro de 1848, com sede no povoado de Senhor Bom Jesus do Campo Belo. Suprimida pela Lei n.º 472, de 31 de maio de 1850, reconquistou sua autonomia administrativa por efeito da Lei n.º 2 221, de 13 de junho de 1876. Originou-se do então Município de Tamanduá, ocorrendo sua reinstalação a 28 de setembro de 1878. A Lei n.º 3 196, de 23 de setembro de 1884, concedeu foros de cidade a sede municipal.

1.1.1 Aspectos socioeconômicos – O índice de desenvolvimento humano (IDH) está avaliado em 0,776, a taxa de urbanização é de 92,7 %, a Renda Média Familiar

é de 0,690%, o abastecimento de Água Tratada ocorre em 97,13%, e o recolhimento de esgoto por rede pública é de 96,87%.

A economia é variada, Campo Belo vem se destacando nos últimos anos como um polo de indústrias têxteis, contando com várias empresas deste setor. Na agricultura destacam-se café, milho, feijão e o arroz. Na pecuária praticamente todos os produtos derivados do gado tem grande expressão, tais como, o leite (laticínios), carne (frigoríficos) e couro (curtumes). A indústria de base e o ramo da mineração são outros segmentos de destaque, sendo que este último se deve à presença de granitos, argilas e calcário. A indústria cerâmica também tem presença importante na economia. O setor de serviços é bastante diversificado, com grandes lojas, redes de eletrodomésticos, panificadoras, colégios e faculdades.

O quadro 1 apresenta a distribuição da população de Campo Belo, por grupo de idades e sexo.

Quadro 1: Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade

Município: Campo Belo - Total da população: 49.378									
População por Faixa etária									
No de indivíduos	>1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-39	40-59	60 e+	Total
Área Urbana	341	2155	2788	3175	3593	14821	12651	8213	47737
Área Rural	13	67	119	129	137	538	635	435	2073
Total	354	2222	2907	3304	3730	15359	13286	8648	49810

Fonte: SIAB (2014)

A taxa de Crescimento Anual é de aproximadamente 0,91 ao ano. A densidade demográfica é de 91,96 hab/km². A taxa de Escolarização na cidade é de 85,50% na idade de 7-14 anos, e de 95,21% em idades maiores de 15 anos. Percentual de moradores abaixo da linha de pobreza está em 1.53 %. A população usuária da assistência à saúde no SUS encontra-se em 95.86%.

1.1.2Saúde - O Conselho Municipal de Saúde é paritário, sendo composto por 50% da população e outro 50 % por funcionários da prefeitura e câmara de governo, prestadores de saúde, profissionais de saúde. Está composto por 16 conselheiros (efetivos e suplentes), sendo oito usuários, três representantes do governo, dois profissionais da saúde e três prestadores de serviço à saúde. As reuniões ocorrem

com periodicidade mensal, e a pauta é composta por problemas levados pela população, com objetivo de elevar o bem-estar e a saúde da comunidade.

O Fundo Municipal de Saúde total para o ano de 2015 foi de 4.975.613,53. Os principais orçamentos destinados à saúde são a Assistência básica farmacêutica (45.605,06); Agentes Comunitários de Saúde - ACS (340.704,00); Núcleos de apoio a saúde da família – NASF (180.000,00), Atenção Básica fixo (PAB) (337.350,00), Saúde Bucal (107.040,00), Saúde da família (288.510,00), Média/Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar/Centro de Especialidades Odontológica Municipal – CEO (26.400,00), Média e alta complexidade Ambulatorial e Hospitalar - Fundo de ações estratégicas e compensação - Mamografia para rastreamento (11.880,00), Média e alta complexidade Ambulatorial e Hospitalar - Fundo de ações estratégicas e compensação – Nefrologia (794.288,77), Média e alta complexidade Ambulatorial e Hospitalar Teto Municipal, limite Unidade de Pronto Atendimento (702.780,00), Média e alta complexidade Ambulatorial e Hospitalar - Teto Municipal, Redes de Saúde Mental (107.252,97), Média e alta complexidade Ambulatorial e Hospitalar - Teto Municipal, Rede de Urgência Hospitalar (151.732,03).

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado em Campo Belo a mais de 15 anos, e atualmente tem 17 equipes das quais, 16 UBS são urbanos e 1 UBS em zona rural. Saúde Bucal também tem cobertura total na área urbana com 16 dentistas e 16 auxiliares bucal. O Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF) está composto por 3 equipes, o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) conta com 7 dentistas e 7 auxiliares bucal, com as especialidades de Maxila Facial, Ortodontia, e raio x. O município possui 2 hospitais (incluindo CTI), clínicas, tomografia computadorizada, farmácias. A cobertura dos agentes comunitários de saúde (ACS), em dezembro de 2013 contava com 107 funcionários, e a partir de junho de 2014 o número de agentes elevou para 112.

Quanto ao Sistema de Referência e Contra referência, a equipe não tem dificuldades com a referência para os demais níveis assistenciais, contando com o atendimento na policlínica e por Tratamento Fora Domicílio (TFD) a outras cidades. A contra referência não é feita como desejável, pois, não existe articulação entre a atenção básica, a policlínica e o pronto-atendimento. No entanto, existe implantado o prontuário eletrônico que garante o acesso aos demais serviços, mas não a qualidade aos atendimentos, pois na maioria das vezes, não fornece todos os dados necessários para o atendimento ao usuário.

Redes de Média e Alta Complexidade: A rede de Média Complexidade funciona na policlínica com as diferentes especialidades médicas, e as de Alta Complexidade são feitas fora do município através do TFD.

1.1.3 Recursos Humanos em Saúde: Campo Belo tem um total de 685 trabalhadores, deles 658 com contrato por prazo determinado, 18 empregados públicos e 9 estatutários, entre eles tem trabalhadores autônomos, 73 intermediados por empresas privadas e 2 sem intermediação. É importante ressaltar que durante o ano 2014 Campo Belo foi contemplado pelo Programa Mais Médicos, com 6 médicos. Trata-se de um programa do Governo Federal que conta com 8 horas de estudo em curso de Especialização em estratégia Saúde da Família e 32 horas de prestação de serviços em equipes de Saúde da Família. Os médicos também formam parte dos bolsistas dos membros de Programa de valorização do profissional da Atenção Básica (PROVAB) com igual horário de trabalho.

A UBS São Sebastião I cobre um total de 2730 habitantes e 937 famílias no território.

O nível de alfabetização da população da área de abrangência da UBS São Sebastião I é de 95.06%, destes, a população entre os 5 a 14 anos são alfabetizadas, e o nível de alfabetização da população acima dos 15 anos de idade alcança 63.0%. Na área onde fica a UBS São Sebastião I conta com laboratório particular, escolas estaduais, creche estadual, igrejas, e varias lojas, não consta com hospitais nem clínicas. Existem serviços de luz elétrica, água de redes públicas, telefonia fixa, e esgoto. A comunidade esta inserida na periferia da cidade, mas não pertence á zona rural, tem acesso por ônibus urbano com avenida e ruas com boas condições.

A UBS São Sebastião I funciona de segunda a sexta, no horário de 07:00 às 11:00 e de 13:00 às 17:00 horas. Excepcionalmente, às sextas-feiras, a médica da Unidade se encontra no Curso de Especialização em Estratégia da Família, e o atendimento fica sobre a responsabilidade da enfermagem. A equipe de saúde consta de 12 funcionários, sendo 1 médico, 1 enfermeira, 1 assistente de enfermagem, 6 agentes comunitários de saúde, 1 agente administrativo, 1 dentista, 1 auxiliar de dentista.

A estrutura física da UBS está composta por uma recepção, 1 sala de pré consulta, 1 sala de vacina, 1 sala de curativos, 1 consultório médico, 1 consultório

odontológico, 1 sala de enfermagem, cozinha e banheiros, uma sala para a equipe do NASF.

O diagnóstico situacional propicia melhor conhecimento da área de abrangência da UBS, da realidade dos serviços de saúde do município, e perceber que os serviços nem sempre respondem com as necessidades e expectativas de saúde da população. É necessário um atendimento melhor contextualizado e qualificado, além do acompanhamento clínico com a prevenção de intercorrências, a atuação em face das necessidades sociais, culturais, psicológicas, econômicas e espirituais. Evidentemente, quando uma equipe de saúde não está sensibilizada para a importância da criação do vínculo com a população, aumenta-se o risco de doenças e baixa adesão ao tratamento médico.

2 JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial (HAS) é considerada um problema de saúde pública que afeta a maioria das populações de todo o mundo. Os fatores que podem contribuir para a elevação da pressão arterial são herança familiar, excesso de sal na alimentação, obesidade, estresse, sedentarismo e uso excessivo de bebidas alcoólicas. O tratamento da hipertensão pode ser a partir de terapia medicamentosa, mudanças de estilo de vida que inclui perda de peso, prática de exercício físico e redução no consumo de sal. As adoções destes hábitos saudáveis podem contribuir para a prevenção da doença e melhoria do quadro clínico do indivíduo que já está acometido pela doença (LIMA, 2013).

No município de Campo Belo a Hipertensão Arterial tem uma prevalência de 18,06 %, e na área de abrangência da UBS São Sebastião I de 19,19%. Estes dados são motivos para o estabelecimento de prioridades.

Embora a Equipe de saúde, da UBS São Sebastião I, ofereça uma sistematização de assistência para os usuários com hipertensão, ainda, existem grandes dificuldades destes em aderir ao tratamento e manter seus níveis pressóricos em condições desejáveis.

Por este motivo, torna-se necessário que a UBS foque seus trabalhos para auxiliar aos indivíduos com hipertensão, através do fomento de hábitos de vida saudáveis, via conscientização da população sobre atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças, alimentação adequada, vida ativa, ou seja, favorecer a redução da pressão arterial e conseqüentemente as complicações.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de intervenção para aumentar a adesão dos usuários ao tratamento da hipertensão arterial, na área de abrangência da UBS São Sebastião I, no município Campo Belo - MG.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar as pessoas hipertensas com dificuldade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo;
- Desenvolver ações em saúde que podem promover a qualidade de vida e melhoria na saúde da população;
- Sensibilizar a população quanto a importância do tratamento e controle da hipertensão.

4 METODOLOGIA

Foi realizado um diagnóstico situacional na área de abrangência da UBS São Sebastião I, localizada no município de Campo Belo, MG, através do método de estimativa rápida. Os dados foram coletados mediante entrevistas feitas com informantes-chaves da comunidade e agentes comunitárias de saúde para se conhecer, com profundidade, os problemas que mais afligem a comunidade local. Em reunião de equipe foram retratados os problemas mais importantes levantados, e em seguida, foi eleita como prioridade, a busca de solução para o problema de hipertensão arterial. Para trabalhar na problemática, será elaborado um plano de ação.

Para a fundamentação teórica deste trabalho, foram consultados artigos nas bases de dados BIREME, LILACS, MEDLINE, no período de 2000 a 2014, utilizando-se dos descritores: hipertensão arterial sistêmica, fatores de risco, terapias anti-hipertensivas, dificuldades de adesão ao tratamento.

Para a elaboração do plano de ações foi seguido o Planejamento Estratégico Situacional (PES), instituído pelo Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais, para a formulação e implementação da proposta de intervenção (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 O Cuidado à Hipertensão Arterial na Atenção Primária

As doenças cardiovasculares são as principais causas de mortalidade no mundo, sendo a HAS o principal fator de risco. Apesar do reconhecimento da HAS como um problema de saúde pública e da existência de um significativo número de drogas anti-hipertensivas para o seu tratamento, o controle adequado está longe de ser obtido. Em países onde são aplicados enormes recursos financeiros em campanhas institucionais, como Estados Unidos e Canadá, recomendando a identificação e tratamento precoce da hipertensão, o percentual de pacientes sob o controle adequado não passa de 34%, apesar da maioria de hipertensos estarem sob alguma forma de tratamento. Em um estudo brasileiro conduzido no Rio Grande do Sul, foram avaliados 918 pacientes, dos quais apenas 50,8% sabiam ser hipertensos e menos de 11% estavam sobre controle adequado da PA. Portanto, é preciso melhorar o reconhecimento e a eficiência do tratamento da HAS (FRITSCH *et al.*, 2009).

Nas últimas décadas, o número de hipertensos tem aumentado progressivamente, devido a fatores como: maior expectativa de vida, maior incidência de obesidade, sedentarismo e de maus hábitos alimentares. A elevada prevalência associada ao fato de que apenas metade dos pacientes hipertensos consegue manter sua PA devidamente controlada mantém a hipertensão com o título de principal fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (PINHEIRO, 2009).

A HAS é a mais frequente das doenças cardiovasculares, e também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como AVC e infarto agudo do miocárdio (IAM), além da doença renal crônica terminal. No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de HAS, representado por 35% da população acima dos 40 anos de idade. Esse número é crescente e está cada vez mais precoce. Estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras de HAS. A carga de doenças representadas pela morbimortalidade devida à HAS é muito alta e por tudo isso vem a ser um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. O fato de a HAS poder se apresentar assintomática, seu diagnóstico e tratamento são frequentemente negligenciados somando-se a isso

a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes. Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da HAS. Alimentação inadequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, obesidade, sedentarismo, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, pois, mesmo com o tratamento medicamentoso, não se alcançará os níveis recomendados de PA (BRASIL, 2012).

Estima-se que, somente um terço das pessoas acompanhadas em serviços de saúde tem sua PA mantida em níveis desejáveis e a insuficiente adesão ao tratamento é apontada como um dos importantes determinantes dessa enfermidade. As equipes da saúde da família estão mais bem preparadas para promoverem ações de adesão ao tratamento de patologias como a hipertensão, pois estimulam o bom relacionamento usuário/profissional e favorecem a corresponsabilização do tratamento. As ações educativas promovidas pelos profissionais estimulam o desenvolvimento da autonomia do indivíduo e possibilitam as discussões e orientações quanto à adoção de novos hábitos de vida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

Segundo Kohlmann (1999), a equipe multiprofissional deve ser constituída por profissionais preparados para lidar com pacientes hipertensos. Os profissionais Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, professores de educação física, farmacêuticos e, inclusive, funcionários administrativos e agentes comunitários em saúde podem ser integrantes de uma equipe multiprofissional. A existência dessa equipe é determinada por uma filosofia de trabalho que visa o bem-estar dos pacientes e da comunidade. O conhecimento deve ser compartilhado entre os membros de um grupo multiprofissional, respeitando a especificidade de cada um e integrando à ações em conjunto.

A seguir estão relacionadas, de acordo com o autor supracitado, as principais vantagens e ações do trabalho em equipe.

As principais vantagens constam de:

- 1 – Aumento do número de atendimentos, e melhora na qualidade dos atendimentos.

- 2 – Melhora na adesão ao tratamento por parte dos pacientes.
- 3 – Melhor compreensão sobre a doença e seus riscos por número maior de pacientes levando ao controle da pressão arterial a partir da adoção de hábitos de vida saudáveis.
- 4 – Pacientes conscientes e replicadores de conhecimentos sobre a HAS.
- 5 - Favorecimento do desenvolvimento de pesquisa em serviço.

Existem, ainda, vantagens adicionais, como o crescimento profissional de cada profissional proporcionado pela constante troca de conhecimentos, maior confiança individual com as atividades desenvolvidas no serviço.

A seguir estão descritas as ações comuns a todos os membros da equipe:

- 1 - Ações educativas (educação preventiva, modificação de fatores de risco, produção de material educativo).
- 2 - Treinamento de profissionais.
- 3 - Encaminhamento a outros profissionais, quando indicado.
- 4 - Ações assistenciais, individuais e em grupo.
- 5 - Participação em projetos de pesquisa.

Apesar de haver uma definição bastante clara do papel a ser exercido pelos diferentes profissionais, existem momentos em que as funções são comuns, e acontece de maneira natural. Essa naturalidade só é possível na imbricação de funções se for adotada, por ocasião da constituição do grupo, uma perfeita uniformidade de linguagem, evitando-se, assim, que ideias ou terminologias conflitantes possam dificultar o processo educativo do paciente.

Uma vez diagnosticada a hipertensão arterial, seja qual for o meio, é iniciada efetivamente a ação da equipe.

A consulta de enfermagem consiste de:

1. Aferição da pressão arterial;
2. Investigação sobre fatores de risco e hábitos de vida;
3. Orientação sobre o uso de medicamentos e seus efeitos colaterais, avaliação de sintomas, reforço a orientações de hábitos de vida pessoais e familiares;
4. Administração do serviço: controle de retornos, busca de faltosos e controle de consultas agendadas.

As atividades do técnico/auxiliar de enfermagem serão delegadas pelo enfermeiro.

A participação do médico consiste de:

1. Consulta médica (ver Avaliação Clínica);

2. Responsabilidade pelas condutas terapêuticas aos pacientes em consonância com as regras gerais do Consenso (ver capítulos pertinentes);
3. Revisão da avaliação clínica dos pacientes com pressão controlada pelo menos uma vez por ano;
4. Apoio aos demais membros, quando solicitado.

A participação da nutricionista consiste de:

1. Consulta de nutrição: avaliação nutricional e de hábitos alimentares;
2. Educação nutricional individual e em grupo;
3. Prescrição de dietas, resguardando aspectos socioeconômicos e culturais;
4. Criação de modelos que possibilitem a implementação dos conhecimentos alimentares e nutricionais, em consonância com as recomendações para os pacientes hipertensos, traduzidas em preparações alimentares saborosas e práticas.

A participação da psicóloga consiste de:

1. Consulta de psicologia: avaliação, diagnóstico e tratamento de aspectos emocionais que interfiram com a qualidade de vida do paciente;
2. Atendimento a familiares, para facilitar as mudanças de hábitos de vida do paciente e sua adesão ao tratamento;
3. Consulta com outros profissionais para esclarecer a melhor abordagem do paciente;
4. Constituir grupo de apoio para maior harmonia da equipe;
5. Atendimento a grupos de pacientes, possibilitando a inovação e a adequação de modelos que viabilizem melhor adesão.

A participação da assistente social consiste de:

1. Entrevista social: para identificação socioeconômica e familiar, caracterização da situação de trabalho e previdência, e levantamento de expectativas para o tratamento;
2. Atualização do cadastro de recursos sociais (para encaminhamento do atendimento das dificuldades dos pacientes e família que possam interferir na terapêutica);
3. Busca ativa de faltosos.

A participação do profissional de Educação Física consiste de:

1. Programação e supervisão das atividades físicas dos pacientes, adequando-as às realidades locais;

2. Participar da elaboração de ações de Educação em Saúde para trabalhar na conscientização de necessidade de mudanças de hábitos inadequados, a importância da prática sistemática de atividade física, controle de doenças endêmicas, e outras campanhas estimuladas pelo Ministério da Saúde.

A participação do farmacêutico consiste de:

1. Planificação do quantitativo de drogas no serviço;
2. Manuseio e cuidados com o uso dos medicamentos.

A participação dos funcionários administrativos consiste na recepção dos pacientes e controle de consultas e reuniões agendadas.

As ACS são o elo entre a equipe multiprofissional e a comunidade. Suas ações são:

1. Coleta de dados referentes à hipertensão;
2. Sugestão de encaminhamento para Unidades de Saúde de Referência;
3. Ações educativas primárias, visando à promoção da saúde.

As ações em grupo são ações educativas e terapêuticas em saúde, desenvolvidas com grupos de pacientes e seus familiares, sendo adicionais as atividades individuais. A convivência estimula a relação social, possibilita a troca de informações e permite apoio mútuo. O paciente nesse tipo de atividade identifica-se com outros pacientes com problemas semelhantes, aprendendo a expressar seus medos e expectativas. Passa a compartilhar das experiências de todos e a discutir, buscando soluções reais para problemas de saúde semelhantes aos seus.

As Reuniões da equipe são atividades periódicas com a participação de todo o grupo, para a análise crítica das atividades desenvolvidas, acerto de arestas e novas orientações, caso necessário. Dada à escassez de recursos, a equipe multiprofissional deve procurar estimular, por meio dos pacientes, dos representantes da comunidade e da sociedade civil, o desenvolvimento de atividades comunitárias, que terão grande força de pressão para a implementação das mais diversas ações governamentais ou não em benefício da saúde da comunidade. O que determina o bom funcionamento do grupo é sua filosofia de trabalho: caminhar unido na mesma direção (KOHLMANN, 1999).

5.2 A Importância do tratamento para a Hipertensão Arterial

Para a adoção de um esquema terapêutico adequado, o primeiro passo é a confirmação diagnóstica da hipertensão. Em seguida, é necessária a análise da estratificação de risco, a qual levará em conta, além dos valores pressóricos, a presença de lesões em órgãos-alvo e o risco cardiovascular estimado. Com base nestes achados, podem-se estabelecer três graus distintos de risco cardiovascular. Basicamente, há duas abordagens terapêuticas para a HAS, sendo o tratamento baseado em modificações do estilo de vida (perda de peso, incentivo às atividades físicas, alimentação saudável, etc.) e o tratamento medicamentoso. A adoção de hábitos de vida saudáveis é parte fundamental da prevenção de hipertensão e do manejo daqueles com HAS. A abordagem multiprofissional é de fundamental importância no tratamento da hipertensão e na prevenção das complicações crônicas. Assim como todas as doenças crônicas, a HAS exige um processo contínuo de motivação para que o paciente não abandone o tratamento (BRASIL, 2012).

O tratamento não medicamentoso tem, como principal objetivo, diminuir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares por meio de modificações do estilo de vida que favoreçam a redução da pressão arterial. Manter um estilo de vida favorável à saúde está indicado a todos os hipertensos e também aos indivíduos mesmo que normotensos. Dentre as modificações no estilo de vida, as que comprovadamente reduzem a pressão arterial são: redução do peso corporal, da ingestão do sal e do consumo de bebidas alcoólicas, prática de exercícios físicos com regularidade, e a não utilização de drogas que elevam a pressão arterial. As razões que tornam as modificações do estilo de vida úteis são: baixo custo e risco mínimo; redução da PA, favorecendo o controle de outros fatores de risco; aumento da eficácia do tratamento medicamentoso; redução do risco cardiovascular; Redução do Peso Corporal; Redução na Ingestão de Sal/Sódio; Aumento da Ingestão de Potássio; Redução do Consumo de Bebidas Alcoólicas; Exercício Físico Regular; Abandono do Tabagismo; Controle das Dislipidemias e do Diabete Mellitus; Suplementação de Cálcio e Magnésio; Medida para se evitar o estresse; Evitar drogas que podem elevar a PA. Torna-se evidente que quase todas as medidas não medicamentosas dependem de mudanças no estilo de vida de forma permanente. Em razão da abordagem ao hipertenso ser direcionada a diversos objetivos, a ação

médica será beneficiado, quando a abordagem for multiprofissional (KOHLMANN, 1999).

Uma vez feito o diagnóstico da hipertensão, todos os doentes devem se submeter a mudanças de estilo de vida antes de se iniciar terapia com medicamentos. A redução da PA com a adoção de um estilo de vida adequado costuma ser pequena e dificilmente uma pessoa com níveis pressóricos muito altos (maior que 160x100 mmHg) atinge o controle da hipertensão sem a ajuda da terapia medicamentosa. Todavia, nos hipertensos leves, há casos em que apenas com o controle do peso, uma dieta apropriada e a prática regular de exercícios físicos se conseguem o controle da PA. O problema é que, a maioria dos pacientes, não aceita mudança nos hábitos de vida e aderem apenas à terapia medicamentosa. Os pacientes que ao consultarem o médico, já apresentam pressão alta e sinais de lesão de algum órgão alvo, devem iniciar tratamento medicamentoso para evitar maiores riscos. Obviamente, as mudanças de estilo de vida também estão indicadas neste grupo (PINHEIRO, 2009).

Os agentes anti-hipertensivos a serem utilizados no tratamento do paciente hipertenso devem permitir não somente a redução dos níveis tensionais, mas também a redução da taxa de eventos mórbidos cardiovasculares fatais e não fatais. Até o presente momento, a redução da morbidade e da mortalidades cardiovasculares em hipertensos leves a moderados foi demonstrada de forma consistente em inúmeros estudos, apenas para os diuréticos e betabloqueadores. Em relação à PA, o tratamento medicamentoso visa a reduzir os níveis de pressão para valores inferiores a 140 mmHg de pressão sistólica e a 90 mmHg de pressão diastólica, respeitando-se as características individuais, a comorbidade e a qualidade de vida dos pacientes. Reduções da pressão para níveis inferiores a 130x85 mmHg podem ser úteis em situações específicas, como em pacientes com nefropatia proteinúrica na prevenção de AVC (KOHLMANN, 1999).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia-SBC (2010), o objetivo primordial do tratamento da HAS é a redução da morbidade e da mortalidades cardiovasculares. Assim, os anti-hipertensivos devem não só reduzir a PA, mas também os eventos cardiovasculares fatais e não fatais, e, se possível, a taxa de mortalidade. As evidências provenientes de estudos de desfechos clinicamente relevantes, com duração relativamente curta, de três a quatro anos, demonstram redução de morbidade e mortalidade em estudos com: diuréticos, betabloqueadores,

inibidores da enzima conversora da angiotensina, bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II, antagonistas dos canais de cálcio, embora a maioria dos estudos utilize, no final, associação de anti-hipertensivos. Esse benefício é observado com a redução da PA, e com base nos estudos disponíveis até o momento, parece não depender da classe de medicamentos utilizados.

SBC (2010) apresenta algumas características importantes do tratamento anti-hipertensivo, como: Ser eficaz por via oral, ser seguro, bem tolerado e com relação de risco-benefício favorável ao paciente, permitir a administração em menor número possível de tomadas, com preferência para dose única diária, ser iniciado com as menores doses efetivas preconizadas para cada situação clínica, podendo ser aumentadas gradativamente, ressaltando-se que, quanto maior a dose, maiores serão as probabilidades dos efeitos adversos, não ser obtido por meio de manipulação, pela inexistência de informações adequadas de controle de qualidade, bioequivalência e/ou de interação química dos compostos, ser considerado em associação para os pacientes com hipertensão em estágios 2 e 3 e para pacientes de alto e muito alto risco cardiovascular que, na maioria das vezes, não alcançam a meta de redução da PA preconizada com a monoterapia, ser utilizado por um período mínimo de quatro semanas, salvo em situações especiais, para aumento de dose, substituição da monoterapia ou mudança das associações em uso, ter demonstração em ensaios clínicos da capacidade de reduzir a morbidade e a mortalidades cardiovasculares associadas à hipertensão.

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 Definição do problema

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença de alta prevalência e que apresenta baixas taxas de controle e, é um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo, em indivíduos entre 45 e 69 anos, foram atribuídas à elevação da PA, sendo 54% óbitos por AVE e 47% por doença isquêmica do coração, a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico. No Brasil, as DCV têm sido a principal causa de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. Entre 1990 e 2006, observou-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular (AVILA *et al.*, 2010).

A definição do problema do presente estudo foi realizada a partir do diagnóstico situacional na área de abrangência da UBS São Sebastião I, localizada no município de Campo Belo, MG, através do método de estimativa rápida.

6.2 Priorização do problema

Para selecionar os problemas encontrados através da estimativa rápida, foram estabelecidos alguns critérios de avaliação citados por Campos, Faria Santos (2010) tais como:

- Grau de importância do problema
- Urgência do problema
- Capacidade de solução do problema

Em seguida, criou-se planilha em que os 5 principais problemas foram identificados e selecionados quanto à prioridade, da seguinte forma:

- Atribui-se valor “alto, médio, baixo” para a importância do problema;
- Distribuem-se pontos de acordo com sua urgência;
- Definiu-se a resolução do problema está dentro, fora, ou parcialmente dentro do espaço de governabilidade da equipe;

- Numeraram-se os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios acima relacionados

No quadro seguinte priorizassem os problemas identificados

1. Hipertensão Arterial
2. Obesidade e Sedentarismo
3. Alcoolismo
4. Uso indiscriminado de ansiolíticos e antidepressivos
5. Consumo excessivo de tabaco.

Quadro 2 Priorização do problema na UBS São Sebastião I, Campo Belo- MG,2015

Principais Problemas	Importância	Urgências	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Baixa adesão ao tratamento antihipertensivo	Alto	9	Dentro	1
Obesidade e Sedentarismo	Alto	8	Parcial	2
Alcoolismo	Alto	7	Parcial	3
Uso indiscriminado de ansiolítico e antidepressivo	Alto	7	Parcial	4
Consumo excessivo de tabaco	Alto	6	Parcial	5

Fonte: Autoria própria (2015)

6.3 Descrição do problema

O problema priorizado foi a baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo, pois, obteve a maior pontuação nos critérios de urgência e importância, tendo em vista o crescente número de hipertensos sem acompanhamento adequado pela UBS São Sebastião I. Foi observado também que a equipe precisaria se capacitar e ter apoio de outros profissionais, como psicólogos, nutricionistas, cardiologistas, com a finalidade de elevar o nível de conhecimentos dos pacientes hipertensos para contribuir com diminuição das complicações na saúde da população hipertensa cadastrada na UBS São Sebastião I.

6.4 Explicação do problema

O problema escolhido acontece no dia a dia na população diagnosticada com HAS na área de abrangência da UBS São Sebastião I, sendo esta uma doença crônica com uma alta incidência e prevalência nesta população. Partindo desta problemática, ficou decidido elaborar um plano de intervenção para aumentar a adesão o tratamento anti-hipertensivo no território atendido pela equipe de saúde da UBS São Sebastião I.

6.5 Seleção dos “nós críticos”

Os “nós críticos” são definidos como um tipo de causa de um problema que, quando modificada é capaz de gerar impacto no problema e transformá-lo. As causas de baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo em nossa área de abrangência são:

- 1- Processo de trabalho da equipe de saúde.
- 2- Níveis de informação da população.
- 3- Costumes, hábitos E estilos de vida da população.
- 4- Políticas sociais e estruturas dos serviços básicos de saúde e educação.

6.6 Desenho das operações

Segundo Campos, Faria e Santos (2010) após a identificação e a explicação das causas do problema, parte-se para o próximo passo, que é a elaboração do plano de ação que encaminha estratégias e soluções para enfrentamento do problema. Assim faz-se necessário relatar as operações para o enfrentamento das causas identificadas como “nós críticos”. Após são identificados produtos e resultados para cada operação e, finalmente selecionar recursos indispensáveis para a implantação e desenvolvimento das operações.

Quadro 3 Desenho das operações para os “nós críticos” da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo na UBS São Sebastião I, Campo Belo- MG

No crítico	Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Produtos	Recursos necessários
Processo de trabalho da equipe de saúde	+ saúde / Formação de uma equipe multidisciplinar, incluindo médico, enfermeiras, agentes comunitárias, nutricionista e profissional de educação física.	Melhorar a qualidade do acompanhamento	Linha de Cuidado para risco de HAS, Protocolos implantados, recursos Humanos capacitados,	Equipe de saúde completa e NASFI
Níveis de informação da população	Saber +/- Aumentar níveis de informação acerca da doença,	População melhor informada com mais conhecimentos.	Programa de palestras, programa campanha na rádio local sobre HAS.	Cartazes, meios audiovisuais, cadernetas, meios de difusão como a rádio local.
Costumes, hábitos e estilos de vida da população	Cuidar +/- Modificar hábitos e estilos de vida.	Diminuir as complicações, melhorar autocuidado	Melhorias dos estilos de vida	Grupos operativos de hipertensos, palestras, NASFI
Políticas sociais e estruturas dos serviços básicos de saúde e educação	+ saúde, cuidar+	Proporcionar um esquema de atenção que seja efetivo e de baixo custo	Tratamento dos casos, diagnóstico precoce de complicações, atendimento de urgências e medidas preventivas.	Disponibilidades dos medicamentos, exames complementares, acompanhamento com especialistas, facilidade de transporte.

Fonte: Autoria própria (2015)

6.7 Identificação dos recursos críticos

Os recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo na UBS São Sebastião I, Campo Belo- MG, 2015 estão representados no Quadro 4.

Quadro 4 Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos críticos”

Operação /projeto	
+ saúde	Financeiro: adquirir folhetos educativos, meios audiovisuais.
Viver melhor	Financeiro: estrutura física Humanos: professores
Cuidar +	Financeiro: meios audiovisuais, folhetos educativos.
Saber +	Financeiro: meios audiovisuais, folhetos educativos.

Fonte: Autoria própria (2015)

6.8 Análise de viabilidade do plano

Para viabilizar o plano de ação é necessário identificar os atores que controlam cada recurso crítico e sua posição em relação ao problema, para em seguida definir as ações e estratégias. O Quadro 4 apresenta as propostas de ações para motivação dos atores.

Quadro 5 Propostas de ações para a motivação dos atores na UBS São Sebastião I, Campo Belo-MG, 2015

Operações/projetos	Recursos críticos	Controles de recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Saúde. Modificar hábitos e estilos de vida inadequados	Político (conseguir o espaço nos Postinhos de saúde e na comunidade) Financeiros (Recursos audiovisuais, folhetos educativos)	Setor de comunicação social, Secretário de saúde	Favorável Favorável	Não necessária
Saiba mais de HAS	Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos de HAS	Político (articulação com a secretaria de educação)	Favorável	Apresentar projeto Apoio das associações

Cuidar melhor. Estruturar os serviços de saúde para melhorar a efetividade do cuidado	Político (Decisão de aumentar os recursos para estruturar os serviços) Financeiro (Recursos necessários para o equipamento da rede e para custeio de medicamentos, exames)	Prefeitura municipal, Secretaria municipal de saúde, Secretaria de educação, Fundo nacional de saúde	Indiferente Favorável Favorável	Apresentar projeto de estruturação da rede
Linha de cuidado. Reorganizar o processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado	Político (articulação entre os setores assistenciais de saúde)	Secretaria municipal de saúde	Favorável	

Fonte: Autoria própria (2015)

6.9 Elaboração do plano operativo

O plano operativo está apresentado no Quadro 6 com a designação do profissional responsável pela execução.

Quadro 6 Plano Operativo. UBS São Sebastião I, Campo Belo-MG,2015

Operações	Resultado	Prevenções e epidemias adultas	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
+ saúde	Alimentação saudável	Correta alimentação	Palestras com nutricionista	Alexi, nutricionista	Maio. 2015 até agosto 2015
Viver melhor	Modificar estilo vida	Diminuir os sedentários	Realizar exercêscio físico	Alexi, profissional educação física	Maio. 2015 até agosto 2015
Cuidar +	Índice baixo de alcoolismo	Diminuir níveis de álcool	Palestras com medica	Alexi	Maio. 2015 até agosto 2015
Saber +	Aumentar níveis de informação	Avaliar níveis de informação da população	Palestra grupos operativos	Alexi	Maio. 2015 até agosto 2015

Fonte: Autoria própria (2015)

6.10 Gestão do plano

O acompanhamento do projeto será feito através de reuniões mensais. As ações estratégicas devem ser sempre executadas e avaliadas ao mesmo tempo para que os problemas sejam detectados e corrigidos no menor tempo possível.

O sistema de gestão deve garantir a eficiente utilização dos recursos, com plena comunicação entre os planejadores e executores. Será observado o cumprimento dos prazos e o comprometimento dos integrantes da equipe.

É importante saber o estado de satisfação da população com as mudanças e se tem alguma nova sugestão.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do diagnóstico situacional identificou-se a grande frequência de casos de hipertensão arterial na população da área de abrangência da UBS São Sebastião I. A elaboração do plano de ação objetivou intervir de forma que os pacientes hipertensos cadastrados na UBS tenham boa aderência ao tratamento e uma assistência de qualidade. Em vista dos vários fatores que interferem neste processo, tanto os relacionados aos pacientes quanto aos relacionados ao trabalho da equipe de saúde, devem-se considerar as peculiaridades dos pacientes ao planejar as ações de cuidado e assistência de qualidade.

As ações desenvolvidas neste estudo permitem que a equipe de saúde atue com papel educador no desenvolvimento da promoção da saúde da comunidade por ela assistida.

Assim, espera-se que a população se conscientize quanto a importância da adesão ao tratamento da hipertensão e quanto às mudanças necessárias para a melhoria da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ALDERMAN, M.H. **Does blood pressure control require a Cuban-style revolution?** J. Hypertension USA, v. 24, n. 5, p. 811-812, may, 2006.
- AVILA, A.; TAVARES A.; MACHADO, C. A.; GONÇALVES, E. M.; LESSA, I. ; KRIEGER, J. E. ; SCALA, L. C.; FRITSCH, M.; GENGO, R. C.; SAMPAIO, R. **Conceituação, epidemiologia e prevenção primária.** J Bras. Nefrol. vol.32 supl.1 São Paulo, Set, 2010. Disponível http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-28002010000500003&script=sci_arttext Acesso em: 11/12/2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/09/VIGITEL-SAUDE-SUPLEMENTAR_2011.pdf>. Acesso em: 30 out. 2014.
- BRASIL. Hipertensão Arterial. **Caderno de Atenção Básica n.15.** Brasília – DF, 2012. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf. Acesso em: 21/12/2015.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** 2ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010.
- CHOBANIAN, A. V. (Org). **The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure.** Washington D.C.: National Institutes of health: 2004. 88 p.
- DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- FRITSCH, M.; OIGMAN, W.; ALTENBURG, R. **Como Diagnosticar e Tratar Hipertensão arterial sistêmica.** GRUPO EDITORIAL MOREIRA JR. Rio de Janeiro – RJ, 2009. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?> Acesso em 12/12/2015.
- GRANDI, A. M.; MARESCA, A.M.; SESSA, A.; STELLA, R.; PONTI,D.; BARLOCCO, E. ; BANFI, F.; VENCA, A. **Longitudinal study on hypertension control in primary care: the Insubria study.** American Journal Hypertension, USA, v. 19, n. 2, p. 140-145, feb. 2006
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades@.**Brasília,[online], 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em: 18/12/2015.

KOHLMANN Jr. O.; COSTA, A.; CARVALHO, M. C.C.; CASTRO, Jr. H.; MACHADO, C. A.; PRAXEDES, J.N.; SANTELLO, J.L. NOBRE, F., MION Jr., D. **III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial**. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27301999000400004&script=sci_arttext. Acesso em: 15/01/16

LIMA, J. P. L. **Adesão ao tratamento de hipertensão, proposta de intervenção no município Rio do Prado-MG**. Universidade Federal Minas Gerais. Uberaba, 2013. Monografia (especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)

MARQUEZ, E.; RIVAS, B.; DIVISON, J.A.; SOBREVIELA, E.; M. LUQUE, M.; **Are hypertensive patients managed in primary care well evaluated and controlled?** HICAPstudy Na Med Interna, USA, v. 24, n. 7, p. 312-316, jul. 2007. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000700002&lng=es&nrm=iso&tlng=es .Acesso em: 15/12/15.

ORDUÑEZ-GARCIA, P.; MUNOZ J.L.; PEDRAZA, D., ESPINOSA-BRITO, A.; SILVA L. C.; COOPER, R. S. **Success in control of hypertension in a low-resource setting: the Cuban experience**. J. Hypertension USA, v. 24, n. 5, p. 845-849, may, 2006.

PINHEIRO, P. **Hipertensão Arterial: sintomas, causas e tratamento**. MD. Disponível em <http://www.mdsaude.com/2009/02/sintomas-e-tratamento-da-hipertensao.html>. Acesso em: 15/12/2015

Prefeitura Municipal de Campo Belo. **Nossa Cidade**. Disponível em: <http://campobelo.mg.gov.br>. Acesso em 24 de setembro 2014.

SHARMA, A. M.; WITTCHEN H.U.; KIRCH, W.; PITTTROW, D.; **High prevalence and poor control of hypertension in primary care: cross sectional study**. J. Hypertension, USA, v. 22, n. 3, p. 479-486, mar. 2004.

SBH. Sociedade Brasileira de Hipertensão. **Revista Hipertensão**, volume 1 – 2013. XXI congresso brasileiro de hipertensão 2013. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/geral/revistas-2013.asp>. Acesso em: 21/12/2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. 2007. Acesso em: 21/12/2015.

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

ANEXOS