

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

REYNALDO ALFONSO OVIEDO

**CONTROLE E ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NA ESF TERRA**

Pólo Campos Gerais/MG

2015

REYNALDO ALFONSO OVIEDO

**CONTROLE E ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NA ESF TERRA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família como requisito parcial para obtenção do certificado de especialista.

Pólo Campo Gerais/MG

2015

Reynaldo Alfonso Oviedo

CONTROLE E ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ESF TERRA

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família como requisito parcial para obtenção do certificado de especialista

Orientadora: Mestra em enfermagem Marlene das
Graças Martins

Banca Examinadora

- Orientadora Prof^aM^a Marlene das Graças Martins
- Examinadora. Prof^aM^a Olinda Maria Gomes da Costa Vilas Boas

Aprovado em: Alfenas, 14 de dezembro de 2015

DEDICATORIA

Aos meus pais, pelo apoio, educação e ensino de a vida.

Aos meus filhos e minha esposa, fonte de motivação e incentivo em tudo o que faço

Aos meus colegas, pela cumplicidade.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Mestra em enfermagem, Marlene das Graças Martins pelo apoio, dedicação e paciência

À minha equipe, pela ajuda e participação.

À coordenação de Atenção Básica, pelo apoio

Resumo

O controle da Hipertensão Arterial está relacionado diretamente ao grau de adesão do paciente ao regime terapêutico, assim como da aquisição de hábitos saudáveis. O trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, teve como objetivo elaborar um plano de intervenção em na área rural do ESF (Estratégia Saúde da Família) Terra no município de Lambari/MG, para estimular e melhorar o controle e adesão ao tratamento do pacientes com HAS. Utilizou-se o método de planejamento estratégico situacional, para estabelecer os nós críticos, o desenho das operações, a identificação dos recursos críticos e por fim, analisou-se a viabilidade do plano e elaborou-se um plano de intervenção no sentido de estimular e melhorar o controle e a adesão ao tratamento desses pacientes, o conhecimento da doença e suas complicações. Considerou-se também que aprofundar o conhecimento sobre a doença é uma forma de organizar a abordagem dos pacientes hipertensos e seus familiares, como também, uma forma de trabalhar nas causas que impedem o controle e a adesão ao tratamento.

Palavras chave: Hipertensão Arterial, Atenção Básica à Saúde da Família, Saúde Família

Abstract

Control of Hypertension is directly related to the degree of patient compliance to treatment regimen, as well as the acquisition of healthy habits. The final project presented to the specialization course in basic care in family health at the Federal University of Minas Gerais , aims to draw up a contingency plan in the rural area of the FHS (Family Health Strategy) Land in the municipality of Lambari/MG to stimulate and improve the control and adherence to the treatment of patients with SAH. It was used the situational strategic planning method, to establish critical nodes, the design of operations, identification of critical resources and finally, analyzed the feasibility of the plan and has drawn up a contingency plan to stimulate and improve the control and adherence to the treatment of these patients, the knowledge of the disease and its complications. It was also considered that deepen the knowledge about the disease is a way to organize the approach of hypertensive patients and their families, as well as a way to work on the causes that prevent the control and adherence to the treatment.

Key words: Arterial hypertension, Basic care in health , Family Health

SUMARIO

	Página
1-INTRODUÇÃO.....	9
2-DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.....	11
3-. JUSTIFICATIVA	18
4-.OBJETIVOS -.....	19
5 METODOLOGIA.....	20
6- REFERENCIAL TEÓRICO-----	21
7-PLANO DE AÇÃO	24
8-CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
REFERÊNCIAS -----	35

1- INTRODUÇÃO

O município de Lambari encontra-se localizado a sul da capital Belo Horizonte, conta com uma área geográfica de 213, 139 km², sendo uma área geográfica rural muito extensa, cerca de 150 km² e cerca de 63 km² de zona urbana. Prefeito: Sergio Teixeira; Secretario Municipal de Saúde: Fabio Teodoro dos Reis; Coordenador da Atenção Básica: Vanessa Aparecida de Andrade; Coordenador da Atenção à Saúde Bucal: Líbia de Melo. População: 19.831 hab. (IBGE, 2015).

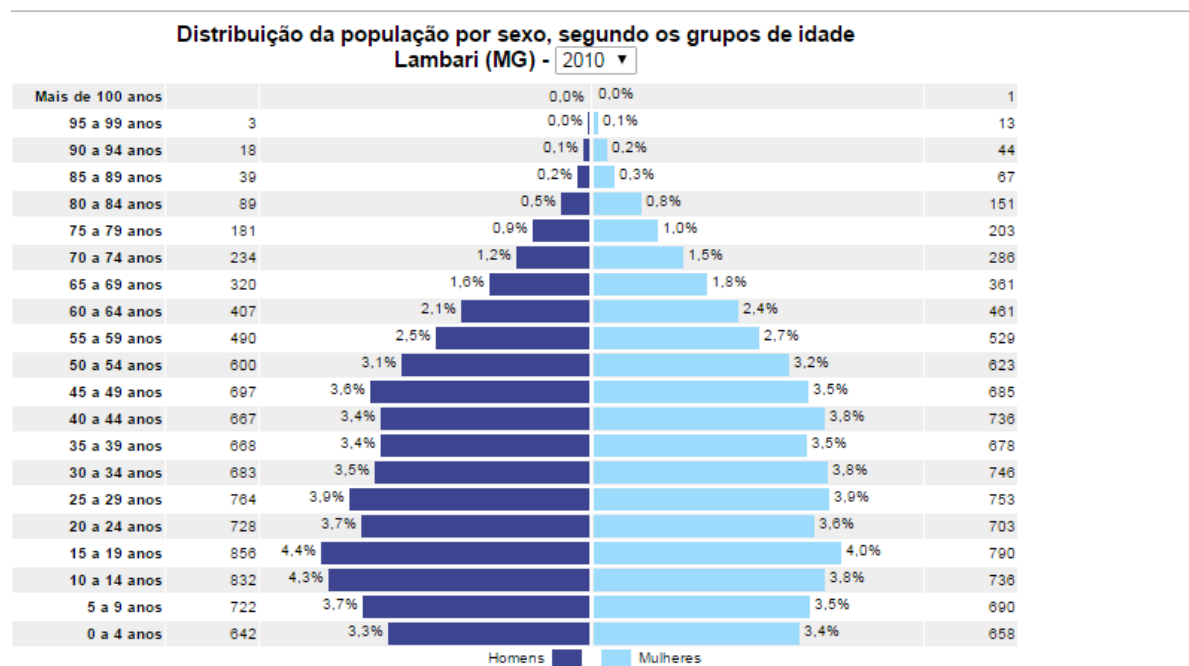
Histórico do Município

“Águas Virtuosas” foi o primeiro nome do município, inspirado exatamente na virtuosidade de suas fontes naturais. Segundo uma lenda local, o escravo africano Antônio de Araújo Dantas foi o primeiro descobridor de uma fonte dotada de raras qualidades curativas, apressando-se a levar a seu amo, o fazendeiro Antônio Alves Francisco, a nova desse importante achado. Dito fazendeiro tinha uma filha que na ocasião, sofria de moléstia dada por incurável e, como derradeira esperança, prontificou-se a levar a moça para junto da fonte recém-descoberta atendendo ao apelo insistente do jovem Tancredo, noivo da enferma. Vinte dias teriam bastado para a recuperação da jovem. Os pais, reconhecidos, mandaram erguer uma capela junto à fonte, e nesta capela casaram-se os dois enamorados, Tancredo e Cecília. Em torno da capela, surgiram as primeiras residências e, assim, de maneira romântica, teria nascido o povoado de “Águas Virtuosas”, mais tarde importante estância balneária. Menos lírica, no entanto, é a história dada como a verdadeira pelos estudiosos locais. Segundo documentação histórica apresentada por Armino Marins, em seu livro “Lambari, cidade de águas virtuosas”, a fonte foi descoberta pelo cidadão brasileiro (e não africano, como sugere a lenda) Antônio de Araújo Dantas, batizado na Igreja Matriz de Campanha, a 21 de fevereiro de 1741 de Campanha e Baependi. Sede na antiga povoação de Águas Virtuosas. Constituído de 2 distritos: Águas Virtuosas e Lambari. Instalado em 02-01- 1902. Em divisão administrativa referente ao ano de 1911, a vila é constituída de 2 distritos: Águas Virtuosas e Lambari. Elevado a condição de cidade com a denominação de Águas

Virtuosas, pela Lei estadual n.º 663, de 18-09-1915. Assim permanecendo nos quadros de apuração do recenseamento geral de I-IX-1920. Pela Lei estadual n.º 843, de 07-09-1923, o distrito de Lambari passou a chamar-se lambarizinho. Pelo Decreto estadual nº 9804, de 27-12-1930, o município de Águas Virtuosas tomou a denominação de Lambari (IBGE, 2008).

2- DIAGNOSTICO SITUACIONAL

Aspectos Demográficos



Características geográficas

Área	213, 139 km ²
População	19.831 hab. (2015)
Densidade	96,48 hab./km ²
Altitude	887 m
Clima	Tropical de altitude
Fuso horário	UTC-3

Fonte: IBGE, 2010.

Aspectos socioeconômicos

INDICADORES.

IDH-M	0,711 <i>alto PNUD/2010</i> ⁴
PIB	R\$ 219 589, 450 mil <i>IBGE/2011</i> ⁵
PIB per capita	R\$ 11 172,18 <i>IBGE/2011</i> ⁵

Fonte : Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM, 2010)

Agricultura: 62% do capital injetado no município vêm da agricultura principalmente da venda e exportação do café, se destacando ainda a pecuária e a produção de milho, feijão e banana. No final da década de 1970 iniciou o plantio de café em alta escala no município. A terra fértil, o clima favorável e a boa altitude topográfica, que varia de 887 a 1531 metros, possibilitou que o café produzido em Lambari alcançasse excelente qualidade sendo usado pelas grandes torrefadoras para corrigir outros cafés de bebida inferior. Lambari não possui grandes fazendas e a produção é feita pelos mais de 1.200 sítiantes do município, que produzem em média 150.000 mil sacas de café anualmente. Graças ao trabalho desenvolvido nesses últimos 30 anos a população rural de Lambari alcançou uma qualidade de vida semelhante a população rural de alguns países europeus (IBGE, 2010).

Indústria: 21% do capital injetado no município vem da indústria. Lambari tem mais de 30 microempresas, principalmente do setor de confecções e de metalurgia. Lambari possui o maior pólo sul mineiro de produção de artigos em aço inoxidável para a indústria de laticínios, química e farmacêutica, exportando seus produtos para todo o Brasil (IBGE, 2010).

Turismo: 15% do capital injetado no município vêm do turismo. Lambari possui um potencial turístico invejável. Além da maior vazão de água mineral gasosa do mundo (6 fontes diferentes jorrando 22 bicas d'água) e de seus 4 parques, a cidade oferece uma série de recursos para as modalidades de esportes radicais, tanto aquático, terrestre ou aéreo. Lambari possui 9 hotéis, sendo 4 de alto padrão, 12 pousadas e 7 restaurantes requintados. Apesar de a cidade ser um tanto quanto pequena possui

um grande e variado número de estabelecimentos comerciais e de prestação de serviços. Outros segmentos 2% do capital injetado no município vêm de outros segmentos (IBGE, 2010).

Características do território e da população adscritas a UBS.

O nível de alfabetização da população é de 98.47%. Os principais postos de trabalho são na agricultura, indústrias metalúrgicas, confecções, farmacêutica, química, sendo o turismo serviço geral. A comunidade possui diversos aglomerados. Muitos moradores vivem em casas cedidas pelo Estado. As causas de óbitos comuns na região são provenientes de doenças cardiovasculares e de incidência de câncer (IBGE, 2010).

-Recursos da comunidade: A comunidade conta com um hospital e Pronto socorro municipal, uma policlínica, 4 clínicas, 5 farmácias, e 3 laboratórios clínicos, tem 2 escolas e 1 creche. Possui serviço de iluminação pública e abastecimento de água, correios, bancos para 100% da população e nem toda população possui serviços de telefonia particular.

Sistema local de Saúde

Inserções na comunidade: O Sistema Único de Saúde (SUS) é fundamentado na assistência universal, integral e igualitária, preconizado pela Constituição da República de 1988. Em 25 anos de implantação a rede cresceu muito e atualmente atende 90% da população através de campanhas de vacinação, atendimentos ambulatoriais ou nos serviços de alta complexidade.

- O Conselho Municipal de Saúde (CMS): Tem como função atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive, aspectos econômicos e financeiros. Ele é composto por 32 membros efetivos e 32 suplentes. Destes, 16 são representantes de usuários, 08 de trabalhadores e 08 são representantes dos gestores e prestadores de serviços. O Conselho tem caráter deliberativo, ou seja, ele tem poder de decidir sobre a saúde pública no município de Lambari. Está previsto na lei federal 8.142/90, que normaliza e participação da

sociedade na saúde. O município tem que possuir um Plano, um Conselho e um Fundo Municipal de Saúde, para poder receber recursos da União. A Constituição Federal de 1988 garante o direito à saúde, através de um conjunto de ações e serviços, que deverão ser prestados de forma universal e igualitária à população. Estas ações serão financiadas através de recursos públicos sob a responsabilidade da sociedade e do poder público em suas três esferas de poder, devendo sua aplicação obedecer ao princípio da legalidade estabelecido em legislações pertinentes. Assim, a C.F de 1988 proíbe o início de programas ou projetos não incluídos na Lei Orçamentária Anual e a realização de despesas ou assunção de obrigações diretas que excedam os Créditos Orçamentários ou Adicionais (C.F/88, ART 167, Inciso I e II). Estas determinações constitucionais tornam o orçamento público um elemento obrigatório à administração pública Federal, Estadual e Municipal. Isto significa que mesmo dispondo de dinheiro em caixa, o Gestor Público não poderá gastá-lo se esse recurso não estiver previsto na Lei Orçamentária Anual ou crédito adicional financiável por esse recurso (IBGE, 2009).

Os Principais recursos do Fundo Municipal de Saúde são:

➤ Piso de Atenção Básica (PAB) fixo e variável, que corresponde a um valor por habitante, que financia a operacionalização de consultas médicas e odontológicas, atendimento ambulatorial e domiciliar, vacinação, educação para a saúde, planejamento familiar, pré-natal, parto domiciliar, atividades dos agentes comunitários de saúde e pequenas cirurgias.

➤ Estratégia Saúde da Família (ESF), que financia o serviço da equipe de saúde da família, sendo médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem que exercem suas funções nas unidades básicas de saúde e em visitas domiciliares.

➤ Agentes Comunitários de Saúde (ACS), para remuneração dos agentes que visitam os domicílios, cadastram famílias, estimulam ações preventivas de saúde, prestam esclarecimentos, mapeiam endemias e fazem a ligação entre essas famílias e os serviços públicos municipais de saúde.

➤ Programa Vigilância Sanitária (PVS), para fiscalização e controle de produtos, serviços e ambientes.

➤ Programa Combate às Carências Nutricionais, para incentivar o aleitamento materno

e reduzir e controlar a desnutrição infantil através de orientação nutricional, aquisição e alimentos e de complementos vitamínicos e minerais e acompanhamento nutricional.

➤ Assistência Farmacêutica Básica, que financia a aquisição e distribuição de medicamentos básicos aos usuários do SUS.

Além destes, há outros programas, como Vigilância Epidemiológica, AIH-SUS, Saúde Bucal, etc., que podem ser conhecidos no endereço eletrônico do Fundo Nacional de Saúde.

Estratégia de Saúde da Família

Implantação e Cobertura: Em Lambari, o acesso a saúde inicia-se a partir da atenção básica que se constitui por 6 equipes de ESF, os quais são locais onde o usuário recebe o primeiro atendimento, e ainda, são responsáveis pela prevenção e tratamento das doenças em um território determinado. Para isso, há programas direcionados à Hipertensão e Diabetes, Tuberculose e Hanseníase, Saúde do Idoso, Saúde da Mulher e gestantes, Crianças, Assistência Farmacêutica, Saúde Mental e Saúde Bucal. Por meio desses programas, da atuação da equipe médica, farmacêutica, de enfermagem e de assistência social e ainda pelos ACS são desenvolvidas as ações de promoção e recuperação da saúde. A ESF é um modelo assistencial da atenção básica definido pelo Ministério da saúde (MS). Cada equipe de saúde da família é responsável pelo atendimento da população em um território definido pelo município. Após a definição é realizado o diagnóstico dos principais problemas de saúde das comunidades e traçado estratégias específicas para a assistência. A abordagem do usuário é realizada dentro da família e da comunidade por uma equipe interdisciplinar.

Recursos humanos na ESF Terra: O nome de ESF Terra teve origem devido ao atendimento a população rural. A equipe de saúde é formada por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, 5 ACS e um médico.

A área de abrangência conta de uma população de 2385 pacientes, distribuídos em 765 famílias, espalhadas em três regiões: Região São Bartolomeu, Região do João e Região da Capelinha: cada uma com aglomeração de pessoas. Para o

desenvolvimento das atividades e assistência à saúde nessas regiões, cuja maioria possuem condições mínimas, faz-se necessário utilizar diariamente, um transporte para se chegar nas instalações adaptadas e inadequadas segundo as normas de vigilância sanitária.

Atividades Oferecidas: Acolhimento de consultas agendadas e de demanda espontânea, marcação de consultas especializadas, preventivos, visitas domiciliares, educação sanitária e procedimentos de enfermagem.

População: População total: 2385

Nível de Alfabetização; 95.66 %

Famílias cadastradas; 765

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Quadro 1 – Aspectos Demográficos População ESF Terra

FAXA ETARIA	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
- 1 ano	12	17	29
1-4	43	45	88
5-6	40	46	86
7-9	47	55	102
10-14	109	129	239
15-19	79	84	163
20-39	260	268	528
40-49	226	256	482
50-59	181	198	379
60 e +	132	158	290
Total	1129	1256	2385

Fonte: Sistema de Informação em Atenção Básica, 2015

Aspectos Epidemiológicos: A equipe tem cadastrados 358 pacientes com HAS, e 77 com Diabetes Mellitus. Existe um controle inadequado e baixa adesão ao tratamento dos pacientes com doenças crônicas, principalmente, os pacientes hipertensos. Essa realidade é motivo de preocupação já que em estudo realizado no município, as causas de mortalidade principais são:

-Insuficiência Cardíaca e Infarto Agudo do miocárdio em pessoas hipertensas na faixa etária de 60 a 70 anos.

- Complicações por Diabetes na faixa etária de 60 a 70 anos

3- JUSTIFICATIVA

A HAS é o fator de risco cardiovascular corrigível mais freqüente, o seu tratamento e controle assumem importância central nas estratégias preventivas e reconhece-se a importância da aquisição de hábitos saudáveis. No entanto, é uma doença crônica de difícil controle e a WHO estima que cerca de três quartos das pessoas portadoras de HAS, não atingem valores ótimos de PA. A equipe do estudo não escapa dessa problemática e temos pacientes com HAS com controle inadequado e baixa adesão ao tratamento. Consideramos após de análise dos problemas levantados, condições de fazer um Projeto de Intervenção para promover e melhorar o controle e a adesão ao tratamento desses pacientes (ANDRADE, 2002).

4- OBJETIVOS

Objetivo geral

-Elaborar um projeto de Intervenção para melhorar o controle e adesão ao tratamento de HAS nos pacientes do ESF Terra.

Objetivos específicos

-Identificar os pacientes com controle inadequado e baixa adesão ao tratamento de HAS.

-Desenvolver ações educativas junto aos hipertensos, considerando os fatores inerentes ao paciente, a doença, ao tratamento e aos serviços de saúde que influenciam nessa baixa adesão e falta de controle da doença.

5- METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção será utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional - PES conforme os textos da seção 1 do módulo de iniciação científica e seção 2 do módulo de Planejamento e uma revisão da literatura sobre o tema usando as bases de registros bibliografias eletrônicas LILACS e SciELO. A proposta será desenvolvida na área de abrangência do PSF Terra situada na zona Rural responsável pela cobertura 765 famílias com população de 2385 de eles 1842 adultos onde 358 são pacientes hipertensos cadastrados. Os descritores são: Hipertensão arterial sistêmica, Saúde da família.

6- REFERENCIAL TEÓRICO

A HAS é considerada um problema de saúde pública devido a sua elevada prevalência, grande dificuldade no controle dos níveis pressóricos dos pacientes e dependente dos fatores relacionados a produção da doença. A Atenção Básica à Saúde é fundamental para atividades de prevenção e promoção, diagnóstico precoce, controle e tratamento, os quais são medidas essenciais para redução da morbimortalidade das doenças Cardiovasculares. (JARDIM, et al ,2007).

Segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), são hipertensos os adultos cuja pressão arterial sistólica (PAS) atinge valores iguais ou superiores a 140 mmHg e/ou cuja pressão arterial diastólica (PAD) seja igual ou maior que 90 mmHg, em duas ou mais ocasiões, na ausência de medicação anti-hipertensiva. Foram classificados como PA normal registros inferiores a 130/85 mmHg, e PA ótima valores inferiores a 120/80 mmHg.

Vários são os fatores que podem estar associados ao aumento da prevalência de HAS. Pode-se sinalar os fatores de risco como o sedentarismo, estresse, ingestão de álcool, tabagismo, obesidade, maus hábitos alimentares, além de outros fatores não modificáveis como a idade, raça e o sexo. Entre estes, um aspecto que merece destaque na população brasileira é a dificuldade para modificação dos hábitos alimentares e do estilo de vida, como a falta de prática de atividade física, que indica exposição cada vez mais intensa a riscos cardiovasculares (JARDIM, et al ,2007).

Segundo o Ministério da Saúde (2015), um dos principais desafios da ESF é desenvolver uma dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde em relação à comunidade, entre os diversos níveis e complexidade assistencial. A ESF deve assumir o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades. Além disso, identificar os fatores de risco aos quais ela está exposta, intervindo de forma apropriada. Uma vez diagnosticada a HAS, deve-se planejar ações de monitorização em intervalos regulares, seguimento em consultas, visitas domiciliares. A HAS é uma condição

para o resto de a vida e a meta da ESF é evitar a morte e as complicações no sentido de manter a pressão arterial mais baixa que 140/90 mmHg.

Na HAS, 95 % dos casos são de fatores primários ou essenciais e 5 % de fatores secundários. A elevação prolongada da pressão arterial lesiona os vasos sanguíneos por todo o corpo, principalmente em órgãos-alvo, como o coração, rins, cérebro e olhos, além de provocar espessamento e perda de elasticidade das paredes arteriais e aumento da resistência vascular periférica nos vasos acometidos. As conseqüências usuais da hipertensão descontrolada prolongada são o infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca e renal, acidentes vasculares cerebrais e visão prejudicada. O ventrículo esquerdo do coração pode ficar aumentado (hipertrofia ventricular esquerda), à medida que age para bombear o sangue contra a pressão elevada (POTTER & PERRY, 2001); (SMELTZER E BARE, 2006).

Oliveira (2004), enfatiza que a HAS somente passa a provocar sintomas quando os órgãos-alvo começam a não mais suportar as alterações que sofreram para se adaptar aos níveis tensionais elevados. Entretanto, tais alterações não são precoces, surgem geralmente após mais de dez anos de presença da doença através de complicações graves, fato justificado pela evolução assintomática que a HAS apresenta. Infere ainda o autor, que se deve ter como objetivo uma conduta preventiva que pode ser conseguida mediante o diagnóstico precoce e o tratamento da HAS.

Para o controle da HAS faz-se necessário uma boa adesão ao tratamento, farmacológico e não farmacológico. A adesão ao tratamento pode ser caracterizada como o grau de comportamento do indivíduo, em termos de tomar o medicamento, seguir a dieta, realizar mudanças no estilo de vida e comparecer às consultas de acompanhamento. Vários fatores podem dificultar a adesão do paciente: doença, tratamento, fatores sócio-econômicos, ocupação, estado civil, religião, crenças de saúde, família, hábitos de vida e culturais, os quais devem ser considerados (SARMENTO, 2004).

A relação médico/paciente deve ser a base para o sucesso do tratamento anti-hipertensivo, tanto pela informação ao paciente, como em relação a prescrição do medicamento, horário e dose certa. A participação de vários profissionais da área da saúde, com uma abordagem multidisciplinar, pode facilitar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e conseqüentemente aumentar o controle da HAS.

O posicionamento e apoio da família também são fundamentais para as mudanças nos hábitos de vida do hipertenso para a realização de atividades físicas, manutenção da dieta adequada e uso correto dos medicamentos. Além disso, quando se tem um hipertenso na família, todos os demais membros devem se preparar para colocar em prática medidas de vida saudáveis precocemente, pois, a chance de também desenvolver hipertensão arterial é muito grande (SARMENTO, 2004).

7 - PLANO DE AÇÃO

Primeiro Passo: Identificação dos problemas

Após a análise das condições de vida da população da ESF, concluiu-se que a população da área rural possui características muito específicas, costumes, hábitos e estilo de vida diferentes da população da área urbana. Os problemas identificados no diagnóstico situacional pela equipe foram:

- Controle inadequado e baixa adesão ao tratamento dos pacientes com HAS;
- Risco Cardiovascular aumentado;
- Maus hábitos alimentares e estilos de vida inadequados;
- Elevado consumo de drogas psicoativas;
- Problemas de Saúde Ambiental.

SEGUNDO PASSO: Priorização dos problemas

Quadro 2 – Classificação de prioridades para os problemas identificados em ESF.
Terra

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Falta de controle e baixa adesão ao tratamento dos pacientes com HAS	Alta	7	Parcial	1
Risco Cardiovascular aumentado	Alta	6	Parcial	2
Maus hábitos de alimentares e estilo de vida inadequados	Alta	6	Parcial	3
Elevado consumo de drogas psicoativas	Alta	5	Parcial	4

Problemas de saúde Ambiental	Alta	5	Parcial	5
------------------------------	------	---	---------	---

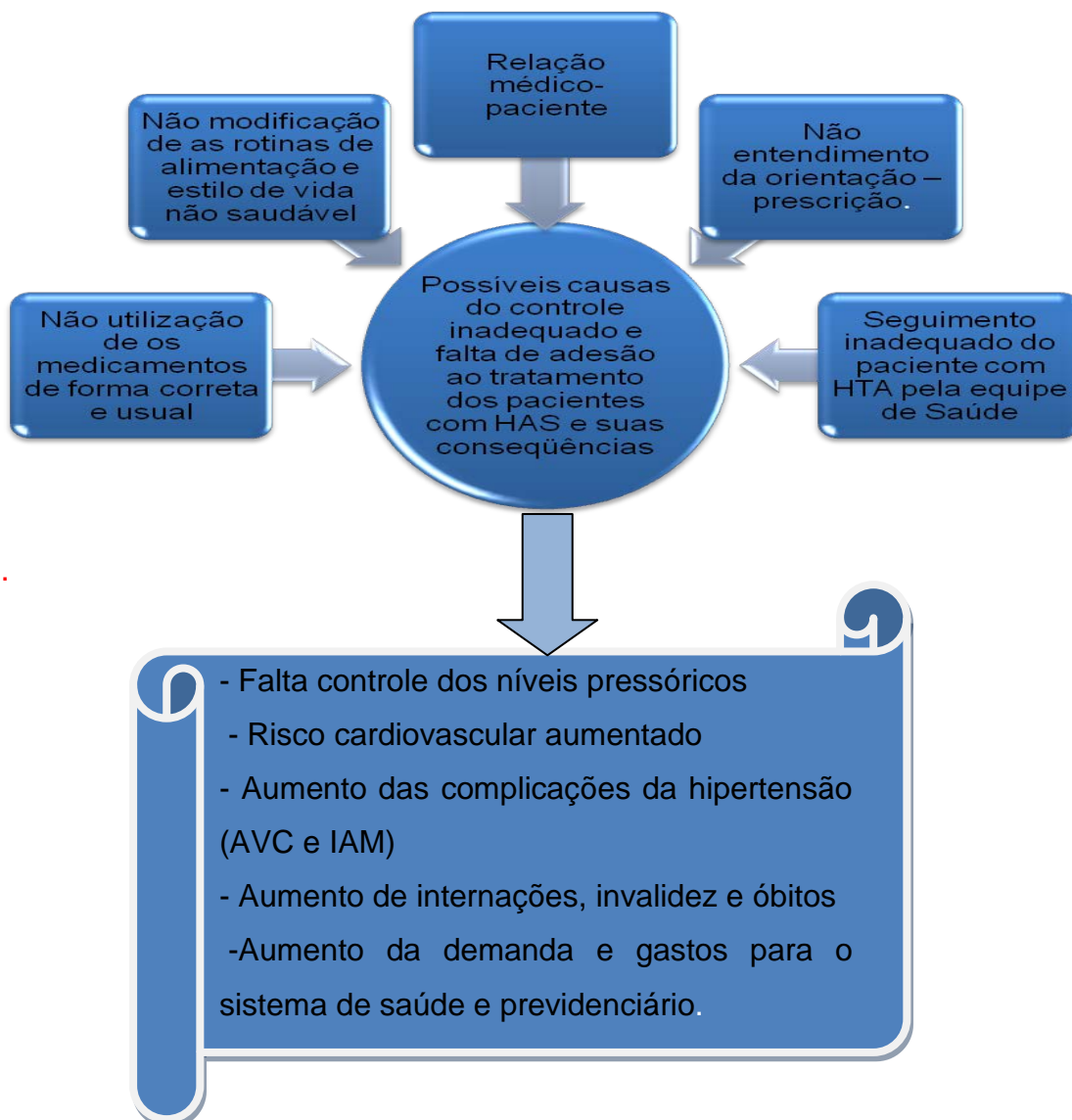
TERCEIRO PASSO

Descrição do Problema

O trabalho como ESF atendendo as diretrizes do SUS é muito recente na população rural. O vínculo entre os hipertensos, a família e a equipe de saúde é essencial para o acompanhamento sistemático e integral. Assim, faz-se necessário promover mudanças nos pacientes com HAS, aumentando o conhecimento acerca da doença, levando o tratamento não farmacológico e farmacológico para que possa evitar as complicações futuras. A população adscrita tem 2385 pessoas, sendo que 1842 são maiores de 15 anos, desses 358 pessoas são hipertensos cadastrados, sendo 285 pessoas acompanhadas, 147 controlados e com adesão ao tratamento e 138 pessoas descontrolados e sem adesão ao tratamento. Ressalta-se que as principais causas de morte são a Insuficiência Cardíaca e Infarto Agudo do miocárdio em pessoas hipertensas, na faixa etária de 60 a 70 anos. O 48 % dos pacientes hipertensos com controle inadequado e falta de adesão ao tratamento constituem um problema importante para equipe de saúde.

QUARTO PASSO: Explicação do Problema

Figura 1: Possíveis causas do controle inadequado e falta de adesão ao tratamento dos pacientes com HAS e suas conseqüências:



Quinto Passo: Identificação dos nós críticos.

Após a identificação das causas que levam os pacientes com HAS ao controle inadequado e falta de adesão ao tratamento, encontramos situações relacionadas com o problema principal sobre o qual a equipe tem alguma possibilidade de ação mais direta e que pode ter importante impacto sobre o problema escolhido. Vejamos quais foram os problemas considerados “nós críticos” pela Equipe:

- 1- Hábitos e estilos de vida inadequados
- 2- Baixo nível de informação
- 3- Estrutura inadequada dos serviços de saúde;
- 4- Processo de trabalho inadequado da equipe de saúde.

SEXTO PASSO

Quadro 3

Desenho de operações para os “nós” críticos- Controle inadequado e falta de adesão ao tratamento dos pacientes com HAS

Nó crítico	Operação/ projeto	Resultados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados	Modificar estilo de vida.	Diminuir em 70 % o tabagismo, obesidade, maus hábitos alimentares, alcoolismo.	Campanhas na rádio, escolas, fazer palestras, programas de saúde.	Audiovisuais, organizar caminhadas Folhetos educativos.
Baixo nível de informação.	Aumentar o nível de informação da população sobre HAS	Aumentar o nível de informação da população.	. Campanhas educativas (palestras, a radio, folhetos, Capacitação	Cognitivo; Conhecimento Sobre estrutura de comunicação e Organizacional.

				Articulação Intersectorial (parceria com o setor educacional e mobilização social).
Falta de estrutura dos serviços de saúde.	Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento do pacientes com HAS e risco	Garantia de medicamento e exames previstos nos protocolos para os pacientes de risco.	Capacitação de pessoal compra de medicamentos e exame, consultas especializadas.	Aumento de consultas e exames, destinando recursos financeiros e humanos.
Processo de trabalho inadequado da equipe de saúde para a assistência à HAS	Implantar a linha cuidada para os pacientes HAS e com risco cadastro dos 100% da população,	Cobertura da população com HAS e com risco	Linha de cuidado para os pacientes HAS implantada; protocolos implantados; recursos humanos capacitados; regulação implantada; gestão da linha de cuidado.	Cognitivo → elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos; Político → articulação entre os setores da saúde e adesão profissionais; Organizacional → adequação de fluxos (referência e contra-referências).

SÉTIMO PASSO: Identificação dos recursos críticos

Após o desenho das operações para os “nós” críticos, em conjunto com a equipe de saúde, identificamos os recursos críticos que devem ser utilizados em cada operação. São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis.

Quadro 4: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema- controle inadequado e falta de adesão ao tratamento os pacientes com HAS

Operação/Projeto	
+ Saúde	Vontade política, ganhar espaço e conseguir a participação dos meios de comunicação, financeiro para a garantir de folhetos educativos, recursos audiovisuais.
Saber +	Participação política e articulação intersetorial
Cuidar Melhor	Gestão política, encaminhada aumentar infraestrutura para o melhoramento dos serviços
Linha de cuidado	Financeiro > recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos). Político > articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.

Tendo definido as operações para enfrentamento dos nós críticos do problema identificado, precisamos identificar os atores que controlam recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema, para definir operações/ações estratégicas, capazes de construir viabilidade para o plano ou motivar o ator que controla os recursos críticos.

OITAVO PASSO:

Quadro 5 - Propostas de ações para a motivação dos atores

Operação/Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégicas
		Ator que controla	Motivação	

+ Saúde Modificar hábitos e estilos de vida	Vontade política, ganhar espaço e conseguir a participação dos meios comunicação. Financeiros, para garantir folhetos educativos e recursos audiovisuais	Setor de Comunicação Social	Favorável	
Saber + Melhorar nível de informação da população com HAS e complicações	Participação política e articulação intersetorial	Secretaria de Educação	Favorável	
Cuidar Melhor Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento do pacientes com HAS e riscos	Gestão política, encaminhada aumentar infraestrutura para o melhoramento dos serviços	Prefeito Municipal, Secretário de saúde Secretaria municipal de Saúde	Favorável	Apresentar projeto de estruturação de rede
Linha de cuidado Implantar a linha cuidado para os pacientes HAS e com risco e cadastro dos 100% da população,	Financeiro > recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos). Político > articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.	Secretário de saúde	Favorável	

NONO PASSO: Elaboração do plano operativo

Quadro 6 - Plano Operativo

Operações	Resultados	Produtos	Ação estratégicas	Responsável	Prazo
+ Saúde Modificar hábitos e estilos de vida inadequados	Diminuir 50 % de tabagismo, obesidade, maus hábitos alimentares, alcoolismo	Programa de caminhada, campanha educativa na radio local		Reynaldo Valeria	3 meses para o inicio das atividade
Saber + Melhorar nível de informação da população hipertensa	Aumentar o nível de informação de a população.	Avaliação do nível de informação de a população sobre HAS e riscos		Reynaldo Valeria	Inicio em 4 meses e termino em 6 meses
Cuidar Melhor Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento do pacientes com HAS e riscos	Garantir ofertas de consulta a demanda, Exame e medicamentos definidos nos protocolos 100%	Equipamento da rede, contratação de compras de exames e consultas especializadas e compra de medicamentos	Apresentar projeto de estruturação de rede	Coordenador de ABS	4meses para apresentar o projeto 8 meses para aprovação e liberação dos recursos
Linha de cuidado Implantar a linha cuidada para os pacientes com HAS e riscos cadastro dos 100% da população,	Cobertura de 100 % da população HAS e riscos	Linha de cuidado para pacientes hipertensos e protocolos implantados		Coordernador da ABS	Inicio em 3 meses e finalizado em 12 meses

DECIMO PASSO: Gestão do plano

Quadro 7 - Planilha para acompanhamento de projetos

Opercao ´ + Saude					
Produto	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
1- Programa de caminhada	Reynaldo Valeria	3 Meses	Em execução		
2.- Campanha educativa na rádio local	Reynaldo Valeria	3 Meses	Em execução		

Opercao ´ Saber +					
Produto	Responsavel	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
1- Avaliação do nível de informação da população sobre HAS e riscos	Reynaldo Valeria	Inicio em 4 meses e termino em 6 meses	Projeto de avaliação elaborado		

Operação Cuidar melhor					
Produto	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
1- Equipamento da rede	Coordenador de ABS	12 meses	Projeto elaborado e submetido ao CMS		
2- Compras de exames e consultas especializadas - compra de medicamentos	Coordenador Da ABS	4meses para apresentar o projeto 8 meses para aprovação e liberação dos recursos	Projeção de demanda e estimativa de custos realizados		

Operação Linha de cuidado					
Produto	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
1- Linha de cuidado para pacientes com HAS.	Coordenador da ABS	Início em 3 meses e finalizado em 12 meses	Projeto elaborado e submetido ao CMS		
2- Protocolos implantados	Coordenador da ABS	Início em 3 meses e finalizado em 12 meses	Projeção de demanda e estimativa de custos realizados		

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Com o estudo realizado, constatou-se que o município Lambari/ MG possui dentre as principais causas de morte, a Insuficiência Cardíaca e o Infarto Agudo do miocárdio em pessoas hipertensas, na faixa etária de 60 a 70 anos. Além disso, observou-se que na ESF rural Terra, o grande problema é a falta de controle e de adesão ao tratamento em 48 % de pacientes com HAS. Face essa realidade, determinou-se a factibilidade de elaborar um plano de intervenção, no sentido de estimular e melhorar o controle e a adesão ao tratamento desses pacientes, o conhecimento da doença e suas complicações. Considerou-se também que aprofundar o conhecimento sobre a doença é uma forma de organizar a abordagem dos pacientes hipertensos e seus familiares, como também, uma forma trabalhar nas causas que impedem o controle e a adesão ao tratamento dos pacientes com HAS.

REFERÊNCIAS:

ANDRADE, J.P; et al..Aspectos epidemiológicos da aderência ao paciente com hipertensão arterial sistêmica. **Arq. Brás. Cardiol**, São Paulo, v. 79, n. 4, p. 375 - 379, 2002.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estadística-IBGE. **Divisão Territoriais do Brasil e Limites Territoriais**. 2008. Disponível em : <http://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=31560> /. Acesso em: 27 Out. 2014.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICA-IBGE.Indicadores sociodemográficos e de saúde. Lambari ,2009. . Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=313780&search=||in fogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>>. Acesso em :10 Nov. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICA-IBGE. Censo Demográfico .Lambari.,2010 . Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=510523>>. Acesso em :4 Maio. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICA-IBGE. Lambari ,2015. Disponível em: < <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang>>. Acesso em 12 Nov. 2015.

JARDIM P.C.V, et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arq Bras Cardiol** ,São Paulo, v. 88, n. 4, p 452-7. 2007.

OLIVEIRA,N.M.C.M. **Prevalência e fatores de risco da hipertensão arterial numa comunidade de periferia urbana no município de João Pessoa,PB**. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

POTTER,P.A.; PERRY,A.G. **Grande tratado de enfermagem prática**. São Paulo, 3ºed.: Editora Santos livraria, 2001

SARMENTO,Z.G.P. **Crenças relacionadas à adoção da dieta para controle da hipertensão arterial**. 2004. Monografia (Curso de Especialização em Saúde da Família). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. .

Sociedade Brasileira de Cardiologia. V diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. **Arq Bras Cardiol**. 2007; 89 (3): e24-e79.

SMELTZER,S.C.; BARE,B.G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**,10 ed,: Rio de janeiro Editora Guanabara Koogan, 2006