

**UNIVERSIDAD FEDERAL DE ALFENAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA SAÚDE DA FAMÍLIA**

DALILA CASTILLO HERMIDA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O CONTROLE
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL PARA ADESÃO AO TRATAMENTO,
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA 2- PIRANHAS - ALAGOAS**

MACEIÓ- ALAGOAS

2017

DALILA CASTILLO HERMIDA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O CONTROLE
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL PARA ADESÃO AO TRATAMENTO,
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA 2- PIRANHAS- ALAGOAS**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica Saúde da Família, Universidade Federal de Alfenas, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

MACEIÓ- ALAGOAS

2017

DALILA CASTILLO HERMIDA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O CONTROLE
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL PARA ADESÃO AO TRATAMENTO,
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA 2- PIRANHAS**

Banca Examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 28/07/2017

DEDICATORIA

Dedico este trabalho aos meus filhos que são minha inspiração.

Ao meu esposo por todo seu amor, apoio e dedicação.

Aos meus pais e irmãos por estarem sempre presentes em todos os momentos importantes de minha vida.

AGRADECIMENTOS

A minha professora Matilde por todas as orientações e ajuda oferecida.

A toda minha equipe de saúde pelo acolhimento e comprometimento com o projeto.

Ao Programa Mais Médico para o Brasil, pela possibilidade de desenvolvimento pessoal.

Ao povo de Piranhas que me inspirou para a realização deste trabalho.

A Deus por mostrar-me o caminho certo.

“Se quisermos um mundo de paz e de justiça deve se colocar decididamente a inteligência a serviço do amor”

Antoine de Saint-Exupéry (1900-1944)

RESUMO

O tratamento correto da Hipertensão Arterial Sistêmica é fundamental para seu controle, tendo em vista que pressões elevadas podem ocasionar graves complicações e constituem um fator de risco para outras doenças. Sabe-se, entretanto, que a não adesão ao tratamento é comum entre as pessoas hipertensas o que foi comprovado por meio do diagnóstico situacional na área de abrangência do Programa Saúde da Família 2, em Piranhas - Alagoas. Este estudo objetivou elaborar uma proposta de intervenção para a melhoria da adesão de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica ao tratamento, na comunidade atendida pela Equipe do PSF 2 "Audalio Brasileiro" do município de Piranhas- Alagoas. Para fundamentar a proposta foi feita pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde com os descritores: hipertensão, educação e adesão. Também foram pesquisados Programas do Ministério da Saúde. A proposta de intervenção se baseou no Planejamento Estratégico Situacional com detecção do problema, seleção dos nós críticos, desenho das operações, identificação dos recursos críticos, análise da viabilidade do plano. Espera-se com a implementação das ações propostas melhorar o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica com uma correta adesão ao tratamento anti-hipertensivo dos pacientes atendidos na nossa área e, assim, que eles possam viver com melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Hipertensão. Educação. Adesão.

ABSTRACT

O tratamento correto da Hipertensão Arterial Sistêmica é fundamental para seu controle, tendo em vista que pressões elevadas podem ocasionar graves complicações e constituem um fator de risco para outras doenças. Sabe-se, entretanto, que a não adesão ao tratamento é comum entre as pessoas hipertensas o que foi comprovado por meio do diagnóstico situacional na área de abrangência do Programa Saúde da Família 2, em Piranhas - Alagoas. Este estudo objetivou elaborar uma proposta de intervenção para a melhoria da adesão de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica ao tratamento, na comunidade atendida pela Equipe do PSF 2 "Audalio Brasileiro" do município de Piranhas- Alagoas. Para fundamentar a proposta foi feita pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde com os descritores: hipertensão, educação e adesão. Também foram pesquisados Programas do Ministério da Saúde. A proposta de intervenção se baseou no Planejamento Estratégico Situacional com detecção do problema, seleção dos nós críticos, desenho das operações, identificação dos recursos críticos, análise da viabilidade do plano. Espera-se com a implementação das ações propostas melhorar o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica com uma correta adesão ao tratamento anti-hipertensivo dos pacientes atendidos na nossa área e, assim, que eles possam viver com melhor qualidade de vida.

Palavras chaves: Hipertensão. Educação. Adesão.

ABSTRACT

The correct treatment of Systemic Arterial Hypertension is fundamental for its control, since high pressures can cause serious complications and constitute a risk factor for other diseases. It is known, however, that non-adherence to treatment is common among hypertensive people, which has been proven through the situational diagnosis in the area of coverage of the Family Health Program 2, in Piranhas - Alagoas. This study aimed to elaborate a proposal for intervention to improve the adherence of people with Systemic Arterial Hypertension to the treatment, in the community served by the PSF 2 Team "Audalio Brasileiro" in the city of Piranhas-Alagoas. To support the proposal, a bibliographic research was done in the Virtual Health Library with the descriptors: hypertension, education and adherence. The intervention proposal was based on Situational Strategic Planning with problem detection, selection of critical nodes, design of operations, identification of critical resources and analysis of the feasibility of the plan. The implementation of the proposed actions is expected to improve the control of Systemic Arterial Hypertension with a correct adherence to the antihypertensive treatment of the patients attended in our area and, thus, that they can live with better quality of life.

Keywords: Hypertension. Education. Adherence.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DAP	Doença Arterial Periférica
DCV	Doença Cardiovascular
DM	Diabetes Mellitus
DRC	Doença Renal Crônica
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FR	Fatores de Risco
HA	Hipertensão Arterial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Insuficiência Cardíaca
IAM	Infarto do Miocárdico Agudo
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
TNM	Tratamento Não Medicamentoso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Distribuição da população por grupos etários_____	15
Quadro 2- Mobilidade referida segundo a microárea_____	16
Quadro 3- Classificação de prioridades para os problemas_____	17
Quadro 4- Classificação da PA de acordos com a medição casual_____	25
Quadro 5- Modificações no peso corporal e na ingestão alimentar e seus efeitos sobre a PA_____	26
Quadro 6- Principais sugestões para a melhor adesão ao tratamento antipertensivo_____	31
Quadro 7- Operações sobre o nó crítico 1_____	33
Quadro 8- Operações sobre o nó crítico 2_____	35
Quadro 9- Operações sobre o nó crítico 3_____	37

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 JUSTIFICATIVA	19
3 OBJETIVOS	20
4 METODOLOGIA	21
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	23
5.1 Estratégia de Saúde da família	23
5.2 A Hipertensão Arterial	23
5.3 Estilos de vida e tratamento não farmacológico	25
5.4 Adesão ao tratamento	28
5.5 Importâncias da equipe de saúde na adesão ao tratamento	30
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	32
6.1 Descrições do problema selecionado	32
6.2 Explicações do problema selecionado	32
6.5 Seleções dos nós críticos	33
6.6 Desenhos das operações	33
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERENCIAS	40

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município de Piranhas

Piranhas é um município brasileiro localizado no oeste do estado de Alagoas que pertence à região nordeste do Brasil e tem uma população aproximada de 25130 habitantes de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016).

Piranhas, data do século XVII. A localidade era, então, conhecida como Tapera. Conta-se que em um riacho que é hoje chamado das Piranhas, um caboclo pescou uma grande piranha. Preparou e salgou o peixe, levando-a para sua residência. Lá chegando, verificou que se esqueceram do cutelo. E, voltando-se para o filho, disse: - "Vá ao porto da piranha e traga o meu cutelo". Esta versão foi passando de geração em geração e, segundo parece, ficou o lugar denominado "Piranhas" (IBGE, 2016).

O município de Piranhas se localiza no sertão alagoano, às margens do Rio São Francisco e é considerado um dos principais destinos turísticos de Alagoas por ter um dos conjuntos arquitetônicos mais conservados do país. Um de seus principais bairros é o Bairro Xingó onde se encontra localizado o Programa Saúde da Família 2 'Audalio Brasileiro', na Vila de Sergipe. Este bairro serviu de base para a construção da Usina Hidroelétrica de Xingó, responsável pela geração de cerca de 25% da eletricidade da região nordeste. Ultimamente, o comércio de Piranhas vem crescendo cada vez mais. Atualmente, o município conta com três agências bancárias: Caixa Econômica Federal, Banco do Brasil e Bradesco.

1.2 O Sistema Municipal de Saúde

A rede pública de saúde de Piranhas é composta por sete equipes de saúde da família, sete equipes de saúde bucal, um centro de especialidade odontológica, um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um laboratório de patologia clínica municipal e dois privados, uma clínica de fisioterapia conveniada, um núcleo de vigilância em saúde, dois centros municipais de saúde, uma central de distribuição de fármacos, uma central de marcação de consulta, uma central de vacina, duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) em zona rural, seis UBS na zona urbana, uma unidade hospitalar, um centro de

especialidades médicas. Os centros de atenção à saúde que ofertam serviços de atenção secundária ficam nos municípios mais pertos: Maceió, Arapiraca, Canindé de São Francisco, Delmiro Gouveia e Paulo Afonso.

A forma de organização da saúde do município é em rede, prestando uma assistência integral e contínua a uma população definida. No entanto, evidenciam-se dificuldades na comunicação entre os diferentes níveis de assistência a saúde. Em relação ao saneamento básico, o município conta com serviços de água e esgoto, com uma população atendida de 13.660 habitantes, o que corresponde a 59,3% do total (IBGE, 2016).

Os recursos programados para a manutenção e custeio das ações de saúde têm sido concretizados dentro das disponibilidades financeiras. Cabe ressaltar a obtenção de recursos através de convênios com o Ministério da Saúde para financiar a construção, reforma e ampliação das Unidades Básicas de Saúde, assim como na aquisição de equipamentos básicos adquiridos por meio de emendas parlamentares. O município tem um total de 3924 pessoas atendidas com recursos de bolsa família, com um valor total pago de R\$ 4.687.237, 00, e 16.968 pessoas inscritas no cadastro único (SIAB, 2016).

A Estratégia Saúde da Família foi implementada no município desde 1998 e constitui um importante pilar na organização e no fortalecimento da Atenção Primária no Sistema Local de Saúde.

1.3 A Equipe de Saúde, seu território e sua população.

A Equipe de Saúde da Família 2 atende uma comunidade com cerca de 4680 habitantes, com casas bem estruturadas, sendo que uma pequena parte da comunidade vive em moradias bastante precárias. A população vive do turismo, comércio, serviços, pecuário e silvicultura, mais ainda é alto o número de desempregados e subempregados. A estrutura de saneamento básico na comunidade é aceitável e a coleta de lixo se faz nas segundas, terças e quartas feiras. O analfabetismo ainda tem taxa elevada. Nas últimas administrações tem

havido investimento público na comunidade com a criação de escolas, centros, postos e outras unidades de saúde. A população conserva hábitos e costumes próprios; na cultura se destacam as festas do carnaval que se realizam no centro histórico, além da Forração (forro do cangaço), no bairro de Xingó, que se realiza no início de junho, comemorando o aniversário da cidade e antecipação das festas juninas.

O PSF 2 “Audalio Brasileiro” foi inaugurado há mais ou menos um ano, e está situado na Rua Frei Paulo. A infraestrutura é adaptada, pois se trata de uma casa alugada, bem conservada, com espaço reduzido para o desenvolvimento das atividades de saúde, tendo em vista a demanda da população. O espaço é distribuído em uma sala de espera pequena, recepção, triagem, administração, sala de vacina, consultório médico, de enfermagem e odontológico, farmácia, sala de curativos, sala de reunião dos agentes comunitários de saúde, sala pequena de esterilização, banheiro e copa, em alguns espaços a ventilação é prejudicada.

Nesta unidade trabalha a equipe 2 os seguintes profissionais: 11 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, um cirurgião dentista, uma auxiliar de saúde bucal e um médico generalista.

A unidade de saúde funciona das 7:00 às 12:00hs e de 13:00 às 17:00hs. Nestes períodos a equipe atende a toda a população que comparece para as consultas programadas e a demanda espontânea. Às quintas feiras são realizadas as visitas programadas às famílias pela equipe de saúde.

O trabalho da nossa equipe está estruturado para o atendimento às consultas agendadas e tratamento continuado, atendimento à demanda espontânea, atendimento programado para saúde bucal, gestantes, puericultura, puérperas, crianças, e programas priorizados como câncer de mama e ginecológico, hipertensão e diabetes.

Contatou-se que 95% da população é completamente dependentes do SUS. Levando em conta os aspectos de referência para os demais níveis assistenciais e as contrarreferências, temos dificuldades ainda, mais acentuadas nos últimos meses.

1.4 Estimativa rápida: Problemas de saúde da comunidade.

Em nossa comunidade, apesar de uma parte da população morar em casas bem estruturadas e ter um nível de vida favorável, outra parte importante é carente e mora em casas muito precárias com uma taxa de desemprego e analfabetismo altos. Além disso, temos dificuldades na acessibilidade a nossa Unidade de Saúde, o que se soma aos problemas com a comunicação dos diferentes níveis de atenção de saúde e os problemas estruturais da Unidade, muito pequena para a quantidade de população atendida. Os principais problemas de saúde da população são a Hipertensão Arterial, a Diabetes, os relacionados à Saúde Mental e as complicações derivadas de os mesmos.

Em relação aos aspectos demográficos, no Quadro 1 encontra-se apresentada a população da nossa área de abrangência.

Quadro 1-Distribuição da população por grupos etários. PSF 2. Piranhas 2016

faixa etária	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
0-1 ano	39	26	65
1-4 anos	212	207	419
5-14 anos	407	406	813
15-19 anos	186	176	362
20-29 anos	324	332	656
30-39 anos	308	303	611
40-49 anos	266	258	524
50-59 anos	240	243	483
60-69 anos	177	179	356
70-79 anos	105	113	218
80 anos e mais	80	89	169
TOTAL	2344	2332	4676

Fonte: IBGE (2016)

Os dados do quadro mostram que a população com idade entre 5-14 é superior as demais, população jovem, seguida pela população em fase produtiva isto é, faixa etária de 20 a 29 anos e de 30 a 39 anos. Percebe-se, também, que há uma população significativa grande com mais de 80 anos.

Quanto à mortalidade, os dados do Quadro 2 a representa.

Quadro 2- Morbidade referida segundo o micro área, PSF 2- Piranhas, 2016.

Morbidade por												
Microrregião	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	total
HA	30	35	29	34	28	31	40	31	36	39	46	379
Diabetes Mellitus	10	13	16	15	8	7	12	10	8	13	19	132
Asma Bronquial	0	2	0	1	5	0	0	0	1	0	1	10
Epilepsia	2	1	1	0	0	2	1	3	0	1	0	11
Hanseníase	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Alcoholismo	12	5	7	10	8	3	2	8	9	7	2	73
Total	55	56	54	60	49	43	55	52	54	60	68	273

Fonte: SIAB (2016)

A hipertensão predomina em todas as microáreas, como se pode observar no Quadro 2.

O diagnóstico situacional ainda mostrou outros problemas presentes na nossa área de atuação, a saber:

- Alta taxa de analfabetismo.
- Alta taxa de desemprego.
- Dificuldades na comunicação com os diferentes níveis de atenção de saúde.
- Unidade de Saúde em um espaço muito pequeno.
- Área de espera e recepção insuficientes.
- Escassa ventilação nas salas de curativos e vacina.
- Dificuldades para realizar ações de educação em saúde em grupo e outras atividades coletivas por falta de área apropriada.

Após o diagnóstico, a equipe de saúde do PSF 2 definiu os principais problemas de saúde da área de abrangência:

- Número elevado de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) associada às dificuldades na adesão ao tratamento anti-hipertensivo.
- População com fatores de risco que constituem as principais causas de doenças crônicas não transmissíveis.
- Unidade de Saúde adaptada em um espaço pequeno que dificulta a realização das atividades de saúde.
- Alta taxa de desemprego
- Alta taxa de analfabetismo.

1.5 Priorizações dos problemas:

Ao identificar os principais problemas, foi realizada uma avaliação, tendo em conta a importância, urgência e a capacidade de enfrentamento do mesmo, como se apresenta no Quadro 3 e com base em Campos, Faria e Santos (2010).

Quadro 3- Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade da equipe de saúde do PSF 2, Município de Piranhas. Estado de Alagoas.

Principais Problemas	Importância*	Urgência** (de 0 a 5 pts	Capacidade de Enfrentamento Da equipe***	Seleção/ Priorização
Dificuldade com o controle da HAS	Alta	5	Total	1
Fatores do risco elevados	Media	4	Total	2
Dificuldades na realização De atividades de saúde	Media	3	Parcialmente	3
Alta taxa de desemprego	Baixo	1	Fora	5
Alta taxa de analfabetismo	Media	2	Fora	4

Fonte: *Alta, Media ou Baixa.

**Total dos pontos distribuídos ate o máximo de 30

***Total Parcial ou Fora

Após discussão com os membros da nossa equipe decidiu-se, que no momento, seria de extrema importância trabalhar ações para tratar a HAS e aumentar a adesão dos hipertensos ao tratamento e grupos educativos.

2 JUSTIFICATIVA

No Brasil, a HAS atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, sendo mais de 60% de idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV). Associada a DM, as complicações cardíacas, renais e AVE têm provocado impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Nas análises da morbidade do PSF 2, a Hipertensão Arterial é a doença com maior incidência e constitui uma das principais causas de morte secundária, relacionadas às enfermidades cerebrovasculares e cardiovasculares. Estes dados estão em consonância com o Programa Anual de Saúde de 2015 do município e dentro das principais causas de internação. Os problemas de saúde identificados em nossa área foram levantados por meio da estimativa rápida, registros, entrevistas, observação ativa, dados dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), além do Diagnóstico Situacional, o qual constitui um instrumento muito importante para a coleta de dados e o conhecimento das condições de vida e saúde da população.

Constatou-se também, que as pessoas com HAS apresentam dificuldades no controle da doença pela falta de adesão ao tratamento, o que inclui a aceitação da doença, a existência de fatores de risco relacionados aos estilos de vida e dificuldades com o autocuidado. Em face desta realidade, a equipe de saúde propôs um plano de ação que pode contribuir para que as pessoas possam ter uma melhor adesão ao tratamento, o que contribui para o controle da pressão arterial e redução das complicações.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar uma proposta de intervenção para a melhoria da adesão de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica ao tratamento, na comunidade atendida pela Equipe do PSF 2 “Audalio Brasileiro” do município de Piranhas- Alagoas.

3.2 Objetivos Específicos

Estruturar o processo de revisão conceitual e atualização em Hipertensão arterial.

Determinar os fatores que dificultam o controle e a adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Propor mecanismo de acompanhamento de pessoas com Hipertensão Arterial.

Propor ações de educação em saúde para elevar o nível de conhecimento relacionado à Hipertensão Arterial Sistêmica e seu controle entre pessoas com Hipertensão Arterial, família e a comunidade.

4 METODOLOGIA

Trata-se da proposição de uma proposta de intervenção realizada a partir do Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) e que teve o diagnóstico situacional do PSF 2, do município de Piranhas, Alagoas, desenvolvido no período de junho de 2015 a junho de 2016, com a equipe do PSF 2 e que forneceu à equipe o problema principal e prioritário.

A construção e desenvolvimento da nossa proposta de intervenção fundamentaram-se nos passos do Método Simplificado do Planejamento Estratégico Situacional-PES, conforme apresentado abaixo. Trata-se de um método que é estruturado em quatro momentos para o processamento dos problemas que são: explicativo, normativo, estratégico, e tático-operacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Passos do Método Simplificado do Planejamento Estratégico Situacional:

- Seleção dos problemas do plano
- Descrição do problema
- Explicação do problema: árvore explicativa- árvore de problema
- Desenho da situação objetivo
- Seleção dos não críticos
- Desenhos das operações e demandas das operações
- Definição das responsabilidades pelas operações
- Definição dos responsáveis pelas demandas das operações
- Avaliação e cálculo dos recursos necessários para desenvolver as operações – orçamento
- Identificação de atores sociais relevantes e sua motivação frente ao plano
- Identificação de recursos críticos para desenvolver as ações
- Identificação dos atores que controlam os recursos
- Seleção de trajetória
- Análise de vulnerabilidade do plano
- Desenho do sistema de prestação de contas

Ao desenvolver as etapas deste método tornou-se possível conhecer os problemas de saúde do território e da comunidade, estabelecer a priorização dos problemas, descrever o problema selecionado, apresentar a explicação do problema, selecionar os nós críticos, realizar o desenho das operações e a elaboração de um plano operativo, a partir das informações disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde de Piranhas (relatórios de gestão), informações obtidas com os integrantes da Equipe de Saúde da Família, textos disponíveis na Biblioteca Virtual do Programa Ágora (Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, NESCON; Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG) e reuniões com a equipe de saúde, em que cada membro apresentou os principais problemas, definiu-se as prioridades e elegeu dentro da classificação de prioridades o problema principal, que foi atribuído à falta de controle da Hipertensão arterial pelas dificuldades das pessoas a adesão ao tratamento.

Para elaboração da proposta de intervenção foram realizadas as três etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do plano de ação.

A revisão bibliográfica foi feita na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com os descritores: hipertensão, educação e adesão. Também foram pesquisados programas do Ministério da Saúde.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Estratégia de Saúde da Família

Costa e Miranda (2008, p.121) afirmam que:

A Estratégia Saúde da Família – ESF vem ocupando lugar de destaque no Sistema Único de Saúde – SUS por compartilhar dos seus princípios e diretrizes e buscar um atendimento à saúde humanizado, resolutivo e capaz de responder às necessidades sociais e de saúde da população.

Silva, Silva e Bousso (2011) relatam que a ESF, por ocasião de sua implantação e expansão, tem enfrentado várias dificuldades tendo em vista ser uma prática inovadora que trabalha ações intervencionistas em saúde da família, criando com esta vínculos, relações de confiança, diálogo e busca atender suas necessidades e expectativas.

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012, p.9).

Portanto, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), a ESF busca reorganizar a Atenção Básica conforme as premissas do SUS e buscando, também, reorganizar o processo de trabalho atentando para expandir a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades.

5.2 A Hipertensão Arterial

A hipertensão arterial é a elevação da pressão arterial sistólica ou diastólica que representa provavelmente a doença crônica mais frequente das muitas que afligem a humanidade. Sua importância reside no fato de que quando maiores são as cifras tanto de pressão sistólica e diastólica, maior são a morbidade e mortalidade e isto é assim em todas as populações estudadas, toda a faixa etária e ambos os sexos (GONZALEZ *et al.*, 2011,p. 6).

Dados norte-americanos de 2015 revelaram que HAS estava presente em 69% dos pacientes com primeiro episódio de Infarto Agudo do miocárdio (IAM), 77% de Acidente Vascular Encefálico (AVE), 75% com Insuficiência Cardíaca (IC) e 60% com Doença Arterial Periférica (DAP). O HA é responsável por 45% das mortes cardíacas e 51% das mortes decorrentes de AVE (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

No Brasil, em 2013 ocorreram 1.138.670 óbitos, 339.672 dos quais (29,8%) decorrentes de DCV, a principal causa de morte no país. As DCV são ainda responsáveis por alta frequência de internações, com custos socioeconômicos elevados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A HAS é definida como uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg, frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de fatores de risco como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes mellitus (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

A HAS é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis para as DCV. Estas são também responsáveis pela alta frequência de uso do sistema de saúde e de internações hospitalares, ocasionando custos socioeconômicos e em saúde elevados. A detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A HAS é diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de PA pela medida casual. A medida da PA deve ser realizada em toda avaliação por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais da saúde. Estes devem estar capacitados para a realização de medida da PA que é feita de forma simples e fácil. Na realidade, a aferição da PA nem sempre é realizada de forma adequada. Para se evitar erros deve-se atentar para o preparo apropriado do paciente, uso de técnica

padronizada e equipamento devidamente calibrado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

No Quadro 4 apresentamos a classificação da HAS.

Quadro 4 – Classificação da PA de acordos com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade.

Classificação	PAS (mm Hg)	PAD (mm Hg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121-139	81- 89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA.		
Considera-se hipertensão sistólica isolada se PAS ≥ 140 mm Hg e PAD < 90 mm Hg devendo a mesma ser classificada em estágios 1, 2 e 3.		

Fonte: (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016, p. 11).

5.3 Estilos de vida e tratamento não farmacológico

Trata-se de uma condição crônica tratável, porém não curável. Para seu devido controle é fundamental mudanças do estilo de vida e a complementação por medidas farmacológicas, quando necessária. Os principais fatores de risco para HAS estão relacionados ao estilo de vida como o consumo excessivo de sal, a obesidade, o consumo de álcool e o sedentarismo, que são considerados fatores modificáveis (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

“Um estilo de vida saudável influencia bastante na prevenção de várias doenças , além de aumentar o bem-estar físico e mental do individuo” (FERREIRA; SILVA; GENESTRA, 2009, p. 92).

A 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial recomenda

[...] a dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) que enfatiza o consumo de frutas, hortaliças e laticínios com baixo teor de gordura; inclui a ingestão de cereais integrais, frango, peixe e frutas oleaginosas; preconiza a redução da ingestão de carne vermelha, doces e bebidas com açúcar. Ela é rica em potássio, cálcio, magnésio e fibras, e contém quantidades reduzidas de colesterol, gordura total e saturada. A adoção desse padrão alimentar reduz a PA (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA 2016, p.30)

O Quadro 5 apresenta a influência do controle do peso e hábitos de vida sobre a PA.

Quadro 5 – Modificações no peso corporal e na ingestão alimentar e seus efeitos sobre a PA

Medida	Redução aproximada da PAS/PAD	Recomendação
Controle do peso	20-30% de diminuição da PA para cada 5% de perda ponderal	Manter IMC* < 25 kg/m ² até 65 anos Manter IMC < 27 kg/m ² após 65 anos Manter CA** < 80 cm nas mulheres e < 94 cm nos homens
Padrão alimentar	Redução de 6,7/3,5 mmHg ³⁵	Adotar a dieta DASH
Restrição do consumo de sódio	Redução de 2 a 7 mmHg na PAS e de 1 a 3 mmHg na PAD com redução progressiva de 2,4 a 1,5 g sódio/dia, respectivamente	Restringir o consumo diário de sódio para 2,0 g, ou seja, 5 g de cloreto de sódio.
Moderação no Consumo de álcool	Redução de 3,31/2,04 mmHg com a redução de 3-6 para 1-2 doses/dia ³⁴	Limitar o consumo diário de álcool a 1 dose nas mulheres e pessoas com baixo peso e 2 doses nos homens

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016, p.31).

IMC*: índice de massa corporal; CA**: circunferência abdominal; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica. *Uma dose contém cerca de 14g de etanol e equivale a 350 ml de cerveja, 150 ml de vinho e 45 ml de bebida destilada.

As mudanças de estilo de vida devem ser recomendadas com vistas ao retardo do desenvolvimento da HAS em indivíduos com pressão limítrofe e na redução nos fatores de risco envolvidos no seu desenvolvimento ou agravamento. Recomenda-se até seis meses, no máximo, para a ocorrência de mudanças no estilo de vida para pessoas que apresentam hipertensão e para aquelas com comportamento limítrofe da PA, com baixo risco cardiovascular. A não ocorrência de modificações desejáveis requer nova avaliação em três meses para confirmar o controle da PA. Não havendo controle desta, está indicada a associação com tratamento medicamentoso (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Assim, o tratamento não medicamentoso da HAS envolve: controle ponderal, medida nutricional, prática de atividades físicas, cessação do tabagismo, controle de estresse, entre outros. Os efeitos e as recomendações dessas medidas estão apresentados no decorrer do texto (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016, p.30).

No que diz respeito ao peso corporal, o seu aumento está diretamente relacionado ao aumento da PA tanto em adultos quanto em crianças e o aumento da gordura visceral também é considerado um fator de risco para HAS. Quando há redução do peso e da circunferência abdominal reduz-se a pressão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Muitos estudos indicam que o sedentarismo acarreta sérias consequências a médio prazo para os indivíduos, como aumento do peso corporal, hipertensão arterial, diabetes e suas decorrências como doenças cardiovasculares, levando a uma má qualidade de vida e até mesmo à morte, o que faz do rastreamento do sedentarismo e o incentivo à atividade física práticas cada vez mais necessárias (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

O sucesso do tratamento da HAS depende da adoção de um plano alimentar saudável e sustentável. Portanto, não é recomendável indicar dietas radicais o que leva, posteriormente, ao abandono do tratamento. Indica-se a redução do consumo de sódio, os ácidos graxos insaturados e prioriza-se a ingestão de fibras, dentre as quais se destacam a aveia, as leguminosas como o feijão, lentilha e ervilha, trigo, grãos, hortaliças, oleaginosas, laticínios alho, café, chá verde e chocolate amargo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

O aumento do consumo de **sódio** está relacionado com o aumento da PA. “Dieta com baixo teor de sódio pode auxiliar na prevenção da hipertensão” (FERREIRA; SILVA; GENESTRA, 2009, p.94).

Quanto ao consumo de **álcool**, ele se encontra entre os cinco principais fatores de risco responsáveis pelo crescimento mundial das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Quando o consumo habitual é excessivo ocorre aumento na incidência de HA. “Recomenda-se moderação no consumo de álcool” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016, p. 31).

Atividade física/exercício físico

A prática regular de atividades físicas é parte fundamental das condutas não medicamentosas de prevenção e tratamento da hipertensão arterial (HA). Recomenda-se que de início as pessoas realizem atividades leves a moderadas e somente após se sentirem adaptadas, confortáveis e sem qualquer contraindicação, façam atividades mais vigorosas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O tabagismo aumenta o risco para mais de 25 doenças, incluindo a DCV. O hábito de fumar é determinado como fator negativo no controle de hipertensos e na interrupção do uso de medicamentos anti-hipertensivos. “No entanto, não há evidências que a cessação do tabagismo reduza a PA” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016, p.32).

O controle de **estresse** apontam a importância das psicoterapias comportamentais e das práticas de técnicas de meditação, *biofeedback* e relaxamento⁵⁶ no tratamento da HAS. Apesar de incoerências metodológicas, as indicações clínicas revelam forte tendência de redução da PA quando essas técnicas são realizadas separadamente ou em conjunto (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016, 2016).

5.4 Adesão ao tratamento

O controle da Hipertensão Arterial é um grande desafio para os profissionais da saúde. Vários fatores interferem na adesão ao tratamento, dentre eles se destaca a falta de conhecimento do paciente sobre a doença e os riscos para a saúde (RUFINO; DRUMMOND; MORAES, 2012).

Santos; Oliveira e Arraes (2013), em análise sobre a hipertensão resistente afirmam se tratar de um importante ponto crítico que requer planejamento ao se fazer o diagnóstico devendo suscitar todo o cuidado pois pode significar aumentar a complexidade do tratamento e custos de forma pouco eficiente e a possibilidade de não adesão terapêutica sempre deve ser considerada diante dessa suspeita. Dessa forma, o primeiro cuidado na detecção de causas de insucesso terapêutico na HAS é o uso mais sistemático de índices diretos de medida da adesão terapêutica como forma de nortear a prática e apontar possíveis falhas que possam ser abordadas para facilitar a consecução de metas mais desejáveis de controle da PA.

Leite e Vasconcellos (2003, p.781) já afirmavam em relação aos motivos de não adesão ao tratamento da HAS:

Podemos observar a partir de leitura mais aprofundada das questões, excetuando o quadro em que o paciente não tem acesso ao medicamento, que o número de doses ou os efeitos adversos serão empecilho para a adesão dependendo da percepção que o paciente tem disso; que a própria doença é um fator interferente dependendo da forma como o paciente enfrenta a doença e seus sintomas, e que o profissional de saúde influenciará na adesão na medida em que atingir o universo cultural do paciente e estabelecer com este comunicação e relacionamento efetivo, incluindo valorização do consumo como benefício em seu corrente cotidiano, quando este se fizer necessário.

Jardim; Jardim e Souza (2013) salientam que a falta de adesão também está relacionadas com o paciente como a falta de conhecimento, falta de comprometimento; pode ser dependente do profissional médico pela falta de comprometimento, falta de conhecimento, apatia ou da equipe de saúde como um todo pela falta de comprometimento, falta de conhecimento, apatia, pode estar relacionada com o serviço de saúde pela dificuldade de acesso, falta de

profissionais, falta de estrutura e pode, ainda, depender de fatores socioeconômicos como a falta de recursos financeiros e de fatores culturais relacionadas às crenças e superstições.

Giroto *et al.* (2013) destacam que muitas pessoas apresentam anseios naturais de negação frente à doença, o que desencadeia, portanto, a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

5.5 Importância da equipe de saúde na adesão ao tratamento

Demoner; Ramos e Pereira (2012), discorrendo sobre a adesão de pacientes ao tratamento anti-hipertensivo realizado em uma Unidade Básica de Saúde, expõem que um dos fatores associados à baixa adesão foi a falta de compreensão dos pacientes às recomendações da equipe de saúde e consideram que estas podem não estar sendo transmitidas em uma linguagem compreensível ou haver um conhecimento insuficiente sobre a doença e a gravidade de suas complicações, de modo que não considerarem as recomendações com a devida seriedade. Ressaltam, também, que o envolvimento dos profissionais da saúde, em especial, os enfermeiros na educação em saúde e conscientização dos hipertensos em relação à sua doença e terapia medicamentosa e não medicamentosa é fundamental para aumentar a adesão.

Abreu e Portela (2015) advertem sobre a importância da atuação da equipe de saúde na disseminação de informações e estabelecimento de medidas que permitam ao hipertenso compreender adequadamente a hipertensão arterial e a importância da adaptação a uma situação que exige mudanças comportamentais contínuas e que favoreça o cumprimento das medidas terapêuticas indicadas para o controle da HAS e prevenção de lesão em órgãos alvos, posto que, quanto maior o conhecimento sobre o problema, maior a possibilidade de adesão ao tratamento.

Dentro das principais estratégias do SUS encontra-se a política de distribuição gratuita de medicamentos anti-hipertensivos que estão ao alcance da população em todos os centros e estabelecimentos de saúde, o que facilita a aquisição dos mesmos.

A VI Diretrizes de hipertensão fornecem propostas para se obter adesão ao tratamento da HAS conforme explicitado no Quadro 6.

Quadro 6 Principais sugestões para a melhor adesão ao tratamento anti-hipertensivo

Educação em saúde com especial enfoque sobre conceitos de hipertensão e suas características
Orientações sobre os benefícios dos tratamentos, incluindo mudanças de estilo de vida.
Informações detalhadas e compreensíveis aos pacientes sobre os eventuais efeitos adversos dos medicamentos prescritos e necessidades de ajustes posológicos com o passar do tempo.
Cuidados e atenções particularizadas em conformidade com as necessidades
Atendimento médico facilitado, sobretudo no que se refere ao agendamento de consultas

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010, p. 41).

Demoner; Ramos e Pereira (2012) destacam a importância dos programas de educação em saúde para que a equipe possa promover a conscientização dos pacientes a respeito da doença, riscos e complicações visando às mudanças no estilo de vida e maior adesão à terapia anti-hipertensiva e enfatizam que as estratégias educativas com vistas à adesão do paciente tornam-se muito fundamentais. Destacam ainda ser imprescindível paciência e dedicação por parte do profissional para se obter resultados satisfatórios na proteção e promoção da saúde, tornando indivíduos mais saudáveis, contribuindo na redução dos riscos de doenças cardiovasculares e renais e, conseqüentemente diminuindo o número de mobilidades e óbitos, além de medidas preventivas e de hábitos saudáveis que melhoram a qualidade de vida da população e reduzem gastos.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “número elevado de pessoas com HAS com dificuldades na adesão ao tratamento”, para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS 2010).

6.1 Descrições do problema selecionado

Nas análises realizadas pela equipe de saúde constatou que o principal problema é o número elevado de pessoas com HAS com dificuldades na adesão ao tratamento anti-hipertensivo. As complicações relacionadas às dificuldades de controle da pressão arterial constituem as principais causas de morbidade e de mortalidade e este panorama o que coincide com o Programa Anual de Saúde do ano 2015 de nosso município.

Em nossa Unidade de Saúde, a Hipertensão Arterial é a doença com maior incidência e constitui uma das principais causas de morte secundária, relacionadas às enfermidades cerebrovasculares e cardiovasculares, também como nos resultados do Diagnóstico de Saúde realizado se constatou que se encontra dentro das principais causas de internamento e óbito de nossa comunidade.

Constatou-se, também, que a principal causa dessas complicações é a falta de controle da doença pela falta de adesão ao tratamento, a não aceitação da doença, e a existência de fatores de risco relacionados aos estilos de vida.

Para minimizar o problema, a equipe de saúde planejou uma série de ações que vão desde ações individuais dirigidas ao paciente e desenvolvidas não apenas nas consultas como também nas visitas domiciliares e ações familiares dirigidas para a prevenção dos fatores de risco e alcançar mudanças nos estilos de vida. Busca-se, assim, que todos tenham conhecimento geral da Hipertensão Arterial e sua prevenção.

6.2 Explicações do problema selecionado

A grande quantidade de pacientes com dificuldades na adesão ao tratamento pode ser justificada por vários fatores que às vezes estão interligados e relacionados à falta de conhecimento da doença, a não aceitação da doença, a existência de fatores de risco relacionados aos estilos de vida, a dificuldade do autocuidado, a evolução lenta e a cronicidade, a falhas no diagnóstico, dificuldades no cadastro no centro de saúde, dificuldades de acesso a consulta médica, o que contribui para que as pessoas descuidem de sua saúde; além do desconhecimento e da importância do tratamento diário e da prevenção dos fatores de risco, dificuldades na realização de uma dieta adequada e na realização de exercícios físicos.

6.5 Seleções dos nós críticos

Os nós críticos se relacionam às causas que geram um problema que, quando são trabalhados, são capazes de gerar impacto e causar mudanças positivas. Os nós críticos selecionados são:

1. Baixo nível de informação da população sobre a Hipertensão Arterial e seus riscos para a saúde.
2. Falta de conhecimento da família da importância do tratamento farmacológico e não farmacológico e a prevenção dos fatores de risco.
3. Escassez de ações de promoção e prevenção da equipe de saúde no processo de trabalho para incrementar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

6.6 Desenhos das operações

Quadro 7- Operações sobre o nó crítico 1 relacionado ao problema: Baixo nível de informação sobre a Hipertensão Arterial e seus riscos para a saúde, na população sob a responsabilidade do equipe de saúde da família numero 2, do município de Piranhas, estado de Alagoas.

Nó crítico 1	Baixo nível de conhecimento dos pacientes da Hipertensão Arterial e seus riscos para a saúde
Operação	Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes sobre a hipertensão e seus riscos.
Projeto	<i>Aprender mais</i>
Resultado esperado	Elevar o nível de conhecimento de pelo menos 50% dos pacientes sobre a Hipertensão Arterial e seus fatores de risco
Produto esperado	Maior nível de conhecimento dos pacientes sobre a hipertensão arterial e a importância da adesão ao tratamento anti-hipertensivo.
Recursos necessários	Estrutural. Organização da agenda. Cognitivo: Profissional com conhecimento sobre o tema. Financeiro: Recursos audiovisuais, educativos, folhetos. Político: articulação Intersetorial, cultura, educação, mobilização social.
Recursos críticos	Estrutural: Responsável da organização da agenda. Cognitivo: Profissional devidamente capacitado sobre o tema. Financeiro: Gestor dos recursos necessários, audiovisuais e educativos, folhetos. Político: Adesão do gestor local ao projeto.
Controle dos recursos críticos	Equipe de Saúde da Família, Secretaria Municipal de Saúde. -Motivação favorável
Ações estratégicas	Apresentar e discutir o projeto com a equipe enfatizando nos resultados positivos do mesmo.
Prazo	6 meses para o início das atividades.
Responsável do acompanhamento ações	Equipe de Saúde da Família, Secretaria Municipal de Saúde.

Processo de monitoramento e avaliação das ações	<ul style="list-style-type: none"> - Acompanhamento da equipe de saúde e toda a População envolvida no mesmo. -Reuniões mensais e sistemáticas. -Atividades extras sempre que alguém tiver algum Problema ou uma proposta nova. -Determinar as ações estratégicas. -Executar as ações -Avaliação posterior para detectar e corrigir Qualquer problema. -Revisão do cumprimento dos prazos.
--	---

No Quadro 7 temos as operações para o nó crítico número 2

Quadro 8- Operações sobre o nó crítico 2 relacionado ao problema: Falta de conhecimento da família da importância do tratamento farmacológico e não farmacológico e a prevenção dos fatores de risco, na população sub responsabilidade do equipe de saúde da família numero 2, do município de Piranhas, estado de Alagoas.

Nó crítico 2	Falta de conhecimento da família da importância do tratamento farmacológico e não farmacológico e prevenção dos fatores de risco
Operação	Envolvimento da família no conhecimento da HAS, os fatores de risco e a importância do tratamento farmacológico e não farmacológico.
Projeto	<i>Multiplicar o conhecimento.</i>
Resultado esperado	Elevar o nível de conhecimento da Hipertensão Arterial os fatores de riscos e o tratamento farmacológico e não farmacológico de pelo menos um 50 % mais das famílias.
Produto esperado	Participação da família no acompanhamento dos pacientes hipertensos para a prevenção dos fatores de risco e melhorar a adesão ao tratamento.

Recursos necessários	<p>Estrutural: Organização da agenda.</p> <p>Cognitivo: Profissional com conhecimentos sobre o tema.</p> <p>Financeiro: Recursos audiovisuais e educativos, folhetos.</p> <p>Político: Articulação Intersetorial, cultura, educação e mobilização social.</p>
Recursos críticos	<p>Estrutural: Responsável da organização da agenda</p> <p>Cognitivo: Profissional devidamente capacitado sobre o tema.</p> <p>Financeiro: Gestor dos recursos audiovisuais, educativos, folhetos.</p> <p>Político: Adesão do gestor local ao projeto.</p>
Controle dos recursos críticos	<p>Equipe de Saúde da Família, Secretaria Municipal de Saúde. -Motivação favorável-</p>
Ações estratégicas	<p>Apresentar projeto para equipe enfatizando nos resultados positivos do mesmo</p>
Prazo	<p>6 meses para o início das atividades.</p>
Responsável do acompanhamento das ações	<p>Equipe de Saúde da Família. Secretaria Municipal de Saúde.</p>
Processo de monitoramento e avaliação das ações	<ul style="list-style-type: none"> - Acompanhamento da equipe de saúde e toda a população envolvidas no mesmo. -Reuniões mensais e sistemáticas. -Atividades extras sempre que alguém tiver algum problema o uma proposta nova. -Determinar as ações estratégicas. -Executar as ações -Avaliação posterior para detectar e corrigir qualquer problema. -Revisão do cumprimento dos prazos.

No Quadro 9 estão apresentados as operações, resultados, produtos esperados e outras ações.

Quadro 9- Operações sobre o nó crítico 3 relacionado ao problema: Escassas ações de promoção e prevenção da equipe de saúde no processo de trabalho para incrementar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, na população sub responsabilidade do equipe de saúde da família numero 2, do município de Piranhas, estado de Alagoas.

Nó crítico 3	Escassas ações de promoção e prevenção da equipe de saúde no processo de trabalho para incrementar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo.
Operação	Organizar um grupo operativo específico para aumentar as ações de promoção e prevenção da equipe de saúde sobre a Hipertensão Arterial.
Projeto	<i>Incrementar ações.</i>
Resultado esperado	-Incrementar o numero de ações de promoção e prevenção sobre a Hipertensão Arterial da equipe de saúde em pelo menos um 70% para melhorar a adesão e controle do tratamento hipertensivo.
Produto esperado	População em geral mais informada e com maior conhecimento sobre Hipertensão Arterial, fatores de risco, adequado estilo de vida e a importância do tratamento anti-hipertensivo.

Recursos necessários	<p>Estrutural: Organização da agenda.</p> <p>Cognitivo: Grupo operativo com conhecimentos necessários sobre o tema.</p> <p>Financeiro: Recursos audiovisuais e educativos folhetos.</p> <p>Político: articulação Intersectorial com cultura, educação e mobilização social.</p>
Recursos críticos	<p>Estrutural: Responsável da organização da agenda</p> <p>Cognitivo: Grupo operativo com uma correta capacitação sobre o tema.</p> <p>Financeiro: Gestor de recursos audiovisuais e educativos, folhetos.</p> <p>Político: Adesão do gestor local ao projeto.</p>
Controle dos recursos críticos	<p>Equipe de Saúde da Família, Secretaria Municipal de Saúde. -Motivação favorável-</p>
Ações estratégicas	<p>Apresentar projeto para equipe enfatizando nos resultados positivos do mesmo.</p> <p>Discutir como se fazer grupos operativos efetivos.</p>
Prazo	6 meses para o inicio das atividades.
Responsável do acompanhamento das ações	<p>Equipe de Saúde da Família. Secretaria Municipal de Saúde.</p>
Processo de monitoramento e avaliação das ações	<ul style="list-style-type: none"> - Acompanhamento da equipe de saúde e toda a população envolvida no mesmo. -Reuniões mensais e sistemáticas. -Atividades extras sempre que alguém tiver algum problema ou uma proposta nova. -Determinar as ações estratégicas. -Executar as ações. -Avaliação posterior para detectar e corrigir qualquer problema. -Revisão do cumprimento dos prazos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização de nossa proposta de intervenção poderemos melhorar o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica com uma correta adesão ao tratamento anti-hipertensivo dos pacientes atendidos em nosso PSF 2 da comunidade de Vila Sergipe do Município de Piranhas.

Espera-se, portanto, conseguir a prevenção das complicações da HAS e elevar a qualidade de vida de toda a população. Nas ações propostas estão envolvidos todos os atores: nossa equipe de saúde, os pacientes e toda a comunidade.

REFERENCIAS

ABREU, W. A.; PORTELA, N.L.C.. Fatores associados à não adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica . **R. Interd.** v. 8, n. 3, p. 50-60, 2015. Disponível em: <<http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/>> Acesso em 17 julho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica,. **Sistema de Informação de Atenção Básica- SIAB. DATASUS – Indicadores e Dados Básicos para o Brasil.** 2016. Disponível em:<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/matriz.htm>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

COSTA, R. K.S.; MIRANDA, F. A. N. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: contribuição para a mudança do modelo assistencial. **Rev. RENE.** v. 9, n. 2, p. 120-128, abr.-jun. 2008.

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

DEMONER, M. S.; RAMOS, E. R. P.; PEREIRA, E. R. Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade básica de saúde. **Acta Paul Enferm.** v. 25, (número especial1), p. 27-34, 2012. Disponível em; <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe1/pt_05.pdf> Acesso em: 17 julho 2017.

FERREIRA, N.; SILVA, N.M.; GENESTRA, M. Promoção da saúde com ênfase na atividade física e alimentação saudável. **Cadernos UNIFOA.** Edição especial, p.91-96, 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n2/0034-8910-rsp-47-02-0257.pdf>> Acesso em 12 dezembro 2016.

GIROTTO, E. *et al.* Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência saúde coletiva,** Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, Juno 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/27>> Acesso em: 12 dezembro 2016.

GONZALEZ, R., *et al.* El tratamiento integral de la hipertensión arterial EFDeportes.com, **Revista Digital. Buenos Aires.** v. 17, n. 177, fev. 2013. Disponível em:<<http://www.efdeportes.com/>>Acesso em: 8 de abril de 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- **IBGE***Cidades*, 2016. Disponível em: www.cidades.ibge.gov.br

JARDIM, P C. B. V.; JARDIM, T S. V.; SOUZA, W. K. S. B. Hipertensão arterial sistêmica / Systemic arterial hypertension. **Rev. Bras. Med.**, v. 70, n.12, p.64-75, 2013. Disponível em: www.unimed.coop.br Acesso em: 10 dezembro 2016.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Adherence to long-term therapies; evidence for action**. World health Organization, 2003.

RUFINO, D. B. R.; DRUMMOND, R. A. T.; MORAES, E. L. D. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de Hipertensão Arterial cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde, **J Health Sci Inst.**, v.30, n. 04, p. 336-342, 2012. Disponível em: http://www.unip.br/comunicação/publicações/ics/edições/2012/04_out-dez/v_30_n4_2012_p336a_342.pdf. Acesso em fev. 2017.

SANTOS, M V. R, OLIVEIRA, D. C.; ARRAES, L. B. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. **Rev Bras Clin Med.** v.11, n. 1, p. 55-61, 2013 Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n1/a3390.pdf> . Acesso em: 17 julho .2017.

SILVA, M.C.L.S.R.; SILVA, L.; BOUSSO, R.S. Abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.45, n.5, p.1250-1255, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, **Revista Hipertensão**. v. 19, n. 4, p.1-117, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v.95, n.1, p I-III, 2010. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf Acesso em: 27 dezembro 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.89, N.3, p. 24-79, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2007001500012> Acesso em 10 dezembro 2016.