

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

JANAINA PEREIRA LOPES LIMA

ADESÃO AO TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO: PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO NO MUNICÍPIO RIO DO PRADO-MG

UBERABA- MINAS GERAIS

2013

JANAINA PEREIRA LOPES LIMA

**ADESÃO AO TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO: PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO NO MUNICÍPIO RIO DO PRADO-MG**

Trabalho de Conclusão de Curso Apresentado
ao Curso de Especialização em Atenção Básica
a Saúde da Família, Universidade Federal de
Minas Gerais, para Obtenção de Certificado de
Especialização.

Orientador: Sabrina Martins Barroso

UBERABA-MINAS GERAIS

2013

JANAINA PEREIRA LOPES LIMA

**ADESÃO AO TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO: PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO NO MUNICÍPIO RIO DO PRADO-MG**

Trabalho de Conclusão de Curso Apresentado
ao Curso de Especialização em Atenção Básica
a Saúde da Família, Universidade Federal de
Minas Gerais, para Obtenção de Certificado de
Especialização.

Orientador: Sabrina Martins Barroso

Banca Examinadora

Prof.^a Sabrina Martins Barroso (orientadora)

Prof.^a Dra. Matilde Meire Miranda Cadete (UFMG)

Aprovada em Belo Horizonte, 07/12/2013

Este trabalho é dedicado às pessoas que sempre estiveram ao meu lado pelos caminhos da vida, me acompanhando, apoiando e principalmente acreditando em mim. Não conquistaria nada se não estivessem ao meu lado. Obrigada, por estarem sempre presentes em todos os momentos, me dando carinho, apoio, incentivo, determinação, fé, e principalmente pelo Amor de vocês.

AGRADECIMENTOS

À DEUS, por estar sempre ao meu lado, em todos os momentos da minha vida, me dando força para lutar e vencer todos os obstáculos e pelas bênçãos que me concedeu.

A minha mãe Maria Pereira Lopes meus avós Emilia e José pela compreensão e por acreditar em mim.

Aos meus irmãos Alberto, Edilberto, Juliana e Rafael, que sempre acreditou e torceu pelo meu sucesso.

Ao meu namorado France Magalhães, por escutar minhas angústias e medos, pela compreensão nos momentos de cansaço e desânimo, pela alegria, força, conselhos e me proporcionar momentos de descontração e por abdicar de muitas coisas para me ajudar a realizar meus sonhos.

À equipe de Estratégia Saúde da Família, Dr Jorge Juarez Ramires, que construiu comigo grande parte do conhecimento e experiência adquiridos. Em especial Tatiana e Geani.

A todos meus amigos em especial a Rosalba e Herinete pessoas que muito admiro e que terão minha amizade para toda a vida.

À orientadora, Sabrina Martins Barroso pelas horas de dedicação, paciência, muita paciência para ajudar a construir este trabalho.

Agradeço Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete pela dedicação e comprometimento na realização deste trabalho.

Agradeço todas as dificuldades que enfrentei; não fosse por elas, eu não teria saído do lugar. As facilidades nos impedem de caminhar. Mesmo as críticas nos auxiliam muito.

Chico Xavier

RESUMO

As doenças cardiovasculares aparecem em primeiro lugar entre as causas de morte no Brasil, representando quase um terço dos óbitos e 65% do total de mortes na faixa etária de 30 a 69 anos de idade. A maior parte das doenças cardiovasculares resulta de um estilo de vida inapropriado e de fatores de risco que podem ser modificados, como a hipertensão arterial. O controle dos fatores de risco é imprescindível para a redução das complicações fatais e não fatais das doenças cardiovasculares. O objetivo do presente trabalho é realizar um projeto de intervenção visando à melhoria da adesão ao tratamento de hipertensão arterial na ESF Dr. Jorge Juarez Ramires no município de Rio do Prado (MG). Para a construção da proposta de intervenção realizou-se um levantamento bibliográfico sobre o tema junto às bases de dados informatizadas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e o diagnóstico da instituição, para conhecer os fatores que dificultam a adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Com base nas informações adquiridas foi elaborado o projeto de intervenção, visando sistematizar o atendimento ao hipertenso com ações voltadas para promoção e prevenir os agravos à saúde dos pacientes. Acreditamos que a implementação dessa proposta de intervenção poderá diminuir a evasão ao tratamento dos pacientes hipertensos da ESF Dr. Jorge Juarez Ramires, minimizando seu impacto nas doenças cardiovasculares.

Palavras-chave: Hipertensão arterial. Adesão à medicação. Saúde da família.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases appear first among causes of death in Brazil, representing nearly a third of all deaths and 65% of all deaths in the age group 30-69 years old. Most cardiovascular disease results from an inappropriate life style and risk factors that can be modified, like a hypertension. The control of risk factors is essential to the reduction of fatal and non-fatal complications of cardiovascular disease. The objective of this work is to systematize care to patients with hypertension aimed at improving adherence to treatment of hypertension in the ESF Dr. Jorge Juarez Ramires, in Rio do Prado (MG). For the construction of the proposed intervention performed a literature review on the topic together with the computerized databases of the Virtual Health Library (VHL) and the diagnosis of the institution, to know the factors that hinder adherence to hypertension treatment. Based on the information acquired was prepared the design of intervention in order to systematize the service with hypertensive actions to promote and prevent health risks to patients. We believe that the implementation of this proposed intervention can reduce the drop to the treatment of hypertensive patients FHS Dr. Jorge Juarez Ramires, minimizing its impact on cardiovascular disease.

Keywords: Hypertension. Medication adherence. Family health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório para maiores de 18 anos.....8

Tabela 2 - População segundo a faixa etária e sexo na área de abrangência da equipe de saúde da família de Rio do Prado (MG) 2012.....26

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Priorização dos problemas identificados no diagnostico situacional na Estratégia Saúde da Família de Rio do Prado–MG.....	33
Quadro 2 - Descritores do problema não adesão ao tratamento da hipertensão arterial.....	34
Quadro 3 - Nos críticos da Unidade Dr Jorge Juarez Ramires.....	36
Quadro 4 - Operação projetos e os recursos críticos.....	37
Quadro 5 - Propostas de ações para motivação dos atores.....	38
Quadro 6 - Elaboração do Plano Operativo.....	40
Quadro 7 - Acompanhamento do plano de Ação.....	42

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

ECA - Enzima conversora da angiotensina

ESF - Estratégia de Saúde da Família

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia Estatística

MG - Minas Gerais

PA - Pressão Arterial

PES - Planejamento Estratégico Situacional

PROVAB - Programa de valorização do profissional da atenção Básica

PSF - Programa Saúde da Família

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

TCG - Termo de Compromisso e de Gestão

TFD - Tratamento Fora Domicilio

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 JUSTIFICATIVA.....	14
3 OBJETIVOS.....	15
3.1 Objetivo Geral.....	15
3.2 Objetivos Específicos.....	15
4 METODOLOGIA.....	16
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica.....	17
5.2 Tratamento Anti-hipertensivo.....	19
5.3 Dificuldades de Adesão ao tratamento.....	20
5.4 Qualidade de Vida.....	21
5.5 Estratégia de Saúde da Família.....	22
6. DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL.....	23
6.1. Caracterização do Município de Rio do Prado- MG.....	23
6.2. Caracterização da Unidade de Saúde Dr Jorge Juarez Ramires.....	25
6.3. Fluxo de acolhimento da UBS Dr. Jorge Juarez Ramires.....	27
6.4 Resultados do diagnóstico institucional.....	30
7 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	31
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
REFERÊNCIAS.....	45

1 INTRODUÇÃO

Segundo Muniz *et al.* (2012), as doenças cardiovasculares aparecem em primeiro lugar entre as causas de morte no Brasil e representam quase um terço dos óbitos totais e 65% do total de mortes na faixa etária de 30 a 69 anos de idade, atingindo a população adulta onde se encontra na fase produtiva. No Sistema Único de Saúde (SUS), essas patologias foram responsáveis, em 2002, por mais de 1,2 milhão de internações, representaram 10,3% do total de internações e 17% dos gastos.

A maior parte das doenças cardiovasculares resulta de um estilo de vida inapropriado e de fatores de risco que podem ser modificados. O controle dos fatores de risco é imprescindível para a redução das complicações fatais e não fatais das doenças cardiovasculares (LESSA, 2010). Segundo Massierer (2010), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares. Epidemiologicamente, é o principal fator de risco para doenças cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral. Além disso, é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e o maior responsável pelos elevados índices de mortalidade cardiovascular, conseqüentemente, é um dos mais importantes problemas de saúde pública.

A HAS é considerada como uma doença crônico-degenerativa de natureza multifatorial, na grande maioria dos casos assintomática, que apresenta uma evolução lenta e progressiva que prejudica a função de diversos órgãos. Compromete o equilíbrio dos sistemas vasodilatadores e vasoconstritores, aumentando a pressão no interior dos vasos sanguíneos, podendo ocasionar lesões em órgãos nobres como o coração, cérebro, rins e olhos. Pode, ainda, ocasionar complicações tais como o acidente vascular encefálico, insuficiência cardíaca e insuficiência renal (LESSA, 2010).

A hipertensão arterial vem se destacando como a epidemia moderna nos dias atuais. A prevalência estimada de hipertensão no Brasil atualmente é de 35% da população acima de 40 anos. Isso representa em números absolutos, um total de 17 milhões de portadores da doença, segundo estimativa de 2004 do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE). A

prevalência da hipertensão 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 afetados por essa enfermidade (BRASIL, 2006).

Embora somente 40% da população sabidamente hipertensa realiza algum tipo de tratamento e apenas 30% dos indivíduos tratados apresentam níveis pressóricos controlados (NAKAMOTO, 2011) e mesmo apresentando proporções epidêmicas, a hipertensão arterial apresenta diagnóstico simples e de alcance de todos. A dificuldade para controle e adesão ao tratamento provavelmente decorre do curso da doença ser assintomático e da necessidade de um controle por toda vida.

Cientes disso, profissionais da área da saúde devem buscar estratégias para melhorar a adesão dos hipertensos ao tratamento. Nesse sentido, o Programa Saúde da Família pode ser útil, pois pode ajudar os hipertensos a obterem o controle da doença no contexto da família. As equipes de saúde devem fornecer subsídios para elaboração de estratégias de tratamento eficazes para melhorar a qualidade de vida dessa população adscrita.

O município de Rio do Prado apresentou, em 2012, uma população de 5.213 habitantes, atendidos por duas Equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo estas a Dr. Jorge Juarez Ramires e a Manoel Gamas e por um ambulatório. A equipe da ESF Dr. Jorge Juarez Ramires assiste a 885 famílias, correspondendo a um total de 2.684 pessoas atendidas. Dessa população, 572 pacientes são hipertensos, sendo 325 acompanhados pela equipe e 100 com níveis pressóricos controlados por via medicamentosa (SIAB, 2012).

Por meio do diagnóstico situacional e da observação, realizados durante o período em que atuei com enfermeira na ESF Dr. Jorge Juarez Ramires foi possível identificar alguns problemas que podem interferir diretamente na saúde e na qualidade de vida da população, influenciando na identificação e controle da HAS. Os principais pontos observados foram a falta de renda, desemprego, ausência de opções de lazer, acúmulo de lixo nos lotes, alcoolismo, gravidez na adolescência, violência, tabagistas, etilistas e

condições para um risco cardiovascular aumentado. Entre os problemas de recursos humanos destaca-se a rotatividade de médicos na equipe.

Durante o acompanhamento nas reuniões de hipertensos, pôde-se observar o relato de sedentarismo e inatividade física, fatores que a literatura relaciona com a HAS. Mesmo o território contando com uma praça equipada com aparelhos para atividade física, onde uma fisioterapeuta realiza atividades duas vezes na semana, a procura desses hipertensos é baixa. Outra observação foi que a presença nestas reuniões é motivada pela busca de medicação e para aferição da pressão arterial. Parece não existir preocupação em aderir aos cuidados não medicamentosos do controle da hipertensão, o que renova a importância de entender os motivadores para adesão ao tratamento da HAS e construir formas eficazes de intervenção.

2 JUSTIFICATIVA

O presente trabalho justifica-se pela alta prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica na população de Rio do Prado (MG), sendo umas das maiores causas de procura da Unidade Básica de Saúde (UBS) para consultas médicas.

Ainda assim, na unidade não existe sistematização da assistência para essa clientela, que apresenta grande dificuldade em aderir ao tratamento e manter seus níveis pressóricos em condições desejáveis. Essa realidade demonstra a necessidade de desenvolver propostas interventivas.

Assim, a presente proposta se justifica por fazer uso de uma revisão de literatura sobre a hipertensão arterial, mais especificamente a literatura relacionada à não adesão ao tratamento da hipertensão arterial, juntamente com o diagnóstico situacional já realizado na ESF Dr. Jorge Juarez Ramires para o desenvolvimento de uma proposta de intervenção para adesão ao tratamento.

Por meio do projeto de intervenção poderemos sistematizar o atendimento ao hipertenso com ações voltadas para promoção e prevenir os agravos à saúde dos pacientes, contribuindo para minimizar os agravos em saúde e para a melhoria dos serviços de saúde pública de Rio do Prado.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Realizar um projeto de intervenção visando à melhoria da adesão ao tratamento de hipertensão arterial na ESF Dr. Jorge Juarez Ramires no município de Rio do Prado (MG).

3.2 Objetivos Específicos

Descrever os resultados da avaliação diagnóstica realizada na ESF Dr. Jorge Juarez Ramires de Rio do Prado sobre a HAS.

Identificar os fatores que influenciam na adesão ao tratamento da hipertensão arterial na ESF Dr. Jorge Juarez Ramires de Rio do Prado.

Propor uma forma de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial na ESF Dr. Jorge Juarez Ramires de Rio do Prado.

4 METODOLOGIA

Para a realização deste trabalho, foram executadas quatro etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica, análise de dados secundários e elaboração do plano de intervenção.

Para o diagnóstico situacional foi realizado levantamento de dados no período setembro a dezembro de 2012, junto à equipe de saúde da família Dr. Jorge Juarez Ramires. Foram analisados dados registrados pela equipe e dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

A partir desse trabalho e devido a HAS ser uma doença responsável por uma parcela significativa da procura por atendimentos de saúde entre a população de Rio do Prado (MG), foi selecionada a dificuldade de adesão ao tratamento de hipertensão como problema principal. Os dados de informação sobre a população foram obtidos por meio do SIAB do PSF de Rio do Prado-MG. Esses dados foram analisados de forma conjunta para a construção da proposta de intervenção sobre a não adesão ao tratamento da hipertensão.

A busca de materiais científicos foi realizada por meio de consulta nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), como a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e o *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), e a Biblioteca Virtual NESCON e, também, documentos do Ministério da Saúde, usando os seguintes descritores: Hipertensão arterial; Adesão à medicação, Saúde da família e Qualidade de vida. Os critérios de inclusão foram artigos originais publicados entre os anos de 2000 a 2013, com metodologia qualitativa, com textos completos disponíveis *on-line* em português.

De acordo com Fiuz e Barros (2011), o estudo qualitativo ocupa um lugar reconhecido dentre várias possibilidades de se estudar os fenômenos que integram seres humanos e suas relações sociais. Esse tipo de análise permite imaginação e criatividade, que levam os pesquisadores à propostas de trabalhos que explorem novos enfoques. A pesquisa qualitativa nos fornece as percepções e interpretações subjetivas, que surgem da experiência; comportamentos objetivos, que surgem das ações e o contexto, que envolve os

aspectos sociais, culturais, políticos e físicos que rodeiam os sujeitos da pesquisa.

5 REVISÃO DE LITERATURA

Na revisão literária foram abordados os seguintes temas: Hipertensão Arterial Sistêmica, Tratamento Anti-hipertensivo, Dificuldades de Adesão ao tratamento, Saúde da Família e Qualidade de Vida.

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

Nas últimas décadas, houve uma importante mudança no perfil da mortalidade da população brasileira, com aumento dos óbitos causados por doenças crônico-degenerativas e causas externas. Nesse contexto, as doenças cardiovasculares passaram a ser as causas mais comuns de morbidade e mortalidade em todo o mundo e, entre os fatores de risco para doença cardiovascular encontra-se a hipertensão arterial. (GUEDES *et al.*,2011).

A HAS apresenta prevalência entre 15% e 20% na população adulta e mais de 50% na população idosa. Por acometer uma parcela significativa de indivíduos em plena fase produtiva, ganha especial relevância que, da população hipertensa, apenas 50% têm o diagnóstico e destes, metade recebe tratamento e apenas 25% têm sua pressão adequadamente controlada. Além disso, os dados da literatura indicam que 25% dos pacientes com HAS não aderem ao tratamento (GIROTTI *et al.*, 2013).

A HAS é considerada como uma doença crônica, de natureza multifatorial, em muitos casos de curso assintomático, o que leva muitos portadores a negligenciar o diagnóstico e, conseqüentemente, o tratamento (BRASIL, 2006). De acordo com Muniz *et al.* (2012), os níveis elevados de pressão arterial aumentam o risco de doenças cardiovasculares, sendo a HAS conhecida como o principal fator de risco para a morbidade e mortalidade precoce. A HAS aumenta três a quatro vezes o risco de desenvolver acidente vascular encefálico, sendo considerada responsável diretamente por pelo menos metade dos casos.

Segundo Neves *et al.* (2011) , a hipertensão arterial pode ser resultado da atividade aumentada do sistema nervoso simpático, ligado à disfunção do sistema nervoso autônomo, ou acréscimo na função do sistema renina-

angiotensina-aldosterona, resultando em expansão do volume de líquido extracelular e resistência vascular sistêmica elevado.

A hipertensão arterial é diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de pressão arterial pela medida casual. Deve ser medida com técnica adequada, utilizando-se aparelhos confiáveis e devidamente calibrados. Segundo as regras do Ministério da Saúde, a aferição da pressão arterial deve ser realizada em toda consulta clínica, por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais da saúde (BRASIL, 2006).

É preciso ter muito cuidado e atenção antes de rotular alguém como hipertenso, tanto pelo risco de um diagnóstico falso-positivo, como pela repercussão na própria saúde do indivíduo. Recomenda-se repetir a aferição de pressão arterial em diferentes períodos, antes de caracterizar a presença de HAS. Este diagnóstico requer que se conheça a pressão usual do indivíduo, não sendo suficiente uma só aferição (BRASIL, 2006).

A Tabela 1 apresenta a classificação da PA segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010).

Tabela 1 Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório para maiores de 18 anos.

Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010).

5.2 Tratamento anti-hipertensivo

O principal objetivo do tratamento da HAS é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular do paciente hipertenso, aumentadas em decorrência dos altos níveis tensionais e de outros fatores agravantes (BRASIL, 2006). Para esse objetivo existe o tratamento medicamentoso e não medicamentoso, que se complementam (LESSA, 2010).

O tratamento medicamentoso para hipertensão arterial é indicado após avaliação médica. Os medicamentos anti-hipertensivos das seis classes são: diuréticos, inibidores adrenérgicos, vasodilatadores diretos, inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA), bloqueadores dos canais de cálcio e antagonistas do receptor AT1 da angiotensina II. Quando não é controlada com a monoterapia ou surgem reações adversas, pode ser necessário aumentar a dose do medicamento em uso ou substituí-lo por um de outra classe para controle dos níveis pressóricos, essa decisão fica a critério do médico (LESSA, 2010).

Segundo Neves *et al.*(2011), o momento de introduzir a medicação irá depender dos valores pressóricos e do risco cardiovascular do paciente. Pacientes com HAS estágio 2 ou 3 e aqueles com doença cardiovascular, diabetes mellitus ou equivalentes devem receber tratamento farmacológico imediato. Os pacientes com HAS estágio 1 e menos de 2 fatores de risco podem tentar algumas semanas ou meses de medidas não farmacológicas antes de começar a medicação. Cada medicação anti-hipertensiva, de modo isolado, reduz a pressão arterial sistólica em 10 a 15 mmHg e a diastólica em 5 a 10 mmHg. Desse modo, pacientes com HAS estágio 2 e 3 devem iniciar a terapia anti-hipertensiva com a associação de dois ou mais fármacos. Os pacientes em estágio 1 podem iniciar com monoterapia.

Em relação aos cuidados não farmacológicos, os objetivos referem-se às mudanças no estilo de vida, incluindo alimentação saudável, prática de atividade física, redução de peso, abandono do tabagismo e do álcool (BRASIL, 2006). Apesar das evidências de que o tratamento anti-hipertensivo é eficaz em diminuir a morbimortalidade cardiovascular, os percentuais de controle de pressão arterial são baixos, pois nem todos os usuários aderem ao tratamento de maneira eficaz.

5.3 Dificuldades de adesão ao tratamento

A adesão ao tratamento expressa o comportamento do paciente que coincide com a orientação médica, seguindo suas orientações, desde a ingestão de medicação, o seguimento da dieta e as mudanças no estilo de vida. (BRASIL, 2006). A adesão do paciente a uma determinada terapia depende de vários fatores, principalmente da relação médico-paciente, questões subjetivas do paciente, questões referentes ao tratamento, se o paciente tem conhecimento acerca da doença e o acesso ao serviço e aos medicamentos (GUEDES *et al.*, 2011).

Pela sua complexidade, a adesão terapêutica tornou-se um dos maiores problemas enfrentados na prática médica atual. Cerca de 40% a 60% dos pacientes não fazem uso da medicação prescrita de maneira correta. Essa porcentagem aumenta quando a falta de adesão relaciona-se a itens como estilo de vida inadequado, ressaltando-se dieta, sedentarismo, tabagismo, etilismo, entre outros fatores que interferem no tratamento (LESSA, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), há um consenso de que, além da consulta médica, se faz necessário oferecer ao paciente outros tipos de abordagens que, certamente, irão contribuir para melhorar a adesão. O Ministério da Saúde também aponta para a importância da unidade de saúde investir na receptividade ao paciente ao focar a adesão ao tratamento, permitindo aos pacientes conseguirem expressar quais dificuldades encontram em aderir ao tratamento.

É de fundamental importância que a equipe de saúde esclareça as dúvidas do paciente sobre a patologia e, sobretudo, tenha uma linguagem acessível ao nível de compreensão do paciente. Muitos pacientes apresentam sentimentos naturais de negação frente à doença, com uma consequente não adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Isto acaba acarretando dificuldades no tratamento (GIROTTI *et al.*, 2013).

Sabemos que melhorar a adesão ao tratamento não é fácil e a tentativa de construção de propostas de intervenção precisa embasar-se em uma revisão sistemática de intervenções baseada nos recursos tecnológicos, educativos e comportamentais da população e do serviço de saúde para a qual é formulada, levando em consideração a realidade em que a comunidade se

encontra e os determinantes e condicionantes de saúde. As ações educativas são uma ferramenta que mostra eficácia no desenvolvimento de intervenções, pois aumentam a adesão ao tratamento (CHAVES *et al.*,2006).

Manter a saúde ou a adesão a um tratamento são fatores fundamentais para a manutenção da qualidade de vida da população.

5.4 Qualidade de Vida

Cavalcante *et al.* (2007) referem-se acerca da importância de relacionar saúde e qualidade de vida, uma vez que a saúde contribui para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos, lembrando sempre que as pessoas devem estar com saúde mental, física e social para ter qualidade de vida e estar em equilíbrio. Para uma população ter boa qualidade de vida, deve-se ter hábitos saudáveis, cuidar bem do corpo, ter uma alimentação equilibrada, atividades físicas, ir regularmente as consultas médicas, realizar exames de rotina e realizar suas atividades de rotineiras e de lazer.

Muitas pessoas acham que para ter qualidade de vida, elas devem ter um padrão de vida elevado. Isso não é verdade, pois podemos ter qualidade de vida de uma maneira simples (FLECK, 2000). De acordo com Minayo (2013), qualidade de vida é o padrão que uma sociedade determina e se mobiliza para conquistar como seus ideais. Para isso, vale-se de políticas públicas e sociais que induzam e orientem o desenvolvimento humano, as liberdades individuais e coletivas e as mudanças no estilo de vida e nas condições sociais.

Para os pacientes que são portadores da hipertensão arterial as modificações no estilo de vida são de suma importância para prevenção, tratamento e controle da HAS, sendo a prática da atividade física regular e a alimentação saudável fatores importantes que vão influenciar na sua qualidade de vida. Um dos programas criados pelo governo para auxiliar as pessoas na conscientização da importância desses aspectos na vida é o Programa de Saúde da Família (QUADROS, 2013).

5.5 Estratégia de Saúde da Família

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como seu principal propósito reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. Segundo Rosa e Labate (2005), a ESF se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção.

A Estratégia de Saúde da Família é um projeto dinamizador do Sistema Único de Saúde (SUS), condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. É utilizada como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde, seguindo os preceitos do SUS.

Esse modelo se caracteriza pela capacitação da comunidade para a melhoria de sua qualidade de vida por meio de ações de educação em saúde. Sabe-se que os processos educativos em saúde influenciam o estilo de vida, melhoram a relação profissional indivíduo e os ambientes social e físico. A educação em saúde, como uma prática social, baseada no diálogo e na troca de saberes, favorece o entendimento do processo de promoção da saúde e o intercâmbio entre saber científico e popular. Realizar educação em saúde é capacitar as pessoas para manterem saudáveis a si e aos seus familiares por meio do acesso à informação e a oportunidades que permitam fazer escolha por uma vida mais sadia (COSTA e CARBONE, 2004).

Esse trabalho é realizado pelas equipes de saúde da família. Estas são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta com a população (GARNELO, 2008).

A ESF formula ações que englobam tudo aquilo que possa levar a pessoa a ser mais feliz e produtiva e se propõe a humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação do usuário pelo estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade. Acredita-se que esta estratégia seja capaz de resolver 85% dos problemas de saúde nas comunidades, prestando assistência de qualidade, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida (COSTA e CARBONE, 2004).

6 DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL

6.1 Caracterização do Município de Rio do Prado-MG

O município de Rio do Prado foi assim chamado em razão do Rio Prado, que banha a região e depois de atravessar o município, penetra no Estado da Bahia, onde recebe o nome oficial de Jucuruçu. O povoado surgiu por volta de 1870, quando uma expedição chefiada por um engenheiro francês, partindo das matas do Prado em busca das margens do rio Jequitinhonha, foi armando barracas, motivo que serviu para designar-se o referido córrego de "Barracão", que mais tarde se tornaria nome do povoado que ali se formou. Isto se deve a Antônio Martins de Figueiredo, seu fundador, que deu origem ao atual município de Rio do Prado e onde se situa a cidade de mesmo (IBGE, 2012).

Em 1934, foi oficializada a primeira escola do povoado de Barracão, sendo nomeada como Diretora, a filha do ilustre professor Clemente Trindade. Naquela época, Barracão era um grande centro agrícola, com abundante produção de cereais para consumo e abastecimento de toda a região. Assim foi construído um pequeno mercado onde aconteciam as feiras. Barracão foi elevado à Vila em 17 de dezembro de 1938, passando a se chamar Rio do Prado. Sua primeira estrada foi construída em cooperação com a vila de Rubim de União e posteriormente foi providenciada a ligação com Felisburgo.

O Município de Rio do Prado está localizado na Região Nordeste do Estado de Minas Gerais, no Vale do Rio Jequitinhonha. A Sede Municipal de Rio do Prado dista 505 km de Belo Horizonte, capital do estado, sendo acessada por rodovias Federais e Estaduais pavimentadas (BR-367 e MG-105) e sua localização geográfica é definida pelas coordenadas 40o 34' 11" W de longitude e 16o 36' 29" S de latitude. Rio do Prado faz limite ao norte e leste com o município de Rubim e Palmópolis, ao sul com o município de Bertópolis, e a oeste com Felisburgo (IBGE, 2012).

Segundo dados do Censo Demográfico de 2010, o município possuía população 5.213 habitantes. A área total do município é de 479,815 km², Índice

de Desenvolvimento Humano (IDH): 0,626. A sua densidade demográfica é de 10,87 (IBGE, 2012).

A cidade possui luz elétrica tanto na zona urbana como na rural. A maior parte da população, 99,89% tem cobertura por energia elétrica e 100% moram em casas de tijolo. O abastecimento de água é 95,59% realizado pela rede pública e 4,41% por poço ou nascente, o município tem 67,97% de domicílios com água tratada e 100% da população realiza filtração. A rede de esgoto abrange 64,32% dos domicílios e a coleta de lixo é feita regulamente. O destino do lixo é 95,71% feito pela coleta pública, 4,18% é queimado ou enterrado e 0,11% é jogado a céu aberto. O destino de fezes e urina é 92,20% feito por meio de fossa e 7,12% a céu aberto 0,68%. Apenas 0,7% das pessoas são coberta por planos de saúde (SIAB, 2012).

A cidade conta com a rede de telefonia da Oi, uma agência de correios e os bancos Itaú, Bradesco, Banco do Brasil e o SICOOB. A cidade de Rio do Prado promove diversas festas ao longo do ano, Carnaval com blocos locais, bandas que se apresentam em palcos para todos, inclusive para os municípios vizinhos que vem para prestigiar a festa. No mês de junho acontece a festa de São João, com quadrilhas de todas as faixas etárias, casamento da roça e apresentação de bandas para os participantes.

Em Agosto, acontece a festa do Padroeiro (Senhor Bom Jesus) com a realização de barraquinhas, leilões beneficentes e uma grande quermesse. No mês de Setembro, comemora-se a Semana da Pátria, onde é de costume a realização de uma grande maratona com vários atletas de toda região e de outros estados, logo após segue o desfile de Sete de Setembro das Escolas Municipais e Estaduais.

6.2 Caracterização da Unidade de Saúde Dr Jorge Juarez Ramires

O início da saúde de Rio do Prado ocorreu com a implantação do ambulatório Médico Dr^a. Antônia Araruna Vieira, que teve a presença dos auxiliares de enfermagem e vários profissionais de saúde, dentre eles merecem destaque: Dr. Rufino da Costa Ramos, primeiro médico a trabalhar e residir na cidade; Dr. Jorge Juarez Ramires, médico, que amava esta terra; Dona Bilú, grande parteira, pela qual nasceu grande parte da população; e um

casal de médicos, Dr. Raimundo e Dra. Antonia Araruna Vieira; e o Alcides Vieira se destacou como farmacêutico e enfermeiro, trabalhando em conjunto com a equipe. Eram pessoas capacitadas que forneciam atendimento à população.

Atualmente, o município de Rio do Prado é atendido por duas estratégias de saúde da família a ESF Dr. Jorge Juarez Ramires e Manoel Gamas e o ambulatório Dr^a. Antônia Araruna Vieira.

A ESF Dr. Jorge Juarez Ramires Rio do Prado foi implantada no ano de 2001, é localizada no centro da cidade, perto da Secretaria Municipal de Saúde e em frente ao ambulatório. A ESF antes funcionava junto com o ambulatório, mas atualmente possui sede própria, aguardando ampliação. A estrutura física é bem confortável, contando com uma copa, um consultório médico, um consultório de enfermagem, uma sala para os Agentes Comunitários de Saúde, uma sala para atendimento ginecológico, uma sala de triagem, uma sala de vacina, quatro banheiros, sendo um para portadores de necessidades especiais, uma sala de reuniões, um consultório odontológico, uma recepção e uma sala de espera.

O tipo de Equipe é ESF Saúde Bucal Modalidade um. A equipe dessa unidade é composta por um cirurgião dentista; uma enfermeira; um médico generalista; três técnicos de enfermagem; três auxiliares de saúde bucal; seis agentes comunitários de saúde; uma recepcionista e um auxiliar de serviços gerais (SIAB, 2012).

A unidade de saúde Dr. Jorge Juarez Ramires, oferece cobertura para 885 famílias, com 2.684 pessoas cadastradas na unidade, divididas em seis microáreas. Das pessoas cadastradas 1.335 são do sexo masculino e 1.349 do sexo feminino. Na faixa etária de 20 a 39 anos concentra-se o maior número de pessoas atendidas (N=706) e a faixa etária menor de um ano representa o menor número de pessoas (N= 35).

A Tabela 2 apresenta a população segundo a faixa etária e o sexo atendidos pela UBS Dr. Jorge Juarez Ramires, segundo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2012).

Tabela 2 População segundo a faixa etária e sexo na área de abrangência da equipe de saúde da família de Rio do Prado (MG). 2012

FAIXA ETÁRIA	Nº /MASCULINO	Nº/FEMININO
Menor que 1 ano	19	16
1 a 4 anos	79	84
5 a 6 anos	37	33
7 a 9 anos	59	51
10 a 14 anos	146	111
15 a 19 anos	122	101
20 a 39 anos	342	364
40 a 49 anos	176	192
50 a 59 anos	134	129
Maior que 60 anos	222	268
TOTAL	1.335	1.349

Fonte: SIAB-Municipal 2012

Em virtude da nova legislação dos planos de saúde e o crescimento populacional do município, a procura por assistência e pelos programas preventivos e educativos de saúde vem aumentando significativamente. Os serviços de saúde ofertados no município de Rio do Prado estão voltados para o atendimento das demandas que surgem na Atenção Primária à Saúde, conforme preconizado pela NOAS/2001 e pactuado no Termo de Compromisso e de Gestão/TCG (PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO DO PRADO, 2012).

A equipe atende a população local por meio de visitas domiciliares de toda a equipe de saúde; consultas médicas; consultas de enfermagem; consultas odontológicas; procedimentos de assistência de enfermagem na Unidade e de grupos operativos. A técnica de enfermagem realiza visita domiciliar aos acamados e entrega medicamentos. A equipe de saúde bucal realiza ações de promoção e prevenção nas instituições da área de abrangência (escolas, creche, casa da criança, Centro de Referência de Assistência Social - CRAS) por meio de visitas domiciliares e prestando atendimento clínico de acordo com as necessidades levantadas.

Os grupos operativos visam trabalhar com os hipertensos e os diabéticos e são realizados na sala de reuniões e também se utiliza o salão da igreja, para os pacientes que moram distante do posto de saúde. Esses grupos são realizados pela técnica de enfermagem e os agentes comunitários de saúde (ACS).

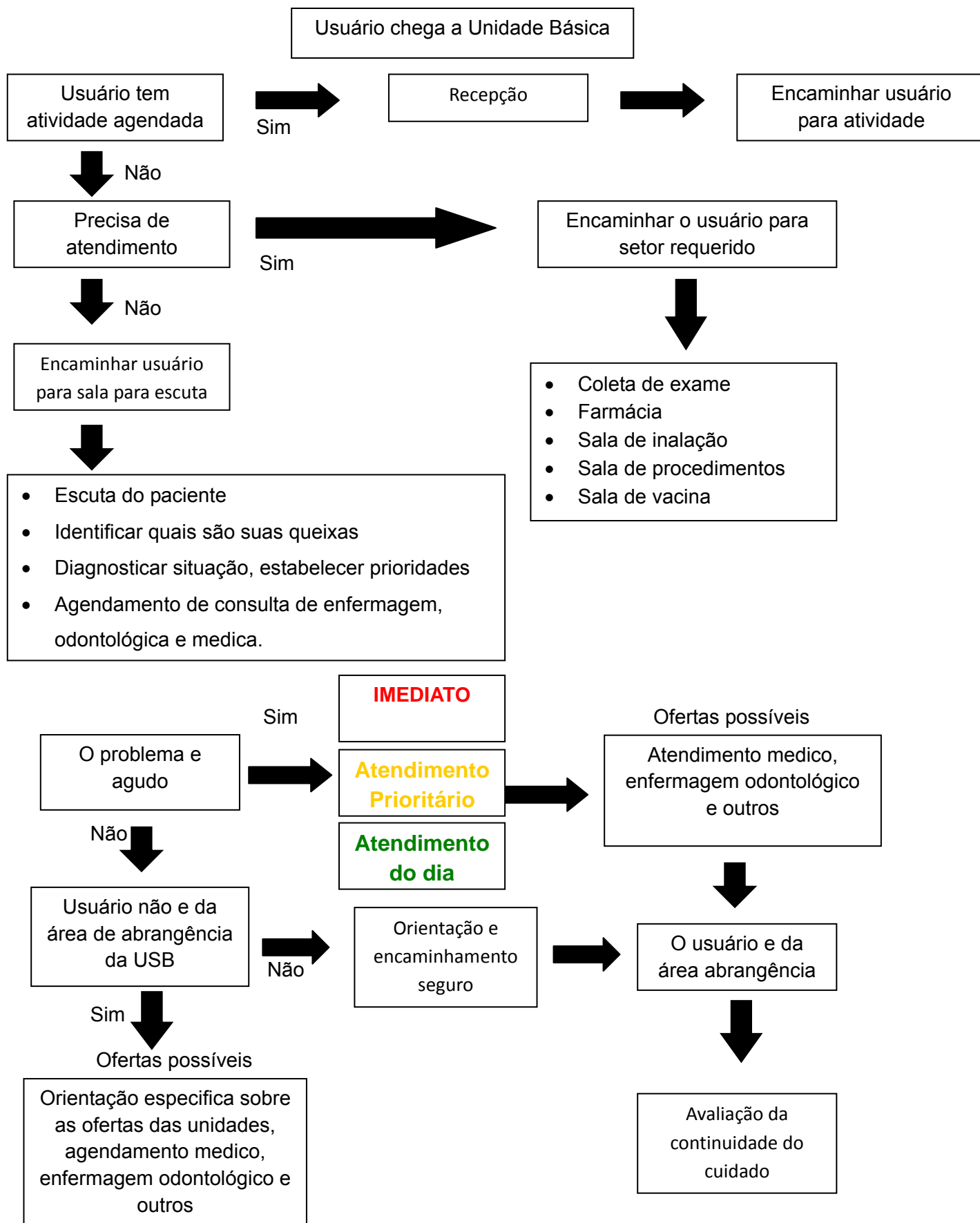
6.3 Fluxo de acolhimento da UBS Dr. Jorge Juarez Ramires

O fluxograma apresentado na próxima página busca representar um padrão de fluxo dos usuários na UBS Dr. Jorge Juarez Ramires, desde a chegada do paciente até o desfecho. Os serviços oferecidos pela Unidade são: acolhimento com classificação de risco; consulta médica, consulta de enfermagem, atendimento psicológico, fisioterapia, consulta odontológica, puericultura, prevenção do câncer do colo do útero, planejamento familiar, visitas domiciliares, pré-natal, acompanhamento de hipertensos e diabéticos, informação e educação em saúde, atividade física orientada por meio do projeto “Academia na Praça”, vacinação e encaminhamentos para as especialidades básicas, ginecologia e obstetrícia, cardiologia, ortopedista e pediatria e demais especialidades no Tratamento Fora Domicílio (TFD).

Na USB, a recepção é o primeiro contato da equipe com o usuário. É na recepção que é realizada a escuta qualificada, análise e definição de oferta de cuidado, com base na necessidade de saúde do usuário, seja esta oferta um agendamento, uma orientação ou uma intervenção. O enfermeiro realiza a primeira escuta, atendendo à demanda espontânea da população residente na sua área de abrangência e também os seus usuários agendados. O médico atende os casos agudos da sua área e também atende os usuários agendados. O técnico de enfermagem, quando o enfermeiro estiver realizando alguns procedimentos, pode realizar a escuta. A saúde bucal também participa do acolhimento, podendo os profissionais ter escuta qualificada, pois as queixas podem ter relação com a saúde bucal e necessitarem de uma avaliação específica (VIEIRA e SANTOS, 2011).

A equipe de saúde deve acolher e oferecer uma resposta positiva capaz de resolver os problemas daquele usuário que procurou a unidade. A acolhida consiste basicamente no encontro do usuário, que não possui consulta previamente agendada, com os profissionais de saúde, em um espaço reservado onde se dá a escuta da demanda desse usuário. O acolhimento dos usuários exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população, garantindo a segurança e os direitos em relação aos usuários e profissionais de saúde que trabalham no município de Rio do Prado.

Fluxograma - Da chegada à saída do usuário na UBS Dr. Jorge Juarez Ramires



6.4 Resultados do diagnóstico institucional

A ESF prevê que o profissional tenha compreensão e conhecimento dos determinantes e condicionantes da sua comunidade. É de suma importância que os profissionais conheçam quais são os problemas que sua comunidade enfrenta no seu dia a dia. Isso requer dos profissionais uma atitude diferenciada, pautada no respeito, na ética e no compromisso com as famílias pelas quais são responsáveis. Esse compromisso é obtido mediante a criação de vínculo de confiança e de afeto, atuando de forma participativa na construção de ambientes mais saudáveis no espaço familiar.

Os profissionais de saúde devem estar aptos a conhecer a população de uma forma bem mais ampliada ou, pelo menos, dispor de informações que lhes possibilitem reconhecer as condições de vida, tornando-se sujeito/profissional ativo do processo de trabalho. Um diagnóstico situacional passa então a ser um dos principais instrumentos para que a ESF consiga empenhar aquilo que é proposto pelo programa que é o desenvolvimento de ações para promover condições de saúde para a população atendida, atuando principalmente em áreas de risco. Partindo para execução do projeto de intervenção.

Na ESF Dr Jorge Juarez Ramires, encontramos algumas barreiras, porém superáveis. Observou-se um problema que acontece em quase todos os municípios pequenos, que é rotatividade dos membros da equipe médica. Isso dificulta o trabalho da equipe, pois até que o novo médico se adapte e conheça sua população leva um maior tempo. Isso acontece com muita frequência na Unidade Dr Jorge Juarez Ramires.

No cadastramento da população enfrentam-se dificuldades como capacitação insuficiente das equipes para operar e utilizar as informações produzidas. Outra dificuldade é a falha no processo de coleta, na periodicidade e no fluxo dos dados, uma vez que a fragmentação histórica dos sistemas de informações em saúde é fato. Em uma mesma unidade, vários dados são coletados de forma desarticulada, o que dificulta a atribuição de um significado aos mesmos, no sentido de torná-los informações importantes na produção de ações, aprimorar as formas de gerenciamento e controlar as ações realizadas. A unidade de saúde ainda atende famílias que não são cadastradas, que

residem fora da área de abrangência, na zona rural, isso acaba causando um grande problema, devido a sobrecarregar a equipe, levando a dificuldades de planejamento das ações de prevenção e promoção da saúde.

Um dos problemas identificado e enfrentado pela equipe é a dificuldade que os portadores de HAS têm em aderir ao tratamento farmacológico e não farmacológico da doença. Essa não adesão é caracterizada pela dificuldade em manter os níveis pressóricos controlados, mesmo após a introdução do tratamento. Nas visitas domiciliares, é comum encontrar hipertensos com níveis pressóricos de 200x130 mmHg e quando a equipe tenta intervir, perguntando se foi feito o uso da medicação naquele dia, a resposta é “não”, mas justificam que não estão sentindo nada e que, portanto, não há problema. Afirmam, ainda, que se sentirem algum sintoma eles procurarão o ambulatório.

Os grupos operativos ainda não funcionam adequadamente, principalmente o grupo de hipertensos. Mas com a chegada da enfermeira do programa de valorização do profissional da atenção Básica (PROVAB) as reuniões estão acontecendo e passaram a ser regulares, fazendo com que esta forma de atendimento esteja tendo uma grande aceitação pela população. Devido ao encerramento do programa, essas reuniões não são realizadas com a presença do profissional enfermeiro, só pela Técnica de enfermagem e um ACS não está havendo mais palestras educativas.

7 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O processo de planejamento se refere a um conjunto de princípios teóricos, procedimentos metodológicos e técnicas de grupo que podem ser aplicados a qualquer tipo de organização social que demanda um objetivo, de uma mudança situacional. O planejamento não trata apenas das decisões sobre o futuro, mas questiona principalmente qual é o futuro de nossas decisões (VIEIRA, 2013).

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) é utilizado como um instrumento de gestão para identificação e resolução de problemas, no qual se inserem atores sociais que participam efetivamente da situação. O PES possibilita a explicação de um problema a partir da visão do ator que o declara, a identificação das possíveis causas e a busca por diferentes modos de abordar e propor soluções. Na Estratégia de Saúde da Família, é necessário lançar mão de ferramentas como o PES para possibilitar a execução das etapas a serem seguidas (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010).

De acordo com Campos, Farias e Santos (2010), depois de discutido e realizado o diagnóstico situacional, é necessário que se construa uma proposta de intervenção na área de abrangência, para definição das ações, implementação e enfrentamento dos problemas identificados, seguindo passo a passo. A proposta de intervenção para o Unidade de Saúde de Rio do Prado foi elaborada por meio do Planejamento Estratégico Situacional Simplificado, de acordo com os passos a seguir:

✓ Primeiro passo

Foi realizado o levantamento de informações dos principais problemas apresentados no diagnóstico situacional da unidade Dr Jorge Juarez Ramires. Para priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional, a equipe foi convidada a se reunir e decidir junto, quais os problemas encontrados na ESF.

A equipe usou como critério para a identificação das prioridades o atributo "Importância", classificando cada item em alta, média ou baixa

importância. Utilizou-se o critério de pontuação segundo a “Urgência”, sendo possível nota de um a dez e quanto a “Capacidade de Enfrentamento da Equipe”, classificou-se a demanda está dentro, fora ou parcialmente nas possibilidades da equipe de solucionar os problemas. A classificação está condensada no quadro abaixo.

Quadro 1 Priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional na Estratégia Saúde da Família de Rio do Prado –MG

PRINCIPAIS PROBLEMAS	IMPORTÂNCIA	URGÊNCIAS	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO	SELEÇÃO
Prevalência de hipertensão arterial	Alto	08	Parcial	01
Alcoolismo	Alto	05	Parcial	03
Grande demanda de pessoas da unidade	Alto	07	Parcial	02
Alta prevalência de cárie dentária	Alto	06	Parcial	04
Desemprego	Alto	04	Fora	07
Falta de opções de lazer	Alto	05	Fora	10
Alta prevalência de transtornos da ansiedade e depressivos	Alto	04	Parcial	06
Grande demanda de pessoas da unidade	Alto	07	Parcial	02
Falta de visita domiciliar do médico e enfermeiro	Alto	06	Dentro	09
Acúmulo de lixo nos lotes	Médio	04	Fora	08

✓ Segundo passo

No segundo passo foi realizada a priorização de problemas. Após a identificação, tornou-se necessária a seleção daqueles problemas que seriam enfrentados, isso por que, dificilmente, todos poderão ser resolvidos ao mesmo tempo, devido a falta de recursos financeiros, humanos, materiais entre outros. Como critério de seleção foi considerada a importância do problema, sua urgência e a própria capacidade para enfrentá-los conforme o Quadro 2.

Quadro 2 Descritores do problema não adesão ao tratamento da hipertensão arterial.

DESCRITORES	VALORES	FONTES
Hipertensos Cadastrados 1	572	SIAB
Hipertensos acompanhados conforme protocolo 2	100	Registro da equipe
Hipertensos controlados 2	325	Registro da equipe
Hipertensos acompanhados 2	325	Registro da equipe
Obesidade/sobre peso 2	59	Registro da equipe
Sedentário 2	61	Registro da equipe
Antecedentes familiares 2	42	Registro da equipe
Tabagista 2	75	Registro da equipe

Nota: (1) SIAB

(2) Levantamento realizado pelos ACS.

Após análise dos problemas encontrados foi priorizada a baixa adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Devido a essa situação abranger outros problemas.

✓ Terceiro passo

Campos, Faria e Santos (2010) definem problema como sendo a diferença entre uma situação real e uma situação ideal ou desejada. Contudo,

uma situação só é problematizada quando um ator a define como inaceitável e, ao mesmo tempo, como passível de ser transformada na direção desejada.

Ainda no momento explicativo, no terceiro passo ocorreu a descrição do problema selecionado (adesão ao tratamento para hipertensão arterial). Foram definidos descritores e um indicador para que se pudesse avaliar a assistência prestada.

✓ **Quarto passo**

O quarto passo tem como objetivo entender a gênese do problema que se pretende enfrentar a partir da identificação das suas causas. Na unidade de saúde temos 572 pacientes hipertensos cadastrados. O controle dos fatores de risco é imprescindível para a redução das complicações fatais e não fatais das doenças cardiovasculares. Nem todos os pacientes cadastrados estão inseridos no protocolo pelo fato da rotatividade médica, conseqüentemente, percebemos ainda que muitos pacientes não recebem acompanhamento. Em consequência disso muitos acabam não aderindo ao tratamento.

✓ **Quinto passo**

No quinto passo, a equipe realizou uma análise capaz de identificar, entre as várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema. Para realizar essa análise utilizou-se o conceito de “nó crítico”: Para Campos, Faria e Santos (2010, p. 65), o nó crítico “é um tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz desimpactar o problema principal e efetivamente transformá-lo”.

Na presente proposta elencaram-se três nós críticos relacionado aos usuários: Nó crítico 1 - Baixo nível de conhecimento; Nó crítico 2 - Hábitos e estilos de vida inadequados da população; Nó crítico 3 - Não adesão ao tratamento por grande parte dos pacientes e falta do apoio familiar.

✓ Sexto passo

No sexto passo, momento normativo, foi realizado o desenho das operações, considerando os seguintes objetivos:

1. Descrever as operações para enfrentamento das causas selecionadas como nós críticos;
2. Identificar os produtos e resultados para cada operação definida e
3. Identificar os recursos necessários para a concretização das operações.

Quadro 3 Nos críticos da Unidade Dr Jorge Juarez Ramires

Nó Crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Baixo nível de Conhecimento e a falta de informação da população acerca da hipertensão arterial	Construindo Saber Aumentar o nível de informação da população sobre hipertensão arterial. Capacitação dos da equipe de saúde Dr Jorge Juarez Ramires	População mais informada sobre a hipertensão arterial tratamento medicamentos e não medicamentos Equipe capacitada para fornecer melhor atendimentos aos pacientes	Aumento de informação sobre a hipertensão arterial, e adesão ao tratamento anti-hipertensivo.	Cognitivos: Conhecimento sobre o tema. Políticos: parceria, mobilização social. Financeiros: disponibilização de materiais educativos relacionados a hipertensão arterial.
Hábitos e estilos de vida inadequados	Viver Melhor Modificar hábitos e estilos de vida da população . Principalmente alimentação e atividade física	-Diminuição do número de pessoas sedentárias em grande parte da população -Alteração dos hábitos alimentares em grande parte da população.	Programa de caminhada orientada; Programa alimentação saudável, com ênfase maior diminuição de sal e gorduras	Organizacionais : para organizar as caminhadas. Cognitivo: informações sobre o tema. Político: conseguir espaço local e articulação intersectorial. Financeiros: folhetos

				educativos, recursos áudio visuais relacionados à alimentação.
Não adesão ao tratamento por grande parte dos pacientes e falta do apoio familiar	Apoio familiar é essencial. Aumentar o nível de conhecimento dos familiares sobre a importância da adesão ao tratamento anti-hipertensivo.	Incluir o grupo familiar no contexto do tratamento e acompanhamento dos hipertensos.	Maior número de familiares participando e acompanhando o tratamento de hipertensão arterial.	Cognitivos: Conhecimento sobre o tema. Políticos: parceria, mobilização social, disponibilização de materiais. Organizacionais : organização da agenda.

✓ Sétimo passo

O objetivo do sétimo passo é identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação. Esses recursos encontram-se elencados no Quadro 4.

Quadro 4 Operação projetos e os recursos críticos

Operação/Projeto	Recursos críticos
Projeto Construindo Saber Aumentar o nível de informação da população sobre hipertensão arterial. Capacitação dos da equipe de saúde Dr Jorge Juarez Ramires	Financeiros: Para aquisição de cadernos para confecção de novos matérias para melhorar os grupos operativos Políticos: aprovação do projeto pelo coordenador da atenção primária. Treinamento aos profissionais de saúde sobre a hipertensão arterial.
Projeto Viver Melhor Modificar hábitos e estilos de vida da população Principalmente alimentação e atividade física	Financeiros: Para aquisição de recursos, folhetos, academia na praça, Políticos: aprovação do projeto pelo secretário de saúde.
Projeto Apoio familiar é essencial. Aumentar o nível de conhecimento dos familiares	Organizacional: para organizar os grupos de caminhada, orientação aos familiares sobre a importância a adesão ao tratamento. Políticos: mobilização social articulação

sobre a importância da adesão ao tratamento anti-hipertensivo	intersectorial entre profissionais envolvidos; Financeiros: para aquisição de recursos, materiais para oficinas, folhetos educativos; Cognitivos: interesse da equipe, estratégia de comunicação.
---	---

✓ Oitavo passo

No oitavo passo, momento estratégico, foi realizada a análise de viabilidade do plano. O autor que está planejando não controla todos os recursos necessários para a implementação de seu plano. Sendo assim, ele precisa identificar os atores que controlam recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para, então, definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano. A síntese desse passo encontra-se apresentada no Quadro 5.

Quadro 5 Propostas de ações para motivação dos atores

Operação/Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Construindo Saber Aumentar o nível de informação da população sobre hipertensão arterial	Financeiros: Adquirir materiais sobre hipertensão arterial, exemplos livros, confecção de planfetos Políticos: aprovação do projeto pelo coordenador da atenção primária. Adesão dos profissionais de saúde para trabalhar a promoção de saúde.	Coordenador da atenção primária à saúde.	Favorável	Não necessária
		Coordenador da atenção primária à saúde.	Favorável	
		Profissionais de saúde.	Favorável	

<p>Viver Melhor Modificar hábitos e estilos de vida da população.</p>	<p>Financeiros: Para aquisição de recursos folheto sobre alimentação saudável Políticos: aprovação do projeto pelo secretário de saúde.</p>	<p>Coordenador da atenção primária à saúde. Secretário Municipal de saúde. Lideranças locais.</p>	<p>Favorável Indiferente Indiferente</p>	<p>Apresentar o projeto para a secretaria municipal de saúde, conselho municipal de saúde, funcionários da Atenção Primária à saúde.</p>
<p>Apoio familiar é essencial Aumentar o nível de conhecimento dos familiares sobre a importância da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. ênfase maior na melhoria da qualidade de vida</p>	<p>Organizacional: para organizar os grupos de palestras educativas para famílias dos hipertensos, realizar busca ativa dos pacientes nas residências Políticos: mobilização social articulação intersetorial entre profissionais envolvidos; Financeiros: para aquisição de recursos materiais como para preparação de oficinas, folhetos educativos; Cognitivos: interesse da equipe, estratégia de comunicação.</p>	<p>Equipe de saúde, diretores das escolas locais, presidentes das associações comunitárias; Secretário de saúde, secretário de esportes, secretário de educação, presidentes das associações comunitárias; Secretário de saúde, secretário de esportes, secretário de educação. Equipe de saúde,</p>	<p>Favorável Favorável Favorável Favorável Favorável</p>	<p>Apresentar o projeto para a secretaria municipal de saúde, conselho municipal de saúde, funcionários da Atenção Primária à saúde, diretores das escolas, presidentes comunitários.</p>

		rádio local.		
--	--	--------------	--	--

✓ **Nono passo**

No nono passo, ainda no momento estratégico, consistiu na elaboração do plano operativo, com o objetivo de designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para execução das intervenções. O prazo proposto para realização do projeto foi de seis meses, de janeiro de 2013 a junho de 2013. A atribuição de tarefas e prazos encontra-se sumarizada no Quadro 6.

Quadro 6 Elaboração do Plano Operativo

Operação	Resultados	Prevalência e Epidemia adultos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Construindo Saber Aumentar o nível de informação da população sobre hipertensão arterial.	População mais informada sobre a hipertensão arterial. (tratamento medicamentoso e não medicamentoso)	Avaliar os níveis de informação sobre a hipertensão arterial, e adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Maior número de pacientes nos grupos operativos	Apresentar projetos para equipe. Estruturação das redes.	Agentes de saúde enfermeira da unidade Poliana Braga Enfermeira Secretária Municipal de Saúde.	

<p>Viver Melhor Modificar hábitos e estilos de vida da população.</p>	<p>Diminuir o número de pessoas sedentárias e obesos 50%. Incluir consultas do grupo HIPERDIA em mais um dia da semana com exames e medicamentos seguindo o protocolo</p>	<p>Avaliação do nível de informação da população sobre hábitos de vida saudável. Campanhas educativas na comunidade. Capacitação dos ACS e de cuidadores. Contratação de mais exames e consultas especializadas, compra de medicamentos que atende toda população</p>	<p>Apresentar projeto para equipe e comunidade. Estruturação de redes.</p>	<p>Medica da unidade Dr Rubia, Técnica de enfermagem Geani e Maniete Secretária Municipal de Saúde.</p>	<p>4 meses para o início das atividades.</p>
<p>Apoio familiar é essencial. Aumentar o nível de conhecimento dos familiares sobre a importância da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. ênfase maior na melhoria da qualidade de vida</p>	<p>Incluir o grupo familiar no contexto do tratamento e acompanhamento dos hipertensos. Famílias mais informadas sobre o risco da hipertensão arterial</p>	<p>Linhas de cuidado para o risco da hipertensão arterial, uso dos protocolos implantados</p>	<p>Apresentar projeto para equipe.</p>	<p>Secretária Municipal de saúde Agentes de saúde enfermeira da unidade Poliana Braga Enfermeira Janaína Pereira</p>	<p>3 meses para o início das atividades.</p>

✓ **Décimo passo**

No décimo passo, momento tático-operacional, é descrita a gestão do plano, cujos objetivos são desenhar um modelo de gestão do plano de ação, discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

Quadro 7 Acompanhamento do plano de Ação.

Operação Construindo Saber						
Coordenação: Enfermeira Janaina Pereira Lopes lima						
Operação	Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Apresentação do projeto	Programação mensal	Enfermeira	Dezembro 2012			
Aumentar o nível de informação da população sobre hipertensão arterial	Programação mensal	Enfermeira	Janeiro a Fevereiro de 2013			
Palestras educativas	Programação mensal	Enfermeira	Realizado uma vez no mês			
Capacitação das ACS.	Programação mensal	Enfermeira	Durante 2 meses			
Operação "Apoio familiar é essencial						
Coordenação: Janaina Pereira e Poliana Braga						
Operação	Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Apresentação do projeto	Programação mensal	Enfermeira	Janeiro 2013			
Incluir o grupo familiar no contexto do tratamento e acompanhamento dos hipertensos.	Programação mensal	Enfermeira	Janeiro e Fevereiro 2013			

Família mais informada sobre os risco da hipertensão arterial.						
Operação “Viver Melhor” Coordenação: Rubia Lemos						
Operação	Produtos	Responsável	Prazo	Situação	Justificativa	Novo Prazo
Apresentação do projeto	Programação mensal	Médica	Janeiro 2012			
Modificar hábitos e estilos de vida da população	Programação mensal	Médica	Janeiro a Fevereiro de 2013			

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial vem se destacando como a epidemia moderna nos dias atuais e se tornando um grande problema de saúde pública. Como relatado durante este trabalho, esta doença está cada vez mais crescente na população adulta. Explorar esse estudo se torna de fundamental importância, na qualidade de vida dos hipertensos.

Os desafios enfrentados pelas equipes de Saúde da Família Dr Jorge Juarez Ramires são muitos, porém observaram-se propostas de intervenção com potencial para solucioná-los. Os pacientes hipertensos são um desafio para a Unidade com relação à adesão ao tratamento.

É de suma importância que os atendimentos desses clientes na ESF foquem na realidade apresentada pelos mesmos, de tal modo que eles possam encontrar na equipe apoio e confiança. Desta forma, esses clientes poderão ser capazes de mudar seus hábitos e estilos de vida, realizar o tratamento e desenvolver as práticas de autocuidado, visando prevenir complicações garantindo uma melhoria na qualidade de vida.

O plano de ação se mostra uma ferramenta extremamente útil para auxiliar a equipe de saúde a lidar com os problemas do dia a dia da Unidade. Por meio dele, levam-se em conta todas as variáveis conhecidas do problema em questão, o que por si só, já facilita sua resolução. Mas vai além, pois propõe metas, estabelece prazos e avalia se houve êxito ou não.

A elaboração do plano de intervenção na ESF Dr. Jorge Juarez Ramires, foi de suma importância para poder traçar metas e ações a serem executadas por uma equipe multiprofissional proporcionando um atendimento humanizado a esses usuários, com a finalidade de manter seus níveis pressóricos dentro da normalidade seguindo os preceitos do Ministério da Saúde. Enfim sabemos que essa proposta de intervenção não resolvera todos os problemas, mas pode ser uma metodologia a ser adotada para lidar com os problemas já observados e para os próximos que forem surgindo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Hipertensão Arterial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2013.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos . Planejamento e avaliação das ações em saúde. **NESCON/UFMG** - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110 p.

CAVALCANTE, Margaret Assad *et al.* Qualidade de vida de pacientes hipertensos em tratamento ambulatorial. **Arquivo Brasileira Cardiologia**, São Paulo, v. 89, n. 4, Oct. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007001600006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 jul. 2013.

CHAVES, Emília Soares *et al.* Eficácia de programas de educação para adultos portadores de hipertensão arterial. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 4, Aug. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 ago. 2013.

COSTA, Elisa Maria Amorim; CARBONE, Maria Herminda. **Saúde da família: uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio Ltda, 2004.

FIUZ, Alessandra Rodrigues; BARROS, Nelson Filice de. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, Abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000400034&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 mar. 2013.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jul. 2013.

GARNELO, Luiza. Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, Dec.

2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001200032&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jul. 2013.

GIROTTO, Edmarlon *et al.* . Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, June 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 jul. 2013.

GUEDES, Maria Vilani Cavalcante *et al.* . Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista brasileira enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 6, Dec. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000600008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 jul 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE Cidades@. **O Brasil Município por Município**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=315510>. Acesso em: 07 de set. de 2012.

LESSA, Ines. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: tendência temporal. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, ago 2010 .2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000800001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 mar. 2013.

MASSIERER, Daniela *et al.* . Prevalência de hipertensão resistente em adultos não idosos: estudo prospectivo em contexto ambulatorial. **Arquivos Brasileiros Cardiologia**, São Paulo, v. 99, n. 1, jul 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012001000008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 mar. 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Qualidade de vida e saúde como valor existencial. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, July 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 jul 2013.

MUNIZ, Ludmila Correa *et al.* . Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, jun 2012 . Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 mar. 2013.

NAKAMOTO, Allyson Yukio Koda. Hipertensão Arterial Sistêmica. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 69, n. 4, p. 78-86, 2011. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5009>. Acesso em: 05 jul. 2013.

NEVES, Mario Fritsch. Hipertensão Arterial Sistêmica. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 69, n. 4, p. 78-86, 2011. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5009>. Acesso em: 05 jul. 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO DO PRADO. **Historia da cidade**, 2009. Disponível em: <http://www.riodoprado.mg.gov.br/portal1/demografia/mu_demografia.asp?ildMun=100131642>. Acesso em: 10 nov. 2012.

QUADROS, Alexandre Schaan de. Vivendo mais e melhor: qualidade de vida relacionada saúde. **Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva**, São Paulo, v. 21, n. 1, Mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2179-83972013000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 ago. 2013.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. SIAB- Secretária de Assistência a Saúde / DAB – DATASUS. **Secretária Municipal de Saúde de Rio do Prado-MG**. 20 mar. 2012.

VIEIRA, Ialane Monique dos Santos; SANTOS, Adriano Maia. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. **Revista Saúde pública**, Bogotá, v. 13, n. 4, Aug. 2011. Disponível em <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-. Acesso em: 07 ago. 2013.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800030&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 ago. 2013.