

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

**MARIA ANTONIA TAMAYO ISAAC**

**ELABORAÇÃO DE PLANO DE AÇÃO PARA O TRATAMENTO  
DE HIPERTENSÃO NA EQUIPE DO PSF VIDA NOVA DO MUNICÍPIO  
DE NOVO ORIENTE DE MINAS**

Teófilo Otoni / Minas Gerais

2015

MARIA ANTONIA TAMAYO ISAAC

**ELABORAÇÃO DE PLANO DE AÇÃO PARA O TRATAMENTO  
DE HIPERTENSÃO NA EQUIPE DO PSF VIDA NOVA DO MUNICÍPIO  
DE NOVO ORIENTE DE MINAS**

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

Orientador: Profa. Salime Cristina Hadad

Teófilo Otoni / Minas Gerais  
2015

MARIA ANTONIA TAMAYO ISAAC

**ELABORAÇÃO DE PLANO DE AÇÃO PARA O TRATAMENTO  
DE HIPERTENSÃO NA EQUIPE DO PSF VIDA NOVA DO MUNICÍPIO  
DE NOVO ORIENTE DE MINAS**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Profa Salime Cristina Hadad - orientadora

Examinador 2 – Profa Dra Selme Silqueira e Matos – UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 27 de maio de 2015.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho de Conclusão de curso a meu filho e esposo por sua compreensão e por permitir que eu viesse para o Brasil e colaborar na missão Mais Médicos para o Brasil. Agradeço as professoras Marilucia Gonçalves Pinheiro e a orientadora do Trabalho de Conclusão de Curso Salime Hadad por sua dedicação e orientação.

A saúde é o Resultado não só de nossos atos como também de nossos pensamentos (Mahatma Gandhi)

## RESUMO

O presente trabalho tem o objetivo de elaborar um plano de intervenção para a melhoria da adesão de usuários em relação ao tratamento farmacológico e redução da incidência de Hipertensão Arterial na população residente na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Vida Nova do município de Novo Oriente de Minas, Estado de Minas Gerais, Brasil. E ainda elaborar uma proposta na atenção primária para os pacientes hipertensos que resgate a sua co-participação e adesão junto aos programas voltados para controle da referida patologia. O trabalho foi executado em três etapas: Diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e plano de ação. Utilizando como base o Planejamento Estratégico situacional simplificado. A Hipertensão Arterial caracteriza-se pela presença de níveis de pressão arterial elevado associado a alterações no metabolismo do organismo, nos hormônios e nas musculaturas cardíaca e vascular. No município de Novo Oriente de Minas foram cadastrados 371 pacientes no programa Hiperdia, mas apenas 270 mantém adesão ao tratamento com anti-hipertensivos. A baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários cadastrados no programa na microárea da ESF Vida Nova é bastante considerável. Para a efetivação da proposta de intervenção deste trabalho é necessário que a ESF desenvolva seus trabalhos de forma unidirecional com acompanhamento conjunto e capacitação de toda a equipe de saúde, reuniões periódicas, grupo educativo.

**Palavras claves:** Hipertensão Arterial; Adesão à Medicação; Equipe de assistência ao paciente

## **ABSTRACT**

This paper aims to draw up an action plan for improving the adherence of users in relation to drug treatment and reducing the incidence of hypertension in the population residing in the Family Health Strategy (FHS) New Life New Middle municipality de Minas, Minas Gerais, Brazil. And still make a proposal in primary care for hypertensive patients who rescue their co-participation and accession with the programs for control of that disease. The work was performed in three steps: situational diagnosis, literature review and action plan. Using as a base the Strategic Planning situational simplified. The Hypertension is characterized by the presence of high blood pressure levels associated with changes in the metabolism of the body, the hormones and the heart and vascular musculature. In the municipality of Novo Oriente de Minas were registered 371 patients in Hiperdia program, but only 270 maintains adherence to treatment with antihypertensives. The low adherence to pharmacological treatment of the patients enrolled in the program in the ESF New Life microarea is quite considerable. For the realization of this work intervention proposal requires that the ESF develop their work unidirectional with joint monitoring and training of all health staff, regular meetings, educational group.

**Key words:** Hypertension; Adherence to medication; Patient care team

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

SIAB- Sistema de Informação Atenção Básica

HAS- - Hipertensão Arterial Sistêmica

IDH- Índice de Desenvolvimento Humano

DCNT- Doenças Crônicas Não Transmissíveis

ACS- Agente Comunitário de Saúde

PES- Planejamento Estratégico Situacional

APS- Atenção Primária de Saúde

ESF- Estratégia Saúde da Família

DM- Diabetes Mellitus

HIPERDIA- Programa de Hipertensão arterial e Diabetes

MS- Ministério de Saúde

NASF Núcleo de Apoio de Saúde

PSF Programa de Saúde da família

SUS- Sistema Único de Saúde

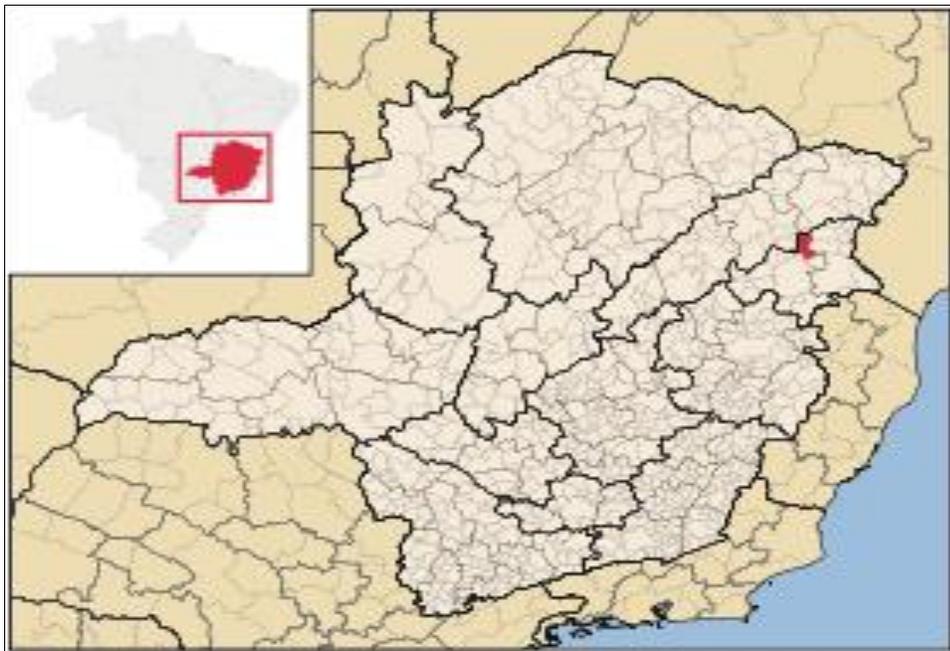
SIAB- Sistema de informação da Atenção Básica

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
1.1 Histórico da criação do município. ....	11
1.2. Aspectos Geográficos e Sociodemográficos.....	12
1.3 Sistema local de saúde do município de Novo Oriente de Minas .....	14
1.3.1 Programa Saúde da Família.....	14
1.3.2 Sistema de referência e contra referência – redes de média a alta complexidade .....	15
1.3.3. Recursos Humanos em Saúde .....	16
1.3.4 PSF Vida Nova .....	16
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>21</b>
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	<b>22</b>
3.1 Objetivo Geral .....	22
3.2 Objetivos Específicos.....	22
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>23</b>
<b>5 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>24</b>
5.1 História da Hipertensão Arterial .....	24
5.2 Epidemiologia da Hipertensão Arterial no Brasil .....	25
5.3 O Programa Hiperdia .....	<a href="#">26</a>
5.4 Em busca da Adesão do Paciente ao tratamento .....	26
<b>6-PROJETO DE INTERVENÇÃO/ PLANO DE AÇÃO</b> .....	<b>29</b>
6.1. Seleção do 'nós críticos' e desenho das operações.....	30
6.2. Identificação dos Recursos críticos.....	32
6.3. Análise de viabilidade do plano.....	33
6.4. Elaboração do plano operativo.....	34
6.5. Gestão do Plano .....	36
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>38</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>40</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O município de Novo Oriente de Minas está geograficamente inserido no Nordeste de Minas Gerais, no Vale do Mucuri, faz divisas com os municípios de Teófilo Otoni, Caraí, Pavão, Catuji, Crisólita, Águas Formosas, Padre Paraíso, Pontos dos Volantes, e Joaima. Sendo que a sede do município esta em baixa altitude em relação a capital mineira, terras de relevo ondulado e montanhoso. Os rios Mucuri, córrego do ouro, Marambaia e Americaninha, entre outros, banham a zona rural do município, que está localizado a 496 km da capital Belo Horizonte (IBGE, 2012).



Fonte: WIKIPEDIA (2015).

**Fig. 1** – Localização do município de Novo Oriente de Minas no Estado de Minas Gerais

O Prefeito do município é o Sr. Adelson Gonçalves de Souza, a Secretária Municipal de Saúde é a Sra. Maria Ivanesia Gonçalves Fonseca, sendo o Coordenador da Atenção Básica o Sr. Frederico Alves Fonseca e o Coordenador da Atenção à Saúde Bucal: Helluy Handeri de Rezende Barreiros (IBGE, 2010).



Fonte: SANTOS (2013)

**Fig. 2** – Foto panorâmica do município Novo Oriente de Minas, 2014.

### **1.1 Histórico da criação do município**

A fundação do município remota ao povoado de Jaboti, pertencente à cidade de Teófilo Otoni, que em seguida passou a ser chamado de Frei Gonzaga, em tributo a um padre franciscano que freqüentava a região. Em conformidade ao desenvolvimento de Frei Gonzaga, a partir de uma propriedade rural pertencente a Inácio Pereira, que em 1936 foi adquirida por João Roque e sua esposa, Sra. Cristina Ferreira Coimbra, deu-se início a um novo ajuntamento de moradores; tendo em vista ter sido, em 1946, descoberto que o solo desta propriedade era rico em pedras preciosas, atraindo vários garimpeiros, surgindo daí, pequenos estabelecimentos comerciais para suprir a crescente necessidade dos habitantes daquele lugarejo ainda sem nome (IBGE, 2012).

O Sr. João Roque, planejando a organização de uma feira livre em Frei Gonzaga, buscou apoio com os líderes políticos locais, João Pedrosa da Costa e Aprígio Martins Gabriel buscando efetivar a sua idéia, mas como não houve a participação da

população, a feira não se estabilizou. Não obstante o insucesso da feira em Frei Gonzaga, o Sr. João Roque montou em sua propriedade uma feira nos mesmos moldes da anterior, e desta vez obteve amplo sucesso. A partir daí, com os freqüentes acontecimentos ali realizados, a fazenda se tornou um povoado apelidado de Belo Oriente. Na década de 1950, Belo Oriente teve sua primeira professora, Sra. Alexandrina Sena Lima, que lecionava em sua própria casa, até que o Sr. João Roque doou um terreno para construção de um salão. Em um terreno também doado por João Roque, foi arquitetada, através de mutirão, a igreja católica, com recursos advindos de festas realizadas para esse fim (COSTA, 2011).

De acordo com o IBGE (2012) a primeira missa realizada em Novo Oriente de Minas foi celebrada por Frei Obaldo. O primeiro bispo que visitou o povoado de Belo Oriente foi Dom José Maria Pires de Araujo, da Diocese de Araçuaí, MG. Em 1974, chega o Padre Domingos, iniciando sua jornada na região. Em 23 de julho de 1975, foi instalado o Cartório do Registro Civil e Notas, tendo como titular o Sr. Manoel da Silva Medeiros. Somente em novembro de 1976, foi inaugurada a energia elétrica que beneficiou todos os moradores do recém-formado povoado. Posteriormente em 1995 ocorreu a emancipação político administrativo do distrito de Belo Oriente que passou a se chamar Novo Oriente de Minas.

## **1.2. Aspectos Geográficos e Sociodemográficos**

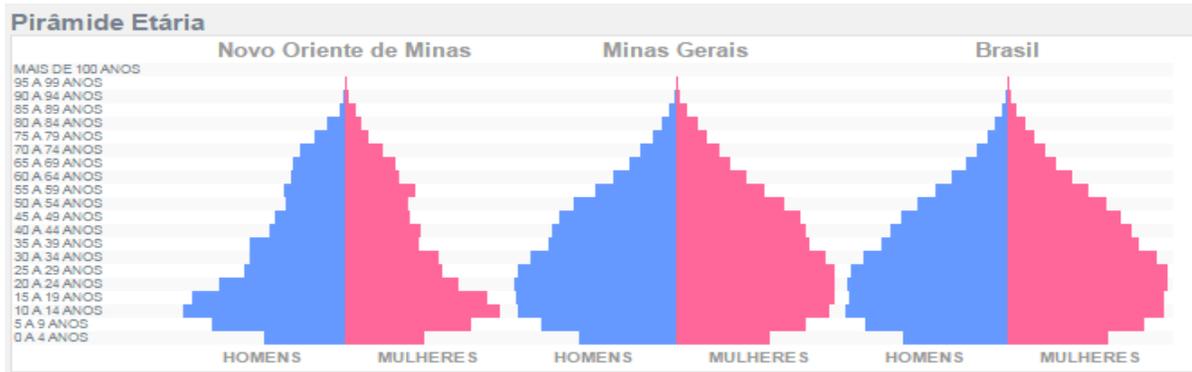
O município de Novo Oriente de Minas localiza-se no Nordeste de Minas Gerais, no Vale do Mucuri. Novo Oriente de Minas apresenta uma área total de 755, 151 km<sup>2</sup> e uma concentração habitacional de 10. 339 habitantes, de forma que quem nasce no município é chamado novo orientense (IBGE, 2010).

A maioria dos habitantes está concentrada na área rural do município (57%). Em relação à característica da população, prevalece a raça parda. As principais atividades laborais que contribuem para o desenvolvimento da cidade são o comércio local que é bastante visitado pelos municípios vizinhos, a comercialização de subprodutos derivados da mandioca, do leite e fabricação da cachaça; o município também desenvolve atividades na pecuária através da criação de gado de corte (COSTA, 2011).

**Tabela 1.** Distribuição da população do município de Novo Oriente de Minas por faixa etária e área de moradia (Minas Gerais, 2010).

Área de moradia	Faixa etária									Total
	>1	1- 4	5- 9	10-14	15-19	20-25	25-39	40-59	60 +	
Urbana	35	260	400	429	480	444	922	786	900	4656
Rural	47	470	552	734	610	438	1132	1294	805	6082
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>730</b>	<b>952</b>	<b>1163</b>	<b>1090</b>	<b>882</b>	<b>2043</b>	<b>2080</b>	<b>1716</b>	<b>10.738</b>

Fonte: IBGE, 2010



Fonte: IBGE, 2010.

A partir dos dados demonstrados na tabela e no gráfico vale lembrar que a população do município de novo oriente de minas é uma população jovem e a maioria são residentes na área rural e em relação ao Brasil e Minas gerais a base da pirâmide está mais larga, fala da questão do sustento da população jovem pela população adulta, destacando também que na cidade de novo oriente existe um percentual elevado de idosos se comparado ao topo da pirâmide de minas gerais.

A respeito dos aspectos socioeconômicos, de acordo com o IBGE (2010), Novo Oriente de Minas possuía o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,555 o que significa que a cidade de Novo Oriente de Minas está no nível de médio desenvolvimento o que é considerado bom, levando em consideração que a cidade está localizada numa região pobre do Vale do Mucuri em Minas Gerais; já com relação ao PIB per capita a preços correntes em 2012 era de R\$ 5.285.

**Quadro 1.** Taxa de alfabetização da população em faixa escolar do município de Novo Oriente de Minas, ano 1991 e 2010, Minas Gerais.

Taxa de Escolarização	Ano	
	1991	2010
Taxa de Analfabetismo	60,7	52,1
% com menos de 4 anos de estudo	80,3	70,3
% com menos de 8 anos de estudo	97,6	89,2
Media de anos de estudo	1,4	1,3
Taxa de Analfabetismo da População Adulta	60,7	49,1

**Fonte:** Ministério da Educação (BRASIL, 2011)

Analisando o quadro 1, percebe-se que o analfabetismo diminuiu bastante nos últimos anos no município de Novo Oriente de Minas, todavia ainda continua bastante alta, principalmente na população adulta; vale citar que o município tem sua renda baseada em produção agrícola com produtos oriundos da área rural, necessitando de intervenções sociais e educacionais para reduzir ainda mais esses índices.

Novo Oriente de Minas possui três escolas Estaduais, nove Escolas Municipais, duas Creches Municipais. Possui várias Associações de moradores e a Pastoral da Criança; uma Unidade de Saúde Central; quatro PSFs, um Posto Policial, e recentemente foi inaugurada a casa de repouso Irmã Giovanna. Atualmente, o transporte público existente é o de alunos da zona rural, e os ônibus da Viação Vale do Mucuri e Rio Doce, além de alguns táxis e moto-taxi que fazem viagens locais para a cidade de Teófilo Otoni. As áreas de lazer na cidade são Pesque e Pague Esmeralda, Rios e Cachoeiras sendo que podemos citar a quadra poliesportiva Municipal, além das atividades culturais desenvolvidas na cidade (COSTA, 2010).

### **1.3 Sistema local de saúde do município de Novo Oriente de Minas**

A atenção primária que é gerida no município de Novo Oriente de Minas tem sua gestão a Secretaria Municipal de Saúde que desenvolve um cronograma anual de ações que são desenvolvidas em 4 unidades de saúde da Família, sendo o PSF Francisco Pereira que atende a população da área adstrita do centro do município, o

PSF Vida Nova que atende parte da Zona Rural de Novo Oriente de Minas, bem como as áreas periféricas da cidade, O PSF Frei Gonzaga que assiste a população da referida Vila de Frei Gonzaga, o PSF Americaninha que atende ao povoado do referido distrito bem como outra parte da área rural e o Centro de Saúde Sinvaldo Ramalho que presta Serviços de urgência e Emergência.

O Conselho Municipal de Saúde é composto por Cinquenta por cento (50%) de usuários e 25% (vinte e cinco por cento) por prestadores. O valor do Fundo Municipal de Saúde sempre muda e o orçamento anual destinado à saúde é 15% (COSTA, 2012).

### **1.3.1 Programa Saúde da Família**

A implantação da Estratégia de Saúde da Família foi indispensável para assistir de forma holística toda a população adstrita do município de Novo Oriente de Minas, destacando que os 4 PSF's do município cobre 100% de todos os usuários que necessitam do sistema. O programa de Saúde da Família é composto por 4 equipes, na equipe foi implantado um Núcleo de apoio a Saúde da Família (NASF) contribuindo para o trabalho dos Enfermeiros, Médicos, Agentes comunitários de saúde e demais profissionais inseridos no sistema; no município de Novo Oriente de Minas também existe 3 equipes de saúde bucal que cobrem toda área dos 4 PSF's.

No município de Novo Oriente de Minas são realizados atendimentos de fisioterapia e exames de laboratório Clínico, contudo não possuem cobertura suficiente para atender as necessidades reais da população

### **1.3.2 Sistema de referência e contra referência – redes de média a alta complexidade.**

O município dispõe dos seguintes serviços para referência: Centro Viva Vida em Teófilo Otoni que acolhe gestantes de alto risco e pacientes com câncer de colo de útero, bem como atende pacientes com hipertensão e diabetes. O Hospital Santa Rosália é a referencia do município de Novo Oriente de Minas para atender as gestantes em acompanhamento e em trabalho de parto. A referência para urgência e

emergência é a Unidade de Pronto Atendimento de Teófilo Otoni (UPA- 24 Horas). No hospital de Águas Formosas são realizadas atendimentos de média complexidade através da hospitalização de pacientes, bem como para a realização de procedimentos como: Raio x e ultrassonografia. O Hospital de Machacalis é a referência para acolher pacientes com transtornos mentais de pacientes de Novo Oriente de Minas e das cidades circunvizinhas.

As consultas e exames especializados são realizados também através do consórcio intermunicipal de saúde na Cidade de Teófilo Otoni. Referência esta utilizada para a realização de diagnósticos de casos específicos como neoplasias e tumores. Neste setor os pacientes são referenciados para Belo Horizonte quando os casos evoluem para acompanhamento especializado. Outra contra referência do município de Novo Oriente de Minas é o município de Governador Valadares através da realização de cirurgias eletivas no Hospital Regional de. Não existe um sistema de contra-referência que seja eficaz para informar o estado de saúde daqueles pacientes que são encaminhados, o que acontece na maioria das vezes com os centros de referências da região.

### **1.3.3. Recursos Humanos em Saúde**

A equipe é formada por: cinco médicos contratados; quatro enfermeiros contratados; um odontólogo efetivo e dois contratados; uma bioquímica contratada; quatorze técnicos de enfermagem; uma farmacêutica contratada, quatro ACDs (Auxiliar Consultório Dentário) efetivas, uma auxiliar de farmácia efetiva, dois auxiliares de laboratório efetivos; vinte e seis ACS (Agente Comunitário de Saúde) contratados; e uma secretária municipal de saúde contratada. Todos os profissionais possuem uma carga horária de 40 horas semanais.

### **1.3.4 PSF Vida Nova**

O PSF Vida Nova fica situado na Rua Ceará no Bairro Palmital, tendo como ponto de referência a Escola Municipal Ursinho Puf. O horário de funcionamento é de

7:00 as 11:00 horas e de 13:00 as 17:00 horas. A equipe do PSF Vida Nova é composta de: seis agentes de saúde, um técnico de enfermagem, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de limpeza, um dentista e um auxiliar de dentista. Todos os profissionais trabalham com uma carga horária de 40 horas semanais.

**Quadro 2.** Estrutura física do PSF Vida Nova, Novo Oriente, MG.

<b>Categoria</b>	<b>Existentes</b>	<b>Em uso</b>
Recepção	1	1
Sala de Enfermagem	1	1
Sala de curativo	1	1
Consultório Médico	1	1
Sala de Triagem	1	1
Sala de observação	1	1
Sala Odontológica	1	1
Leitos	2	2
Copa	1	1
Banheiros	2	2
Sala de espera	1	1

Fonte: PSF Vida Nova

A equipe de saúde da família conta com profissionais de referência como Clínico Geral, Odontologia, Ginecologia, Fisioterapia, sendo encaminhados para a Unidade de Saúde Central Sinvaldo Ramalho, para as demais especialidades são agendadas consultas via Consórcio e Secretaria Municipal de Saúde.

Ainda dentro da área de abrangência desta equipe existe o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Casa de Apoio e Unidade de Saúde Central Sinvaldo Ramalho.

O PSF Vida Nova Tem uma população estimada de 2.507 habitantes e 738 famílias cadastradas. Há 0,88 % de pessoas residentes na área cobertas por plano de saúde, portanto a maioria da população é dependente do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que 28,89% das famílias tem o benefício do bolsa da família. Em 92,72% dos domicílios há água tratada e um 7,38% não tratam a água (SIAB, 2014).

Em relação à localização e acesso, os serviços de saúde são favoráveis e acessíveis aos usuários que moram na área urbana. Contudo, os moradores da zona rural têm dificuldade de acesso, pois dependem do transporte do município, que nem

sempre estão disponíveis, além do difícil acesso por conta das estradas nem sempre em condições de tráfego. Os pacientes muitas vezes procuram por seus próprios meios de condução o atendimento no PSF.

A equipe do PSF para um melhor atendimento dessa população rural traçou como estratégia o atendimento semanal (as quinta-feira) nas comunidades rurais que são pacientes do PSF Vida Nova.

#### **1.3.4.1. Diagnóstico situacional**

O diagnóstico situacional realizado pela Equipe do PSF Vida Nova de Novo Oriente de Minas permitiu conhecer os aspectos socioeconômicos (quantidades de famílias, indicadores como IDH, IDH longevidades, educação e outros) e sociais (cobertura de redes de abastecimento de água, cobertura sistema de esgotamento, taxa de analfabetismo outros). Para conhecer melhor os principais problemas de saúde da população, a equipe analisou os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de dezembro 2013, as fichas A e os cadastros de hipertensão, além dos prontuários de acompanhamento ambulatorial. Também foram analisados dados demográficos como população por gênero e faixa etária, as principais ocupações, dados de morbidade e mortalidade.

Nessa análise ficou evidente que as doenças crônicas não transmissíveis como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes *Mellitus* (DM) tem prevalência elevada na população da área de abrangência. Foi observado pelos ACS e equipe de saúde como problema de saúde de maior prevalência a HAS com aumento na população adulta. Na área há 371 hipertensos cadastrados no Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica (HIPERDIA), o que representa 15% da população total registrada no SIAB. No entanto, esse grupo de hipertensos assistidos estão abaixo dos 20% esperados, visto que é necessário realizar busca ativa de usuários hipertensos inseridos no contexto da ESF Vida Nova. Em relação aos usuários cadastrados no sistema Hiperdia, apenas 270 (68,3%) mantém adesão ao tratamento farmacológico (quadro 3).

**Quadro 3:** Descritores do problema Baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários cadastrados no programa HIPERDIA, Equipe PSF Vida Nova, 2014.

Descritores	Valores	Fontes
Hipertensos esperados (20% da população >20 Anos)	502	Plano Diretor da Atenção Primaria á Saúde
Hipertensos cadastrados	371	SIAB
Hipertensos acompanhados	270	Registro da Equipe

Fonte: Costa (2012)

Além da percepção diária da equipe de saúde, há um grande número de usuários com níveis tensionais elevados acima de limites de normalidade. Há uma grande quantidade de usuários que procuram a Unidade de Saúde para aferição de PA para controle com freqüência, pacientes com sobrepeso que não praticam atividade física, relato de alimentação inadequada com consumo excessivo de sal, consumo de álcool e tabagismo também são constantes entre os usuários.

É importante enfatizar que a equipe está procurando estabelecer uma procura maior dos usuários hipertensos à unidade de saúde acolhendo-os de forma holística e integral, pois todos os pacientes assistidos pelos profissionais inseridos no PSF com alterações da HAS possuem os mesmos problemas listados acima; problemas estes que necessitam ser debatidos e pensado em efetivação de metas para diminuí-las.

#### **a) Identificação dos problemas relacionados a hipertensão arterial**

Os principais problemas encontrados na área de abrangência foram:

- Aumento de consumo de medicamentos (psicofármacos);
- Alimentação inadequada, consumos excessivos de sal e alimentos ricos em lipídeo;
- Alto índice de alcoolismo;
- Falta de áreas de recreação;

- Alto índice de obesidade;
- Não realização exercícios;
- Baixa adesão ao tratamento farmacológico pelos usuários cadastrados no programa HIPERDIA.

#### b) Priorização dos Problemas

**Quadro 4.** Priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional segundo Importância, urgência e capacidade de enfrentamento, da comunidade PSF Vida Nova

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários cadastrados no programa HIPERDIA	ALTA	8	Parcial	1
Alimentação inadequada, consumos excessivos de sal e alimento gorduroso	ALTA	8	Parcial	1
Não realização de exercícios	ALTA	7	Parcial	2
Alto índice de alcoolismo	ALTA	6	Parcial	3
Alto índice de consumo de medicamento psicofármacos	ALTA	5	Parcial	4
Alto Índice de Obesidade	ALTA	6	Parcial	5
Falta de Área de Recreação	ALTA	4	Parcial	6

Fonte: PSF Vida Nova

O problema selecionado como prioritário da Equipe da PSF Vida Nova foi a Baixa Adesão ao tratamento farmacológico dos usuários cadastrados no programa HIPERDIA, por sua importância e capacidade de enfrentamento.

## 2 JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial é uma doença com uma incidência alta e maior predisposição em adulto idoso, com uma alta porcentagem de complicações e um excesso de mortalidade neste grupo populacional. No Brasil, a hipertensão arterial afeta mais de 30 milhões de brasileiros, destes, 45% dos homens adultos e 35,5% das mulheres, e é o fator de risco mais importante para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, incluindo o AVC e o infarto do miocárdio que representam as duas maiores causas isoladas de mortes no país (BRASIL, 2015).

O estudo epidemiológico de comportamento de Hipertensão é fundamental e aparece como um fator decisivo na pesquisa médica. Ela permite melhorar a abordagem terapêutica, prognóstica e minimizar as complicações causadas por esta doença quanto permite medir e avaliar os níveis de saúde alcançados pela comunidade, otimizando assim a prestação de serviços, de planejamento e ensinando o desenvolvimento técnico e científico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010)

Este trabalho se justifica pela alta prevalência de hipertensão arterial entre os pacientes na comunidade residente na área do PSF Vida Nova, pelo grande número de pessoas com níveis pressóricos não controlados e pelo risco cardiovascular aumentado e suas conseqüências. A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que possui recursos humanos e materiais no nível local para fazer um Projeto de Intervenção, portanto a proposta é viável.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Elaborar um plano de intervenção com vistas à melhoria da adesão de usuários em relação ao tratamento farmacológico e redução da incidência de casos agudos na população residente na área da equipe do Programa de Saúde da família Vida Nova do Município Novo Oriente de Minas, Minas Gerais.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Estruturar um processo de revisão conceitual e atualizada em prevenção da HAS;
- Estabelecer um mecanismo de monitoramento dos pacientes adultos hipertensos em tratamento farmacológico, acolhendo-os holisticamente na Unidade de Saúde da Família e em visitas domiciliares;
- Identificar as famílias com risco de HAS na área da ESF e realizar busca ativa dos usuários;
- Estabelecer uma rede de trabalho com as outras equipes de PSF para divulgação, acompanhamento e monitoramento do usuário com hipertensão Arterial descompensada.

## 4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do Plano de ação foi utilizado o método do Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS *et al*, 2010), incluído por meio de reuniões com a Equipe de Estratégia de Saúde da Família do Vida Nova.

Primeiramente foi realizado o diagnóstico situacional como atividade do módulo de planejamento e avaliação de saúde do curso. Essa etapa contou com a participação de toda equipe de saúde para sua elaboração, com destaque especial para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Neste trabalho foi utilizado o método simplificado de planejamento estratégico apoiando-se em seus três princípios, onde participa a equipe, outros setores e representantes da população. Os dados levantados coletados por esse método foram coletados em três fontes: nos registros existentes ou fontes secundárias; em entrevistas com informantes chaves, utilizando questionários curtos; na observação ativa da área. Posteriormente os dados foram analisados e interpretados. Na descrição do problema priorizado, a Equipe Vida Nova utilizou alguns dados fornecidos pelo SIAB e outros que foram produzidos pela própria equipe.

Para a elaboração do plano de ação foi aplicado o método do planejamento Estratégico Situacional (PES) a partir de seus fundamentos e métodos que propõe o desenvolvimento do planejamento comum do processo participativo. Com os passos a serem seguidos no plano de ação: a definição do problema, a priorização de problema, descrição e explicação do problema selecionado; a seleção dos nós críticos; o desenho das operações; identificação dos recursos críticos; análise da viabilidade dos planos; elaboração do plano operativo e por última gestão do plano.

O levantamento bibliográfico foi realizado nas bibliotecas eletrônicas Scielo (Scientific Electronic Library) e LILACS (Literatura Latino americana e do Caribe), site do ministério da saúde e IBGE, utilizando os descritores: Hipertensão arterial e Equipe PSF, foram encontrados 12 artigos que discorriam sobre o tema mas apenas 8 artigos foram utilizados para realizar o referencial teórico deste trabalho. A pesquisa foi realizada no idioma português e espanhol em artigos publicados de 2010 a 2015.

## 5 REFERENCIAL TEÓRICO

### 5.1 História da Hipertensão Arterial

A história da terapêutica da hipertensão arterial é pouco conhecida entre a medicina tradicional, sabe-se que, em 1876, Ambard cientista norte Americano descobriu que os hipertensos eliminavam menos cloreto pela urina, e, em 1922, Allen desenvolveu o tratamento da hipertensão empregado dietas pobres em sal. Apareceram dúvidas se baixar a pressão seria favorável ou prejudicial para os pacientes hipertensos. Estudiosos americanos preocupados com o aumento da doença demonstraram que a baixa da pressão utilizando tiocianeto de potássio não diminuía a depuração renal, uma vez que havia um mecanismo de auto-regulação da circulação a esse órgão (RAMOS, 1998).

As pesquisas realizadas por médicos Americanos no século XIX acerca das causas e das medidas preventivas de controle da hipertensão arterial são conhecidas em todo o mundo e foram essenciais para a redução da mortalidade das pessoas que adoecem deste mal. Vale citar ainda a importância terapêutica dos medicamentos desenvolvidos para eliminação dos fatores desencadeadores do problema; todos os estudos elaborados para detecção, terapêutica e profilaxia da hipertensão arterial tem fundamentação com bases de cientistas norte americanos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013).

As pesquisas médicas para tratamento da pressão alta conduziram à descoberta dos receptores simpáticos específicos, dos canais de cálcio, dos canais de potássio, dos inibidores do sistema renina-angiotensina e, finalmente, apareceram as primeiras conquistas através da biologia molecular que contribuíram de forma notória para a terapia medicamentosa (RAMOS, 1998)

O princípio de diminuir o sódio na dieta dos hipertensos continua a ser válida, permanecendo claro, atualmente, há pacientes que são resistentes ao sódio e outros que são sensíveis ao sódio. O eficiente resultado da diminuição da ingestão de sódio trouxe o conceito de se tratar hipertensos empregando diuréticos que eliminam o sal do organismo humano. Assim, essa foi uma idéia inovadora, pois, até hoje, os diuréticos

continuam com desempenho relevante na terapêutica da hipertensão, especialmente naqueles pacientes sensíveis ao sal (BRASIL, 2015).

## **5.2 Epidemiologia da Hipertensão Arterial no Brasil**

Tendo em Vista os Estudos de Araújo e Garcia (2006) explica que a estimativa mundial de que 50% (cinquenta por cento) das mortes na população com idade acima de 50 anos devem-se a patologias do aparelho cardiovascular é também aplicável ao Brasil. E a Hipertensão Arterial (HAS) sob ela, isoladamente, incide como um dos mais importantes fatores de risco em 80% dos casos de insuficiência cardíaca, insuficiência coronária, acidente vascular cerebral e insuficiência vascular periférica.

Segundo Santos et al (2009) cerca de 80% dos brasileiros adultos aferem a pressão arterial com freqüência, como demonstra um estudo de 2006, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. O problema é o descuido nas demais fases do processo, do diagnóstico, orientação da terapêutica e uso correto dos fármacos utilizados no tratamento. E as falhas no tratamento ocorrem porque a patologia não causa dor. Por ser assintomática, sua descoberta dá-se de maneira quase ocasional, pelo menos no seu início, em virtude de agir silenciosamente contribui para o aparecimento de outros males como acidente vascular cerebral e o infarto agudo do miocárdio. Diante dessas peculiaridades, 50% das pessoas portadoras de hipertensão não tem conhecimento dessa condição, e das demais que sabem da existência da doença, apenas metade realiza o acompanhamento terapêutico e farmacológico.

As transições demográfica, nutricional e epidemiológica, identificadas no século passado, determinaram um perfil de risco em que as doenças crônicas não transmissíveis, por serem altamente prevalentes, de alto custo social e grande impacto na morbimortalidade da população brasileira e do mundo, assumiram papel importante e impuseram ônus crescente e preocupante para os governantes (ARAÚJO, GARCIA, 2006).

Por motivos desconhecidos a saúde pública brasileira ainda não conseguiu alavancar um projeto de saúde pública efetiva, pois ainda se investe muito em medicina curativa; o modelo de PSF alçado para o país é falho; faltam projetos menos

burocráticas e mais resolutivos; no que tange as doenças crônicas como a hipertensão arterial a meta deve ser buscar instrumentos clínicos capazes de evitar que a pessoa hipertensa adoça, através de incentivo a pratica de vida saudável, como a realização de atividade física diária, alimentação saudável e monitoramento continuo da pressão arterial.

Todavia, tendo em vista que o Brasil está saindo da pobreza e entrando no eixo das nações emergentes o hábito dos usuários tendem a mudar; pois é sabido que boa parte dos indivíduos ainda utilizam de maus hábitos como o consumo abusivo de drogas licitas e ilícitas, atrelado também à resistência por parte dos idosos em procurar a assistência de saúde; todos esses fatores são contribuidores para o aumento dos números de pessoas com HAS.

No Brasil, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) representa um grave problema de saúde pública, ante a sua elevada prevalência, acometendo entre 15% e 20% da população adulta, em plena fase produtiva e, mais de 50% dos idosos. Quando associada ao tabagismo, ao Diabetes Mellitus (DM) e a dislipidemia constituem decisivo fator de risco para as doenças cardiovasculares as quais são responsáveis aproximadamente por 30% das mortes (CARVALHO FILHO; NOGUEIRA; VIANA, 2011).

A Hipertensão Arterial é, pois, um dos mais graves problemas de Saúde Pública que atinge o adulto brasileiro, exigindo apoio assistencial amplo e efetivo, e uma pesquisa epidemiológica que fixe, com mais segurança, sua incidência e prevalência, tanto na zona rural quanto na urbana, permitindo, assim, uma melhor definição dos programas de assistência.

Observa-se, contudo, que a não adesão ao tratamento medicamentoso é a principal responsável pelas falhas no tratamento, pelo uso irracional de medicamentos e por agravos no processo patológico. Tendo como conseqüência maiores custos a saúde pública do país devido ao aumento no número de casos de intoxicações e internações hospitalares.

### **5.3 Em busca da Adesão do Paciente ao tratamento**

A definição mais conhecida de adesão refere-se à condição na qual o

comportamento do usuário portador de HAS segue ao conselho do médico ou da equipe de saúde, avaliada pela presença nas consultas agendadas e nas ações que são programadas na dinâmica da unidade de saúde, bem como nas prescrições ou pelas mudanças de estilo de vida do paciente. O problema da adesão começa no dia que o médico prescreve a receita. A chance é baixa do usuário não cumprir nada (OIGMAN, 2006).

Quando o usuário tem resistência em aderir ao tratamento pode ocorrer vários fatores: custo financeiro, efeitos colaterais dos fármacos num paciente previamente assintomático, falta de uma explicação adequada por parte do médico relativo às consequências da descontinuidade do tratamento, baixo nível sócio-cultural e econômico, bem como dificuldade do paciente em chegar à unidade de saúde (SANTOS et al, 2009).

Deste modo o meio mais confiável de melhorar a adesão terapêutica está vinculado diretamente ao estabelecimento de relações confiáveis entre usuários e profissionais da saúde, além do desenvolvimento de ações educativas em atividades de prevenção e promoção de saúde. Partindo desse pressuposto, a adesão é um ponto fundamental para o planejamento de uma gestão de saúde de qualidade que contribua principalmente para a qualidade de vida do paciente com HAS (OIGMAN, 2006).

O método de adesão por contagem de comprimidos é o mais adequado para avaliação de adesão à terapêutica medicamentosa. É um método que requer colaboração do paciente, é trabalhoso e o paciente deve retornar todos os fracos ou caixas entregues na visita anterior. Porém, parece ser o método mais sujeito à manipulação pelo usuário. Um paciente que faça uso de 80% ou mais da medicação pode ser considerado um bom aderente ao tratamento farmacológico (SANTOS *et al*, 2009).

De acordo com Oigman (2006) para o correto acompanhamento da adesão ao tratamento existem também os métodos diretos que buscam admitir se realmente houve a ingestão do medicamento. Existem duas maneiras diferentes de se obter tal verificação: a análise biológica e a adição de um marcador do medicamento ingerido. A análise biológica é uma metodologia que se investiga no sangue ou na urina o fármaco ingerido ou de um de seus metabólitos. Já o acréscimo de um traçador fundamenta-se

na adição, ao fármaco em uso, de outra substância inócua ao organismo. Por exemplo, pode-se adicionar uma substância (complexo B) que tenha o método de análise mais facilitado que o medicamento em si.

As principais medidas com eficácia comprovada e de melhor resultado no controle da pressão arterial, merecem ênfase a diminuição do peso, a diminuição do sódio na dieta e a prática adequada de atividade física. A redução acentuada do sal na dieta (5 g/dia) implica em redução expressiva da pressão arterial no indivíduo hipertenso. O benefício da atividade física no tratamento da hipertensão arterial até recentemente ainda não estava bem estabelecido; porém, novos estudos têm demonstrado que a prática de exercícios do tipo isotônico de carga moderada resulta na redução sustentada da pressão arterial. Outras medidas, como suplementação de potássio e aumento do consumo do ácido graxo ômega 3, também resultam em queda da pressão arterial (LOPES, 2013).

Mas de fato é preciso de atitudes concretas para a adesão do paciente ao tratamento da hipertensão arterial. A equipe de saúde da Família precisa traçar metas para incentivar a terapêutica da pessoa com hipertensão. É preciso proporcionar atividades que estimulem a vontade do paciente em monitorar no mínimo semanalmente os índices da pressão sistólica e diastólica; realizar atividades interdisciplinares com outros profissionais, como palestras de motivação, passeios recreativos com os pacientes, realização de visitas domiciliares (PUGLIESE, 2003 apud BOSSAY *et al*, 2006).

## 6. PLANO DE AÇÃO

Diante do que foi exposto neste estudo é plausível evidenciar que o problema encontrado neste âmbito é fazer com que o paciente com hipertensão arterial faça uso da terapêutica de forma assídua e cuidadosa, lembrar que a adesão aos fármacos para hipertensão é importante, pois cabe acompanhamento especializado, adaptação ao organismo do paciente, bem como quebrar barreiras e limites que as pessoas colocam para na fazerem uso da medicação. Diante disso é válido citar os principais nós críticos que delimitam esta pesquisa: Hábitos e estilo de vida inadequados: Alcoolismo; alimentação inadequada, tabagismo, sedentarismo, Baixo nível de informação e conhecimento a respeito a doença.

Tirar o paciente hipertenso do seio de sua família e fazer com que ele participe diariamente da dinâmica do PSF não é uma tarefa fácil; é preciso criar metodologias que incentivem e que mostrem os perigos da hipertensão arterial para a saúde; todavia o paciente precisa chegar na unidade de saúde e encontrar uma equipe preparada para acolhe-lo de forma diferenciada e holística.

No momento de confeccionar o Plano de Ação, foram identificadas diferentes situações que não haviam sido consideradas quando no momento da definição do problema de saúde identificado: Elevada Prevalência de HAS. São dificuldades que poderiam ser encontradas no momento de executar as ações e que dependem de outras instituições e/ou organismos para o financiamento e respaldo das ações propostas. O trabalho em conjunto com a Equipe facilitou o desenho da proposta de intervenção e a distribuição das tarefas e operações a serem executadas.

Uma metodologia que pode ser usada para adesão do paciente ao tratamento baseia-se na elaboração de um diário; neste método o paciente anota as aferições de pressão arterial aferidas na semana, transcreve a forma de tomar a medicação, relembra horários, anota qual remédio tomou, dentre outros procedimentos diários.

A identificação das causas é fundamental porque para enfrentar um problema devem-se atacar suas causas. Na seleção dos nós críticos decidiu-se sobre quais causas deveriam ser foco de ação da equipe, ou seja, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema.

As causas relacionadas aos pacientes:

- Baixo nível de escolaridade: Não sabe ler, não sabe tomar a medicação;
- Hábitos e Estilo de vida: alcoolismo, alimentação inadequada, tabagismo, Sedentarismo a não a aceitação do diagnóstico e não adesão ao tratamento;
- Baixo nível de informação e conhecimento respeito à doença;
- Usuário que possui certo grau de dependência (idosos que moram sozinhos, acamados e usuário com deficiência física).

As causas relacionadas com Profissionais de Saúde:

- Falta de explicação, orientação sobre a prescrição;
- Falta de programação de atividades educativas a respeito da adesão a medicação;
- Falta de conhecimento da Equipe sobre tema;
- Receitas ilegíveis.

As causas relacionadas ao processo de trabalho

- Não cumprimento com protocolo de hipertensão arterial;
- Não Planejamento de ações em Saúde do programa HIPERDIA;

### **6.1. Seleção do 'nós críticos' e desenho das operações**

Depois de identificadas as causas foram selecionadas aquelas consideradas mais importantes na origem do problema que precisa ser enfrentada. A Equipe do PSF Vida Nova selecionou:

1. Hábitos e Estilo de vida: alcoolismo, alimentação inadequada, tabagismo e sedentarismo.
2. Baixo nível de informação e conhecimento respeito a doença.

Após a seleção das causas mais importantes foi necessário pensar em soluções e estratégias para o enfrentamento do problema. Para isso a equipe Vida Nova

descreveu as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como “nós críticos” e identificou os produtos e resultados para cada operação (Quadro 5).

**Quadro 5:** Desenho de operações para os 'nos críticos' do problema “Baixa adesão ao tratamento farmacológico do usuário cadastrado no programa HIPERDIA”, 2014.

<b>Nó Crítico</b>	<b>Operação/ Projeto</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Produtos esperados</b>	<b>Recurso Necessário</b>
Hábitos e estilo de vida inadequados: Alcoolismo; alimentação inadequada, tabagismo, sedentarismo	(+Saúde) Modificar Hábitos e estilo de vida	Diminuir 10 a 20% o sedentário e o tabagismo.  Melhorar os hábitos alimentares	Programa de Caminhada  Campanha Educativa  Grupo Operativo desenvolvido pelo NASF a	<b>Político:</b> Conseguir espaço na radio local, mobilização social. <b>Organizacional:</b> Organizar caminhada <b>Financeiro:</b> aquisição de recurso audiovisual e folheto educativo.
Baixo nível de informação e conhecimento respeito a doença.	(Saber +) Avaliar e aumentar o conhecimento da população sobre os riscos cardiovasculares	Equipe com conhecimento do nível de informação da população sobre risco cardiovascular.	Campanha Educativa na rádio.  Capacitação de ACS	<b>Político;</b> articulação intersetorial mobilização social. <b>Organizacional:</b> Agenda para realização de palestra

Nó Crítico	Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Produtos esperados	Recurso Necessário
		População mais informada sobre os riscos cardiovasculares		<b>Financeiro;</b> aquisição de recurso audiovisuais e folheto educativo.

## 6.2. Identificação dos Recursos críticos.

A Equipe Vida Nova identificou os recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema: Baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários cadastrado no programa HIPERDIA 2014 que devem ser consumidos em cada operação (Quadro 6).

### Quadro 6. Recursos críticos da operação.

Operação/ Projeto	Recurso crítico
(+ Saúde) Modificar hábitos e estilo de vida  Criar um grupo de atividade física	<b>Político:</b> Conseguir espaço na rádio local; mutua participação das secretarias de Saúde e Assistência Social na Execução dos grupos operativos  <b>Financeiro:</b> Aquisição de recursos Audiovisuais, folheto educativo.  <b>Parceria:</b> Realizar parceria com escolas para aquisição de espaços para realização de palestras, utilizar a quadra poliesportiva da prefeitura municipal para realização de atividades físicas,

Operação/ Projeto	Recurso crítico
(Saber +) Avaliar e aumentar o conhecimento da população sobre os riscos cardiovasculares	<b>Político:</b> articulação intersetorial.

### 6.3. Análise de viabilidade do plano.

A equipe identificou os atores que controlam recursos críticos necessários para implementação de cada operação e analisou a motivação desse ator, construiu a viabilidade da operação como se observa no quadro 7.

**Quadro 7.** Proposta de ações para motivação dos atores.

Operação /projeto	Recurso Crítico	Controle dos recursos críticos	Motivação	Ação Estratégica.
Modificar hábitos e estilo de vida (+ saúde)	<p><i>Político:</i> Conseguir o Espaço na rádio local.</p> <p>Financeiro: Aquisição de recursos audiovisuais, folheto</p>	<p>Setor de Comunicação social</p> <p>Secretário de Saúde</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	Não necessária

Operação /projeto	Recurso Crítico	Controle dos recursos críticos	Motivação	Ação Estratégica.
Avaliar e aumentar o conhecimento da população sobre os riscos cardiovasculares (Saber +) Criar um grupo de atividade física	<i>Político:</i> Articulação com a Secretaria de Educação	Secretaria de Educação	Favorável	Não necessária
	<b>Parceria:</b> Buscar Apoio de Escolas para realização de palestras e atividades físicas	Secretaria de Educação E saúde	Favorável	Não necessária

#### 6.4. Elaboração do plano operativo

Em reunião da Equipe Vida Nova com todas as pessoas envolvidas se designou os responsáveis por cada operação, definiu os prazos para a execução das operações, conforme com quadro 8.

**Quadro 8.** Plano Operativo Equipe Vida Nova do Problema Baixa adesão de tratamento farmacológica dos usuários no programa HIPERDIA 2014.

<b>Operações</b>	<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Ações Estratégicas</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Prazo</b>
Modificar hábitos e estilo de vida (+ Saúde)	Diminuir em 20% o número de sedentários obesos e tabagistas no prazo de 1	Programa de Caminhada Campanha Educativa Grupo Operativo desenvolvido por NASF		Iris Enfermagem Cinthya	Começa em três meses termina 6
Avaliar e aumentar o conhecimento da população sobre os riscos cardiovasculares (Saber +) Grupo de Atividade física	População mais informada sobre risco cardiovasculares Contribuições para a perda de peso; aumento da disposição e diminuição do estresse e da ansiedade	Campanha Educativa na radio. Capacitação de ACS. Avaliação do nível de informação da população sobre risco cardiovascular		Enfermeiro Medica Vanete Educador Físico do NASF	Inicia 3 termina 12 meses Inicia 3 termina 6 Inicia em 3 termina em 6 Inicia em 3 meses e continua por tempo indeterminado

## 6.5. Gestão do Plano

O desenho do modelo de gestão do plano de ação e definição do processo de acompanhamento do plano foram sintetizados abaixo nas planilhas para acompanhamento de cada operação do projeto.

**Quadro 7.** Operação: Hábitos, Grupo de atividade Física e Estilo de vida .

Coordenação: Maria Antonia Tamayo Isaac.

Produto	Responsáveis	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo
Programa de Caminhada	Iris	3 Meses	Não começado		
Campanha Educativa	Cinthya	3 Meses	Não começado		
Grupo Operativo desenvolvido por NASF	Enfermeira	3 Meses	Não começado		
Grupo de Atividade Física	Educador Físico	3 Meses	Não Começado		

**Quadro 8.** Operação: Baixo nível de informação e conhecimento respeito a doença.  
Coordenação: Maria Antonia Tamayo Isaac.

<b>.Produto</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo Prazo</b>
Capacitação de ACS e sobre os riscos cardiovasculares	Medica	3	Ainda não começado Capacitação ASC		2 Meses
Campanha Educativa na radio	Enfermeira	9 meses			
Avaliação do nível de informação da população sobre risco cardiovascular	Vanete	3 meses			

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Hipertensão Arterial é, pois, um dos mais graves problemas de Saúde Pública que atinge o adulto brasileiro, exigindo apoio assistencial amplo e efetivo, e uma pesquisa epidemiológica que fixe, com mais segurança, sua incidência e prevalência, tanto na zona rural quanto na urbana, permitindo, assim, uma melhor definição dos programas de assistência.

Todavia, tendo em vista que o Brasil está saindo da pobreza e entrando no eixo das nações emergentes o hábito dos usuários tendem a mudar; pois é sabido que boa parte dos indivíduos ainda utilizam de maus hábitos como o consumo abusivo de drogas lícitas e ilícitas, atrelado também à resistência por parte dos idosos em procurar a assistência de saúde; todos esses fatores contribuem para o aumento dos números de pessoas com HAS.

A partir de todas as análises realizadas neste estudo é plausível evidenciar que o planejamento interdisciplinar entre equipe e usuário do sistema único de saúde deve contribuir de forma incentivadora para buscar a adesão do paciente ao tratamento da Hipertensão arterial, através da elaboração de projetos resolutivos que conheça a realidade da população do PSF assistido, em enfoque o Programa de Saúde da Família Vida Nova. Os projetos e programas propostos na pesquisa foram evidenciados e citados no desenvolvimento com intuito de elucidar a importância do planejamento e principalmente do trabalho em equipe entre todos os envolvidos no cotidiano do Programa de saúde da Família.

A reunião da equipe P.S.F. Vida Nova para discutir a impressão do diagnóstico situacional foi ótima porque identificou os problemas e foi possível mostrar o sentido de organização que tem a equipe. Este trabalho possibilitou a realização de um projeto de intervenção que seja realmente efetivo. Prevenção da HTA é a medida mais importante, universais e muito menos dispendioso. Melhorias na prevenção e controle da pressão arterial (PA) é um grande desafio importante para todos os países, o que deve ser uma prioridade das instituições de saúde, pessoas e governos. Percepção adequada do

risco significa que sofrem de HTA nos obriga a executar uma estratégia a população com medidas destinadas a promover a educação e a diminuição da pressão arterial média da população, o impacto sobre outros fatores de risco associados a HTA, fundamentalmente a falta de exercício, níveis inadequados de lipídios no sangue, elevada ingestão de sal, tabagismo, álcool e obesidade. A fim de melhorar a adesão do usuário hipertenso ao tratamento farmacológico promove-se, capacitação da equipe de saúde da família Vida Nova, reuniões periódicas, grupo educativo, solicitação junto a secretário de saúde recursos necessários para o desenvolvimento das operações, cada ação com seu responsável direito. A construção de um bom trabalho em grupo necessita de estratégias para o bom desenvolvimento da equipe em geral para que todos sejam capazes de atender de maneira satisfatória à demanda dos usuários. Isso significa acreditar que a construção democrática entre os sujeitos envolvidos nas práticas do cuidado da saúde possa transformar o cotidiano dos serviços e, assim, garantir a saúde como direito de cidadania.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, G. B. S.; GARCIA, T. R. Adesão ao Tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Revista eletrônica de saúde**, v. 8, n. 2, p. 259-272, 2006. Disponível em: <[http://www.fen.urg.br/revista8\\_2/v8n2a11.htm](http://www.fen.urg.br/revista8_2/v8n2a11.htm)>. Acesso em: 23 de fev. 2015.

BOSSAY, D; RONDON E.R.; GOLDONI F.; OLIVEIRA G. de S. M.; VENDAS J. P.; CHEADE L. M.; MELLO R. V.; OVANDO L. Fatores Associados à não-adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*, Universidade Anhanguera, Campo Grande, vol. 10, núm. 3, dezembro, 2006, pp. 73-82. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/260/26012809008.pdf>>. Acesso em 09 maio de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS - DATASUS. O programa Hiperdia. Brasília. 2010. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/hiperdia>>. Acesso em 01 de março de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Índice de analfabetismo por cidade. Brasília, 2011. Disponível em:<[http://www.educacao.mppr.mp.br/arquivos/File/dwnld/analfabetismo/dados\\_estatisticos/populacao\\_analfabeta\\_por\\_municipio\\_brasil.pdf](http://www.educacao.mppr.mp.br/arquivos/File/dwnld/analfabetismo/dados_estatisticos/populacao_analfabeta_por_municipio_brasil.pdf)> Acesso em 29 de fev. de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde – DataSUS Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABSMG.def>> Acesso em 20 de fev de 2015.

CARVALHO FILHO, F. S.S.; NOGUEIRA, L. T.; VIANA L. M. M.. Hiperdia: Adesão e percepção de usuários acompanhados pela estratégia saúde da família. **Revista Rene**, Fortaleza, 12(n.esp.):930-62, 2011. Disponível em: <[http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4\\_esp\\_pdf/a06v12esp\\_n4.pdf](http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_esp_pdf/a06v12esp_n4.pdf)> Acesso em 15 de abril de 2015

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

CORRÊA, Edison José; VASCONCELOS, Mara. SOUZA, Maria Suzana de Lemos. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013.

COSTA, Adalberto. Prefeitura municipal. Plano Diretor de Novo Oriente de Minas. 2012

COSTA, Adalberto. História do município de Novo Oriente de Minas. Arquivo da prefeitura municipal de Novo Oriente de Minas; 2010. p.21.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. História de Novo Oriente de Minas. Minas Gerais e Cidades, 2012. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=314535&search=minas-gerais|novo-oriente-de-minas|infograficos:-historico>>. Acesso em 01 de março de 2015

\_\_\_\_\_. Censo Populacional 2010. Censo Populacional 2010. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Página visitada em 11 de dez. de 2014.

\_\_\_\_\_. Produto Interno Bruto dos Municípios 2004-2008. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Página visitada em 11 dez. 2014.

OIGMAN, Wille. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Rio de Janeiro. 2006. Disponível em:<<http://files.bvs.br/upload/S/0104-1894/2009/v27n4/a1629.pdf>> Acesso em 03 de março de 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Hipertensão contribui para 9,4 milhões de mortes anuais por doenças cardiovasculares no mundo, alerta OMS. 2013. Disponível em: <<http://nacoesunidas.org/hipertensao-contribui-para-94-milhoes-de-mortes-anuais-por-doencas-cardiovasculares-no-mundo-alerta-oms/>>. Acesso em 23-02-2015

RAMOS, Oswaldo. Aspectos históricos da hipertensão. Escola Paulista de Medicina — UNIFESP. São Paulo, 1998. Disponível em:<<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/5-4/aspectos.pdf>>Acesso em 06 de março de 2015

SANTOS, A. de J. M.S.; ROSA, C.; OLIVEIRA, E. L. De; ALMEIDA, J.R. de; SCHENEIDER, R.M.; ROCHA, S.S.L; COUTINHO, R.M.C.. A não adesão de pacientes hipertensos ao tratamento em Unidade Básica de Saúde (UBS)\*. Rev Inst Ciênc Saúde 27(4):330-7, 2009. Disponível em:<<http://files.bvs.br/upload/S/0104-1894/2009/v27n4/a1629.pdf>> Acesso em 03 de março de 2015

SANTOS, L.B. Foto panorâmica de Novo Oriente de Minas - 2013. Disponível em: <<http://www.panoramio.com/photo/77687579>>. Acesso em 23 fev. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. OMS alerta para baixa adesão ao Tratamento. 2010. Disponível em:<<http://www.sbh.org.br/geral/oque-e-hipertensao.asp>>. Acesso em: 03.03.2015