

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



YAILI JIMENEZ GUTIERREZ

**PLANO DE AÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO DOS
HIPERTENSOS AO CONTROLE E ACOMPANHAMENTO – CENTRO
DE SAÚDE AGOSTINHA RAMALHO, MUNICÍPIO DE
MALACACHETA- MINAS GERAIS**

TEÓFILO OTONI – MINAS GERAIS

2016

YAILI JIMENEZ GUTIERREZ

**PLANO DE AÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO DOS
HIPERTENSOS AO CONTROLE E ACOMPANHAMENTO – CENTRO
DE SAÚDE AGOSTINHA RAMALHO EM MALACACHETA- MINAS
GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
Estratégia de Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais, para
a obtenção do certificado de especialista.

Orientadora: Prof.Ms. Eulita Maria Barcelos

TEÓFILO OTONI - MINAS GERAIS

2016

YAILI JIMENEZ GUTIERREZ

**PLANO DE AÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO DOS
HIPERTENSOS AO CONTROLE E ACOMPANHAMENTO NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE AGOSTINHA RAMALHO EM
MALACACHETA- MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Prof. Ms. Eulita Maria Barcelos(UFMG)

Prof. Zilda Cristina dos Santos- Universidade Federal do Triângulo Mineiro- UFTM

Aprovado em Belo Horizonte, ____ / ____ /2016.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos profissionais da Unidade Básica de Saúde da Família Agostinha Ramalho, por renovar em mim o desejo de ser um profissional e uma pessoa melhor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar à minha supervisora Flavia Margarete Lopes dos Santos, meu amigo e colega de trabalho Marcus Vinicius Esteves pela compreensão e apoio durante a realização desta pós-graduação.

Agradeço ainda toda equipe do NESCON pela ajuda durante este processo de crescimento pessoal e profissional.

“Dificuldades e obstáculos são fontes
valiosas de saúde e força para qualquer
sociedade”

Albert Einstein

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica representa o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares e seu diagnóstico precoce vem sendo enfatizado como importante estratégia na saúde pública. No Brasil, estudos apontam uma prevalência de hipertensão arterial sistêmica que varia de 22% até 44% da população adulta. Primeiramente realizou-se um diagnóstico situacional pelo método da estimativa rápida na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família (Centro de Saúde Agostinha Ramalho localizado em Malacacheta /Minas Gerais) para conhecer melhor os problemas vivenciados pela comunidade e enfrentados também pela equipe de saúde. Após discussão em grupo a equipe elegeu o principal problema o alto índice de hipertensão arterial e o baixo nível de adesão ao tratamento. Diante deste resultado foi proposto um plano de ação para o aumento da adesão dos hipertensos já cadastrados na Unidade Básica de Saúde. Para o embasamento científico foi realizada uma revisão de literatura com artigos disponíveis em base de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, Scientific Electronic Library Online, dentre outros e os módulos do Curso de Especialização Estratégia em Saúde da Família, disponíveis na Plataforma Agora/Universidade Federal de Minas Gerais. E como critério de inclusão foi selecionado artigos publicados entre 2009 e 2014. O plano de ação foi elaborado seguindo o método do Planejamento Estratégico Situacional com a priorização do problema que é baixa adesão ao tratamento de pacientes hipertensos. O estudo mostrou que ao aumentar o conhecimento das consequências da doença e aliado à prática de estilo de vida saudável garante um adequado controle e diminui o risco de complicações posteriores.

Descritores: Adesão. Hipertensão Arterial. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Hypertension is a major risk factor for cardiovascular disease and early diagnosis has been emphasized as an important strategy for public health. In Brazil, studies show a prevalence of hypertension ranging from 22 up to 44% of the adult population. First we carried out a situational diagnosis for rapid assessment method in the area covered by the Family Health (Agostinha Ramalho Health Center located in Malacacheta / Minas Gerais) to better understand the problem experienced by the community and faced also by the health team . After group discussion the team chose the main problem the high blood pressure index and the low level of adherence to treatment. Given this result proposed a plan of action for increasing adherence of hypertensive already registered in UBS. For the scientific basis was carried out a literature review with items available in the database as: Virtual Health Library Virtual Library of the Federal University of Minas Gerais, Scientific Electronic Library Online, among others, and the specialization course modules in the Primary Health Care family, now available on the Platform / UFMG. And as inclusion criteria were selected articles published between 2009 and 2014 action plan was drawn up following the Situational Strategic Planning method with the prioritization of the problem is poor adherence to treatment of hypertensive patients. The study showed that by increasing the knowledge of the consequences of the disease and coupled with the practice of healthy lifestyle ensures adequate control and reduces the risk of further complications.

Keywords: Accession. Arterial Hypertension. Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
COPASA	Companhia de Saneamento
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IMC	Índice de Massa Corporal
MG	Minas Gerais
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família.
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
ONU	Organização das Nações Unidas
PES	Programa de Educação em Saúde
PSF	Programa de Saúde da família
PUC	Pontifícia Universidade Católica
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISREDE	Sistema de Informação Saúde em Rede
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Distribuição demográfica da população da equipe de saúde da família, Centro de Saúde Agostinha Ramalho	12
Quadro 2	Identificação e priorização dos problemas do Centro de Saúde Agostinha Ramalho	30
Quadro 3	Desenho das operações para os nós críticos da baixa adesão ao tratamento dos hipertensos	33
Quadro 4	Identificação dos recursos críticos	37
Quadro 5	Análise da viabilidade do plano	38
Quadro 6	Cronograma do plano de ação	41
Quadro 7	Gestão do plano	43

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	JUSTIFICATIVA	17
3	OBJETIVO	19
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	20
5	REVISÃO DE LITERATURA	21
6	PLANO DE AÇÃO	29
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
	REFERÊNCIAS	47

1 INTRODUÇÃO

O projeto surge a partir do trabalho como médica da equipe de saúde da família no Centro de Saúde Agostinha Ramalho, município de Malacacheta. Malacacheta é um município brasileiro, do Estado de Minas Gerais, localizado no nordeste do estado, distante a 530 Km de Belo Horizonte, capital. Pertence à Mesorregião do Vale do Mucuri e à Microrregião de Teófilo Otoni (IBGE, 2008)

O município conta com uma população 18.787 habitantes segundo Censo Populacional do ano de 2010. Os fundadores de Malacacheta foram Cassimiro Gomes Leal, Cassiano Ferreira Terra e Marçal Luiz Pego e outros aos quais é atribuído o primeiro contato com os índios Maxacalis que habitavam a região onde hoje se encontra a sede municipal.

Esses homens conseguiram obter a confiança dos silvícolas mediante um trabalho de catequese bem realizado e que resultou na cessão, por parte dos índios, de uma grande faixa de terras, onde se iniciou o povoado. O povoado cresceu rapidamente e em 17 de outubro de 1886, foi fundada a Paróquia de Santa Rita de Malacacheta. Em 14 de setembro de 1881, pela Lei Estadual nº 2, com a denominação de Malacacheta, foi o povoado elevado à categoria de distrito subordinado a circunscrição administrativa de Nossa Senhora de Filadélfia, hoje Teófilo Otoni (IBGE, CENSO POPULACIONAL, 2010).

O distrito foi elevado à categoria de município, em 7 de setembro de 1923, pela Lei Estadual nº 843, composto dos seguintes distritos: Novilhona, Setubinha, e Trindade, atual Jaguaritira, Antônio Ferreira, Junco de Minas, além de dois povoados: Palmeiras e Norete. A instalação verificou-se em 14 de setembro de 1924.

Malacacheta faz parte da AMUC- Associação de Municípios do Vale do Mucuri juntamente com outros 26 (vinte e seis) municípios que almejam maiores oportunidades de financiamento e melhoria da qualidade de vida para a sua população. Seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,653 segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano/PNUD (2000).

Sua população na porcentagem de 43% reside na zona rural e 82% dos domicílios têm em média 05 (cinco) pessoas. O acesso a estes povoados, se dá por

meio de estradas de terra com uma distância de até 20 Km da sede. Sua economia é centrada na agropecuária, extração vegetal, pesca e comércio de mercadorias, setor industrial e outros serviços, onde 35% possuem a posse da terra e apenas 16,50% trabalha com ela arrendada ou arrecadada ou em parceria. Quanto à energia elétrica, o município tem 76% dos domicílios com iluminação, 57% com água encanada e sua concessionária de abastecimento de água é a COPASA. No entanto, apenas 28% recebem tratamento pela filtração, com conhecimento da fonte de abastecimento de água (IBGE, 2013).

A equipe de saúde da família em questão está localizada no centro do município, atendendo bairros de diferentes classes sociais e poder aquisitivo diferenciado. Com funcionamento desde as 7 às 17 horas. Conta com um total de dezesseis recursos humanos distribuídos nas seguintes profissões: médicos de PSF; enfermeiros, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde, administrativo, psicóloga, fisioterapeutas, nutricionista e auxiliar de limpeza. A população referenciada no ano de 2009 era de 3.487 usuários, dividida em 09 micro áreas.

As características demográficas da área de abrangência esta distribuída como segue no seguinte quadro:

Quadro 1 – Caracterização da população por faixa etária e sexo da área de abrangência da Estratégia de Saúde Família/ Centro de Saúde Agostinha Ramalho durante ano 2015, município de Malacacheta, MG

Sexo/ Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
< 1	9	11	20
1 a 4	115	112	227
5 a 6	77	79	156
7 a 9	123	105	228
10 a 14	194	245	439
15 a 19	229	237	466
20 a 39	584	635	1219
40 a 49	158	201	359
50 a 59	110	137	247
> 60	99	166	265
Total	1698	1928	3626

Fonte: SIAB (2014)

A população está classificada de alto risco, a classificação de risco foi realizada utilizando-se o Índice de Necessidade de Atenção à Saúde, as condições sociais das famílias (tipo de moradia e escolaridade), também que a população acompanha o perfil nacional de envelhecimento, ao observarmos que a população com mais de 60 anos é maior que a taxa de menores de 1 ano, porém as ações de saúde são encaminhadas tendo em consideração a demanda dos habitantes; os quais são atendidos dentro do Centro, mas nas residências também. Como parte da estratégia de trabalho da equipe, tem prioridade aqueles que mais precisam da atenção, como está estabelecida entre os princípios do SUS: a equidade. As principais doenças são: doenças crônicas não transmissíveis (DM, HAS); saúde mental (droga dependência, alcoolismo e tabagismo). Entre as principais causas de morte, podemos mencionar: acidentes, doenças cardíacas, câncer, mortes violentas e outras causas.

Para identificar às causas que interferem na adesão ao tratamento dos hipertensos que não fazem acompanhamento pelo ESF foram feitas entrevistas com algumas dessas pessoas. Após análise reconhece-se que os pacientes também enfrentam dificuldades para realizarem o adequado acompanhamento, tais como:

- Baixa escolaridade;
- Desconhecimento sobre a hipertensão e baixa percepção do risco de apresentar a doença;
- Desconhecimento da importância do controle da pressão arterial;
- Estrutura deficiente dos serviços de saúde.

Em Malacacheta existem aproximadamente 25,8% de hipertensos. Na comunidade de atuação existem 34,97% pessoas com hipertensão arterial. Ao término do ano de 2013, só 2,8% desses hipertensos receberam atendimento pelo Programa de Saúde da Família.

Este fato é preocupante visto que a hipertensão arterial é uma doença crônica e requer tratamento contínuo para evitar complicações. Por tais motivos um controle e seguimento médico inadequado da mesma pode provocar grandes malefícios para o paciente e complicações para a saúde em diferentes sistemas do organismo exemplo: no sistema cardiovascular, sistema circulatório, sistema renal, sistema nervoso central, retinopatias entre outras.

A baixa adesão é de fato um grande problema em nossa área de abrangência, pois, com um acompanhamento médico adequado se pode controlar os níveis pressóricos desses pacientes e evitar as temidas complicações da doença, garantir uma melhor qualidade de vida, longevidade e principalmente uma população mais saudável.

No posto de saúde Agostinha Ramalho, toda quarta - feira no horário da tarde é planejada a consulta para os pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial e casos suspeitos, se avalia estado geral do paciente, tratamento médico, e exames laboratoriais que incluem principalmente - hemograma completo, glicemia de jejum, colesterol total e frações, triglicérides, creatinina, ácido úrico e ureia. Esses exames são de grande importância para fazermos Score de Framingham e prosseguir com os critérios para avaliar se o paciente necessita encaminhamento para o centro HIPERDIA, programa da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), referência ao atendimento de pacientes hipertensos de alto e muito alto grau de risco cardiovascular e diabéticos insulino dependentes, tendo assim um melhor acompanhamento e seguimento médico com os pacientes hipertensos. Ainda se trabalha em parceria com o NASF – núcleo de Apoio à Saúde da família, incorporando aos pacientes às aulas de aeróbicas programadas pela fisioterapeuta da equipe e também um trabalho muito estreito com a nutricionista para melhorar os hábitos e estilos alimentares dos pacientes oferecendo atividades coletivas e se for preciso consulta personalizada para tratar as individualidades de cada caso.

As doenças cardiovasculares são atualmente responsáveis por aproximadamente 40% da mortalidade mundial. A hipertensão arterial sistêmica representa o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares e seu diagnóstico precoce vem sendo enfatizado como importante estratégia na saúde pública. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) configura-se como um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo (MAGALHÃES *et al.*, 2013,p.4).

Estimativas indicam que sua prevalência está ascendente e seu impacto nas populações será ainda mais danoso nos próximos anos. A constante análise e o levantamento de informações sobre este agravo são de fundamental importância para planejadores e gestores de saúde.

Segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde) a hipertensão arterial é responsável pela morte de 9,4 milhões de pessoas por ano, em todo mundo, além

de estar relacionada com 45% dos ataques do coração e 51% dos derrames cerebrais.

Um em cada três adultos sofre de hipertensão arterial, ou pressão alta, uma condição que causa cerca de metade de todas as mortes por derrame e problemas cardíacos no mundo, destacou a Organização Mundial da Saúde (OMS) em seu relatório anual sobre estatísticas sanitárias.

Segundo informações da OMS, o primeiro passo a fim de diminuir esses índices é incentivar as pessoas a medirem a pressão arterial pelo menos uma vez ao ano.

Nos países em desenvolvimento, o crescimento da população idosa e o aumento da longevidade, associados a mudanças nos padrões alimentares e no estilo de vida, têm forte repercussão sobre o padrão de morbimortalidade. No Brasil, projeções da Organização das Nações Unidas (ONU) (2002) indicam que a média da idade populacional passará, de 25,4 anos em 2000 a 38,2 anos em 2050. Uma das consequências desse envelhecimento populacional é o aumento das prevalências de doenças crônicas, entre elas a hipertensão. De acordo com dados do Ministério da Saúde, cerca de 30 milhões de brasileiros têm hipertensão e há outros 12 milhões que ainda não sabem que possuem a doença.

Nos últimos anos, observa-se o aumento do número de estudos transversais para estimar a prevalência da hipertensão arterial. Observa-se, entretanto, grande variabilidade na informação obtida, em função de vários fatores, entre os quais:

- Desenhos de amostra diversas;
- Distintos grupos populacionais (sexo, idade, renda, escolaridade);
- Abrangência geográfica do estudo (nacional, regional, urbano, rural)
- Critérios de diagnóstico e rigor na mensuração da pressão arterial (PA) fonte e tipo de dados coletados;
- Análise dos dados;

Essa variabilidade da informação, geralmente, inviabiliza a comparação dos estudos e sua utilização como ferramenta de decisão para a Saúde Pública (SILVA *et al.* 2012).

No Brasil, estudos apontam uma prevalência de hipertensão arterial sistêmica que varia de 22 até 44% da população adulta (BARBOSA *et al.*, 2008)

Depois de explicado o problema e identificadas as causas consideradas as mais importantes, é necessário pensar as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito.

2 JUSTIFICATIVA

Na comunidade onde atuo 34.97% pessoas são portadoras de hipertensão arterial. Ao final do ano 2013, só 2,8% desses hipertensos recebeu atendimento pelo Programa de Saúde da Família.

Esse problema de saúde despertou em mim o interesse em aprofundar o conhecimento sobre a qualidade do acompanhamento que é oferecido aos pacientes hipertensos, especialmente o relacionado com a adesão dessas pessoas no acompanhamento e controle.

Este baixo índice de procura ao tratamento da hipertensão arterial é muito preocupante uma vez que sua progressão clínica é lenta, possui inúmeros fatores e se não forem tratados corretamente, acarretarão serias complicações, transitórias ou permanentes. Estas complicações acarretam um alto custo financeiro aos cofres do governo quando estes agravos são crônicos ou agudos graves que exigem internações procedimentos técnicos de alta complexidade, levando a ausências no trabalho, óbitos e aposentadorias precoces, diminui a qualidade de vida dos grupos sociais por tempo indeterminado como doença cerebrovascular, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca e renal crônicas, doença vascular de extremidades.

A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmhg de forma linear, contínua e independente (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007; DATASUS, 2013).

E para que seja revertido este quadro é preciso que estes pacientes recebam tratamento com qualidade. A equipe necessita realizar um trabalho de prevenção para que assim o diagnóstico seja precoce e o tratamento seja implantado rapidamente.

Corroborando Silva *et al.* (2012) analisaram a importância de atitudes de reforço e estímulo familiar em relação ao tratamento realizado ou incentivo do profissional de saúde para retorno do usuário ao tratamento. A adesão ao tratamento é um fator complexo de ser avaliado, pois consiste em um processo comportamental influenciado pelo meio ambiente, profissionais de saúde, cuidados de assistência médica, percepção e estratégias de enfrentamento as adversidades, problemáticas de vida e redes de apoio.

Estes fatos vêm reforçar a urgência em elaborar um plano de ação para melhorar o acompanhamento e controle dos pacientes hipertensos a assistência.

3 OBJETIVO

Propor um plano de intervenção para aumentar a adesão dos hipertensos ao acompanhamento e controle, pela equipe de saúde da família, no Centro de Saúde Agostinha Ramalho.

4 METODOLOGIA

A partir do diagnóstico situacional de saúde realizado pela Equipe de Saúde da Família (ESF) do Centro de Saúde Agostinha Ramalho, no município de Malacacheta foi discutido em reunião todos os dados levantados pelo diagnóstico. Este fato possibilitou o conhecimento minucioso da área de abrangência e todos os problemas vivenciados pela população nos diversos aspectos: sociais, econômicos, ambientais e de saúde. Os problemas foram levantados e um foi priorizado, o mais importante para ser descrito e explicado com a finalidade de determinar quais são as principais causas a serem enfrentadas.

Antes de elaborar o plano de ação foi necessário fazer uma revisão de literatura. Foram avaliadas as publicações na literatura de publicações em português e espanhol no período dos anos 2009 a 2014 que estavam disponíveis na íntegra na internet, obtidas por meio da busca no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), na biblioteca virtual Scientific Electronic Library Online (SciELO), e na biblioteca virtual da plataforma do programa AGORA do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON). Os artigos disponíveis nessas bases de dados, bem como publicações em livros e revistas médicas foram selecionados conforme sua relevância. Outros dados importantes que foram utilizados são os disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde de Malacacheta, dados do Ministério da Saúde e arquivos da própria Unidade de Saúde Agostinha Ramalho. Na pesquisa bibliográfica usamos o portal de evidências para a busca de publicações a partir das seguintes palavras chaves: Atenção Primária à Saúde, hipertensão arterial, educação em saúde, fatores de risco e adesão. O trabalho vai contar com a participação dos profissionais de saúde e população adstrita a Unidade Básica de Saúde Agostinha Ramalho.

Do problema priorizado foram identificados os nós críticos que foram utilizados na construção do plano de ação, tendo como referência os dez passos propostos no Planejamento Estratégico Situacional mencionado no Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde dos autores Campos, Faria e Santos (2010), do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Hipertensão arterial

A hipertensão arterial sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal (BRASIL, 2006).

Por não apresentar na maior parte do seu curso sintomas, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, 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 e maior acesso a medicamentos (BRASIL, 2006).

De acordo com Nobre e Lima, (2000) após investigação, o paciente hipertenso pode ser diagnosticado como tendo hipertensão arterial de duas origens.

- Hipertensão arterial essencial ou primária de causas desconhecidas, ocorre em 90 a 95% dos hipertensos, conhecida como hipertensão familiar.
- Hipertensão arterial secundária, que em alguns casos pode ser revertida e até curada, dependendo do diagnóstico precoce que evite a cronificação e as lesões hipertensivas.

A Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mm Hg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mm Hg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (BRASIL, 2006).

Dessa forma, a HAS é uma doença silenciosa, de alta prevalência, cujo diagnóstico e controle são importantes para se evitar a insuficiência cardíaca congestiva, doenças cerebrovasculares, infarto agudo do miocárdio, nefropatia hipertensiva, insuficiência vascular periférica e retinopatia hipertensiva (RABETTI; FREITAS, 2011).

No estudo realizado por Cipullo *et al.* (2010) a prevalência estimada e ajustada da hipertensão para essa população foi de 25,23%. A prevalência de hipertensão aumentou progressivamente e significativamente com a idade até os 69

anos. A prevalência de hipertensão foi similar em mulheres e homens; exceto no grupo etário ≥ 79 anos de idade.

Moreira *et al.* (2011) concluíram que a utilização da consulta médica era maior naqueles que referiram HAS do que os que não referiram. Verificou-se maior utilização de consultas médicas por indivíduos que declararam saúde ruim/muito ruim.

Por outro lado Piccini *et al.* (2012) mostrou que não houve associação entre haver consultado médico no último ano e cifras tensionais descompensadas. A proporção de hipertensos descompensados foi significativamente menor entre os que foram orientados para manter o peso ideal, realizar atividade física e os que fizeram eletrocardiograma.

O impacto que o Programa da Saúde da Família traz para o controle da hipertensão arterial é muito significativo sem esquecer que existem fatores de risco associados que permanecem, necessitando controle adequado. As taxas da pressão arterial podem diminuir quando é garantido o cuidado sistematizado, incluindo prevenção e controle de fatores de risco e acompanhamento profissional adequado. Estudos realizados em hipertensos demonstram presença de sobrepeso ou obesidade; taxas ligeiramente ou moderadamente elevadas; valores levemente elevados de colesterol total e glicemia em jejum. O fator sócio econômico continua sendo importante na hora de avaliar estes casos, pois no mais baixo nível de escolaridade, é maior a prevalência de doença, não sendo assim com outros fatores socioeconômicos como são a renda familiar, as características do modo de vida ou características médias ambientais, onde não existe muita diferença em relação a outras doenças (PEREIRA *et al.*, 2011).

É imprescindível que o cuidado prestado pelos profissionais de saúde inclui a escuta sensível de suas necessidades de saúde, aliada ao acolhimento, ética, diálogo, autonomia, respeito, liberdade, cidadania e criatividade, de modo a impulsionar mudanças em suas práticas, assegurando assim o fortalecimento dos vínculos efetivos entre equipe de saúde e usuários, bem como o estabelecimento de relações de troca e confiança que vão contribuir para a responsabilização dos usuários e família no cuidado com a saúde visando concretizar atenção integral aos usuários em seu contexto familiar e comunitário (BARROS; OLIVEIRA; SILVA; 2007; CECÍLIO, 2001; GOMES; PINHEIRO, 2005).

Segundo a abordagem do indivíduo como um todo é importante para se entender que a não adesão ao tratamento, esse indivíduo pode ter o nível social ou econômico que não ajudam no tratamento das doenças que portam (STEWART *et al.*, 2010).

Para Cangussu (2014) os profissionais de saúde da rede básica tem uma grande responsabilidade no monitoramento do controle dos níveis pressóricos do paciente. O diagnóstico clínico, a conduta terapêutica, a informação, a educação em saúde do paciente hipertenso de como iniciar o tratamento e como prosseguir-lo são ações desenvolvidas pela equipe de saúde.

Segundo o Ministério de Saúde (BRASIL, 2006) é preciso pensar que a motivação do paciente em não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais difíceis que profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso no seu dia-a-dia.

Adesão medicamentosa tem vários conceitos que segundo Leite (2003) pode ser entendida como o uso racional em 80% dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos observando horários, doses, tempo de tratamento. Considera-se que aderência ocorre quando o paciente compromete-se, em termos de tomar medicamentos, seguir as dietas e executar mudanças no estilo de vida de acordo com a orientação clínica (GARCIA, 2006).

Stewart *et al.* (2010) enfatiza que a maioria dos pacientes hipertensos, não tem conhecimento sobre a doença e suas implicações, o que prejudica a adesão ao tratamento e o acompanhamento rotineiro do quadro, a falta de conhecimento contribui para que a população adote estilos de vida de risco para desenvolvimento ou agravamento da condição

5.2 Epidemiologia

A prevalência da hipertensão é maior em países desenvolvidos do que em países em desenvolvimento, mas a grande massa populacional em países em desenvolvimento tem contribuído de forma significativa para o número total de indivíduos hipertensos no mundo todo. Estima-se que por volta de 2025, 1,5 bilhões de pessoas serão hipertensos (CIPULLO *et al.*, 2010).

Segundo os mesmos autores atualmente, a prevalência média mundial estimada da hipertensão é de 26,4%, com uma ampla variação dependendo da população estudada, atingindo 21,0% nos EUA e Canadá, 33,5 a 39,7% nos países europeus, 15 a 21,7% nos países africanos e asiáticos e cerca de 40% na América Latina.

As doenças cardiovasculares são atualmente responsáveis por aproximadamente 40% da mortalidade mundial. A hipertensão arterial sistêmica representa o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares e seu diagnóstico precoce vem sendo enfatizado como importante estratégia na saúde pública. A prevalência de hipertensão no Brasil varia de 22,3% a 43,9%. (BRASIL, 2006)

No presente estudo, a prevalência de hipertensão foi avaliada de acordo com grupos etários, determinando um número de indivíduos proporcional ao número de habitantes para cada grupo etário e ajustando-os para a população adulta (CIPULLO *et al.*, 2010).

Frente à alta prevalência da hipertensão arterial e à sua condição de ser um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares e níveis de controle pouco satisfatórios, é fundamental conhecer a prevalência de hipertensão e aspectos relacionados ao tratamento e na população da maior cidade do país (MION JUNIOR *et al.*, 2010).

Rosário *et al.* (2009), realizaram nos últimos anos vários estudos com base populacional em diversos estados brasileiros nos últimos anos, observando-se prevalências entre 10,0% e 42,0%, de acordo com a região, subgrupo populacional e critério diagnóstico utilizado. Considerando-se também a escassez de estudos de prevalência, conhecimento e controle da hipertensão na Região Centro-Oeste, em especial no Mato Grosso, a obtenção dessas informações serão úteis para a planificação de ações preventivas, terapêuticas e assistenciais nessa região do país. Observaram elevada prevalência de hipertensão arterial (30,1%), sem diferença significativa em relação ao gênero, segundo os critérios de hipertensão $\geq 140/90$ mm Hg e/ou uso de terapêutica anti-hipertensiva.

A prevalência da HAS aumentou, sobretudo entre mulheres, negros e idosos. Constatou-se que mais de 50% dos indivíduos entre 60 e 69 anos e

aproximadamente três quartos da população acima de 70 anos são hipertensos (PEREIRA *et al.*, 2011).

Conforme dados dos Indicadores e Dados Básicos (2006) da Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIPSa, a prevalência de hipertensão em Belo Horizonte, entre indivíduos maiores que 25 anos é de 25,8%, com discreta variação entre os sexos, mas ampla variação entre as diferentes faixas etárias: 9,9% de 25 a 39anos, 32,4% de 40 a 59 anos e 52,5% para maiores de 60 anos (PEREIRA *et al.*, 2011).

5.3 Fatores de risco

Para Cipullo *et al.*(2010) a hipertensão arterial é um fator de risco para doença cerebrovascular; doença arterial coronária; insuficiência renal crônica e doença vascular das extremidades. Mas existem múltiplas condições de risco que condicionam a aparição da hipertensão arterial dependendo dos grupos populacionais, elas são gênero e etnia: homens e mulheres são semelhantes. Duas vezes mais prevalente em indivíduos negros.

Aborda também outros fatores.

- Excesso de peso e obesidade;
- Ingestão de sal;
- Ingestão de álcool;
- Sedentarismo;
- Fatores socioeconômicos: educação, baixa renda, dificuldades de acesso a serviços de saúde, diferenças dietéticas, estresse;
- Genética;
- Outros fatores de risco cardiovascular: diabetes, anormalidades do colesterol.

Em relação a estes fatores de risco para hipertensão citados acima podem ser classificados em modificáveis e não modificáveis.

Os não modificáveis compreendem a idade, o sexo, a raça e a história familiar e os modificáveis, a ingesta excessiva de sal, gordura, uso de bebida alcoólica, tabagismo e sedentarismo, condição sócio econômica. Estudos demonstraram que indivíduos que são submetidos a emoções fortes constantes como preocupação,

raiva, tristeza, ansiedade ou insônia, podem apresentar aumento nos níveis tensionais (BRASIL, 2002; BARROS *et al.*, 2005; AFONSO; SICHIERI, 2002).

Os pacientes hipertensos e também portadores de dislipidemias e DM são considerados com maior possibilidade de terem implicações nos altos índices de morbidade e mortalidade cardiovascular (AQUINO; SILVA, 2005).

“Ao lado da hipertensão o perfil clínico dos pacientes-IMC com sobrepeso ou obesidade, cifras elevadas de colesterol glicemia em jejum se associa com elevado risco cardiovascular o que demanda maior cuidado da hipertensão arterial”. (GUTIERREZ, 2015,p.37).

Martins (2010) aborda que o tratamento do paciente hipertenso envolve uma equipe multidisciplinar de profissionais no cuidado da doença; nutricionista, fisioterapeuta, educador físico, sem deixar de considerar a importância da participação do paciente como indivíduo responsável em primeiro lugar pelo cuidado da própria saúde com o apoio e orientação multiprofissional .

De acordo com Mion Jr *et al.* (2010, sp).

[...] nos hipertensos, ainda se destaca a presença de forma significativa dos referidos estilos de vida inadequados, como o tabagismo e o índice de massa corporal mais elevado. Quanto ao etilismo, apesar da quantidade de etanol ingerida por dia apresentar-se na faixa mediana de tolerância para os hipertensos, observou-se que os mesmos têm esse hábito a muito mais tempo do que o não hipertenso, o que pode estar relacionado com a idade mais elevada. Sabe-se que, junto com a obesidade e o consumo de sal, o consumo alcoólico é fator de risco para a hipertensão.

Para Mion Junior *et al.* (2010) as presenças de hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade e de dislipidemias possuem uma estreita relação, tendo em comum em sua etiologia, o estilo de vida e a herança genética.

5.4 Formas de controle e prevenção da hipertensão

Segundo Pereira (2011) o êxito da aderência ao tratamento anti-hipertensivo implica no aumento da frequência de consultas com uma elevada assistência, o que possibilita mais oportunidades de ajustes nas doses de medicamentos e monitoramento ao tratamento não farmacológico. Considerando que a baixa renda,

baixo nível de escolaridade, ou as condições difíceis de moradia, não impede ou atinge o bom sucesso da adesão ao tratamento.

Algumas características do tratamento medicamentoso podem influenciar na adesão, ressaltando-se o custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos e tratamento por toda vida. Destaca-se ainda que comportamentos negativos, como o tabagismo, etilismo e acompanhamento irregular em serviços de saúde, associaram-se de forma relevante com o fato de deixar de tomar os medicamentos anti-hipertensivos. Acrescenta-se ainda que maior tempo de tratamento e menos acompanhamento em serviços de saúde contribuíram para a falta às consultas. Por outro lado, fazer tratamento para a hipertensão foi influenciado pela presença de comorbidade, como a hipercolesterolemia e idade mais avançada (MION JUNIOR *et al.*, 2010).

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010) os percentuais de controle de pressão arterial são muito baixos, devido à baixa adesão ao tratamento. Em alguns estudos encontrou-se um alto percentual de hipertensos com pressão arterial não controlada.

O acompanhamento dos hipertensos pressupõe boa adesão ao serviço e, conseqüentemente, o controle adequado dos níveis pressóricos. Porém, uma boa adesão consiste em uma atitude global em relação à própria saúde e exige participação ativa dos próprios hipertensos. Para isso é necessário o comparecimento às consultas e a mensuração regular da pressão arterial a fim de avaliar o controle da hipertensão (GUTIERREZ, 2015)

A adesão ao tratamento inclui fatores terapêuticos e educativos e envolve aspectos ligados ao reconhecimento e à aceitação das condições de saúde do indivíduo. Desse modo, é necessária a adaptação ativa do sujeito a essas condições, a identificação dos fatores de risco no estilo de vida, o cultivo de hábitos e atitudes saudáveis (SILVA *et al.*, 2012).

Segundo Giroto *et al.* (2013) existem duas formas de tratamento sem e com medicamentos. O tratamento sem medicamentos tem como objetivo auxiliar na diminuição da pressão, e se possível evitar as complicações e os riscos por meio de modificações nas atitudes e formas de viver.

- Diminuir o peso corporal utilizando dieta calórica controlada: substituindo as gorduras animais por óleos vegetais, diminuir os açúcares, o sal de

cozinha, embutidos, enlatados, conservas, bacalhau, charque e queijos salgados e o consumo de álcool e aumentar a ingestão de fibras.

- Exercitar-se regularmente 30-45 minutos, de três a cinco vezes por semana.
- Abandonar o tabagismo.
- Controlar as alterações das gorduras sanguíneas (dislipidemias), evitando os alimentos que aumentam os triglicerídeos como os açúcares, mel, melado, rapadura, álcool e os ricos em colesterol ou gorduras saturadas: banha, torresmo, leite integral, manteiga, creme de leite, linguiça, salame, presunto, frituras, frutos do mar, miúdos, pele de frango, dobradinha, mocotó, gema de ovo, carne gorda, azeite de dendê, castanha, amendoins, chocolate e sorvetes.
- Controlar o estresse.
- Reduzir o sal é muito importante para os hipertensos da raça negra, pois neles a hipertensão arterial é mais severa e provoca mais acidentes cardiovasculares, necessitando controles médicos constantes e periódicos.
- Evitar drogas que elevam a pressão arterial: anticoncepcionais, anti-inflamatórios, moderadores de apetite, descongestionantes nasais, antidepressivos, corticóides, derivados da ergotamina, estimulantes (anfetaminas), cafeína, cocaína e outros .

A educação em saúde constitui uma valiosa e importante ferramenta de trabalho dentro das ações que podemos desenvolver na UBS para o controle da Hipertensão Arterial para atingir uma melhor qualidade de vida dos pacientes com HAS ou outras doenças crônicas contribuindo ao desenvolvimento de mudanças de comportamento nos pacientes, estimulando ademais a adesão ao tratamento adequado e a criação de vínculo da equipe de saúde com os pacientes e a comunidade.

6 PLANO DE AÇÃO

A elaboração do projeto de intervenção, a identificação e priorização dos problemas e a construção do plano de ação são etapas dentre outras fundamentais no processo de planejamento e demandam algum trabalho da equipe de saúde.

Os objetivos são:

- melhorar o nível de informação da população hipertensa sobre a HAS,
- ampliar a assistência dos pacientes hipertensos às consultas programadas,
- elevar os conhecimentos dos fatores de riscos que incidem sobre os pacientes portadores de HAS, atingindo uma diminuição dos mesmos,

Por outro lado, é uma forma de enfrentar os problemas de maneira mais sistematizada, menos improvisada e, por isso mesmo, com mais chances de sucesso.

Diante as dificuldades apontadas pelos hipertensos para o acompanhamento e das dificuldades enfrentadas pela equipe de saúde de família para aumentar o número e a adesão dos pacientes com hipertensão, várias ideias foram propostas para desenvolver neste projeto.

Foi realizado um plano de ações baseado nos conhecimentos adquiridos no módulo Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde, o qual consta dos seguintes passos.

6.1 Identificação dos problemas

Durante a realização do diagnóstico de saúde realizado pelo método de estimativa rápida e discussão do mesmo com a equipe de saúde, foram identificados os seguintes problemas de saúde:

- Predomínio das doenças crônicas na área.
- Baixa adesão dos hipertensos ao controle e acompanhamento pela equipe de saúde.
- Hipertensão arterial sistólica é a principal morbidade da área.

- Dificuldades na realização de exames laboratoriais para o monitoramento de doenças crônicas por falta de recursos no hospital municipal.
- Uso de poli farmácia pelos pacientes com doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes mellitus.
- Índice alto do parasitismo intestinal em população.
- Aumento de gravidez na adolescência.
- Destino final inadequado dos lixos e dejetos humanos.
- Alta prevalência dos fumantes na área de abrangência.
- Elevado índice do consumo do álcool na população jovem da cidade.

6.2 Priorização de os problemas

Uma vez identificados os principais problemas da área de abrangência foi necessário a realização da priorização dos mesmos tendo em conta os critérios de importância do problema (alta, média, baixa), sua urgência (foi avaliado com uma pontuação de 01 a 10) e a capacidade de enfrentamento da equipe (fora ou parcialmente).

Quadro 2- Classificação das prioridades dos problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da unidade de saúde da família “Agostinha Ramalho”. Malacacheta, MG. 2015

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Baixa adesão dos hipertensos ao controle e acompanhamento pela atenção primária.	Alta	9	Parcial	01
A HAS é a principal morbidade da área.	Alta	9	Parcial	02
Índice alto de parasitismo intestinal em população.	Alta	8	Parcial	03
Aumento do consumo do álcool na população jovem da cidade.	Alta	8	Parcial	04

Aumento da gravidez na adolescência.	Alta	7	Parcial	05
Alta prevalência dos fumantes na área da saúde.	Alta	7	Parcial	06
Destino final inadequado dos lixos e dejetos humanos.	Alta	7	Fora	07
Uso de poli farmácia nos pacientes com doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes mellitus.	Alta	6	Parcial	08
Dificuldades na realização de exames laboratoriais para o monitoramento de doenças crônicas por falta de recursos no hospital municipal.	Alta	6	Fora	09

Fonte: Autoria própria (2015).

O problema priorizado foi baixa adesão dos hipertensos ao controle e acompanhamento pela atenção primária, pois além de ter a maior pontuação em relação à demanda, nossa equipe apresenta um elevado número de hipertensos que não reconhecem a doença.

6.3 Descrição do problema selecionado

A hipertensão arterial é uma doença crônica degenerativa cujos fatores determinantes são multifatoriais e constitui um problema de saúde pública no Brasil e especificamente na área de abrangência da equipe Agostinha Ramalho. Ocupa um lugar de destaque no contexto epidemiológico, onde apresenta fator de risco para ocorrência de acidente vascular e infarto do miocárdio, agravos crônicos não transmissíveis, sendo considerada uma das principais causas de morbimortalidade na população (BRASIL, 2006).

A maior razão para o controle inadequado da pressão arterial seria a falta de adesão ao tratamento, uma vez que, a adesão engloba o comportamento do indivíduo, em

termos de tomar os medicamentos, mudar hábitos de vida, seguir dietas e comparecer a consultas médica e de enfermagem (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE, 2011).

O controle da hipertensão arterial é a pedra angular sobre a qual temos que trabalhar para diminuir de forma significativa os valores pressóricos dos pacientes e evitar as complicações cardíacas, doenças cérebro vasculares e renais sobretudo nas idades mais avançadas. Tudo isto nos motiva em dirigir o projeto de intervenção a este problema da nossa população e assim diminuir as complicações, internações hospitalares, aposentadoria e mortalidade por esta causa.

6.4 Explicação do problema

O quarto passo desenvolvido consiste na explicação do problema o qual está dado pela baixa adesão dos hipertensos ao controle e acompanhamento dos pacientes com HAS, sendo originado estes problemas devido à inexistência dos pacientes as consultas agendadas, afetando seu controle sistematizado e seguimento, outro agravante é a falta de informação, o que dificulta o trabalho diário da equipe de saúde; incide também disponibilidade instável de medicamentos anti-hipertensivos na Farmácia Popular afetando uma parte da população que tem baixos níveis de econômicos, o desconhecimento dos fatores de riscos que originam esta doença; muitos pacientes não levam um tratamento farmacológico estável segundo as orientações médicas. Outro fato é que o aumento do número de casos de HAS deve-se a dificuldade de modificação no estilo de vida em pacientes que ainda não tem a doença, porém desconhecem ou ignoram a necessidade de mudança tendo como base os fatores predisponentes.

6.5 Identificação dos "nós críticos".

A equipe de saúde identificou os seguintes nós críticos.

- Baixo nível de informação sobre a HAS e os fatores de riscos que incidem sobre os pacientes portadores de HAS.

- Ausência dos pacientes as consultas agendadas, afetando seu controle sistematizado.
- Pouca assistência aos pacientes hipertensos nas consultas, programas e visitas domiciliares.
- Dificuldade na disponibilidade de medicamentos anti-hipertensivos na Farmácia Popular afetando uma parte da população que tem baixo poder aquisitivo
- Dificuldade de modificação no estilo e hábitos de vida inadequados.

O “nó crítico” é a causa de um problema que, quando “atacada” é capaz de, impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. O “nó crítico” traz também a ideia de algo sobre o qual pode-se intervir, ou seja, que está dentro do espaço de governabilidade (FARIA;CAMPOS;SANTOS, 2010).

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 implementação das operações; então desenhemos as operações como seguem:

Quadro 3- Desenho das operações para os “nós” críticos do problema.

Nós críticos	Operação/ projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necesarios
Baixo nível de informação sobre a HAS e os fatores de risco que incidem sobre os pacientes portadores de HAS	Saber mais Aumentar o nível de informação da população sobre a hipertensão e seus fatores de riscos.	.População mais informada sobre a hipertensão arterial e seus fatores de risco, mais sensibilizada ao tratamento.	-Campanha educativa na rádio local. Oficina com os hipertensos uma vez por semana.	Cognitivos: conhecimentos sobre a HAS e os fatores de risco que incidem sobre os pacientes portadores de HAS Políticos: participação social e comunitária. Articulação Inter setorial Financeiros: aquisição de audiovisual e folhetos educativos . Organizacional: organização da agenda e de espaço físico para realização das oficinas semanalmente.
Pouca assistência aos pacientes hipertensos nas consultas, programas e visitas domiciliares.	Linha de cuidado/ Incrementar a assistência dos pacientes com HAS nas consultas programadas. Reunião da equipe para discutir os protocolos de atendimento aos pa-	-Implantação do protocolo para atendimento ao paciente hipertenso. -ACS capacitados para realizar as visitas domiciliares e atender os pacientes	População com maior assistência na consulta tendo um melhor controle, acompanhamento e acolhimento.	Cognitivos: conhecimento sobre o protocolo de atendimento ao paciente hipertenso e acolhimento. Organizacional: organização da agenda para capacitação dos ACS. Político: disponibilizar carro para as visitas domiciliares.

	cientes hipertensos. -Capacitar os ACS	hipertensos. -Paciente hipertenso com melhor atendimento e acompanhamento		
Dificuldade na disponibilidade de medicamentos anti-hipertensivos na Farmácia Popular afetando uma parte da população que tem baixo poder aquisitivo	Cuidar melhor/ Requisitar com antecedência os medicamentos. Solicitar a Secretaria de Saúde intervenção ao acesso rápido aos exames e consultas especializadas.	-Disponibilidade de medicamentos na Farmácia. -Acesso rápido aos exames e consultas especializadas.	Paciente com medicamentos disponíveis e tratamento estável . Rapidez na realização dos exames e acesso rápido as consultas especializadas.	Políticos: participação dos gestores de saúde e prefeitura para garantir os recursos necessários para compra de medicamentos e intervenção na agilização das consultas especializadas e exames. Financeiros: recursos para compras de medicamentos.
Ausência dos pacientes as consultas agendadas, afetando seu controle sistematizado.	Compromisso Os ACS devem confirmar com os pacientes sua consulta com 01 dia de antecedência. Discutir com o paciente a importância do			Organizacional:organizar os agendamentos das consultas e confirmar com os pacientes com 01 dia de antecedência

	comparecimento as consultas agendas.			
Dificuldade de modificar o estilo e hábitos de vida inadequados	Vida mais saudável Organizar as oficinas sobre o estilo e hábitos de vida saudáveis com a participação do nutricionista e educador físico.			Organizacional: organização da agenda para as oficinas com a participação do nutricionista e educador físico. Cognitivos: conhecimento sobre alimentação e hábitos saudáveis. Financeiros: aquisição de audiovisual e folhetos educativos .

Fonte: Autoria própria (2015)

6.7 Identificação dos recursos críticos

O sétimo passo consiste em identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação e constitui uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano.

Quadro 4- Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema.

Operação/Projeto	Recursos Críticos
Saber mais Aumentar o nível de informação da população sobre a hipertensão e seus fatores de riscos.	Cognitivos: conhecimentos sobre a HAS e os fatores de risco que incidem sobre os pacientes portadores de HAS Políticos: participação social e comunitária. Articulação Inter setorial Financeiros: aquisição de audiovisual e folhetos educativos . Organizacional: organização da agenda e de espaço físico para realização das oficinas semanalmente.
Linha de cuidado/ Incrementar a assistência dos pacientes com HAS nas consultas programadas. Reunião da equipe para discutir os protocolos de atendimento aos pacientes hipertensos. -Capacitar os ACS	Cognitivos: conhecimentos sobre o protocolo de atendimento ao paciente hipertenso e acolhimento. Organizacional: organização da agenda para capacitação dos ACS. Político: disponibilidade do carro para as visitas domiciliares.
Cuidar melhor/ Requisitar com antecedência os medicamentos. Solicitar a Secretaria de Saúde intervenção ao aceso rápido aos exames e consultas especializadas.	Políticos: participação dos gestores de saúde e prefeitura para garantir os recursos necessários para compra de medicamentos e intervenção na agilização das consultas especializadas e exames. Financeiros: recursos para compras de medicamentos.
Compromisso	Organizacional: organizar os agendamentos das consultas e confirmar com os pacientes com 01 dia

	de antecedência
Vida mais saudável	Organizacional: organização da agenda para as oficinas com a participação do nutricionista e educador físico. Cognitivos: conhecimento sobre alimentação e hábitos saudáveis. Financeiros: aquisição de audiovisual e folhetos educativos .

Fonte: Autoria própria (2015)

6.8 Análise de viabilidade de o plano

O oitavo passo está dirigido à análise de viabilidade do plano. Identificar os atores que controlam recursos críticos necessários para o desenvolvimento de cada operação, fazer a análise da motivação desses atores em relação aos objetivos pretendidos pelo plano e desenhar ações estratégicas para motivar os atores e construir a viabilidade da operação.

Quadro 5- Propostas de ações para a motivação dos atores do problema selecionado da área de abrangência da unidade de saúde da família “Agostinha Ramalho”. Malacacheta. MG. 2015.

Operações/Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Aumentar o nível de informação da população sobre a hipertensão.	Financeiros: Folhetos educativos e equipamentos audiovisuais para a realização atividades.	Secretário de saúde.	Favorável	Apresentar demanda.
Incrementar a assistência dos pacientes com HAS a consultas programadas.	Financeiros: Aumentar as visitas domiciliares pelos agentes de saúde, elaboração e	Secretário de saúde.	Favorável	Apresentação de projeto de ação específico

	distribuição de folhetos educativos e aquisição equipamentos audiovisuais. Políticos: Participação e integração da comunidade e uma maior participação social entre todos os gestores da sociedade.			
Melhorar a disponibilidade dos medicamentos, acesso rápido aos exames e consultas especializadas dos pacientes com HAS	Financeiros: Garantir a existência dos medicamentos disponíveis pelo SUS para os pacientes, reativos de laboratório e recurso humano. Políticos: Mais vontade pelos gestores de garantir os medicamentos anti-hipertensivos, reativos de laboratório e contratação de especialistas. Articulação Inter setorial.	Secretário de saúde. Prefeitura municipal. Fundo nacional de saúde.	Favorável	Apresentação projeto.
Aumentar o nível de conhecimento da população sobre os fatores de risco da HAS	Financeiros: Elaboração e distribuição de folhetos educativos e aquisição equipamentos audiovisuais. Políticos: Participação social e da comunidade. Articulação Inter setorial	Secretário de saúde.	Favorável	Apresentar demanda
Incrementar a assistência dos	Financeiros: Garantir transporte	Secretário de saúde.	Favorável	Apresentação

pacientes com HAS a consultas programadas e visitas domiciliar.	da equipe de saúde para aumentar as visitas domiciliares. Políticos: Participação da comunidade e garantia dos recursos por parte da secretaria de saúde.	Prefeitura municipal		de projeto de ação específico
---	---	----------------------	--	-------------------------------

Fonte: Autoria própria (2015)

6.9 Elaboração do plano operativo

Para Campos, Faria e Santos (2010) este momento possui a finalidade de designar os indivíduos responsáveis por cada operação, além de definir os prazos para execução das mesmas. Tal etapa corresponde ao cronograma do plano de ação, que está representada na Tabela 7.

Quadro 6- Plano operativo do problema selecionado da área de abrangência da unidade de saúde da família “Agostinha Ramalho”. Malacacheta. MG. 2015.

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Saber mais/ aumentar o nível de informação da população sobre a hipertensão.	População mais informada sobre a hipertensão arterial.	Avaliação do nível de informação da população em campanha educativa na rádio.	Apresentação projeto	Enfermeira Médico.	Início: 1 mês depois aprovado e término em 8 meses depois do início.
Linha de cuidado/ Incrementar a assistência dos pacientes com HAS a consultas programadas.	População com mais assistência a consulta tendo um melhor controle e acompanhamento .	Paciente com um melhor controle e seguimento.	Apresentação projeto.	Equipe saúde da área	Início 1 mês depois de aprovado e término em 8 meses depois do inicio.
Linha de cuidado: Melhorar a disponibilidade do medicamentos, acesso rápido aos exames e consultas especializadas dos pacientes com HAS.	Paciente hipertenso com um melhor controle e acompanhamento	Paciente com tratamento estável e acesso rápido as exames e consultas especializadas.	Apresentação projeto.	Secretario de Saúde. Coordenadora atenção primaria.	Inicio 1 mês depois aprovado e termino em 8 meses depois inicio.

Linha de saber: aumentar o nível de conhecimento da população sobre os fatores de risco da HAS	População com mais conhecimento sobre os fatores de riscos da HAS.	Avaliação do nível de conhecimento sobre os fatores de risco desta doença na população	Apresentação projeto	Equipe saúde da área.	Início: 1 mês depois aprovado e término em 8 meses depois início.
Linha de cuidado: Ampliar a assistência dos pacientes com HAS a consultas programadas e visitas domiciliaria.	Maior assistência a consulta e maior realização de visitas domiciliares por parte da equipe.	População com melhor controle e acompanhamento da doença em consulta ou visita domiciliaria	Apresentação projeto	Equipe saúde da área.	Apresentar o projeto em 2 meses. Início 2 meses depois de aprovado (Fevereiro 2015) e término em 4 meses (Maio 2015).

Fonte: Autoria própria (2015)

Gestão do plano

Quadro 7- Gestão do plano para enfrentar o aumento da adesão ao acompanhamento de hipertensos na UBS “Agostinha Ramalho”, Malacacheta, MG, 2015

Operação Projeto	Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Aumentar o nível de informação da população sobre a hipertensão.	Avaliação do conhecimento dos pacientes sobre HAS. Paciente com conhecimento sobre HAS.	ACS, médico, Enfermeira	2 meses para início das atividades	Em aprovação		
Incrementar a assistência dos pacientes com HAS a consultas programadas.	Paciente com HAS informado sobre a importância de assistir as consultas	ACS, médico, Enfermeira	2 meses para início das atividades	Em aprovação		
Melhorar a disponibilidade e do medicamentos, acesso rápido aos exames e consultas especializadas dos pacientes com HAS.	Paciente que consegue levar tratamento médico com anti-hipertensivos de uso regular estável, a realização adequada de exames laboratoriais e interconsulta especializada para evitar complicações da doença.	ACS, médico, Enfermeira	2 meses para início das atividades	Em aprovação		

Aumentar o nível de conhecimento da população sobre os fatores de risco da HAS	Pacientes com HAS informado sobre os fatores de risco da doença e a importância de fazer mudanças em seu modo e estilo de vida. Equipe de saúde com melhor planejamento e mais eficiência na realização das visitas domiciliares.	ACS, médico, enfermeira.	2 meses para início das atividades.	Em aprovação		
Ampliar a assistência dos pacientes com HAS a consultas programadas e visitas domiciliares	Equipe de saúde com melhor planejamento e mais eficiência na realização das visitas domiciliares.	ACS, médico, Enfermeira	2 meses para início das atividades.			

Fonte: Autoria própria (2015).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como proposta de intervenção realizar um plano de ação para aumentar a adesão ao acompanhamento e tratamento do hipertenso, no Centro de Saúde Agostinha Ramalho de Malacacheta.

Sabe-se que a atenção básica ou atenção primária à saúde, configura-se como porta de entrada do usuário para ações de promoção à saúde e prevenção, a mesma constitui também como uma forma de proporcionar melhorias no bem estar das pessoas além de proporcionar o conhecimento das doenças decorrentes na população adscrita em seu território.

A não adesão do paciente ao tratamento constitui-se uns dos maiores desafios para os profissionais da saúde no controle da hipertensão arterial. Adesão é, por tanto, um processo colaborativo que facilita a aceitação e uma integração de determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre o mesmo.

Porém, são muitos os fatores que contribuem para a falta de adesão, tais como a inadequação da relação médico-paciente, o desconhecimento das características da doença e a sua cronicidade, hábitos de vida e uso errôneo de medicamentos.

Com base na revisão de literatura e no plano de intervenção proposto, além de outros agravos que estão presentes no cotidiano dessa unidade de saúde, conclui-se que:

- É imprescindível conhecer a área de abrangência de atuação onde a unidade de saúde está inserida, pois desta forma é mais fácil se planejar as ações quando se conhece a realidade de determinada população;
- Todos os profissionais de saúde que compõe a equipe devem juntamente com os usuários se mobilizarem para que a implantação do plano de intervenção proposto consiga resultados positivos e efetivos;
- A implantação do projeto de intervenção proposto irá a aumentar o conhecimento dos usuários hipertensos em relação à doença, riscos, hábitos de vida saudáveis para ajudar no controle;
- Aumentar o nível de informação da comunidade em geral sobre a atuação da UBS e as atividades que ela oferece.

- É imprescindível que com a conscientização dos profissionais da saúde e a incorporação desses cuidados, poderá haver uma melhora na qualidade de vida da população adscrita.

A utilização no presente trabalho do planejamento estratégico situacional para a elaboração da proposta de intervenção para aumentar a adesão dos hipertensos ao controle e acompanhamento na área de abrangência da unidade de saúde da família “Agostinha Ramalho”, município Malacacheta, MG, nos permitiu ter um maior conhecimento integral da doença nos pacientes e elaborar propostas para melhorar sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

AFONSO, F. M.; SICHIERI, R. Associação do índice de massa corporal e da relação cintura/quadril com hospitalizações em adultos do município do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Epidemiol.** São Paulo, v.5, n.2, p.153-163, 2002.

AQUINO, R. C.; SILVA, F. A. Orientação dietética para pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS): desenvolvimento de uma lista de substituição de sal. In: **Congresso da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, 25. Campos do Jordão, 2005, Universidade São Judas Tadeu, 2005.

BARROS S, OLIVEIRA MAF, SILVA ALA. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **Revista Escola Enfermagem USP**. 2007;41(n.esp):815

BARROS, M. V. L. et al. Perfil metabólico e social dos pacientes hipertensos estágios 2 e 3 atendidos no instituto nacional de cardiologia laranjeiras. Instituto Nacional de Cardiologia Laranjeiras. In: **Congresso da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, 25. Campos do Jordão, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica nº 15: Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília. DF: MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sinanweb>. Acesso em: 30 out.2015

BRASIL. Projeto Ciências Sociais (Comp.). **Macro-jê**. 2015. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Macro-jê>>. Acesso em: 20 maio 2015.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>. Acesso em: 07 de mar. 2014.

CANGUSSU. A, L.; **Estratégias de melhoria na adesão medicamentosa de hipertensos de uma equipe de saúde da família de Montes Claros - Minas Gerais**. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON.Universidade Federal de Minas Gerais.2014

CECÍLIO. L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO R, MATTOS RA, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 4ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2001. p.113-26.

CIPULLO, J. P. *et al.* Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Jose de Rio Preto, p.519-526, abr. 2010.

Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial VI. Sociedade brasileira de Hipertensão, Sociedade brasileira de nefrologia. *Arq. Brás. Cardiol.*, vol.95, (supl. 1), p.1-51, 2010.

GARCIA, R. A. L. Cumplimiento terapêutico: qué conocemos de España. **Atención primaria**. Barcelona. v. 7, n. 8, 15 mai. 2006.

GIROTTTO, E. *et al.* Adesão ao Tratamento Farmacológico e Não Farmacológico e Fatores Associados na Atenção Primária da Hipertensão Arterial. **Ciência & Saúde; Coletiva**, Rio de Janeiro, p.1763-1772, jun. 2013.

GOMES MCPA, PINHEIRO R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface Comun Saúde Educ**. 2005;9(17):287-301.

GUTIERREZ Plano de ação para aumentar o acompanhamento da adesão da hipertensão arterial na Unidade de Saúde Cícero Idelfonso no município de Belo Horizonte, Minas Gerais. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON.Universidade Federal de Minas Gerais.2015

BARBOSA, J .B. *et al.*; Prevalência da hipertensão arterial em adultos e fatores associados em São Luís - MA **Arq. Bras. Cardiol**. v.91 n.4 São Paulo Oct. 2008

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n. 3, p.775-782, 2003.

MAGALHÃES, M. G. P. DE *et al.*; Prevalência de pressão arterial elevada em adolescentes brasileiros e qualidade dos procedimentos metodológicos empregados: revisão sistemática. **Rev. bras. epidemiol.** v.16 n.4 São Paulo Dec. 2013

MARTINS, M. S. A. S. *et al.* Hipertensão Arterial e Estilo de Vida em Sinop, Município da Amazônia Legal. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Amazônia Legal, p.639-644, 23 abr. 2010

MION JUNIOR, *et al.* Hipertensão Arterial na cidade de São Paulo: Prevalência Referida por Contato Telefônico. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. São Paulo, 02 jan. 2010. p. 250-263.

MOREIRA, J. P. L.; MORAES, J. R.; LUIZ, R. R. Utilização de consulta medica e hipertensão arterial sistêmica nas áreas urbanas e rurais do Brasil, segundo dados na PNAD 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p.3781-3793, set. 2011.

NOBRE, Fernando; LIMA, Nereida Kilza da Costa. Hipertensão Arterial: Conceito, Classificação e Critérios Diagnósticos In: **Manual de Cardiologia SOCEPS** – Cap. 70; pág. 303 – Atheneu- 2000.

Organização Pan- Americana da Saúde. Linhas de cuidados: hipertensão arterial e diabetes./ Organização Pan- Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde, 2011.

PEREIRA, A. F. *et al.* Protocolo de Hipertensão Arterial/Risco Cardiovascular. Belo Horizonte: **PRODABEL**, 2011.

PICCINI, R. X. *et al.* Promoção, Prevenção e Cuidado da Hipertensão Arterial no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, p.543-550, 17 abr. 2012.

RABETTI, A. C.; FREITAS, S. F. T. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 2, abr. 2011.

ROSARIO, T. M. *et al.* Prevalência, Controle e Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica em Nobre, MT. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. Nobres, Mt, 07 abr. 2009. p. 672-678.

SILVA, C. S. *et al.* Controle pressórico e adesão/vínculo em hipertensos usuários da Atenção Primária à Saúde. **Revista Escola Enfermagem SP**, João Pessoa, p.584-590, 17 set. 2012. Semanal. Universidade Federal da Paraíba.

STEWART, M. *et al.* **Medicina Centrada na Pessoa: Transformando o Método Clínico**. 2 ed. SBMFC, Artmed, 2010.

TOLEDO, M.M; RODRIGUES, S.C; CHIESA, A. M. Educação em saúde no enfrentamento da Hipertensão Arterial: uma nova ótica para um velho problema. **TEXTO E CONTEXTO ENFERMAGEM**, 2007, v. 16, n. 2: pág 233-238.