

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

**CÍNTIA BARROS DE QUEIROZ**

**ESTRATÉGIA PARA A ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO DOS**  
**USUÁRIOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JUVENÍLIA - MINAS GERAIS**

**JUVENÍLIA- MINAS GERAIS**

**2014**

**CÍNTIA BARROS DE QUEIROZ**

**ESTRATÉGIA PARA A ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO DOS  
USUÁRIOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JUVENÍLIA - MINAS GERAIS**

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:** Profa. Dra Selme Silqueira Matos

**JUVENÍLIA- MINAS GERAIS**

**2014**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFMG aos integrantes do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

---

PROFa Dra Selme Silqueira de Matos(orientadora)

---

Profa Dra.....

Aprovado em Belo Horizonte: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, por ter me abençoado e me proporcionado força para atingir esse objetivo. A minha Mãe, Sônia Barros de Queiroz, pelo apoio em todos os momentos que precisei. Ao meu pai Osvaldo Elias de Queiroz, por sempre incentivar na busca do conhecimento. Ao meu namorado Sandoval Lopo de Abreu, pela compreensão e incentivo durante essa jornada. A minha orientadora, Professora Doutora Selme Silqueira de Matos, por me ensinar com toda paciência e compreensão.

## **RESUMO**

A Hipertensão arterial sistêmica é fator de risco para doença coronariana, doença cerebrovascular, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca e doença renal terminal. Esses agravos são importantes causas de morbidade e mortalidade, com elevado custo social. No atendimento dos pacientes hipertensos, percebemos que muitos pacientes não tem seus níveis pressóricos controlados porque não aderem ao tratamento. Alguns não compreendem a forma de usar a medicação e outros não entendem a importância dessa enfermidade. No Brasil, os profissionais atuantes na rede básica de saúde têm emvidados esforços no sentido da prevenção e controle da Hipertensão arterial sistêmica. No entanto deparam com a pouca adesão ao tratamento como é o caso dos usuários de saúde no município de Juvenília - Minas Gerais. O presente estudo centra-se na Hipertensão Arterial Sistêmica e tem como público-alvo os usuários hipertensos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família “Saúde e Esperança” da cidade de Juvenília, Minas Gerais. Neste trabalho, será apresentado o Plano de Ações proposto para intervir no problema identificado por meio do Diagnóstico Situacional e que foi priorizado: “Dificuldade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo”

**Palavras-chave:** Hipertensão Arterial Sistêmica, Estratégia de Saúde da Família, Adesão ao Tratamento Anti-hipertensivo

## **ABSTRACT**

Systemic Arterial Hypertension (SAH) is a risk factor for coronary heart disease, cerebrovascular disease, peripheral vascular disease, heart failure and ESRD. These aggravations are important causes of morbidity and mortality, with a high social cost. In attendance of hypertensive patients, we realize that many patients don't have their blood pressure controlled because it does not adhere to treatment. Some do not understand how to use the medication and others don't understand the importance of this disease. In Brazil, the working professionals in the basic health network have efforts of prevention and control of hypertension. However faced with the lack of adherence to treatment as in the case of health care users in the municipality of Juvenília-Minas Gerais. The present study focuses on Hypertension and its target audience users hypertensive patients assisted by the family health Strategy "hope and Health" of the city of Juvenília, Minas Gerais. In this work, will be presented the proposed action plan to intervene in problem identified through the Situational Diagnosis and that was prioritized: "difficulty of adherence to antihypertensive treatment"

**Key words:** Systemic Arterial Hypertension, the family health strategy, Anti-hypertensive

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

AVC - Acidente vascular cerebral  
DCV- Doenças Cardiovasculares  
ESF - Estratégia de Saúde da Família  
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica  
IAM- Infarto Agudo do Miocárdio  
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
ICC- Insuficiência Cardíaca Congestiva  
NESCON-Núcleo de Educação em Saúde Coletiva  
NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde  
PSF- Programa de Saúde da Família  
SBC- Sociedade Brasileira de Cardiologia  
SIAB - Sistema de Informações da Atenção Básica  
UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

## SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO.....	9
2 - RECONHECENDO MUNICÍPIO DE JUVENÍLIA.....	10
3 OBJETIVO .....	19
4 METODOLOGIA.....	20
5 –JUSTIFICATIVA.....	23
6-ESTRATÉGIA PARA A ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO DOS USUÁRIOS DE SAÚDE.....	24
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
8 ORÇAMENTO.....	33
9-CRONOGRAMA.....	34
10- REFERÊNCIAS.....	35



## 1-INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não-transmissíveis têm-se revelado como causa importante de morte no Brasil, principalmente na área urbana e nas classes menos favorecidas. Estes agravos apresentam inúmeros fatores de risco, cujo controle pode contribuir para o declínio de sua mortalidade. Dentre as doenças crônicas não-transmissíveis estão as doenças do aparelho cardiovascular, entre as quais se destacam o infarto agudo do miocárdio (IAM), o acidente vascular cerebral (AVC) e a insuficiência cardíaca congestiva (ICC) (CERVATO et al., 1997).

No Brasil, em 2005, as doenças cardiovasculares (DCV) foram responsáveis por 28,2% dos óbitos, principal causa de morte no país. As doenças cerebrovasculares e as doenças isquêmicas do coração se destacaram como as mais frequentes causas de mortalidade por DCV, com 31,7% e 29,9%, respectivamente (BRASIL, 2008a). Além do impacto na mortalidade, as DCVs tem importância na morbidade e utilização dos serviços de saúde, representando 10,1% da morbidade hospitalar em 2007.

A insuficiência cardíaca (25,4%), as doenças isquêmicas do coração (18,4%), as doenças cerebrovasculares (16,8%) e as doenças hipertensivas (13,6%) se destacaram como as principais causas de morbidade hospitalar por DCV no mesmo ano (BRASIL, 2008b). Esses dados reforçam a importância do controle dos fatores de risco para DCV, exigindo a adoção de medidas de promoção e proteção a saúde, além do diagnóstico precoce e tratamento adequado.

A expressão “fatores de risco” refere-se a um conceito que vem ganhando importância crescente no campo das patologias cardiovasculares. Aproximadamente 80% destes agravos podem ser justificados ou explicados pela presença de fatores de risco intrínsecos (idade, sexo, hereditariedade) ou extrínsecos (dieta, tabagismo, sedentarismo), entre outros, que predis põem o indivíduo a maior risco de ocorrência de DCV (PANSANI et al., 2005; SBC,2007).

Segundo alguns autores, os fatores de risco cardiovasculares podem ser classificados em dois grupos: os não-suscetíveis a modificação, como hereditariedade, idade, raça e sexo, e os que podem ser modificados ou atenuados por mudanças nos hábitos de vida e/ou por medicamentos, como Hipertensão arterial sistêmica, tabagismo, dislipidemias, diabetes,

obesidade, sedentarismo, uso de anticoncepcionais e estresse (BLOCH et al., 2006; MAIA et al., 2007; TAVARES, 2000). Quanto maior o numero de fatores de risco presentes ou associados, maior será a morbimortalidade cardiovascular.

Neste sentido, torna-se importante a identificação de outros fatores de risco em populações com a presença de fatores já instalados, como a Hipertensão arterial sistêmica. Nestes pacientes hipertensos, além do controle adequado dos níveis pressóricos, a identificação e o controle dos demais fatores de risco cardiovasculares são fundamentais para a prevenção de futuros eventos cardiovasculares.

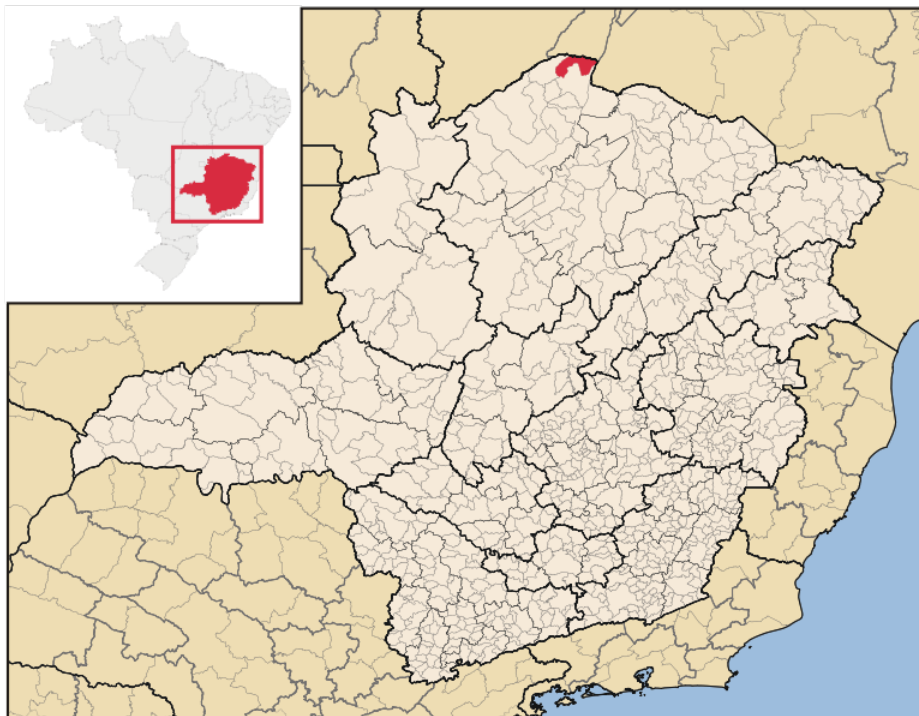
Assim é fundamental adesão ao tratamento anti-hipertensivo incluindo a mudança de hábitos de vida. No Brasil, os profissionais atuantes na rede básica de saúde têm envidados esforços no sentido da prevenção e controle da Hipertensão arterial sistêmica. No entanto deparam com a pouca adesão ao tratamento como é o caso dos usuários de saúde no município de Juvenília - Minas Gerais.

## 2 - RECONHECENDO MUNICÍPIO DE JUVENÍLIA

O município de Juvenília está situado ao extremo norte do estado de Minas Gerais, dividindo com o oeste da Bahia, à margem direita do Rio Carinhanha, sendo banhado, ainda, pelos rios Cochá e São Francisco, fazendo parte da microrregião Sanfranciscana de Januária (Alto São Francisco).

Situa-se a uma distância de 830 km de Belo Horizonte (capital do estado), 352 Km de Montes Claros (cidade Pólo) e 770 Km de Brasília (capital do país). As principais rodovias que servem de acesso à capital do Estado são: BR-040, BR-135, MGT -135, MGT-030.

Possui uma área territorial de 1.088 Km<sup>2</sup> e tem por limites os municípios mineiros Montalvânia e Manga e os municípios baianos Feira da Mata, Carinhanha e Malhada. Encontra-se inserido na Área Mineira do polígono da seca, região Geoeconômica do Instituto de Desenvolvimento do Norte e Nordeste de Minas Gerais - IDENE e participa da Associação dos Municípios da referida Área - AMAMS.



População: O município de Juvenília possui uma população de 5.708 habitantes (IBGE, 2010), sendo 4.392 residentes na zona urbana e 1.316 na zona rural. Esta população se

distribuí de forma equitativa quanto ao sexo (2.923 são do sexo masculino e 2.785 do feminino). O município ocupa uma área de 1 076,889 km<sup>2</sup>, tem aproximadamente 1.508 domicílios e uma densidade demográfica de 5,36 hab/km<sup>2</sup>.

Juvenília teve sua origem com o desbravamento dos sertões de Minas Gerais. Em 1953, a pedido do Sr. Antônio Lopo Montalvão, prefeito de Manga na época, o Coronel Manoel José de Almeida veio a Montalvânia, uma pequena vila localizada à margem do Rio Cochá no Norte de Minas, para apaziguar lutas que ocorriam nas fazendas por invasão de terras. O ilustre Coronel trouxe consigo, de Esmeraldas, uma bandeira composta de 12 bandeirantes. Chegaram ali em 23 de setembro de 1953, com muita dificuldade, por não haver estrada na região. Fundaram então o Núcleo do Vale do Carinhanha e, a pedido do referido prefeito, o Coronel fundou uma escola, como o objetivo de atender as necessidades locais, amparando os filhos de lavradores e pequenos agricultores da zona rural e das regiões circunvizinhas, preparando-os para a vida. Essa escola foi formada, à margem direita do Rio Carinhanha na Fazenda Bom Sucesso, pela sua posição geográfica e por ser terras de a escola com nome de Professor Manoel Ambrósio. A escola oferecia o curso de 1<sup>a</sup> à 4<sup>a</sup> série e desenvolvia um trabalho solidário, até então nunca visto nas proximidades, com atividades cívicas, social, religiosa e até assistência médica que era oferecida aos alunos e seus familiares e a população.

Muitas pessoas das regiões circunvizinhas foram atraídas para o local e passaram a construir suas casas em volta da escola, surgindo a vila Bom Sucesso. Essa vila cresceu e progrediu sob os pulsos do forte bandeirante Coronel Manoel José de Almeida e dos senhores Sargento Edson, Antônio Gomes, José Olímpio de Souza e outros, que foram os primeiros diretores e administradores da vila. O crescimento da população foi intenso, necessidade de comunicação com outros locais. O rio Carinhanha serviu de ligação entre os povoados, o que foi fundamental para seu desenvolvimento.

Em homenagem à bravura do escoteiro Caio Viana Martins, que morreu acidentado, deram o nome à escola de Instituto Educacional Caio Martins. A vila também ficou conhecida por esse nome. Até então a Vila Caio Martins era dependente de Manga. A assistência à saúde era muito difícil, a população contava com benzedadeiras, parteiras e remédios caseiros.

Em 1954, Antônio Montalvão transferiu a prefeitura de Manga para Montalvânia, e algum tempo depois conseguiu a emancipação dessa cidade. Caio Martins passou então a depender de Montalvânia em vários setores como comércio, direitos e deveres jurídicos. A assistência

médica era precária e a população buscava atendimento em cidades muito distante como Januária e Montes Claros. Com o passar do tempo e com o desenvolvimento de Caio Martins, tornou-se difícil para o diretor comandar sozinho a vila e a escola.

Por volta de 1962, Caio Martins desligou-se da escola passando à condição de distrito do Município de Montalvânia, sendo administrada pelo Senhor Antônio Montalvão, fundador e prefeito de Montalvânia, e deram-lhe o nome de Juvenília, pelo fato de sua população ser formada, na maioria, de jovens atraídos pela vontade de participar das atividades educacionais da Escola. A partir dessa época, em Montalvânia, foram chegando os primeiros médicos que prestavam assistência médica particular para toda região inclusive para a população de Juvenília. Aos poucos, foram surgindo em Montalvânia os serviços públicos de saúde como maternidade, posto de saúde, pastoral da criança e mais tarde um hospital. Como Juvenília era distrito de Montalvânia foi criado também um posto de saúde. Em 1997 Juvenília passou de distrito de Montalvânia para cidade. Mesmo emancipada Juvenília dependia em muito da assistência em saúde de Montalvânia, fato não muito diferente ainda hoje.

### **Principais Atividades Econômicas**

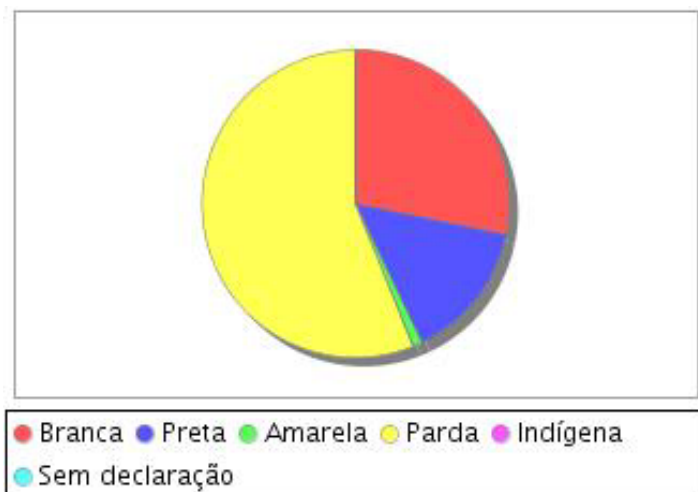
Dados levantados pelo município mostram que cerca de 57,7% da população é economicamente ativa e tem como principal fonte de renda a agropecuária, extração de vegetal ou pesca, apesar de maioria da população ser de origem urbana. Tal situação é justificada pela condição dos distritos de Monte Rei e Porto Agrário que são tidos como urbanos, mas cerca de 95% de seus habitantes dependem exclusivamente da agricultura.

População – distribuição por sexo e faixa etária:

Faixas Etárias	Homem	Mulher	Total
0-4	242	231	473
10-14	329	313	642
15-19	334	324	658
20-29	468	456	924
30-39	378	333	711
40-49	301	317	618
5-9	299	284	583
50-59	265	257	522
60-69	167	137	304
70-79	92	98	190
80+	48	35	83
Total	2.923	2.785	5.708

Em relação à faixa etária, existe uma predominância de habitantes com idade entre 20 e 29 anos (924 pessoas) e uma parcela pequena de pessoas com mais de 80 anos (apenas 83 pessoas).

Em relação à distribuição da população de acordo com a raça, existe uma predominância da raça parda em relação às demais.



### **Sistema local de saúde**

A história do Sistema de Saúde de Juvenília se iniciou após sua emancipação, entre os anos de 1998 e 1999 com a implantação da primeira Unidade de Saúde da Família, que busca construir um sistema de saúde com princípios e diretrizes do SUS, regulamentando as ações de saúde do município, ampliando a Assistência, Promoção, Proteção e Apoio à Saúde do Usuário do Sistema único de Saúde, através das ações da Atenção Primária à Saúde, referenciando a média e alta complexidade, enfatizando as áreas prioritárias sob a ótica da Integralidade da Assistência, Universalidade do Acesso e Equidade focada na família, proporcionando assim maior resolutividade no serviço de saúde, e alcance das metas pactuadas. Hoje o município conta com mais duas unidades de saúde da família, uma localizada no distrito Monte Rei e outra no distrito de Porto Agrário e conta também com um laboratório de análises clínicas, uma clínica de fisioterapia, oferece atendimento odontológico, assistência social e psicológica.

Em relação à área de urgência e emergência, o sistema de saúde de Juvenília ainda é deficiente, não possui Pronto Atendimento Municipal (PAM) e nem o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), dependendo ainda da cidade vizinha, Montalvânia.

A Secretaria Municipal de Saúde está habilitada na Gestão Plena da Atenção Básica e seus recursos financeiros são movimentados pelo Fundo Municipal de Saúde. Em virtude da nova legislação dos planos de saúde e o crescimento populacional do município, nossa demanda de usuários tem uma procura considerável de assistência de média e alta complexidade e dos programas preventivos e educativos de saúde. Os serviços de saúde ofertados no município estão voltados para o atendimento das demandas que surgem na Atenção Primária à Saúde, conforme preconizado pela NOAS/2001 e pactuado no Termo de Compromisso e de Gestão/TCG. Na prática, há uma situação difícil devido a grande rotatividade de profissionais médicos. Os procedimentos da média e alta complexidade são realizados através dos consórcios intermunicipais de saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde dispõe de uma organização composta pela seguinte estrutura:

- Secretaria Municipal de Saúde
- Centro de Processamento de Dados da saúde
- Coordenação de Vigilância Sanitária
- Coordenação de Vigilância Epidemiológica
- Coordenação de Farmácia Básica
- Diretoria de PSF
- PSF Centro Municipal de Saúde
- PSF Saúde e Esperança
- PSF Porto Agrário
- Unidade de Fisioterapia
- Laboratório Municipal

A equipe de saúde da Secretaria Municipal de Saúde é constituída por 42 profissionais sendo 11 de nível superior (enfermeiros (04),dentista(2), médico(2) psicólogo (1), farmacêutico (01) e fisioterapeuta(01).Os demais são os técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, auxiliares de secretaria, recepcionistas, auxiliares de serviços gerais, motoristas, guardas e técnicos de higiene bucal.

Profissionais – forma de vínculo empregatício:

VINCULO EMPREGATICIO	
TIPO	TOTAL
CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	32
EMPREGO PUBLICO	6
SEM TIPO	4
TOTAL	42

### **Território / área de abrangência**

#### Taxa de Emprego e principais postos de trabalho

O distrito de Monte Rei é uma comunidade formada por famílias de baixa renda que sobrevivem, na grande maioria, da lavoura de subsistência, cujo grupo social conta, aproximadamente, com 1.500 habitantes, sendo que a maioria da população não possui acesso as políticas básicas sociais do Governo Federal, possui extrema carência sócio-econômica e considerável índice de analfabetismo.

De acordo com dados do SIAB, das 509 famílias residentes na área coberta pela Equipe de Saúde da Família Saúde e Esperança, 99,21% residem em casas de tijolo ou adobe e 98% dispõe de energia elétrica. Quanto ao abastecimento de água nestes domicílios, 49,31% é fornecida pela rede pública e 50,69 por poços ou nascentes. O tratamento domiciliar desta água ocorre em sua maioria por filtração (75%) e 13% das famílias não fazem tratamento algum.

Além da Unidade Básica de saúde denominada de Claro Pereira dos Santos, na comunidade existem duas escolas, sendo uma municipal e outra estadual, uma igreja católica e uma agência dos Correios. A unidade básica de saúde denominada Claro Pereira dos Santos situa-se na avenida Uirapuru, SN, Distrito de Monte Rei, funciona de segunda à sexta -feiras de 7:00h às 11:h e 13:00h às 17:00h.

A população coberta pela Equipe de Saúde da Família dessa unidade encontra-se quantificada no quadro e gráfico abaixo.

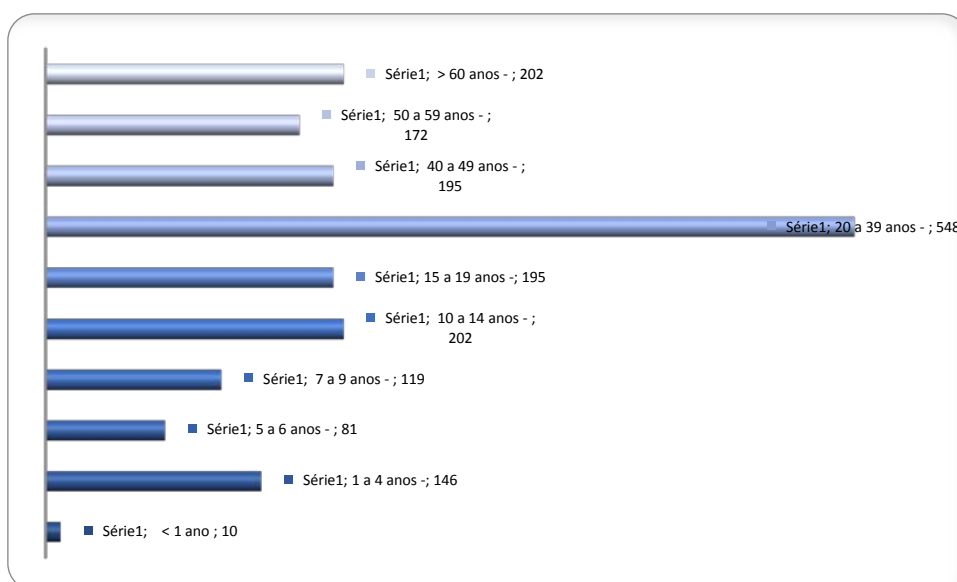
#### Equipe de Saúde da Família Saúde e Esperança

Nome da ESF	Nº da Área de Abrangência da	Microáreas que compõem a Área de	População Total Coberta pela ESF (Nº de pessoas/família)
-------------	---------------------------------	--	---



	<b>ESF/ESB</b>	<b>Abrangência da ESF</b>	<b>Masculina</b>	<b>Feminina</b>	<b>Geral</b>	<b>Famílias</b>
Equipe de Saúde da Família Saúde e Esperança	02	01 – 02 – 03 04 – 05 – 06 (Monte Rei, Lageado, Espinho e Bananeira)	958	912	1.870	509

População coberta pela Equipe de Saúde da Família Saúde e Esperança segundo faixa etária.



A maior parte da população assistida inclui pessoas entre 20 e 39 anos de idade, sendo que a menor parcela inclui as crianças com menos de 1 ano de vida.

A Unidade Saúde e Esperança conta com médico, enfermeiro, Cirurgião-dentista, auxiliares de enfermagem, agentes Comunitários de Saúde e Auxiliar de Consultório Dentário. todos têm uma jornada de trabalho de 40h/semanais.

A estrutura física da USF Saúde e Esperança está discriminada no quadro seguinte:

<b>Ambiente</b>	<b>Quantidade</b>
Consultório médico	01
Consultório de enfermagem	01
Consultório odontológico	01
Sanitário para usuário	02

Sanitário para profissional de saúde	02
Sanitário adaptado para portadores de necessidades especiais	01
Expurgo	01
Sala de esterilização	01
Farmácia	01
DML (depósito de material de limpeza)	01
Sala de procedimentos	01
Recepção/ (SAME)	01
Sala de espera	01
Sala de vacinação	01
Sala de acolhimento	00
Almoxarifado	00
Copa	01
Sala de reunião	01
Sala de nebulização	00
Sala de observação	01

### **Indicadores de saúde da esf/esb saúde e esperança**

- Proporção de gestantes com pré-natal iniciado no 1º trimestre: 76,92%
- Proporção de crianças de 0 a 11 meses com vacina em dia: 100%
- Proporção de crianças < de 2 anos que tiveram diarreia e usaram TRO: 01
- Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer: 00
- Taxa de mortalidade infantil: 01
- Taxa de mortalidade materna: 00
- Hipertensos cadastrados na população coberta: 227
- Diabéticos cadastrados na população coberta: 24
- Proporção de pessoas com tuberculose na população coberta: 06
- Proporção de pessoas com hanseníase na população coberta: 01
- Total de mulheres gestantes na área coberta: 13

Diante do número expressivo de pessoas hipertensas cadastradas na referida Unidade de Saúde e a pouca adesão ao tratamento é fundamental estabelecer um plano de intervenção para mudar o quadro atual.

### **3-OBJETIVO**

Propor estratégias para adesão ao tratamento anti-hipertensivo dos usuários de saúde no município de Juvenília - Minas Gerais.

## 4-METODOLOGIA

### Primeiro Passo: Definição dos Problemas

**Foram identificados na população os seguintes problemas:**

Sedentarismo

Alimentação inadequada

Baixo nível de escolaridade

Priorização da demanda espontânea no atendimento da unidade

Dificuldade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo

Baixa adesão ao aleitamento materno

Alta incidência de dislipidemia

### Segundo Passo: Priorização dos Problemas

PROBLEMA	IMPORTÂNCIA (0 a 5 pontos)	URGÊNCIA (0 a 5 pontos)	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO DA EQUIPE (0 a 5 pontos)
Sedentarismo	4	3	3
Alimentação inadequada	4	3	3
Baixo nível de escolaridade	4	3	1
Priorização da demanda espontânea	3	3	3
Dificuldade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo	5	4	4

Baixa adesão ao aleitamento materno	5	4	4
Alta incidência de dislipidemia	4	3	3

### **Terceiro Passo: Ordem de prioridade**

- 1) Dificuldade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo
- 2) Baixa adesão ao aleitamento materno
- 3) Sedentarismo
- 4) Alimentação inadequada
- 5) Alta incidência de dislipidemia
- 6) Priorização da demanda espontânea no atendimento da unidade
- 7) Baixo nível de escolaridade

**Diante dos problemas identificados a prioridade para intervenção é para a “Dificuldade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo”**

### **Quarto Passo: Descrição do problema selecionado**

A Hipertensão arterial sistêmica é fator de risco para doença coronariana, doença cerebrovascular, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca e doença renal terminal. Esses agravos são importantes causas de morbidade e mortalidade, com elevado custo social. Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da Hipertensão arterial sistêmica aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e maior acesso a medicamentos. Os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso.

No atendimento dos pacientes hipertensos, percebemos que muitos pacientes não tem seus níveis pressóricos controlados porque não aderem ao tratamento. Alguns não compreendem a forma de usar a medicação e outros não entendem a importância dessa enfermidade.

O objetivo é aumentar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e evidenciar isso através do controle dos níveis pressóricos.

### **Explicação do problema**

No Brasil, a Hipertensão arterial sistêmica afeta mais de 30 milhões de brasileiros (36% dos homens adultos e 30% das mulheres) e é o mais importante fator de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares (DCV), com destaque para o AVC e o infarto do miocárdio, as duas maiores causas isoladas de mortes no país

Cerca de 7,1 milhões de mortes por ano podem ser atribuídas à Hipertensão arterial sistêmica. Aproximadamente cerca de 80% dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento como o Brasil, sendo que mais da metade das vítimas têm entre 45 e 69 anos. A hipertensão arterial é responsável, por 54% de todos os casos de acidente vascular cerebral (AVC) e 47% dos casos de infarto, fatais e não fatais, em todo o mundo. Na última década, a hipertensão fez mais de 70 milhões de vítimas fatais.

Assim, a Hipertensão Arterial Sistêmica apresenta elevada relevância clínica para o médico generalista e aumentar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo é fundamental.

### **Quinto passo: Seleção dos nós críticos**

1. Hábitos e estilo de vida da população (tabagismo, sedentarismo, alimentação rica em sal).
2. Nível de informação (não compreendem a importância dessa enfermidade).
3. Pressão social (desemprego).
4. Processo de trabalho da equipe de saúde (pouca informação ao usuário; falta de grupo operativo).
5. Estrutura dos serviços de saúde (não há educador físico e nutricionista para abordagem multidisciplinar).
6. Problemas psicológicos (ansiedade, insônia)

## **5 - JUSTIFICATIVA:**

Entre os problemas priorizados pela nossa equipe durante a realização do diagnóstico situacional da área de abrangência, feito na ocasião da disciplina de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde, se encontra a Hipertensão arterial sistêmica, por ser a primeira morbidade em número de casos. Para priorizar a HAS como tema dessa monografia não levei em conta apenas o fato dela ser uma comorbidade com maior número de casos. Avaliei, também, sua importância e urgência como problema, considerando os dados citados na introdução.

Observamos, na comunidade da nossa área de abrangência, alguns fatores agravantes da situação: falta de conhecimento sobre o assunto, falta de diagnóstico de alguns, provavelmente, e falta de acompanhamento e tratamento de outros; baixa adesão ao tratamento. Como consequência desses fatores, presenciamos muitos pacientes com seqüelas e várias internações devido às complicações. Com o número grande de internações, o custo destes pacientes para o sistema é, provavelmente, exorbitante.

Outro fator muito importante, levado em conta para priorizar a Hipertensão arterial sistêmica, foi que a comunidade clamava por ajuda, ou seja, este era reconhecido como um problema para ela, por ela. Muitos já possuíam pessoas dentro de suas casas ou internadas portadoras de seqüelas conseqüentes à falta de controle destas comorbidades.

Portanto, é um problema importante para a equipe e para a comunidade, o que justifica a importância da escolha, para ser abordado em meu Trabalho Final de Curso (TCC), do tema Estratégia para a adesão ao tratamento anti-hipertensivo dos usuários de saúde no município de Juvenília - Minas Gerais.

## 6-ESTRATÉGIA PARA A ADEÇÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO DOS USUÁRIOS DE SAÚDE

O plano de ação é uma ferramenta que nos permite gerenciar estratégias para a redução ou solução de determinado problema. A seguir será apresentado o Plano de Ações proposto para intervir no problema identificado por meio do Diagnóstico Situacional e que foi priorizado: “Dificuldade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo”.Será adotada a seguinte dinâmica: descrição da etapa a ser desenvolvida seguindo o referencial teórico discutido na disciplina Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde, do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, especificidades da proposta de intervenção relacionada à etapa descrita.

### Desenho das operações para enfrentamento de “Dificuldade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo”

Neste passo, devemos pensar as soluções para os “nós críticos”, ou seja, descrever as operações de enfrentamento das causas selecionadas, identificar os produtos e resultados para cada operação definida e identificar os recursos necessários para a concretização das operações. Essas operações consomem vários tipos de recursos, tais como: recursos econômicos, organizacionais (físicos, humanos, equipamentos, etc.), cognitivos e de poder ou político.

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
1) Hábitos e estilo de vida da população (tabagismo, sedentarismo, alimentação rica em sal).	+ <b>Saúde</b> Modificar hábitos e estilo de vida	Reduzir em 20% o número de tabagistas, sedentários e pacientes com alimentação inadequada no prazo de 1 ano	Caminhada orientada; grupos operativos; consultas médicas para os tabagistas	Organizacional → para organizar as caminhadas, campanhas, grupos operativos, cartilhas e agenda de consultas Cognitivo → informação sobre o tema e



				<p>estratégias de comunicação;</p> <p>Político</p> <p>→ Conseguir espaço para a caminhada e para os grupos operativos;</p> <p>articulação com a rede de ensino</p> <p>Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais, cartilhas, medicamentos antitabagismo etc.</p>
<p>2) Nível de informação (não compreendem a importância dessa enfermidade).</p>	<p><b>Saber +</b></p> <p>Informar e conscientizar a população sobre a importância do tratamento anti-hipertensivo</p>	<p>População mais informada sobre os riscos da hipertensão mal controlada</p>	<p>Avaliação do nível de informação da população sobre hipertensão arterial sistêmica, campanha educativa, capacitação dos ACS e cuidadores</p>	<p>Organizacional → agenda para realizar as atividades propostas</p> <p>Cognitivo</p> <p>→ conhecimento sobre o tema e sobre práticas pedagógicas</p> <p>Político → articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.</p> <p>Financeiro → para aquisição e confecção de cartazes</p>
<p>3) Pressão</p>	<p>“Comer bem e barato”</p>	<p>Alimentação mais saudável a</p>	<p>Programa de horta doméstica;</p>	<p>Organizacional</p> <p>→ Criar os</p>

<p>social (baixo nível econômico e dificuldade de acesso a alimentos saudáveis)</p>		<p>preços mais baratos. Incentivo a horta doméstica.</p>	<p>Programa de culinária barata.</p>	<p>programas Cognitivo → Treinamento para orientação da população. Político → Pactuação com escolas, nutricionista e agrônomo para orientar os programas; Financeiro → para manutenção dos programas</p>
<p>4) Processo de trabalho da equipe de saúde (pouca informação ao usuário; falta de grupos operativos).</p>	<p>“ + conhecimento” Conscientizar a equipe sobre a importância de transmitir informações ao usuário</p>	<p>Equipe informada sobre a importância do controle da HAS; Aumento da frequência dos grupos operativos</p>	<p>Treinamento da equipe; Grupos operativos</p>	<p>Organizacional → Reuniões da equipe e grupos operativos; Cognitivo → Treinamento para organizar e orientar nos grupos. Político →Parceiros para auxiliar na estruturação dos grupos operativos Financeiro → Para confecção dos materiais educativos para os grupos.</p>
<p>5) Estrutura dos serviços de saúde - não há educador físico e nutricionista para abordagem multidisciplinar</p>	<p>“Cuidar melhor” Melhorar a estrutura do serviço para atender bem os</p>	<p>Abordagem multidisciplinar com participação de nutricionista e de educador físico</p>	<p>Agenda para acompanhamento periódico do nutricionista e educador físico em grupos operativos e</p>	<p>Organizacional →para agendar a participação desses profissionais na rotina do serviço</p>

	pacientes hipertensos		atendimento individual	Cognitivo → Explicar para esses profissionais sobre os objetivos deste projeto Político e financeiro → contratação desses profissionais
6) Problemas psicológicos (ansiedade e insônia)	“Viver melhor”	Redução dos níveis de ansiedade e insônia dos usuários	Acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico	Organizacional → para agendar a participação desses profissionais na rotina do serviço Cognitivo → Explicar para esses profissionais sobre os objetivos deste projeto Político e financeiro → contratação desses profissionais

### **Identificação dos recursos críticos:**

Nesta etapa é preciso identificar quais os recursos necessários para se transformar a realidade, ou seja, para se atingir os resultados esperados. Esses recursos são classificados como “recursos críticos”, uma vez que são essenciais para a viabilidade de um plano qualquer, ou seja, são aqueles recursos indispensáveis. É importante que se tenha clareza de quais são esses recursos, para que se possa criar estratégias para viabilizá-los. Busca-se aqui, identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação/projeto.

Operação/ Projeto	Recursos necessários
+ Saúde	Político → Conseguir espaço para a caminhada e para os grupos operativos; articulação com a rede de ensino Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais, cartilhas, medicamentos antitabagismo etc
Saber +	Político → articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social. Financeiro → para aquisição e confecção de cartazes
“Comer bem e barato”	Político → Pactuação com escolas, nutricionista e agrônomo para orientar os programas; Financeiro → para manutenção dos programas
“+ Conhecimento”	Cognitivo → Treinamento para organizar e orientar nos grupos. Financeiro → Para confecção dos materiais educativos para os grupos.
“Cuidar melhor”	Político e financeiro → contratação desses profissionais (nutricionista e educador físico)
“Viver melhor”	Político e financeiro → contratação desses profissionais (psicólogo e psiquiatra)

### **Análise da viabilidade do plano: Atores e motivadores.**

Nesse ponto, precisamos ressaltar que o ator que planeja não controla todos os recursos necessários para a viabilidade do plano; logo, é preciso identificar os atores que controlam recursos, analisar seu possível posicionamento em relação ao problema e, assim, se desenhar estratégias capazes de viabilizar o plano, uma vez que, sabe-se que até certo ponto, é possível modificar as motivações dos atores.

A motivação de um ator pode ser classificada como:

**Motivação favorável:** o ator que controla certo recurso coloca-o a disposição do ator que está planejando.

**Motivação indiferente:** o apoio do ator que controla determinado recurso ainda não está garantido, se quer há garantia de que o ator fará oposição à utilização deste recurso.

**Motivação contrária:** há uma oposição ativa à utilização do recurso.

Há de se destacar aqui que a motivação é situacional, instável e sujeita a mudanças.

Operação/ Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
+ Saúde	Político → Conseguir espaço para a caminhada e para os grupos operativos; articulação com a rede de ensino Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais, cartilhas, medicamentos anti-tabagismo etc	Responsável pelo salão paroquial Profissionais da área de educação Secretário de Saúde	Favorável  Favorável  Favorável	Carta de apresentação do projeto.   Requisição dos materiais
Saber +	Político → articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social. Financeiro → para aquisição e confecção de cartazes	Profissionais da área de educação  Secretário de Saúde	Favorável  Favorável	Carta de apresentação do projeto.  Requisição dos materiais
“Comer bem e barato”	Político → Pactuação com escolas, nutricionista e agrônomo para orientar os programas; Financeiro → para manutenção dos programas	Secretaria de educação, nutricionista e agrônomo  Secretário de saúde.	Indiferente  Indiferente a favorável.	Carta de apresentação demonstrando benefícios.  Carta de apresentação demonstrando benefícios.
“+ conhecimento”	Cognitivo → Treinamento para organizar e orientar nos grupos. Financeiro → Para confecção dos materiais educativos para os grupos.	Integrantes da unidade;  Secretário de saúde.	Favorável  Favorável	Não é necessária  Requisição dos materiais
“Cuidar melhor”	Político e financeiro → contratação desses	Secretário de saúde.	Indiferente	Carta de apresentação

	profissionais (nutricionista e educador físico)			demonstrando benefícios
“Viver melhor”	Político e financeiro → contratação desses profissionais (psicólogo e psiquiatra)	Secretário de saúde.	Indiferente	Carta de apresentação demonstrando benefícios

## Plano operativo

Aqui, busca-se designar os responsáveis (gerente de operação) por cada operação e definir os prazos para a execução das operações.

Gerente de operação é o que se responsabilizará por acompanhar a execução das ações definidas, não necessariamente ele precisa executá-las, pode e deve contar com apoio de terceiros, logo entende-se que, o ator que controla pode delegar algumas tarefas para, assim, conseguir maior produtividade.

Operação	Resultados esperados	Produtos esperados	Ação estratégica	Responsável	Prazo
+ Saúde	Reduzir em 20% o número de tabagistas, sedentários e de pacientes com alimentação inadequada no prazo de 1 ano	Caminhada orientada; grupos operativos; consultas médicas para os tabagistas	Carta de apresentação do projeto.  Requisição dos materiais	Agentes, enfermeiro e médico.	Início das reuniões de imediato, com confecção da carta de apresentação.  Início das atividades com dois meses.
Saber +	População mais informada sobre os riscos da hipertensão mal controlada	Avaliação do nível de informação da população sobre hipertensão arterial sistêmica, campanha educativa, capacitação dos ACS e cuidadores	Carta de apresentação do projeto.  Requisição dos materiais	Agentes, enfermeiro e o médico.	Carta de apresentação imediata.  Início das campanhas com dois meses.
“Comer bem e barato”	Alimentação mais saudável a	Programa de horta doméstica;	Carta de apresentação	Agentes de saúde	Confecção da carta de apresentação.

	preços mais baratos. Incentivo a horta doméstica.	Programa de culinária barata.	demonstrando benefícios.	Parceiros das campanhas.	Treinamento dos agentes com 30 dias. Início dos programas com dois meses.
“+ Conhecimento”	Equipe informada sobre a importância do controle da HAS; Aumento da frequência dos grupos operativos	Treinamento da equipe; Grupos operativos	Requisição dos materiais	Enfermeiro	Confecção da carta de apresentação imediata. Início dos grupos operativos com 2 meses.
“Cuidar melhor”	Abordagem multidisciplinar com participação de nutricionista e de educador físico	Agenda para acompanhamento periódico do nutricionista e educador físico em grupos operativos e atendimento individual	Carta de apresentação demonstrando benefícios	Agentes e enfermeiro.	Confecção da carta de apresentação imediato. Início das atividades com dois meses.
“Viver melhor”	Redução dos níveis de ansiedade e insônia dos usuários	Acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico	Carta de apresentação demonstrando benefícios	Enfermeiro e médico	Confecção da carta de apresentação. Início do acompanhamento com dois meses.

## 7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a elaboração do Plano Operativo fica pronto o **Plano de Ações**. Na próxima etapa, deve-se desenhar um modelo de gestão do plano de ação, discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus instrumentos; é, também, um momento importante para o sucesso do planejamento, uma vez que é preciso desenvolver meios de se coordenar e acompanhar a evolução das operações. Esse sistema de gestão deve garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores. Porém, como o objeto deste estudo é a elaboração do plano de ação e não sua implementação, não será apresentado um plano de gestão para ele.

Espero que com este Plano de Intervenção, a equipe de saúde da família Saúde e Esperança possa contribuir significativamente para o aumento da adesão dos usuários hipertensos ao tratamento proposto e, assim, reduzir os seus níveis pressóricos. Com essa redução, espera-se que ocorra menos casos de Hipertensão arterial sistêmica mal controlada e suas conseqüências, tais como cardiopatias, nefropatias e acidentes vasculares cerebrais. Logo, uma estratégia realizada na atenção primária influencia significativamente na atenção secundária e terciária, uma vez que há uma diminuição do número de pacientes que necessitam de tais recursos. Para viabilização desse plano de ação, é necessário que todos estejam motivados, tanto a equipe quanto a gestão. Com a contribuição de todos os atores envolvidos, os hipertensos da área de abrangência da ESF Saúde e Esperança serão beneficiados.



## 8 - ORÇAMENTO

<b>ATIVIDADES</b>	<b>Despesas</b>
1-Material de escritório(papel,tinta,tonner0	R\$ 100,00
2- Impressão/digitação	R\$ 50,00
3-Revisor do texto;	R\$ 200,00
4- Aquisição de artigos	R\$ 250,00
5-Elaboração do relatório final - impressão	R\$ 200,00
6- Apresentação da pesquisa em periódico/inscrição em evento	R\$200,00
7- Participação em evento científico	R\$800,00
<b>TOTAL</b>	<b>R\$1800,00</b>

No orçamento acima descrito para este estudo, as despesas estarão sob responsabilidade da pesquisadora

## 9 - CRONOGRAMA

<b>Atividades</b>	<b>Agost/13</b>	<b>Set13</b>	<b>Out13</b>	<b>Nov/14</b>	<b>Dez/14</b>	<b>jan/14</b>	<b>Fev/14</b>
Elaboração do projeto de pesquisa							
Pesquisa Bibliográfica							
Apresentação do projeto ao Orientador							
Coleta de dados							
Elaboração do relatório final							
Apresentação à 1ª Banca							
Apresentação do Poster a 2ª Banca							

## 10 - REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J. et al. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família.

**Revista de Saúde Pública**, v.41, n.3, jun. 2007

BLOCH, K. V.; RODRIGUES, C. S.; FISZMAN, R. Epidemiologia dos fatores de risco para hipertensão arterial – uma revisão crítica da literatura brasileira. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 13, n. 2, p. 134- 143, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. Informações de saúde: mortalidade - Brasil. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>>. Acesso em: 28 dez. 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. Informações de saúde: morbidade hospital do SUS - Brasil. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>>. Acesso em: 29 dez. 2013b.

CECILIO, L. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: HUCITEC, p.151-167, 1997.

CERVATO, A. M.; MAZZILLI, R. N.; MARTINS, I. S.; MARUCCI, M. F. N. Dieta habitual e fatores de risco para doenças cardiovasculares. *Revista de Saúde Pública*, v. 31, n. 3, p. 227-35, 1997.

FREITAS, M. et al. Implementação da estratégia de ensino-aprendizagem à família de paciente crônico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.55, n.2: p.146-150, mar./abr. 2002.

FUCAM - Fundação Caio Martins. História do Centro Educacional de Carinhanha - História de Juvenília. Disponível em: <<http://www.fucam.mg.gov.br>>. Acesso em: 18 de nov. de 2013

MAIA, C. O.; GOLDMEIER, S.; MORAES, M. A.; BOAZ, M. R.; AZZOLIN, K. Fatores de risco modificáveis para doença arterial coronariana nos trabalhadores de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 20, n. 2, p. 138-142, 2007.

PANSANI, A. P.; ANEQUINI, I. P.; VANDERLEI, L. C. M.; TARUMOTO, M. H. Prevalência de fatores de risco para doenças coronarianas em idosas frequentadoras de um programa “Universidade Aberta a Terceira Idade”. Arquivos de Ciências da Saúde, v. 12, n. 1, p. 27-31, 2005

Relatório Anual de Gestão. Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login%21carregaRelatorioExterno.action?codUf=31&codTpRel=01>. Acesso em: 09 abril 2013.

SBC-Sociedade Brasileira de Cardiologia. V diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. Arquivos Brasileiros Cardiologia, v. 89, n. 3, p. 24-79, 2007.

SIAB-SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. Secretária de Assistência a Saúde / DAB – DATASUS. Secretária Municipal de Saúde de Juvenília-MG. 13 Ago. 2012.

Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>. Acesso em: 09 out 2013.

Site do município de Juvenília - MG. Disponível em: <http://juv.adassoft.com/>. Acesso em: 09 abril 2013.

Site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>. Acesso em: 09 abril 2013.

TAVARES, A. Polimorfismos dos genes do sistema renina-angiotensina-aldosterona e as moléstias cardiovasculares. Revista Brasileira de Hipertensão, v. 7, n. 3, p. 237-242, 2000.