

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA.

ANAILYS DUEÑAS GÓMEZ

**ESTRATÉGIA DE ADESÃO AO PROTOCOLO DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA PARA A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.**

UBERABA/MG

2016

ANAILYS DUENAS GOMEZ

**ESTRATÉGIA DE ADESÃO AO PROTOCOLO DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA PARA A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.**

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

Orientador: Prof. Me. Mário Antônio de Moura Simim.

UBERABA/MG

2016

ANAILYS DUEÑAS GÓMEZ

**ESTRATÉGIA DE ADESÃO AO PROTOCOLO DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA PARA A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.**

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

Banca Examinadora:

Prof. Me. Mário Antônio de Moura Simim (orientador)

Prof.Ms. Nathália Silva Gomes

Aprovado em Uberaba, ____ / ____ / ____

RESUMO

Atualmente, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). A prevalência dessa doença na população é alta, contudo, com baixa taxa de controle. Assim, o objetivo do presente trabalho foi elaborar um projeto de intervenção para desenvolver estratégias em adesão ao protocolo da HAS para uso rotineiro da Equipe de Saúde da Família durante o acompanhamento do paciente hipertenso. Para a elaboração da proposta de intervenção foram realizadas ações em três etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do plano de ação. Os dados utilizados no diagnóstico situacional foram a base para a construção do plano de ação do Projeto de Intervenção. Considerou-se também que aprofundar o conhecimento sobre a doença é uma maneira de organizar a abordagem aos pacientes hipertensos e seus familiares, sendo esta uma estratégia para intervir nas causas que impedem o controle e a adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos.

Palavras-chaves: Hipertensão, Hipertenso, Hipertensão Arterial Sistêmica, Pressão Arterial Alta, Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

Currently, systemic arterial hypertension (SAH) is a multifactorial clinical condition characterized by high and sustained levels of blood pressure (BP). The prevalence of this disease in the population is high, however, with low control rates. The objective of this study was to develop an intervention project to develop strategies for accession to the SAH protocol for routine use of the Family Health Team during follow-up of hypertensive patients. For preparation of the intervention proposed actions were carried out in three stages: situation analysis, literature review and preparation of the action plan. The data used in situational diagnosis were the basis for construction of the action plan Intervention Project. It was also considered that further knowledge about the disease is a way to organize the approach to hypertensive patients and their families, which is a strategy to intervene in cases that hinder control and adherence to treatment of hypertensive patients.

Key - words: Hypertension, Hypertension, Hypertension, High Blood Pressure, Family Health Strategy.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Priorização dos problemas identificados no diagnostico situacional	15
Quadro 2: Descritores quantitativos do problema priorizado na ESF Heliadora, em 2014	16
Quadro 3: Desenho de operações para os “nós” críticos do problema priorizado	16
Quadro 4: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema priorizado	17
Quadro 5: Propostas de ações para a motivação dos atores	18
Quadro 6: Plano Operativo	19
Quadro 7: Gestão do plano de intervenção.....	20

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 JUSTIFICATIVA	9
3. OBJETIVO	10
4 METODOLOGIA.....	11
5 REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO	15
6.1 Definição dos problemas	15
6.2 Estabelecimento de ordem de prioridades	15
6.3 Descrição do problema	16
6.4 Explicação do problema	16
6.5 Identificação dos “nós críticos”	17
6.6 Desenho das operações.....	18
6.7 Identificação dos recursos críticos.....	17
6.8 Análise da viabilidade do plano	17
6.9 Elaboração do plano operativo	19
6.10 Gestão do plano	19
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERENCIAS	22

INTRODUÇÃO

A cidade de Heliadora está localizada na região sul do Estado de Minas Gerais, tem posição privilegiada, pois está próxima às cidades de Lambari, São Lourenço, Caxambu, Cambuquira, Pouso Alegre e Varginha, ainda é um local estratégico por se localizar nas proximidades da Rodovia BR 381- Fernão Dias (São Paulo/Belo Horizonte). Região rica em montanhas, clima tropical de altitude, cidade serrana caracterizada por dias quentes e noites frias; Heliadora faz parte do Circuito Serras Verde do Sul de Minas Gerais, e tem alto potencial turístico ecológico, com áreas de lazer, cachoeiras, cavernas e belas montanhas (IBGE, 2010).

A cidade tem população total de 6.121 habitantes, com área total de 153, 950 km², taxa de urbanização de 80,90%. A população urbana estimada é de 4.430 habitantes e a rural de 1.169 habitantes (IBGE, 2010).

A estratégia de saúde da família (ESF) está implementado em todas as unidades de saúde do município, com cobertura total. Há três estratégias de saúde da família (ESF), duas na cidade e uma na zona rural, além de uma Unidade Básica de Saúde(UBS) que se encontra em construção. A carga horária é de 40 horas semanais, sendo de 07h às 11h da manhã e de 13h às 17h para a atenção básica; 24 horas para atenção médica em serviço de pronto atendimento (urgências e emergências) e de 08h às 12h e de 13h às 17h para os outros serviços de saúde.

A área de abrangência da equipe ESF Bem Viver 2 abrange o Bairro Ribeirão Vermelho, Canas do Reino, Bairro Preto, Raquel, Floresta, Scarpa, Rocinha, Areado, Brejãozinho, Sobralada. Equipamentos sociais existentes são Escolas primárias e Igreja, sendo a população 100% de área rural.

Em Heliadora o acesso à saúde inicia-se a partir da atenção básica (ESF); a atenção básica é o local aonde o usuário recebe o primeiro atendimento, e ainda, é responsável pela prevenção e pelo tratamento de doenças. Para isso, há programas direcionados à Hipertensão e à Diabetes, Tuberculose e Hanseníase, Saúde do Idoso, Saúde da Mulher e gestantes, saúde da criança, Assistência Farmacêutica, Saúde Mental e Saúde Bucal. Por meio desses programas, da atuação da equipe médica, farmacêutica, de enfermagem e de assistência social e ainda pelos agentes comunitários de saúde(ACS), são desenvolvidas as ações de promoção e de recuperação da saúde(IBGE, 2009).

A capacidade de gestão dos sistemas de saúde é um dado que cursa com grande impacto na Atenção Primária à Saúde (APS) e no desempenho da ESF. Melhorias locais para

um acesso a saúde pública de maior qualidade são as principais metas, à medida que o modelo de saúde brasileiro mantém funcionalmente em desenvolvimento à custa da proposta teórica do oferecimento de atenção integral a saúde pela política pública atual. Porém, como seu controle foge de meu campo de atuação, torno o foco à HAS por possui maior prevalência local e maior frequência na listagem de problemas identificados, sendo assim mais acessível a mudanças.

2 JUSTIFICATIVA

Considerando que a HAS constitui problema de saúde e uma das principais causas de elevada morbidade e mortalidade; e conhecendo os principais fatores de risco desta doença, traçou-se uma estratégia de intervenção educativa para melhorar a preparação e o conhecimento a respeito dessa doença, assim como os fatores agravantes. Essa estratégia poderia ajudar a modificar o estilo de vida da população, em conjunto com o trabalho de equipe de saúde da família.

Este trabalho possibilita e garante aprendizado qualificado junto às pessoas com HAS, além de focar a importância da adesão ao tratamento desta doença, partindo da falta de conhecimento da população descrita.

Diante do exposto, visa-se então, a necessidade da realização do mesmo, pois não existem antecedentes de estudos similares nesta área de saúde, além do alto índice de hipertensos cadastrados no programa Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia) que é um programa desenvolvido pela secretaria de saúde, de Heliadora que visa a manter o cuidado especial com as pessoas que sofrem com a doença HAS e Diabetes Mellitus(DM). O presente trabalho irá incentivar a adesão ao tratamento da HAS, contribuindo na melhoria da qualidade de vida, no controle da doença e com o aumento da adesão ao programa Hiperdia.

3. OBJETIVO

- Elaborar projeto de intervenção para desenvolver estratégias em adesão ao protocolo da Hipertensão Arterial Sistêmica, para uso rotineiro da Equipe de Saúde da Família durante o acompanhamento do paciente hipertenso.

4 METODOLOGIA

Para elaboração da proposta de intervenção foram realizadas ações em três etapas: diagnóstico situacional, revisão-bibliográfica e elaboração do plano de ação.

A busca dos artigos científicos aconteceu a partir da biblioteca virtual Scientific Electronic Library Online (SciELO) e da base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando basicamente os descritores, hipertensão, hipertenso, hipertensão arterial sistêmica, pressão arterial alta, "pressão sanguínea alta" isolados e/ou combinados. O período de busca foi de publicações realizadas no Brasil a partir do ano 2000.

Os dados utilizados no diagnóstico situacional foram à base para construção do plano de ação do Projeto de Intervenção, tendo como referência os dez passos propostos Campos Faria; Santos (2010).

5 REFERENCIAL TEÓRICO

A HAS é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido (BRASIL, 2006).

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) (SBC,2010), representando um dos principais fatores de risco modificáveis e importante problema de saúde pública (SBC, 2010).

A HAS ainda é a mais comum das doenças cardiovasculares, uma doença silenciosa, inicialmente sem sintomas, e diagnosticada muitas vezes no aparecimento das complicações, nas unidades de emergência, tardiamente, causando significativa perda na qualidade de vida e aumento nas taxas de morbidade e de mortalidade (PASSOS;ASSIS;BARRETO,2006).

Pode ter consequências devastadoras, frequentemente permanecendo assintomática até uma fase tardia de sua evolução (ROBBINS,2006). Associa-se às alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais, obtendo alta prevalência de doenças cardíacas e baixas taxas de controle de... (SBC,2010).

A lesão cardíaca apresenta-se por hipertrofia, (espessamento das paredes do ventrículo esquerdo, com aumento do peso e diminuição da cavidade). A hipertrofia não é acompanhado pelo aumento da circulação coronária, o que acarreta alteração entre gasto energético e oferta, levando á isquemia miocárdica. (BRASIL, 2006).

Dados do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus(DM) (HIPERDIA), divulgados no período de 08/2006 a 08/2009, mostram que há 2.358.647 pacientes com HAS ou HAS e DM. São 1.829.037 pessoas com HAS e 529.610 pessoas com HAS e DM. Em Minas Gerais, são 286.868 HAS e 75.594 HAS e DM (DATASUS,2013).

A HAS pode ser classificada de acordo com:a) suas causas; b) aspectos hemodinâmicos; c) característica clínica e prognósticos. Quando HAS é causada por doenças conhecidas, (como afecções endócrinas ou renais), fala-se em hipertensão secundária. Em

cerca de 90% dos casos não existe uma causa evidente, e ela é chamada hipertensão primária ou essencial. (BRASILEIRO FILHO, 2000)

De acordo com a evolução, a HAS pode ser benigna ou maligna; na hipertensão arterial benigna, que corresponde a grande maioria dos casos, as cifras tensionais não são muito elevadas (a diastólica, mantém-se abaixo de 110 mm/Hg) as complicações graves só ocorrem tardiamente e os pacientes evoluem por anos ou décadas (média de 20 anos), a hipertensão é por vezes chamada de silenciosa, pois as pessoas que a possuem frequentemente não evidenciam sintomas (SMELTZER E BARE, 2004).

Porém os autores Brêtas e Gamba (2006), alertam que o paciente hipertenso pode apresentar sintomas, devido á elevação da pressão arterial; como cefaléia no período da manhã, fadigas, palpitações, tonteira e visão ofuscada.

Quando os sinais e sintomas específicos se apresentam geralmente indicam lesão vascular, com manifestações específicas relacionadas com órgãos servidos pelos vasos afetados, como angina ou o acidente vascular cerebral. (SMELTZER E BARE, 2004)

O Segundo Brêta (2006) o diagnóstico clínico da HAS é eficaz tendo em vista que este é baseado

em anamnese, exames físico, exames complementares que auxiliam na realização de diagnóstico da doença propriamente dita, etiologia, grau de comprometimento de órgãos-alvo e identificação dos fatores de risco cardiovascular associado.

Conforme o Ministério da Saúde (2006) é necessário ter cautela no **diagnóstico** por seus riscos de um **diagnóstico** falso positivo como pela repercussão na própria saúde do indivíduo e custo social resultante.

De acordo Smeltezer e Bare (2005), a HAS é diagnosticada laboratorialmente por exames laboratoriais rotineiros que incluem a urinálise bioquímica sanguínea (glicemia em jejum, creatinina, potássio, sódio, colesterol total e lipoproteína de alta densidade (LDH) do colesterol) e uma eletrocardiograma com 12 derivações.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) para o acompanhamento e o controle da HAS, é importante a sua detecção, iniciada pela aferição da (PA); devendo ser realizado por profissionais da saúde como medida preventiva de saúde. O seu controle é realizado não apenas pelo tratamento farmacológico, mas também por mudanças nos hábitos de vida, como mudanças na alimentação e realização de atividade física regular. No entanto, uma grande parcela dos hipertensos não utiliza os medicamentos de forma correta e usual e não modifica suas rotinas de alimentação e de atividade.

Apesar das evidências de que o tratamento anti-hipertensivo é eficaz em diminuir morbidade e mortalidade cardiovasculares, os percentuais de controle da PA são muito baixos em razão da pouca adesão ao tratamento, dados na literatura apontam 20% a 40% (SBC, 2010). A taxa de abandono do tratamento, grau mais elevado de não adesão, é crescente conforme o tempo decorrido após o início da terapêutica (SBC, 2007).

O objetivo de qualquer tratamento para as doenças crônicas é o seu adequado controle, destaca-se a adesão ao tratamento. A adesão corresponde à concordância entre a prescrição médica e a conduta do paciente, e compreende valores e crenças, além aspectos relacionados à doença e ao seu tratamento. A falta de adesão é frequente e está associada a inúmeros fatores, tais como: relacionados ao paciente, à doença, a aspectos psicossociais, a crenças, ao tratamento, entre outros (SBC,2010).

Ainda, outros fatores relacionados com os serviços e os profissionais de saúde, onde se evidenciam o grau de desenvolvimento dos sistemas de saúde, o sistema de distribuição e o acesso aos medicamentos, o grau de educação/esclarecimento dos doentes face aos cuidados de tratamento no domicílio, os recursos humanos e técnicos disponíveis nos serviços, os horários e duração das consultas, os conhecimentos dos profissionais de saúde acerca das doenças crônicas e a gestão da adesão ao regime terapêutico influenciam o controle da HAS (BUGALHO; CARNEIRO, 2004).

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

6.1 Definição dos problemas

A partir do diagnóstico situacional, foram encontrados os seguintes problemas:

- Alta incidência de Diabetes Mellitus
- Alta incidência de Doenças Mentais
- O alto índice de pacientes com HAS
- O alto número de paciente que fazem uso de psicotrópicos
- Alta prevalência e incidência de pacientes obesos e hábitos alimentares inadequados

6.2 Estabelecimento de ordem de prioridades

Os problemas foram selecionados e priorizados pela ESF considerando os seguintes critérios: importância, urgência e principalmente pela capacidade de enfrentamento pela equipe de saúde. Além disso, os problemas foram classificados em importância (alta, média ou baixa), urgência e capacidade de enfrentamento, conforme Quadro 1.

Quadro 1: Priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento
Alta índice de Diabetes Mellitus	Alta	9	7
Alta incidência de Doenças Mentais	Alta	6	6
O alto índice de pacientes com HAS	Alta	10	8
O alto número de paciente que fazem uso de psicotrópicos	Alta	8	7
Alta prevalência e incidência de pacientes obesos e hábitos alimentares inadequados	Alta	7	7

A partir das informações apresentadas no Quadro 1 acima, a organização por ordem de prioridade dos problemas apresentados foi a seguinte:

- (1) Alto índice de pacientes com HAS
- (2) Alto índice de Diabetes Mellitus
- (3) Alto número de paciente que fazem uso de psicotrópicos
- (4) Alta prevalência e incidência de pacientes obesos e hábitos alimentares inadequados.
- (5) Alta incidência de Doenças Mentais

6.3 Descrição do problema

Em nossa área de abrangência a HAS é doença de alta prevalência, que atinge a população adulta acima de 18 anos em cerca de até 25%, podendo afetar na população idosa até 50%. A maioria dos pacientes com HAS identificados na comunidade apresentam fatores de risco como obesidade, tabagismo, etilista, estresse, sedentarismo, além de pacientes idosos. A população alvo deste estudo é composta por todos os hipertensos do território adstrito, com diagnóstico prévio de HAS, de ambos os gêneros e de todas as idades, o que corresponde a 622 hipertensos cadastrados, e que compareceram aos grupos operativos sobre HAS e à consulta médica. dos quais um 34.56 % dos pacientes hipertensos com controle inadequado e falta de adesão ao tratamento constituem um problema importante para equipe de saúde. Os dados correspondem com a nação onde as doenças cardiovasculares são responsáveis por mais de 250.000 mortes por ano, a hipertensão arterial participa de quase a metade delas. A HAS vem sendo o mais comum e importante fator de risco para as doenças cardiovasculares, e tem com elas uma relação contínua e progressiva. Existe um controle inadequado e baixa adesão ao tratamento dos pacientes com doenças crônicas, principalmente, os pacientes hipertensos. Para facilitar o processo de descrição, a ESF utilizou as informações do Quadro 2.

Quadro 2: Descritores quantitativos do problema priorizado na ESF Heliadora, em 2014

Descritores	Valores	Fontes
Hipertensos cadastrados/acompanhados	622	SIAB 2014
Hipertensos controlados	407	Registros da equipe
Complicações da doença	38	Registros da equipe

6.4 Explicação do problema

A figura 1 abaixo é a representa a explicação principal relacionada ao problema priorizado pela equipe.

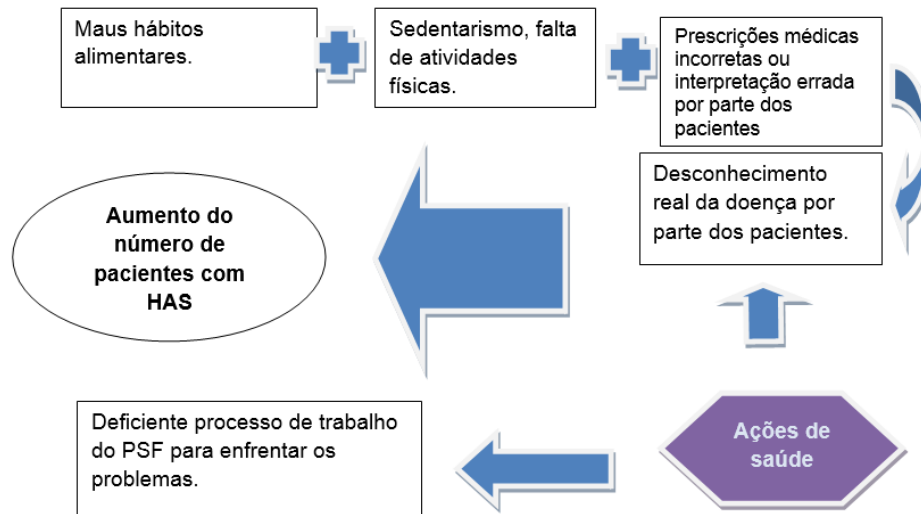


Figura 1: Esquema explicativo do problema priorizado

6.5 Identificação dos “nós críticos”

Foram identificados alguns nós críticos para o enfrentamento do problema de saúde O alto índice de pacientes com HAS. Segundo o conceito elaborado pelo PES, “nós críticos” é um tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Identificaram-se entre as várias causas àquelas consideradas mais importantes na origem do problema e que precisam ser enfrentadas:

- Baixo nível de informação e conhecimento das pessoas sobre a doença, da importância à adesão aos serviços da ESF e ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), prejudicando a continuidade dos cuidados;
- Inadequados hábitos e estilos de vida (tabagismo, alimentação inadequada, consumo de álcool, sedentarismo, etc.);
- Deficiente processo de trabalho da ESF para enfrentar os problemas, incapacidade dos profissionais para a continuidade do acompanhamento.

Para enfrentar o problema é necessário conhecer as principais causas já descritas e outras não menos importantes, conforme apresentado abaixo.

1) relacionadas aos pacientes:

- ✓ Hábitos e estilos de vida da população: não quer ser dependente da medicação, tabagismo, alimentação inadequada, consumo de álcool, sedentarismo, não adesão ao tratamento.
- ✓ Baixo nível de instrução/escolaridade: não saber como tomar a medicação, pacientes

analfabetos.

- ✓ Grau de dependência: pacientes acamados ou com incapacidade mental.
- ✓ Baixo nível de informação respeito a sua patologia.

2) relacionadas com equipe de saúde:

- ✓ Receitas com prescrições ilegíveis.
- ✓ Poucas atividades educativas a respeito da Hipertensão Arterial.
- ✓ Falta de propagação na agenda da equipe para atendimento adequado ao HIPERDIA
- ✓ Falta de incentivo para atividades de promoção a saúde e prevenção dos agravos.

6.6 Desenho das operações

O plano de ação é composto de operações desenhadas para enfrentar e impactar as causas mais importantes (ou os “nós críticos”) do problema selecionado. As operações são conjuntos de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano, sendo apresentadas no Quadro 3.

Quadro 3: Desenho de operações para os “nós” críticos do problema priorizado

Nós críticos	Operação	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
<p>Baixo nível de informação e conhecimento das pessoas sobre a doença HAS</p>	<p>Saber mais e cuidar-se melhor: -Aumentar o nível de informação e conhecimentos Da população sobre as características, os riscos e complicações da HAS. -Aumentar a adesão da população aos serviços da ESF (Estratégia de Saúde Da Família) e ao tratamento da HAS.</p>	<p>População melhor informada e com maior conhecimento sobre as características, riscos e complicações da HAS. Aumentar um 90% ou mais os atendimentos de pacientes hipertensos em ESF e um 100 % destes pacientes com tratamentos adequados para HAS.</p>	<p>Avaliação do nível de informação e percepção destes pacientes sobre a doença para que alcancem maiores conhecimentos. Programas culturais, esportes organizados para diminuir os riscos da doença e suas complicações. Campanha de saúde escolar. ACS capacitado no controle e seguimento desta doença. Campanhas educativas em meios de comunicações como rádios e programas de TV, equipes de som móveis, etc.</p>	<p>Cognitivos: conhecimento oportuno dos temas a discutir pelos membros da equipe de saúde relacionados às características, os riscos e complicações da HAS. Organizacionais: fazer um cronograma de trabalho a cumprir por cada membro da equipe de saúde com uma avaliação semanal. Políticos: conseguir os espaços radiais, televisivos e equipe de som móvel; realizar uma articulação dos fatores em discussão neste programa. (parceria com o setor educação) e mobilização social. Financeiro: os necessários para adquirir recursos audiovisuais, folhetos educativos e carro de som.</p>
<p>Inadequados hábitos e estilo de vida.</p>	<p>Viver com saúde Modificar os hábitos e estilos de vida errados.</p>	<p>Diminuir hábito de fumar, alcoolismo em 40 %, sedentarismo e obesidade em 50 % ao ano.</p>	<p>Organizar os bairros por clubes para realizar exercício organizado, Programação de caminhadas na comunidade. Utilização de palestras educativas em lugares de maior reunião de pessoas. Campanhas educativas em meios de comunicações como rádios e programas de TV, equipes de som móveis e etc.</p>	<p>Cognitivos: informações dos temas às equipes por pessoal da equipe de saúde e outros pessoais. Organizacional: organizar exercício por clubes em bairros com equipe de som móvel, panfletos informativos. Político: conseguir o local, os espaços radiais, televisivos e equipe de som móvel; mobilização social. Financeiro: os necessários para adquirir recursos áudio visuais, folhetos educativos</p>
<p>Deficiência no processo de trabalho da ESF para enfrentar os problemas, incapacidade dos profissionais para a continuidade do acompanhamento</p>	<p>Linha de cuidado: Implantar uma linha de cuidados de forma organizada que pode ser em grupo ou individual relacionada aos riscos e complicações da HAS, incluindo os mecanismos de referência e contra-referência.</p>	<p>Cobertura de 90 % da população hipertensa ou com risco de HAS. Maior eficiência da equipe de ESF para enfrentar os problemas e Diminuir a incidência de hipertensos, seus riscos e complicações. Assim como Aumentar o número de pacientes controlados e acompanhados em ESF.</p>	<p>Linha e protocolos de cuidados para os riscos e complicações da HAS implantados. Uma capacitação dos ACS, outros membros da equipe e pessoal escolhido da comunidade nos temas relacionados às características, riscos e complicações da HAS.</p>	<p>Cognitivo: conhecimento oportuno dos temas a ser discutido pelos membros da equipe de saúde relacionados às características, riscos e complicações da HAS; (elaboração de projeto da linha e protocolos de cuidados) Organizacionais: organizar o cronograma de trabalho mensal e adequação de fluxos (referência e contra-referência). Político: maior articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais; Financeiro: os recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos).</p>

6.7 Identificação dos recursos críticos

São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los

Os recursos críticos (Quadro 4) foram identificados e descritos anteriormente onde fizemos uma análise de cada um por separação que identificou o que se precisa para cumprir por cada um.

Quadro 4: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema priorizado

Operação/projeto	Recursos críticos
Saber mais e cuidar se melhor	Político: conseguir os espaços radiais, televisivos e equipe de som móvel; realizar uma articulação dos fatores em discussão neste programa. Parceria com o setor de educação e mobilização social. Financeiro: os necessários para adquirir recursos audiovisuais, folhetos educativos e carro de som.
Viver com saúde	Político: conseguir o local, os espaços radiais, televisivos e equipe de som móvel; mobilização social. Financeiro: os necessários para adquirir recursos áudio visuais, folhetos educativos, etc..
Linha de cuidado	Político: maior articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais; Financeiro: os recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos).

6.8 Análise da viabilidade do plano

A análise da viabilidade do plano de intervenção está relacionada a análise de cada ator que controla os recursos críticos e também sua motivação em relação a cada operação (Quadro 5).

Quadro 5: Propostas de ações para a motivação dos atores

Operações do projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Operação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
<p>Saber mais e cuidar se melhor.</p> <p>-Aumentar o nível de informação e conhecimentos Da população sobre as características, os riscos e complicações da HAS.</p> <p>-Aumentar a adesão da população aos serviços da ESF (Estratégia de Saúde Da Família) e ao tratamento da HAS.</p>	<p>Políticos: conseguir os espaços radiais, televisivos e equipe de som móvel; realizar uma articulação dos fatores em discussão neste programa.</p> <p>Parceria com o setor educação e mobilização social.</p> <p>Financeiro: os necessários para adquirir recursos audiovisuais, folhetos educativos e carro de som.</p>	<p>Setor de comunicação social.</p> <p>Secretaria de educação</p> <p>Associações de bairros.</p> <p>Secretaria de saúde</p>	Favorável	Não é necessário.
<p>Viver com saúde</p> <p>Modificar os hábitos e estilos de vida errados.</p>	<p>Político: conseguir o local, os espaços radiais, televisivos e equipe de som móvel; mobilização social.</p> <p>Financeiro: os necessários para adquirir recursos áudio visuais, folhetos educativos, etc.</p>	<p>Setor de comunicação social.</p> <p>Associações de bairros.</p> <p>Secretaria de saúde</p>	Favorável	
<p>Linha de cuidado:</p> <p>Implantar uma linha de cuidados de forma organizada que pode ser em grupo ou individual relacionada aos riscos e complicações da HAS, incluindo os mecanismos de referência e contra-referência.</p>	<p>Político: maior articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais;</p> <p>Financeiro: os recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos).</p>	<p>Secretaria de saúde.</p> <p>Prefeito Municipal</p> <p>Secretaria de saúde</p> <p>Fundo Nacional de Saúde.</p>	<p>Favorável</p> <p>Indiferente</p>	<p>Apresentar projeto de estruturação de rede</p>

6.9 Elaboração do plano operativo

Foi realizada análise por cada uma da situação identificada dando tempo o prazo de cumprimento em dependência da complexidade de cada uma e também as responsabilidades por cada operação (Quadro 6).

Quadro 6: Plano Operativo

Operação	Resultados	Operações estratégicas	Responsável	Prazo
Saber mais e cuidar se melhor.	População mais informada e com maior conhecimento sobre a HAS. Aumento 90% ou mais os atendimentos de pacientes hipertensos em ESF e um 100 % destes pacientes com tratamentos adequados para HAS.	Não é necessário	Secretaria de saúde e Equipe Secretário de cultura Secretaria de educação ESF e secretaria de cultura.	3 meses para iniciar 4 meses Um mês para iniciar
Viver com saúde	Diminuir hábito de fumar, alcoolismo, sedentarismo e obesidade.	Acionado organismos vigentes com apoio governamentais	Secretaria de ação social Coordenação de atenção básica e epidemiológica Prefeitura e secretaria de cultura.	2 meses para iniciar Um mês para iniciar 3 meses para iniciar
Linha de cuidado	Cobertura de 90 % da população hipertensa ou com risco de HAS. Maior eficiência da equipe de ESF Diminuir a incidência de hipertensos Aumentar o número de pacientes controlados e acompanhados em ESF.		Secretaria de saúde.	Um mês para iniciar

6.10 Gestão do plano

A principal finalidade desse passo é desenhar modelo de gestão do plano de ação; discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos (Quadro 7).

Quadro 7: Gestão do plano de intervenção

Operação: Saber mais e cuidar se melhor.					
Coordenação:					
Avaliação após 6 meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1-Avaliação do nível de informação e percepção destes pacientes sobre a doença para que alcancem maiores conhecimentos.	Secretaria de saúde	Seis meses	Projeto de avaliação elaborado		
2-Programas culturais, esportes organizados para diminuir os riscos da doença e suas complicações.	Secretaria de cultura	Quatro meses	Só o acionar do posto de saúde	Dificuldade com horário e cumprimentos da programação	Seis meses
3-Campanha de saúde escolar.	Secretaria de educação	Um mês	Só o acionar do posto de saúde	Dificuldade com os materiais gráficos.	Quatro meses
4--Campanhas educativas em meios de comunicações como rádios e programas de TV, equipes de som móveis, etc.	Secretaria de cultura	Um mês	Só acionar o posto de saúde	Dificuldade com horário e cumprimentos da programação.	Quatro meses

Operação: Viver com saúde					
Coordenação:					
Avaliação após 6 meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1-Organizar os bairros por clubes para realizar exercício organizado	Secretaria de ação social	Dois meses	Só acionar do posto de saúde	Não existe intersetorialidade	Seis meses
2-Programação de caminhadas na comunidade	Secretaria de ação social	Três meses	Só o acionar do posto de saúde	Dificuldade com horário e cumprimentos da programação	Cinco meses
3-Utilização de palestras educativas em lugares de maior reunião de pessoa.	Coordenação de atenção básica e epidemiológica	Dois meses	Só o acionar do posto de saúde	Dificuldade com os materiais gráficos.	Um mês
4-Campanha educativa em rádios, programa de TV, equipe de som móvel etc.	Prefeitura municipal e secretaria de cultura.	Três meses	Só acionar o posto de saúde	Dificuldade com horário e cumprimentos da programação	Seis meses.

Operação: Linha de cuidado:					
Coordenação:					
Avaliação após 6 meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1-Linha e protocolos de cuidados para os riscos e complicações da HAS implantados	Secretaria de saúde	Um mês	Só acionar do posto de saúde	Não existe intersetorialidade	Cinco meses
2- Capacitação dos ACS, outros membros da equipe e pessoal escolhido da comunidade nos temas relacionados às HAS.	Secretaria de saúde	Um mês	Só o acionar do posto de saúde	Dificuldade com horário e cumprimentos da programação	Seis meses

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que compreender a **realidade** aonde se atua e refletir sobre a sua prática é essencial para o profissional de saúde que visa atender o indivíduo hipertenso seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Face a esta **realidade**, determinou-se a necessidade de elaborar um plano de intervenção, no sentido de estimular e melhorar o controle e a adesão ao tratamento desses pacientes, o conhecimento da doença e suas complicações. Considerou-se também que aprofundar o conhecimento sobre a doença é uma maneira de organizar a abordagem aos pacientes hipertensos e seus familiares, sendo esta uma estratégia para intervir nas causas que impedem o controle e a adesão ao tratamento dos pacientes com HAS. A implementação de medidas de prevenção da HAS representa um grande desafio para os profissionais e gestores da área da saúde.

REFERENCIAS

BEM, A. J; NEUMAN, C. R.; MENGUE, S. S. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. Revista de Saúde Pública, 46(2):279-289, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 4 ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 71p.

BRASILEIRO, G. F. Bogliolo Patologia, Rio de Janeiro, 6º edição, Guanabara Koogan, 2000.

BRÊTAS, A, C, P; GAMBA, M, A. Enfermagem e Saúde do Adulto: Barueri: Manole, 2006.

BUGALHO, A.; CARNEIRO, A. V. Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crônicas. Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de ; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos Planejamento e avaliação das ações em saúde. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

COSTA, F. D.; AZEVEDO, R. C. S. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. Revista Brasileira de Educação Médica, 34(2): 261-69, 2010.

DATASUS. Disponível em:<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201>>. Acesso em: 20 set. 2013.

DATASUS. Hiperdia. Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos. Disponível em:<<http://hiperdia.datasus.gov.br/>> Acesso em: 10 de out. 2013.

MITCHELL, R. N. (et al.). Robbins e Cotran fundamentos de patologia. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. 829p

PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hypertension in Brazil: Estimates from Population-Based Prevalence Studies. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 15(1): 35–45, 2006.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014 a 2017. Ações e programações de saúde de Heliadora. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde, mês julho, 2013.

SIMONNETTI, J. P.; BATAISATA, L.; CARVALHO, L. R. Hábitos de saúde e fatores de riscos em pacientes hipertensos. Revista Latino-americana de Enfermagem. v. 10, n.3, p. 415-422. 2002

SMELTZER, S; BARE, B. G. Brunner & Suddarth -Tratado de Enfermagem Médico cirúrgico: 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO /SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v.95(1 supl.1), p.1-51. 2010.