

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – UFTM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

FABRICIO COSTA FERREIRA

**FALTA DE ADESÃO AO TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL PELOS USUÁRIOS ATENDIDOS NA EQUIPE “NOVO
PROGRESSO I” DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO
MUNICÍPIO DE CONTAGEM - MG**

**UBERABA - MG
2015**

FABRICIO COSTA FERREIRA

**FALTA DE ADESÃO AO TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL PELOS USUÁRIOS ATENDIDOS NA EQUIPE "NOVO
PROGRESSO I" DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO
MUNICÍPIO DE CONTAGEM - MG**

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.

Orientadora: Prof^a. Natalia Madureira Ferreira

UBERABA - MG
2015

FABRICIO COSTA FERREIRA

**FALTA DE ADESÃO AO TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL PELOS USUÁRIOS ATENDIDOS NA EQUIPE "NOVO
PROGRESSO I" DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO
MUNICÍPIO DE CONTAGEM - MG**

Banca examinadora:

Examinador 1: Prof^a. Natália Madureira Ferreira -Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Examinador 2: Prof^a. Zilda Cristina dos Santos - Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Aprovado em Uberaba, em , fevereiro de 2015.

AGRADECIMENTO

Agradeço ao Ministério da Saúde pela iniciativa em viabilizar o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB) possibilitando a prestação de serviço à sociedade e aperfeiçoamento da prática profissional em Saúde Pública.

Agradeço aos profissionais do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais que viabilizaram a pós graduação em Atenção Básica.

RESUMO

A hipertensão arterial é uma doença de alta prevalência e determinante de alta morbidade e mortalidade na população brasileira. Estima-se que 20% da população adulta com idade superior a 20 anos apresente hipertensão arterial. Este trabalho tem como objetivo apresentar uma proposta de intervenção para maior eficiência no controle da hipertensão arterial sistêmica (HAS) em indivíduos adultos atendidos pela equipe de Saúde da Família. Unidade Novo Progresso I, no Município de Contagem – Minas Gerais. O estudo foi desenvolvido por meio de levantamento bibliográfico utilizando bases de dados informatizadas do IBGE, SIAB, DATASUS, revistas científicas, dentre outros. Foram propostas as seguintes atividades: (1) "Mais Vida: Ação educativa e de orientação em grupo", (2) "Mais informação: promover o conhecimento sobre hipertensão arterial", (3) "Mais Acesso: Não faltar medicamentos aos usuários", (4) "Mais ação compartilhada: aumentar a adesão ao tratamento com participação dos agentes de saúde e profissionais". A partir do estudo avaliamos os fatores determinantes da não adesão ao tratamento, podendo assim, propor e sugerir medidas que possam amenizar o problema. Esperamos que a partir deste levantamento, possamos compreender melhor sobre a situação na qual está inserido o usuário, assim como suas limitações diante do tratamento da hipertensão arterial sistêmica.

Palavras chave: Hipertensão, planejamento em saúde, serviço de saúde comunitária.

ABSTRACT

Hypertension is a highly prevalent disease and determining high morbidity and mortality in the Brazilian population. It is estimated that 20% of the adult population aged over 20 years show hypertension. This paper aims to present an intervention proposal for greater efficiency in the control of high blood pressure (hypertension) in adults served by the Health Team family. Unit Novo Progresso, in the municipality of Contagem - Minas Gerais. The study was developed through a literature using computerized databases of the IBGE, SIAB, DATASUS, scientific journals, among others. The following activities have been proposed: (1) more Life: Educational action and guidance in groups, (2) More information: promote knowledge about hypertension, (3) more access: Do not miss drug users (4) more shared action: increase adherence to treatment with participation of health professionals and agents. From the study, we evaluated the determinants of non-adherence to treatment and can therefore propose and suggest measures that could alleviate the problem. We hope that from this survey, we can understand better about the situation in which the user is located, as well as limitations on the treatment of hypertension.

Keywords: hypertension, health planning, community health service.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
2 JUSTIFICATIVA.....	13
3- OBJETIVO.....	14
4- METODOLOGIA.....	15
5. REFERENCIAL TEÓRICO	17
8- REFERÊNCIAS	27

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada 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 pressão arterial a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente (BRASIL, 2001).

O controle da pressão é crítico para a prevenção das lesões induzidas pela Hipertensão, mas a natureza assintomática dessa doença faz com que ela seja subdiagnosticada e, conseqüentemente, sub-tratada, apesar de sua alta prevalência. (CIPULLO, *et. al.* 2010).

Estima-se um percentual de 20% da população adulta maior de 20 anos de idade tem hipertensão arterial e um percentual de 7,6% da população entre 30 e 69 anos tem diabetes *mellitus* (BRASIL, 2001).

A hipertensão arterial está associada a fatores de exposição que não são modificáveis como a idade, hereditariedade, sexo, raça e aos fatores que são modificáveis, como clínicos, comportamentais e nutricionais. (SALOMÃO, *et al*, 2013).

Hipertensão Arterial Sistêmica é doença de alta prevalência e determinante de alta morbidade e mortalidade senão adequadamente diagnosticada e apropriadamente tratada. Uma adequada estratificação do risco adicional ao valor da PA obtido é indispensável para uma planificação do tratamento e o alcance das metas desejadas para cada grupo de indivíduos. Manter os pacientes sob tratamento é necessário e desejável para que os benefícios auferidos com o tratamento, medicamentoso e não medicamentoso, sejam obtidos. (NOBRE, *et al*, 2013).

A prevalência da hipertensão arterial no Brasil, avaliada por estudos populacionais que possam refletir a situação da doença no país como um todo é ainda desconhecido. Estudos de prevalência, regionais e isolados, levam-nos a crer que em torno de 30 % da população adulta apresenta hipertensão arterial sistêmica. (NOBRE, *et al*, 2013).

Os efeitos benéficos de uma dieta saudável sobre o comportamento dos níveis pressóricos são conhecidos. Dentre os fatores nutricionais que elevam sua prevalência, estão consumo de álcool, sódio e obesidade. (OLIVEIRA *et al*, 2012).

Observamos ao longo da prática médica e através das revisões de literatura científica, que a hipertensão arterial se torna um problema ascendente na saúde pública, o que demanda uma maior atenção por parte dos profissionais e pesquisadores. No programa de estratégia em Saúde da Família, esta situação pode ser abordada e avaliar seus benefícios ao longo do tempo após uma intervenção multiprofissional. Faz-se necessário priorizar este problema visto a maior prevalência em seu diagnóstico na própria unidade básica de saúde Novo progresso I, no município de Contagem-MG.

Na atenção básica o contato direto com o paciente proporciona a aplicação dos modelos assistenciais discutidos durante a especialização em saúde da família na prática clínica.

Contagem foi transformada em município em 30 de agosto de 1911, pela Lei nº 556. Antes disso pertenceu à Comarca do Rio das Velhas, distrito do município de Sabará e, em 1901 foi vinculada à Santa Quitéria, atual Esmeraldas. Por contingências políticas, Contagem perdeu sua autonomia administrativa em 1938, tornando-se distrito de Betim. A Lei nº 336, de 27 de dezembro de 1948, restaurou a autonomia administrativa da cidade. (IBGE, 2012).

Município brasileiro do estado de Minas Gerais, situado na região central, apresenta elevação de 858 metros e uma área territorial de 194,6 quilômetros quadrados, possuindo a terceira maior população do estado, com 613.815 habitantes em 2012. Sua densidade demográfica é de 3.279hab/km², um PIB Per capita de 31.069,26 (2011), 1,78% da população em extrema pobreza (dados de 2010) e 48,66% da população possui plano de saúde (dados de setembro de 2013). O município integra a região metropolitana de Belo Horizonte, sendo um polo importante através de seu parque industrial. Possui acesso a importantes rodovias do País, como a BR-381 (Fernão Dias - acesso a São Paulo), BR-262 (acesso a Vitória e Triângulo Mineiro) e a BR-040 (acesso a Brasília e Rio de Janeiro). (IBGE, 2014).

Como ocorre em praticamente todo o Brasil, predomina a população feminina, branca, jovem (TABELA 01), católicos e indivíduos alfabetizados (538.566 pessoas); sendo a renda mensal per capita dos domicílios particulares da área

urbana de R\$ 586,67. Ao analisarmos a economia local, predominam o comércio (30,65%) e indústria (25,71%). No ano de 2012, na diversificada pauta de exportação, 14,42% foram os veículos de grande porte, 14,30% carbonato de magnésio; seguidos de tijolos, fios de ferro e transformadores elétricos. (IBGE, 2014).

TABELA 01- Dados demográficos da População de Contagem da população urbana

Faixa Etária	Homem	Mulher	Total
00-04	20.124	19.577	39.701
05-09	21.328	21.011	42.339
10-14	25.050	24.061	49.671
15-19	25.596	25.784	51.380
20-29	58.939	59.648	118.587
30-39	51.927	54.053	105.980
40-49	40.796	45.174	86.150
50-59	29.440	33.846	63.286
60-69	15.378	18.603	33.981
70-79	6.953	9.572	16.525
80+	2.124	4.091	6.215
Total	297.835	315.980	613.815

Fonte: IBGE: 2012

Possui uma cobertura de estratégia Saúde da Família de 52,0%. O índice de desenvolvimento humano municipal em 2010 foi de 0,756 (DATASUS,2014). Apresenta cerca de 170 estabelecimentos do sistema único de saúde com cerca de 4 mil profissionais na cidade. Em relação ao conselho municipal de saúde, é composto por 10 trabalhadores, 20 usuários e 10 gestores, havendo reuniões mensais para discussão das atividades e medidas necessárias. O número de profissionais cadastrados na secretaria municipal de saúde são de um total de 4.978 indivíduos, sendo 3.903 efetivos, 49 efetivos comissionados, 146 comissionados, 219 contratados, 619 provisórios e 42 estagiários. Segundo dados da secretaria

municipal de saúde, em 2009 foram gastos 150 milhões de reais na saúde de Contagem. O programa saúde da família no município, PSF, foi instituído em 22/12/1998 através da lei n3154/1998, e atualmente 100% das unidades estão completas com médicos dos programas do governo federal, concursados e contratados.

O núcleo de assistência a saúde da família, NASF, é composto por fisioterapeuta, assistente social, terapeuta ocupacional e psicólogo; participam nas unidades realizando as reuniões mensais para triagem e marcação das consultas de especialidades. O sistema de referencia e contra referencia do município, apesar de existir, não funciona muito bem na prática, o que prejudica em grande parte os atendimentos. Os vínculos dos 4.978 profissionais da saúde já citados, se dividem nas atividades de 12h, 20h, 24h e 40h, de acordo com o local de trabalho e assistência prestada. O plano de saúde aprovado pelo conselho foi vigente de 2010 a 2013. O município possui plano de carreira, cargos e salários, além da regionalização da saúde, sendo divididas sete regiões intermunicipais.

A unidade de Saúde Novo Progresso I (unidade 38), se encontra na Rua Cruzeiro do Sul, número 72, de fácil acesso, com área de 100m². Próximo a unidade existe um aglomerado atendido por outra unidade de saúde, onde o número de exato de habitantes é desconhecido. Grande parte da população apresenta água e esgoto tratados, serviço de telefonia e o comércio local é bem diversificado, possuindo uma unidade de pronto atendimento e farmácia distrital. A unidade 38 apresenta um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma administrativa, uma faxineira, 7 agentes de saúde e uma população com cerca de 6 mil usuários, sendo a maioria de baixa escolaridade.

O funcionamento da unidade ocorre das 8:00 às 17:00, sendo no período da manhã realizadas as consultas de acordo com a demanda da população e os casos de enfermidades agudas. Nos períodos da tarde, a cada dia, são divididas as consultas para realização de puericultura, pré-natal, reunião da equipe quando necessário e visitas domiciliares. A enfermeira e a técnica de enfermagem organizam a triagem dos pacientes, sendo uma média de 40 usuários todas as manhãs. Posteriormente são realizadas as consultas médicas e da enfermagem de acordo com a necessidade da população. Existe um grande número de adolescentes da região inserido das drogas, gerando graves problemas que são perceptíveis na unidade de saúde. O número de gestantes acompanhadas também

é bem maior quando comparado as outras regiões onde existe uma maior concentração de renda. Bem próximo a unidade de saúde existe um aglomerado onde a criminalidade assusta boa parte dos moradores, gerando até mesmo aos profissionais da UBS certo constrangimento nos atendimentos.

Embora com pouco tempo de atuação na Unidade de Saúde Novo Progresso I, percebe-se que existem alguns pontos que precisam ser melhorados, tanto estruturalmente, como em relação a abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na população. Entre os vários problemas identificados no diagnóstico situacional a equipe destacou um grande número de pacientes hipertensos. Dentre os 882 hipertensos cadastrados e acompanhados, 378 estão aderindo ao tratamento, ou seja, 42,86% dos usuários, e 504 apresentam a doença porém não aderem ao tratamento proposto.

Como consequências da não adesão foram destacadas pela Equipe a dificuldade de controle dos níveis pressóricos, o que aumenta o risco cardiovascular, que por sua vez, aumenta as complicações da hipertensão, tais como o acidente vascular cerebral e o infarto agudo do miocárdio. Como resultado observa-se um aumento de internações, invalidez e óbitos e aumento da demanda e gastos para o sistema de saúde e previdenciário.

Com o objetivo de identificar os nós críticos do problema, a Equipe de Saúde destacou o processo de trabalho da equipe; a ausência de orientação adequada, menor interesse por parte dos paciente em aderir ao tratamento, baixo nível de escolaridade, falta de medicamento liberado gratuitamente pela farmácia, descompromisso familiar para auxílio durante o tratamento e falta de condições financeiras para comprar os medicamentos ausentes na farmácia distrital.

2 JUSTIFICATIVA

As doenças cardiovasculares tem papel indiscutível na morbidade e mortalidade do mundo ocidental e fatores de risco predis põem seu aparecimento. Dentre os fatores de risco, existem os modificáveis (ambientais e comportamentais) e não modificáveis (biológicos e genéticos) (BERNARDO, 2013).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde pública, sendo considerado um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, responsável por altas taxas de morbidade (OLIVEIRA, 2013).

O seu controle de medidas farmacológicas e não farmacológicas. As medidas não farmacológicas são indicadas indiscriminadamente aos hipertensos. Entre estas medidas, podemos citar a redução no consumo de álcool, controle de obesidade, dieta equilibrada, evitar sedentarismo, dentre outros. A adesão aos hábitos de vida saudável favorece a redução dos níveis pressóricos, prevenindo complicações. (OLIVEIRA, 2013).

O presente estudo se justifica com base na alta prevalência de hipertensão arterial entre os idosos na comunidade do Novo Progresso I, no município de Contagem-MG, que não aderem ao tratamento e por se conhecer as comorbidades freqüentes quando não são tratados e orientados corretamente, gerando graves consequências. A elevação da pressão arterial representa um fator de risco independente, linear e contínuo para doença cardiovascular. A hipertensão arterial apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades.

3- OBJETIVO

3.1- Objetivo Geral:

Elaborar um projeto de intervenção que aumente a adesão ao tratamento de Hipertensão Arterial dos usuários atendidos na unidade de saúde Novo Progresso no Município de Contagem –MG.

3.2 – Objetivos Específicos:

- Identificar os fatores que dificultam a adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial medicamentoso e não medicamentoso nos adultos atendidos na Unidade de Saúde Novo Progresso I – Contagem.
- Identificar os fatores de risco para desenvolvimento da Hipertensão Arterial Sistêmica em adultos atendidos na atenção primária.

4- METODOLOGIA

O presente estudo foi desenvolvido na Unidade de Saúde da Família Novo Progresso I, no município de Contagem MG.

Para alcançarmos os objetivos propostos, foram realizadas revisão bibliográfica, banco de dados da unidade básica de saúde, banco de dados do IBGE, da base de dados municipal do SIAB, do site eletrônico do Programa Hiperdia, site eletrônico do DATASUS, dentre outros. Será realizada uma busca sistematizada na literatura, utilizando sites de busca, como: ScientificElectronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), edições do Ministério da Saúde. A busca será guiada pelos descritores: hipertensão, terapêutica, prevenção e controle, saúde da família. O período de busca será de publicações entre 2004 e 2014. Por fim, as informações contidas nos artigos e os dados do diagnóstico situacional servirão de base para o desenvolvimento do plano de ação. O trabalho será constituído por seleção e análise de publicações relativas ao tema. Foram encontrados 25 artigos com base nos descritores já apresentados anteriormente. Posteriormente, foram selecionados 11 artigos que obedeceram os critérios de inclusão: tema relacionado, textos completos disponíveis nas bases de dados selecionadas, compreendidos entre 2001 a 2014; e os critérios de exclusão: estudos não realizados no Brasil, publicações anteriores ao ano de 2001 e que não pertenciam ao tema abordado.

Para Ruiz (2008) a pesquisa bibliográfica consiste no exame de um manancial de informações de livros, artigos e documentos com intuito de analisar e levantar o que já foi produzido por este assunto.

Para Vasconcelos (2004) a revisão bibliográfica ou literatura, representa uma modalidade de estratégia a ser utilizada dentro de seções particulares de pesquisas inspiradas nos tópicos de contextualização, dada a característica de multiperspectivismo necessária no enquadramento de um objetivo.

Após a realização da revisão de literatura, foi desenvolvida uma proposta de intervenção que será aplicada na unidade de saúde Novo Progresso I. Todas as etapas e aspectos da construção foram descritos e estão apresentados no tópico de Plano de intervenção.

Para a elaboração do Plano de Intervenção foram utilizados os passos para elaboração de um plano de ação descritos no Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, descritos a seguir:

- a) Primeiro passo: definição dos problemas (o que causou os problemas e suas consequências);
- b) Segundo passo: priorização dos problemas (avaliar a importância do problema, sua urgência, capacidade de enfrentamento da equipe, numerar os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios);
- c) Terceiro passo: descrição do problema selecionado (caracterização quanto a dimensão do problema e sua quantificação);
- d) Quarto passo: explicação do problema (causas do problema e qual a relação entre elas);
- e) Quinto passo: seleção dos “nós críticos” (causas mais importantes a serem enfrentadas);
- f) Sexto passo: desenho das operações (descrever as operações, identificar os produtos e resultados, recursos necessários para a concretização das operações);
- g) Sétimo passo: identificação dos nós críticos (identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação);
- h) Oitavo passo: análise de viabilidade do plano (construção de meios de transformação das motivações dos atores através de estratégias que busquem mobilizar, convencer, cooptar ou mesmo pressionar estes, a fim de mudar sua posição);
- i) Nono passo: elaboração do plano operativo (designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações);
- j) Décimo passo: desenhar o modelo de gestão do plano de ação; discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

5. REFERENCIAL TEÓRICO

A elevação da pressão arterial representa um fator de risco independente, linear e contínuo para doença cardiovascular. A hipertensão arterial apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades.

No Brasil, em 2003, 27,4% dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares, atingindo 37% quando são excluídos os óbitos por causas mal definidas e a violência. A principal causa de morte em todas as regiões do Brasil é o acidente vascular cerebral, acometendo as mulheres em maior proporção. (BERNARDO, 2013).

A hipertensão arterial e as doenças relacionadas à pressão arterial são responsáveis por alta frequência de internações. Insuficiência cardíaca é a principal causa de hospitalização entre as doenças cardiovasculares, sendo duas vezes mais frequente que as internações por acidente vascular cerebral. Em 2005 ocorreram 1.180.184 internações por doenças cardiovasculares, com custo global de R\$ 1.323.775.008,28. (BRASIL, 2001).

Observa-se tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular. A doença cerebrovascular, cujo fator de risco principal é a hipertensão, teve redução anual das taxas ajustadas por idade de 1,5% para homens e 1,6% para mulheres. O conjunto das doenças do coração, hipertensão, doença coronária e insuficiência cardíaca também tiveram taxas anuais decrescentes de 1,2% para homens e 1,3% para mulheres. No entanto, apesar do declínio, a mortalidade no Brasil ainda é elevada em comparação a outros países, tanto para doença cerebrovascular como para doenças do coração.

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

A proposta do plano de intervenção está intrinsecamente relacionada ao diagnóstico situacional que visa "processar os problemas identificados e elaborar um plano de ação para intervenção" (CAMPOS, FARIA E SANTOS et al, 2010). Dentro desta perspectiva, para o início deste processo, foi elaborada uma estimativa rápida para identificação dos principais problemas enfrentados pela unidade básica de saúde Novo Progresso I, onde se define um problema prioritário para que seja trabalhado.

6.1- Priorização do Problema:

A unidade de Saúde Novo Progresso I apresenta um número expressivo de Hipertensos. Não existe uma agenda específica para tratar estes usuários e não são realizadas estratificações de risco para atendimento e acompanhamento dos mesmos. A alta prioridade é o reflexo de que o percentual de usuários atendidos com esta situação clínica é alto.

Tabela 2- Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da Unidade de Saúde Novo Progresso I

Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Hipertensão Arterial	Alta	6	Parcial	1
Diabetes <i>Mellitus</i>	Alta	4	Parcial	2
Gravidez Adolescência	Alta	4	Parcial	3
Obesidade	Alta	4	Parcial	4
Violência	Alta	2	Fora	5

- Total de pontos distribuídos: 20.

6.2- Descrição do Problema:

O problema enfrentado na UBS delinea-se pela falta de adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica por parte de seus usuários, dificultando a abordagem e acompanhamentos próximo do ideal desta situação. Em razão disso, os pacientes apresentam risco aumentado de sofrer sérios danos a sua saúde, como problema cardíacos e neurológicos, além de outras comorbidades.

Tabela 3 – Descrição do Problema

Descritores	Valores	Fontes
Hipertensos esperados	700	Estudos epidemiológicos
Hipertensos cadastrados	700	SIAB
Hipertensos confirmados	407	Registro equipe
Hipertensos acompanhados	250	Registro equipe
Hipertensos controlados	180	Registro equipe
Diabéticos esperados	190	Estudos epidemiológicos
Diabéticos confirmados	63	Registro equipe
Diabéticos acompanhados	63	Registro equipe
Diabéticos controlados	30	Registro equipe
Portadores de dislipidemia	72	Registro equipe
Sobrepeso(1)	84	Registro equipe
Tabagista (2)	350	Registro equipe
Sedentários (3)	280	Registro equipe
Complicações cardiovascular	05	Registro equipe
Internações	01	Registro equipe
Óbitos	0	Registro equipe

(1) Apenas entre portadores de hipertensão e diabetes

(2) Levantamento dos agentes de saúde

6.3 – Levantamento dos Nós Críticos

Quadro 1 – Desenho de operações para os “nós” críticos do Problema Hipertensão Arterial

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultado esperado	Produtos	Recursos necessários
Educação e estilo de vida	+Vida Educação de Hábitos e estilos de vida	Redução em 20% dos sedentários, com sobrepeso e tabagistas em 12 meses.	- Cartilhas - Palestras - Orientação das ACS, - Atividades em grupo.	-Organizacional: Promoção de atividades -Cognitivo : Educação e estratégia de intervenção -Político: Palestras -Financeiros : Apoio local, cartilhas.
Informação	+ Informação Dissipar conhecimento sobre a hipertensão arterial e complicações que podem ocorrer.	Informação da população	Promover educação, compreensão da população, Intervenção ambiental. Capacitação dos ACS/ cuidador	Organizacional: Atividades Cognitivos: Educação sobre tema Político: Apoio local, mobilizar população.
Acesso a serviço	+ Acesso Favorecer a estrutura de atenção ao hipertenso.	Medicação Exames periódicos	Orientação na farmácia. Distribuição e uso de fármacos Acompanhar realização de exames.	Organizacional: uso de fármacos Cognitivo: Explicar necessidade de fármacos e exames. Políticos: recursos e estrutura, fármacos
Trabalho da UBS	+ Ação Compartilhada Estimular a conscientização das agentes de saúde e profissionais da UBS sobre a responsabilidade do cuidado.	Aumentar o apoio ao paciente. Aumento em 20% dos pacientes em controle.	Implantar protocolos de atendimento, estratificação de risco, Capacitação da UBS.	Organizacional: protocolos Cognitivos:Planilha cuidado/protocolos; Político: articulação entre os setores da saúde,profissionais; Organizacional adequação defluxos.

Fonte: Próprio autor (2014).

6.4 – Levantamento dos recursos críticos

Quadro 2 – Recursos Críticos

Operação/projeto	Recursos críticos
+ vida	Político: espaço na rádio local; Financeiros: aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, e etc.
+ informação	Organizacional: mobilização social em torno das questões do desemprego e da violência; Políticos: articulação intersetorial e aprovação dos projetos; Financeiros financiamento do projeto.
+ acesso	Políticos: articulação intersetorial.
+ ação compartilhada	Políticos : decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço. Financeiros: recursos para a estruturação do serviço.
Linha de cuidado	Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.

Fonte: Próprio autor (2014).

6.5 - Análise da Viabilidade do Plano e Ações Estratégicas

Quadro 3 – Viabilidade do Plano

Operação/ projeto	Recursos críticos	Controle de recursos críticos		Ação Estratégica
		Ator que controla	Motivação	
+Saúde Modificar hábitos de vida.	Político:conseguir o espaço na rádio local; Financeiros: aquisição de recursos audiovisuais, folhetos, etc.;	Setor de comunicação social Secretário de Saúde	Favorável Favorável	Não é necessária
“Projeto Viver Melhor” Aumento oferta de emprego Fomentara cultura da paz	Político: mobilização social sobre desemprego e violência Financeiro: financiamento do projeto de criação da Usina de Reciclagem Políticos articulação intersetorial	Associações de bairro Ministério da Ação Social Secretários de Saúde, Planejamento, Ação Social, Educação, Cultura e Lazer, ONG’s, Sociedade Civil, Defesa Social, Judiciário Organizações não Governamental	Favorável Indiferente Algumas instituições são favoráveis e outras são indiferente	Apresentar o projeto Apoio da associação Apoio da associação
Saber + Aumentar o nível de informação da população	Políticos articulação com a Secretaria de Educação.	Secretaria de Educação	Favorável	

Sobre os riscos cardiovasculares.				
Cuidar Melhor Estruturar os serviços de saúde para melhorar a efetividade do cuidado.	Políticos decisão de aumentar os Recursos para estruturar o serviço; Financeiros recursos necessários para o equipamento da rede e para custeio (medicamentos, exames e consultas especializadas).	Prefeito Municipal Secretário de Saúde Secretário Municipal de Saúde Fundo Nacional de Saúde	Favorável Favorável Indiferente	Apresentar projeto de Estruturar a rede
Linha de Cuidado Reorganizar o processo de trabalho para melhorara efetividade do cuidado.	Político :articulação entre os setores Assistenciais da saúde.	Secretário Municipal de Saúde	Favorável	

Fonte: Próprio autor (2014).

Quadro 4 – Plano Operativo

Operações	Resultados	Produtos	Ação Estratégica	Responsável	Prazo
+Saúde Modificar hábitos de vida.	Diminuir 20% o número de sedentários, o peso e tabagistas no prazo de 12 meses	Programa de caminhada orientada; educativa em rádio local Programa “Merenda Saudável”.		Fabício e Maysa	2 meses para o início da atividade
+ Informação Fomenta dissipar informação	Promover o conhecimento da população hipertensa e riscos de não tratamento	Adesão ao tratamento Controle pressórico Informação da população	Apresentar o projeto a prefeitura, secretaria de saúde e farmácia.	Fabício e Nalva	Início em 2 meses
+ Acesso Acesso ao tratamento da hipertensão arterial.	Não faltar medicação básica de tratamento das farmácias distritais	Adesão ao tratamento, Controle realização de exames básicos	Apresentar o projeto a prefeitura, secretaria de saúde e farmácia.	Deliane e Nalva Aline	Liberar medicamento e exame
+ Ação Compartilhada Profissional, ACS, pacientes	Adequação de tratamento, comprometimento dos agentes de saúde, profissionais	Melhora do atendimento, participação da comunidade	projeto de estruturação da rede	Aline	Apresentação do projeto em 2 meses, início em 4 meses

Fonte: Próprio autor (2014).

6.6 – Gestão do Plano

Operação do plano	Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
+Saúde Modificar hábitos de vida.	Orientação sobre aspectos de hábitos saudáveis	Fabício	2 meses para início			
+ Informação Fomentar e dissipar informação sobre hipertensão	Informação da população assistida	Eustáquia	2 meses para início			
+ Acesso Acesso ao tratamento da hipertensão arterial.	Favorecer ao acesso a medicamentos e exames necessários	Maysa	2 meses para início			
+ Ação Compartilhada Distribuir responsabilidade profissionais, agentes de saúde e usuários	Promover ações compartilhadas entre equipe de saúde	Cíntia	2 meses para início			

Fonte: Próprio autor (2014).

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pós graduação em saúde da família nos proporciona a percepção sobre a atenção básica e suas limitações no atendimento do usuário. Faz-se necessário evidenciar a importância das ações preventivas no atendimento com a finalidade de favorecer as ações em saúde. A perspectiva do presente estudo permite a operacionalização de um acompanhamento dos usuários do sistema que apresentam hipertensão arterial da unidade de saúde Novo Progresso I do Município de Contagem – MG. A partir de então, direcionar ações que favoreçam a maior adesão ao tratamento de hipertensão arterial. Podemos descrever como vantagem deste estudo o maior conhecimento sobre os usuários da unidade e principalmente o estabelecimento de meios na intervenção para melhora da qualidade de atendimento, adesão de tratamento e resultados. Dentre as desvantagens, observamos a dificuldade de realização de estudos nas unidades de saúde pelo descaso das autoridades locais, desinteresse dos profissionais e pacientes. O estudo nos permite conhecer mais de perto os usuários, suas necessidades e dificuldades. Avaliando de forma global o projeto de intervenção, percebemos que outros trabalhos podem ser realizados e estendidos a outros temas, aumentando a abrangência de intervenção na Unidade de Saúde.

8- REFERÊNCIAS

ANDRADE, J.P. et al;. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo , v. 95, n. 1, supl. 1, 2010 . Disponível em:

http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf.

Acesso em: agosto 2014.

BERNARDO, A.F.B. Associação entre atividade física e fatores de risco cardiovasculares em indivíduos de um programa de reabilitação cardíaca. Revista Brasileira de Medicina do Esporte. Presidente Prudente., V.19, n.4, p. 231-235.2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v19n4/01.pdf>. Acesso em: agosto 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde . Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Brasília. 2001. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_06.pdf . Acesso em: julho 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades@. Brasília,[online], 2014. Disponível em:

<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em: agosto 2014.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. Descritores em Ciências da saúde.

Brasília,[online], 2014. Disponível em: <http://decs.bvs.br>. Acesso em: outubro 2014.

CAMPOS, F C C ET al.Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG , 2010. 118p. : II

CIPULLO, J.P. et al. Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. Arq. Bras. Cardiol. São Paulo, v. 94, n.4, Abr. 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/abc/2010nahead/aop00810.pdf>>. Acesso em: setembro 2014.

JUNIOR, D.M. et al. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 89, n. 3, Sept. 2007 . Disponível em

<<http://www.scielo.br/pdf/abc/v89n3/a12v89n3.pdf>> Acesso em: agosto 2014.

LOTUFO, P.A. Stroke in Brazil: a neglected disease. São Paulo Med J 2005; 123(1):3-4. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/spmj/v123n1/a01v1231.pdf>> Acesso em: novembro 2014.

Ministério da Saúde. Banco de dados. Disponível em <<http://www.datasus.gov>>. acesso em agosto 2014.

NOBRE, F. et al. Hipertensão arterial sistêmica primária. Medicina. Ribeirão Preto. V.46, n.3, p256-272. 2013

OLIVEIRA E.P. et al. A variedade da dieta é fator protetor para a pressão arterial sistólica elevada. Sociedade Brasileira de Cardiologia, São Paulo. v98. n.4, p.338-343.2012.

RUIZ, J.A. Metodologia Científica : guia para eficiência nos estudos . 6ª Ed. São Paulo: editora : Atlas. 2008.

SALOMÃO et al. ; Fatores associados a hipertensão arterial em usuários do serviço de promoção a saúde. Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte, v.17, n1, p32-38.2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/577>>. Acesso em: agosto 2014.

VASCONCELOS, E.M. Complexidade e Pesquisa interdisciplinar : Epistemologia e metodologia operativa . 2ª Ed. Petrópolis.editora Vozes. 2004.