

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

Mariana Cruz Lima Reis

**PROJETO DE INTERVENÇÃO DEVIDO A BAIXA ADESÃO AO
TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM
UMA UNIDADE DE SAÚDE EM GOVERNADOR VALADARES**

Governador Valadares – Minas Gerais

2015

MARIANA CRUZ LIMA REIS

**PROJETO DE INTERVENÇÃO DEVIDO A BAIXA ADESÃO AO
TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM
UMA UNIDADE DE SAÚDE EM GOVERNADOR VALADARES**

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

Orientador: Prof^a. Wânia da Silva Carvalho

GOVERNADOR VALADARES/MG

2015

MARIANA CRUZ LIMA REIS

**PROJETO DE INTERVENÇÃO DEVIDO A BAIXA ADESÃO AO
TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM
UMA UNIDADE DE SAÚDE EM GOVERNADOR VALADARES**

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

Banca Examinadora:

Prof^a. Wânia da Silva Carvalho

Prof. Silvana Spíndola de Miranda

Aprovado em Governador Valadares, ____ / ____ / ____

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença que exige atenção especializada das equipes de saúde na atenção primária bem como do autocuidado e da responsabilização do usuário diante do quadro. A doença é considerada um fator de risco para doenças cardiovasculares, acidentes vasculares e doença renal crônica entre outras complicações. O presente trabalho tem como objetivo propor um plano de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família no Centro de Atenção Integral à criança em Governador Valadares – MG. O método utilizado foi o Planejamento Estratégico Situacional. Iniciou-se com o diagnóstico situacional em saúde, por meio dele priorizou-se o problema do alto número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde e a baixa adesão ao tratamento. Em seguida explicação do problema, levantamento dos nós críticos e por fim revisão de literatura para subsidiar o referencial teórico sobre o tema proposto. Após, foi elaborado o plano de intervenção seguindo os 10 passos preconizados no Planejamento Estratégico Situacional. Conclui-se que a não adesão do usuário hipertenso ao tratamento constitui um grande desafio para os profissionais que o acompanham. Deve-se elaborar estratégias de enfrentamento da problemática com foco na educação em saúde.

Palavras-chave: Hipertensão arterial sistêmica, adesão ao tratamento da hipertensão, educação em saúde.

ABSTRACT

Hypertension is a disease that requires specialized care by health workers in primary care and self-care and user accountability on the table. The disease is considered a risk factor for cardiovascular disease, stroke and chronic kidney disease and other complications. This paper aims to propose an action plan to improve adherence to treatment of hypertensive patients registered in the Family Health Strategy in the CAIC I in Governador Valadares - MG. The method used was the Situational Strategic Planning (PES). It began with the situational diagnosis in health through was prioritized his problem of the high number of registered hypertensive at the facility and poor adherence to treatment. Then explanation of the problem and the critical nodes rose and finally a literature review was necessary to support the theoretical framework on the theme and subsequently elaborated the intervention plan following the 10 steps recommended in the Strategic Planning Situacional. Was found that non-adherence of hypertensive patients to treatment is a major challenge for professionals that accompany it. Should be developed problem of coping strategies focus on health education.

Keywords: Hypertension, adherence to treatment of hypertension, health education, health prevention.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
2 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL EM SAÚDE	10
3 JUSTIFICATIVA	14
4 OBJETIVOS	15
5 METODOLOGIA	16
6 REVISÃO DE LITERATURA.....	18
7 PLANO DE AÇÃO	23
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS	29

1 INTRODUÇÃO

O planejamento em saúde permite melhor aproveitamento dos recursos existentes numa Unidade Básica. Ele permite conhecer os principais problemas, priorizá-lo e implantar um plano de ação aumentando a chance de alcançar objetivos. (CAMPOS, FARIA E SANTOS, 2010). Por isso elaborou-se este projeto a partir do diagnóstico situacional em saúde e o planejamento para direcionar as ações que serão desenvolvidas.

O município que será realizado o projeto é Governador Valadares. Esse está situado no Leste do Estado de Minas Gerais e localizado na região do Vale do Rio Doce. A Princesa do Vale, como também é conhecida, foi fundada em 1938 e conta atualmente com uma população aproximada de 275 568 habitantes (IBGE, 2013). A cidade tem Elisa Maria Costa como prefeita, Kátia Barbalho Diniz como secretária da saúde, Osânia Alves Damasceno Souza, coordenadora da Atenção Básica e Débora Abreu Badaró como coordenadora da Atenção à Saúde Bucal.

Tabela1. Distância do município de Governador Valadares em relação a capital do estado e outras cidades importantes.

Belo Horizonte	324 Km	Teófilo Otoni	137 Km
Brasília	1041 Km	Vitória	439 Km
Rio de Janeiro	601 Km	São Paulo	914 km
Curitiba	1337 Km	Porto Alegre	2040 Km
Salvador	1054 Km	Campo Grande	1781 Km

A primeira exploração do Vale do Rio Doce data de 1573, quando Sebastião Fernandes Tourinho, partindo do litoral, subiu o rio até alcançar a foz do rio Suaçuí Grande, com a finalidade de descobrir ouro e pedras preciosas. Posteriormente, Marcos de Azeredo, seguindo o itinerário de Tourinho,

transpôs o rio Doce e avançou uma extensão maior do que alcançada pela primeira expedição, até atingir a barra do rio Suaçuí Pequeno.

Os desbravadores encontraram uma série de obstáculos, não só o rio com seus bancos de areia, dificultando a interiorização da bacia, como as impenetráveis florestas e, mais ainda, a ferocidade dos índios botocudos. Esses fatores impediram, por muito tempo, o estabelecimento de núcleos regulares de população (ESPÍNDOLA,2013).

As idéias de emancipação concretizaram em 1937. O Partido Emancipador de Figueira alcançou seus objetivos com a criação do Município, emancipando-se de Peçanha em 31 de dezembro de 1937. Em 30 de janeiro de 1938 houve a instalação do Município e a posse do primeiro Prefeito. Em 17 de dezembro de 1938, o Município passou a denominar-se Governador Valadares.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é considerado médio pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), seu valor é de 0,772, sendo o 157º maior de todo estado de Minas Gerais (em 853); 579º de toda Região Sudeste do Brasil (em 1666 municípios) e o 1260º de todo Brasil (entre 5.507 municípios).

Atualmente, o município de Governador Valadares tem nos pontos de atenção primária (42 Estratégias em Saúde da Família - ESF) e ainda com quatro equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A Estratégia de Saúde da Família foi implantada no município em 1997, com duas equipes. Em 2004 eram 15 equipes e em 2010 esse número chegou a 35. Atualmente são 41 equipes em funcionamento, sendo 37 atestadas pelo Ministério da Saúde (MS). Dessas, três são na zona rural (Chonim, Baguari e Itapinoã 2014).

A cobertura do município atualmente é de 48,18%. A meta é ampliar a cobertura para 70% da população até 2016. Além disso, ainda há quatro Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PAC'S) e quatro equipes do NASF, que possui os seguintes profissionais: farmacêutico, fisioterapeuta, educador físico, assistente social, nutricionista, psicólogo.

A atenção secundária é composta por policlínica, o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, CAPS ad e CAPSI, o Centro de Referência em Saúde Mental - CERSAM, e o Centro de Convivência, o Centro de Referência em Atenção Especial à Saúde – CRASE, o Centro de Referência em Doenças

Endêmicas e Programas Especiais - CREDENPES e ainda o Centro de Apoio ao Deficiente Físico (CADEF) e a atenção terciária é integrada por hospitais, Unidades de Terapia Intensiva e maternidade.

O Conselho Municipal de Saúde de Governador Valadares (CMSGV) tem caráter permanente e deliberativo. É um órgão colegiado, com 24 membros, e composto paritariamente por representantes dos usuários, profissionais da área da saúde, do governo e prestadores de serviços públicos, filantrópicos ou privados, conveniados ao SUS. O CMSGV reúne-se mensalmente por meio de reunião ordinária e de forma extraordinária quando convocado pelo presidente ou a requerimento de um terço de seus membros.

O sistema de referência e contra referência ainda é falho devido à baixa adesão dos profissionais da atenção secundária. Governador Valadares, possui uma central de marcação de consultas para que os encaminhamentos da atenção primária sejam referenciados para atendimento de especialidades. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) possui 41 especialidades no momento que atendem em seus respectivos Centros de referência.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), no bairro Centro de Atenção Integral à Criança (CAIC I), abrange os bairros: Santo Antônio, Nova Vila Bretas e Maravilha. A ESF possui unidade localizada no bairro Nova Vila Bretas, que se encontra na rua T, nº 249. Esse bairro possui todas as ruas pavimentadas, 99,5% das casas são de alvenaria, tem rede de esgoto e água tratada (Serviço Autônomo de Água e Esgoto) e coleta de lixo regular, apresentando rede de infraestrutura adequada.

A Área física da unidade é constituída por almoxarifado, copa/cozinha, farmácia, depósito de materiais de limpeza, recepção, sala de curativo, sala da enfermeira, sala de espera, sala de vacinas, sala do médico, sanitário dos funcionários e sanitário dos pacientes.

No momento a unidade tem 885 famílias e 3645 pessoas cadastradas.

Na ESF, tem-se uma equipe formada por 12 profissionais:

- Uma médica;
- Um dentista;

- Um auxiliar de dentista;
- Uma enfermeira;
- Uma técnica em enfermagem;
- Seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS);
- Um auxiliar de serviços gerais.

O horário de funcionamento da unidade é de 7:00 às 12:00 h e de 13:00 às 17:00 h, de segunda à sexta-feira.

A ESF conta com a atuação do NASF que auxilia com uma equipe multiprofissional. Tem-se grupos de hipertensos e de gestantes, onde torna-se possível uma troca de experiências e informações no caso das gestantes, bem como uma melhor compreensão e controle da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Às vezes, é realizado palestras para grupos de homens em geral.

Os atendimentos na ESF são agendados previamente, na semana anterior à consulta. Os atendimentos por demanda espontânea também são frequentes. Realiza-se visitas domiciliares, onde sempre estão presentes um médico e um ACS.

De acordo com os dados obtidos no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), 2014, a taxa de alfabetização é em torno de 87% considerando a população do bairro. Predominam na comunidade a profissão de empregados do comércio e autônomos.

2 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL EM SAÚDE

Inicialmente realizou o diagnóstico em saúde da área da ESF. A palavra “diagnóstico” quer dizer através do conhecimento ou seja, não há como realizar diagnóstico sem um conhecimento prévio e amplo da área de atuação. Portanto o importante é levantar dados, transformá-los em informação para produzir conhecimento que subsidie o planejamento. E assim identificou-se os principais problemas encontrados na unidade. (CAMPOS, FARIA E SANTOS, 2010).

Os dados identificados desse estudo foram levantados pelo método de Estimativa Rápida, utilizando fontes principais: registros escritos da unidade (prontuários) e de observação ativa da área, que foram também possíveis por meio das consultas médicas.

A seguir, é apresentado os problemas identificados na ESF CAIC I:

Tabela 1 - Principais problemas enfrentados pela Estratégia em Saúde da Família, CAIC 1, em ordem de prioridade, Governador Valadares, 2014.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Baixa adesão ao tratamento da hipertensão	Alta	8	Parcial	1
Número elevado de pacientes diabéticos	Alta	6	Parcial	1
Gravidez na adolescência	Alta	6	Parcial	2
uso indiscriminado de antidepressivos	Alta	5	Parcial	3

2.1 Priorização do problema

Após a priorização dos problemas apontados pela equipe da ESF, CAIC 1, a baixa adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi escolhida para elaboração da proposta de intervenção. Esse problema deve

ser alvo de atenção, com avaliação dos conhecimentos e procedimentos para enfrentá-lo. Devido ao elevado grau de importância do problema, a grande prevalência na região e a dificuldade de adesão dos usuários ao tratamento da hipertensão, bem como a falta de conscientização dos agravos que a doença pode acarretar, esse problema torna-se muito relevante.

2.2 Descrição do Problema Priorizado

A HAS é uma doença crônica, considerada multifatorial, sua detecção muitas vezes é tardia por sua evolução ser lenta e os sintomas geralmente passam despercebidos pelo paciente. É uma doença de caráter assintomático, em fases em que não há comprometimento maior, o usuário acredita que não seja importante um acompanhamento adequado ou controle dos índices pressóricos, ocasionando consequências maiores na saúde do mesmo.

2.3 Explicação do problema Priorizado

A doença também é caracterizada como um dos principais fatores de risco cardiovascular, renovascular e pode resultar em consequências graves a vários órgãos tais como o coração, cérebro e vasos sanguíneos. É considerada um grave problema de saúde pública pela sua cronicidade e também pelos custos com internações, pela incapacitação por invalidez ou aposentadorias. (BRASIL, 2006).

Com base nos dados coletados, percebe-se que os usuários da Unidade de Saúde, possui uma baixa adesão ao tratamento da HAS.

2.4 Identificação dos Nós críticos do problema priorizado

Sendo assim, foram identificados os nós críticos para o enfrentamento do problema da HAS na atenção básica:

- *Falta de conscientização do hipertenso sobre a doença - É observado dificuldades em seguir as orientações recomendadas pela equipe de saúde..*
- *Desconhecimento dos hipertensos sobre a HAS, mitos sobre a doença - Pacientes consideram não precisar envolver-se com a doença, nem ter devidas informações.*
- *Uso inadequado dos anti-hipertensivos: Alguns pacientes não seguem as orientações médicas sobre o uso medicamentoso.*
- *Processo de trabalho da ESF inadequado para enfrentar o problema – capacidade dos profissionais para o acolhimento, vínculo e planejamento para organizar o trabalho efetivo e dinâmico com os usuários hipertensos.*

Uma atenção contínua e eficaz para a saúde e o bem-estar da população requer diferentes níveis de intervenção dos serviços de saúde, adequados às distintas fases da enfermidade e ao grau de incapacidades. A assistência deve estar baseada, em uma atenção integral, adequada, de qualidade, humanizada e oportuna.

A HAS foi aqui priorizada por sua prevalência na área de abrangência, pelo mal controle e adesão dos usuários na atenção básica e por acreditar que melhorias poderão vir a partir do desenvolvimento do projeto.

3JUSTIFICATIVA

A HAS constitui-se um grave risco para as doenças cardiovasculares, caracterizando-se como umas das mais importantes doenças na área da saúde pública devido as altas taxas de morbidade e mortalidade. Muitas vezes os usuários não tem consciência das consequências que a doença pode acometer, desta forma não se envolvem no cuidado com o tratamento e adesão ao mesmo, nem buscam formas de controle dos níveis pressóricos.

Os profissionais da ESF, CAIC I, em Governador Valadares, deparam com uma grande demanda de usuários cadastrados no sistema com quadros de hipertensão descompensada. Muitos deles apresentam dificuldades em seguir as orientações dadas pelos profissionais, de seguir uma dieta adequada, de realizar atividades físicas e até mesmo de seguir o tratamento medicamentoso de forma adequada.

As orientações oferecidas pela equipe de saúde poderão auxiliar na compreensão e manejo no cuidado da HAS e no seu processo de adoecimento, contribuindo efetivamente na prevenção de agravos, no estabelecimento de um estilo de vida com qualidade para manter o organismo saudável.

Sendo assim, torna-se de extrema relevância estudar o tema proposto e elaborar um plano de intervenção na área de abrangência, uma vez que profissionais abordam informações sobre cuidados de saúde e hábitos saudáveis. Assim, espera-se que, com esse plano de intervenção possa contribuir para elaboração de proposta de educação em saúde que deverá envolver a equipe multiprofissional no sentido de conduzir os usuários de medicamentos para tratar a HAS a vivenciar atividades com ênfase em promoção e prevenção da saúde possibilitando a melhora da adesão ao tratamento da hipertensão.

4 OBJETIVO GERAL

Propor um plano de intervenção para melhorar a adesão dos usuários ao tratamento da hipertensão arterial na Estratégia de Saúde da Família - CAIC I em Governador Valadares.

4.1 Objetivos Específicos

Oferecer oficinas e grupos operativos de orientações para melhores esclarecimentos e adesão ao tratamento da HAS.

Elaborar palestras com foco na educação em saúde sobre o tema das HAS

5 METODOLOGIA

Para a elaboração desse estudo foi realizado um diagnóstico situacional de saúde na ESF CAIC I, em Governador Valadares. Utilizou-se o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) estudado no módulo Planejamento e avaliação das ações em Saúde de autoria de Campos; Faria e Santos (2010).

Segundo Campos; Faria e Santos (2010) é necessário conhecer a área onde se atua, por meio do diagnóstico situacional, que possibilite conhecer “os problemas de saúde mais importantes, suas causas e consequências”. Esse é apenas um primeiro passo do processo em que se busca construir um plano de ação. Porém é preciso considerar a viabilidade de gerenciar o plano para obter os resultados desejados.

O primeiro passo foi a definição dos problemas, pois além de identificar os principais problemas de saúde da área de abrangência, pode produzir informações que permitam conhecer as causas e as consequências do problema. Os problemas encontrados na unidade foram: alto índice de hipertensos com baixa adesão ao tratamento, alto índice de diabéticos, vários casos de gravidez na adolescência e o uso indiscriminado de ansiolíticos, esse primeiro passo foi obtido por meio de registros em prontuários da Unidade de Saúde. Primeiramente realizou-se uma reunião com os profissionais da saúde para esclarecimento do estudo e em seguida uma análise dos prontuários e dos dados do SIAB.

O segundo passo foi a identificação e priorização do problema a ser enfrentado. O problema priorizado na Unidade de Saúde em questão foi o alto número de usuários hipertensos que não aderem ao tratamento.

O terceiro passo foi a descrição, caracterização e compreensão do problema.

No quarto passo, houve a explicação do problema. Ainda seguiu-se com a seleção dos nós críticos do problema priorizado.

Para a construção do projeto de intervenção elaborou-se o desenho das operações, apresentando os resultados e recursos necessários.

Para elaboração desse trabalho utilizou-se uma pesquisa bibliográfica, com consultas à base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Bireme e no SCiELO em artigos nacionais, com data de publicação entre 2000 à 2014.

Os descritores utilizados para a pesquisa foram: hipertensão arterial sistêmica, adesão ao tratamento, saúde do adulto, planejamento em saúde.

O projeto deverá ser aprovado e em seguida apresentado na secretaria de saúde do município. Por fim, serão realizadas reuniões na equipe de saúde para melhor planejamento do início das atividades. Será feito também uma articulação com o NASF para melhor andamento do projeto.

6 REVISÃO DE LITERATURA

6.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial que caracteriza-se por níveis alterados e mantidos de pressão arterial (PA). Normalmente ela está associada a alterações funcionais ou estruturais dos órgãos-alvo como: coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

A HAS é considerada uma doença de alta prevalência nacional e mundial. (TOLEDO, 2007). Também é apresentada como um dos principais fatores de risco de morbidade e mortalidade cardiovasculares, cerebrovasculares, renais e arteriais periféricas. Ela também pode ser definida pela manutenção elevada dos níveis de pressão arterial sistólica (PAS). Os níveis alterados e sustentados caracterizam a HAS. São considerados elevados quando apresentarem maior ou igual a 140 mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) maior ou igual a 90mmHg. (MINAS GERAIS, 2006, p.24).

A aferição repetida da pressão arterial em dias alternados e em consultório é sugerida para chegar a pressão arterial e ainda reduzir as chances de hipertensão do avental branco, que é aquela que altera na presença do profissional de saúde apenas. É preciso ter segurança e confiança ao diagnosticar o paciente como hipertenso, para não correr-se o risco de um diagnóstico falso-positivo. (BRASIL, 2006).

Abaixo apresenta-se os valores considerados para o diagnóstico da HAS. (BRASIL, 2006).

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	<120	<80
Pré hipertensão	120-139	80-89
Hipertensão		
Estágio 1	140-159	90-99
Estágio 2	>160	>100

Fonte: (BRASIL, 2006)

A HAS por sua característica crônica e silenciosa dificulta a percepção dos sujeitos portadores da doença. O fator negativo por ser discreta acaba por comprometer seriamente a qualidade de vida do indivíduo.

Segundo Toledo (2007).

Sua evolução clínica é lenta, possui uma multiplicidade de fatores e, quando não tratada adequadamente, traz graves complicações, temporárias ou permanentes. Representa elevado custo financeiro à sociedade, principalmente por sua ocorrência associada a agravos como doença cerebrovascular, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca e renal crônicas, doença vascular de extremidades. (TOLEDO, 2007. P. 234)

Ainda como consequências há um número alto de internações e procedimentos técnicos de alta complexidade, levando ao afastamento do trabalho, óbito e à aposentadorias precoces.

A HAS por ser uma doença de origem multicausal, sendo o elevado consumo de sódio um fator chave na elevação dos níveis pressóricos dos hipertensos. Estudos apontam uma relação direta entre a redução do consumo do sódio e a diminuição dos níveis de PA e conseqüente dos riscos cardiovascular, decorrentes do quadro hipertensivo. (ANGODI, 2012).

Mas como a literatura aponta “o fornecimento das informações por si só, não é suficiente para mudança de comportamento em saúde”. (ANGODI, 2012 p.3). Por isso a equipe deve conscientizar o usuário de forma esclarecedora quanto

à qualidade de vida que pode ter seguindo um estilo de vida e hábitos mais saudáveis e ainda a redução de chances dos agravos da doença.

Algumas mudanças são importantes tanto para a prevenção da HAS quanto para a manutenção dos índices pressóricos para os hipertensos. Por isso a equipe de saúde e a família devem atuar junto nesta conscientização do usuário.

Várias mudanças no estilo de vida são recomendadas na prevenção primária, como exemplos buscar ter uma alimentação adequada e saudável, controle na ingestão do sódio e álcool, ingestão de potássio e combate ao sedentarismo e tabagismo. A prevenção primária acaba sendo um desafio para os profissionais da saúde, mas também caracteriza-se como uma forma mais eficaz de evitar doenças e devem ser metas prioritárias na atenção básica. Mesmo quando os resultados são lentos, as ações devem ser voltadas para este objetivo: a adesão do usuário ao tratamento da hipertensão (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

6.2 As dificuldades de adesão do paciente ao tratamento

Pode considerar a adesão a partir do grau de concordância entre o que o médico orienta e o comportamento do paciente. Esta dificuldade na adesão pode estar relacionada a vários fatores segundo a pesquisa de MANFROI, 2006: a fase assintomática, em que os usuários usam medicamentos somente quando pensam que a pressão está elevada, impressão de cura após algum período de uso dos medicamentos, não gostam de ser dependentes dos remédios, sintomas adversos dos mesmos, dieta hipossódica.

A má adesão dos usuários ao tratamento é uma realidade vivenciada no âmbito da saúde. Por isso, quanto mais precoce for o diagnóstico e orientado o tratamento, maiores são as chances de se evitar complicações da doença. (AZEVEDO, 2014).

Segundo Lopes et al. (2008, p.198) a hipertensão arterial é considerada uma doença de grande proporção em termos econômicos, sociais e de qualidade de vida. “Estima-se que 11 a 20% da população adulta” padeça com esta doença e “cerca de 85% dos pacientes com acidente vascular encefálico e cerca de 40 a 60% dos pacientes com infarto do miocárdio apresentam hipertensão arterial associada”.

No Sistema Único de Saúde (SUS), em 2012 a hipertensão arterial sistêmica foi responsável por 1,2 milhões de internações, representando 10,3% no total de internações e 17% dos gastos. (MINIZ et AL, apud AZEVEDO, 2014).

Um fator preocupante segundo dados do Ministério da Saúde (2001), revela que em 2020 poderá chegar a 73% das mortes provocadas por doença crônica. (AZEVEDO, 2014).

Diante desse contexto, elaborou-se o plano de ação visando aumentar a adesão dos usuários hipertensos cadastrados na ESF CAIC em Governador Valadares, bem como minimizar os agravos da doença. O foco do plano envolve a educação em saúde, trabalho multidisciplinar e conscientização do usuário ao tratamento na abordagem do autocuidado.

O autocuidado pode ser visto como o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em benefício próprio para manter a vida, a saúde e também o próprio bem-estar. Quando esse é efetivamente realizado, auxilia na manutenção da integridade da pessoa contribuindo para o seu desenvolvimento.

Já o conceito de educação em saúde envolve a dinâmica no estímulo à adesão ao tratamento não medicamentoso e medicamentoso da hipertensão arterial, confirmando a relevância da adoção dessas estratégias educacionais pelos profissionais de saúde. (OLIVEIRA et al., 2013). Esta estratégia possibilita uma melhor adesão uma vez que busca-se trabalhar a pessoa, seu contexto, estilo de vida, condições sociais e emocionais para tornar-se ativo ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Ambos os conceitos priorizam a prevenção, promoção à saúde e a qualidade de vida do usuário e também da família que vivencia tal doença e dificuldades relacionadas à ela.

O usuário deve ser reconhecido como sujeito portador de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado. E também que é capaz de estabelecer um diálogo com a equipe de saúde e ainda conseguir elaborar uma análise crítica cotidiana sobre a realidade do seu adoecimento e das possíveis estratégias de enfrentamento. (TOLEDO, 2007).

Em (BRASIL, 2006), aborda-se a importância da equipe multiprofissional para o tratamento da hipertensão deve envolver ações cabíveis de execução dos usuários, próximo da realidade de cada um. As complicações crônicas devem ser o foco na abordagem, por isso exige-se um processo contínuo de motivação para que não haja abandono por parte do paciente. As ações seguintes devem ser priorizadas na atenção básica como:

- Promoção à saúde: devem ter ações educativas com ênfase nas mudanças no estilo de vida, correção dos fatores de risco e se possível divulgação do material informativo;
- Capacitações de profissionais;
- Encaminhamento dos pacientes a outros profissionais que fazem parte da rede de atenção à saúde;
- Ações assistenciais individuais e em grupo;
- Gerenciamento do programa.

E também como objetivo deste projeto e com a grande demanda de usuários hipertensos e com poucas informações sobre a doença e baixo controle dos níveis pressóricos é que se propõe as ações seguintes.

7 PLANO DE AÇÃO

Para a elaboração do plano de ação seguiu-se os passos preconizados pelo PES (CAMPOS, FARIA E SANTOS, 2010) que foram identificação dos problemas, priorização, explicação e identificação dos nós críticos do mesmo. Sendo assim, iniciou-se a construção do plano de ação como apresentado a seguir:

Quadro 1 Desenho de operações para os "nós" críticos do problema do alto número de hipertensos cadastrados na ESF CAIC I – Governador Valadares /MG

Nó crítico	Operação projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Desconhecimento do hipertenso da HAS	Oriente-se! Fornecer esclarecimentos por meio de ações individuais e/ou coletivas à população sobre a hipertensão arterial sistêmica, explicando o que é a doença e suas complicações	Espera-se um número de hipertensos mais conscientes da sua doença (HAS), tratamento, manejo das situações e consequências dos agravos	Capacitação da equipe de ESF Campanha de controle da HAS	- <i>Organizacional</i> : para planejar a agenda dos profissionais envolvidos no plano - <i>Cognitivo</i> : informação sobre o tema hipertensão (tratamento, prevenção e agravos) - <i>Político</i> : conseguir o espaço na escola para palestra - <i>Financeiro</i> : para aquisição de recursos audiovisuais e materiais para a atividade
Falta de trabalho planejado para o hipertenso	Em grupo somos mais – Mudar forma de atuar junto aos pacientes hipertensos	Equipe ativa junto ao usuário	Capacitação da equipe Campanha de orientação aos profissionais da saúde	<i>Financeiro</i> : contratação de profissionais que atuam em recursos humanos <i>Organizacional</i> : preparação de local adequado para capacitações, treinamentos e realização do grupo <i>Político</i> : articulação entre secretaria de saúde, coordenação de ESF os setores assistenciais de saúde
Mitos e crenças sobre a doença	Aprender Orientar, esclarecer dúvidas e explicar complicações da má adesão ao tratamento	Maior envolvimento da família no tratamento do usuário, melhor qualidade de vida do	Grupo operativo com usuários e família Campanha combate à HAS	<i>Cognitivo</i> : elaboração e estudos dos temas <i>Financeiro</i> : para montagem de materiais e folders informativos e data show para oficinas e grupo operativo

		hipertenso		
--	--	------------	--	--

No quadro 2, identificou-se os recursos críticos do problema, estes auxiliarão na execução do projeto:

Quadro 2 – Recursos Críticos Identificados

Operação – Projeto	Recursos críticos
<p>Oriente-se Fornecer esclarecimentos por meio de ações individuais e/ou coletivas à população sobre a hipertensão arterial sistêmica, explicando o que é a doença e suas complicações</p>	<p><i>-Organizacional:</i> para planejar a agenda dos profissionais envolvidos no plano <i>-Cognitivo:</i> informação sobre o tema hipertensão (tratamento, prevenção e agravos) <i>-Político:</i> conseguir o espaço na escola para palestra <i>-Financeiro:</i> para aquisição de recursos audiovisuais e materiais para a atividade</p>
<p>Em grupo somos mais Mudar forma de atuar junto aos pacientes hipertensos</p>	<p><i>Financeiro:</i> contratação de profissionais que atuam em recursos humanos <i>Organizacional:</i> preparação de local adequado para capacitações, treinamentos e realização do grupo <i>Político:</i> articulação entre secretaria de saúde, coordenação de ESF os setores assistenciais de saúde</p>
<p>Aprender Promover espaço de trocas de experiências, visando à melhora no autocuidado da população Orientar, esclarecer dúvidas e explicar complicações da má adesão ao tratamento</p>	<p><i>Cognitivo:</i> elaboração e estudos dos temas <i>Financeiro:</i> para montagem de materiais e folders informativos e data show para oficinas e grupo operativo</p>

Neste passo seguinte, identificaram-se alguns parceiros do projeto. Estes são pessoas, ou órgãos para cooperarem mutuamente para a operacionalização do plano, respeitando as distribuições de funções delegadas consensualmente. (CAMPOS; FARIA ; SANTOS, 2010).

Quadro 3 – Viabilidade do plano de intervenção

Operações/Projeto	Recursos Críticos	Controle dos recursos Críticos		
		Ator que controla Ações estratégicas	Motivação	
<p>Oriente-se Fornecer esclarecimentos por meio de ações individuais e/ou coletivas à população sobre a hipertensão arterial sistêmica, explicando o que é a doença e suas complicações</p>	<p><i>Organizacional:</i> para planejar a agenda dos profissionais envolvidos no plano -<i>Cognitivo:</i> informação sobre o tema hipertensão (tratamento, prevenção e agravos) -<i>Político:</i> conseguir o espaço na escola para palestra -<i>Financeiro:</i> para aquisição de recursos audiovisuais e materiais para a atividade</p>	Secretaria de Saúde NASF (psicólogo, nutricionista) Médico Enfermeira	Favorável	Apresentar o projeto
<p>Em grupo somos mais Mudar forma de atuar junto aos pacientes hipertensos Discutir a importância do papel de cada um profissional dentro da equipe de saúde</p>	<p><i>Financeiro:</i> para custeio de profissionais habilitados em palestras e projetos motivacionais em organizações <i>Organizacional:</i> para custeio de local adequado para capacitações e treinamento <i>Político:</i> articulação entre os setores assistenciais da saúde</p>	Secretário de Saúde NASF (psicólogo, assistente social) Médico ESF Enfermeira ESF	Favorável	Apresentar o projeto
<p>Aprender – Promover espaço de trocas de experiências, visando à melhora no autocuidado da</p>	<p><i>Organizacional:</i> para integração de outros profissionais no projeto <i>Financeiro:</i></p>	Secretário de Saúde NASF (psicólogo)	Favorável	Apresentar o projeto

população Orientar, esclarecer dúvidas e explicar complicações da má adesão ao tratamento	para preparação dos recursos audiovisuais			
---	---	--	--	--

Por fim, construiu-se o plano operativo do projeto, como apresenta-se no quadro abaixo:

Quadro 4 – Plano operativo do projeto de intervenção

Opera ções	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Oriente-se	Espera-se um número de hipertensos mais conscientes da sua doença (HAS), tratamento, manejo das situações e consequências dos agravos	Capacitação da equipe de ESF Campanha de controle da HAS Articulação com igrejas e escolas do bairro	Formação de grupos operativos Palestras educativas	Equipe de saúde Médica da Unidade Enfermeira e Agentes comunitários de saúde NASF (psicólogo, nutricionista e educador físico)	Dois meses para o início das atividades
Em grupo somos mais	Equipe ativa junto ao usuário	Capacitação da equipe Campanha de orientação aos profissionais da saúde	Reuniões periódicas Capacitações para a equipe de saúde Planejamento das ações da unidade	Médica Enfermeira NASF (psicólogo, assistente social)	Três meses para o início das atividades
Aprender	Redução dos níveis pressóricos Redução dos agravos da doença	Grupo operativo com usuários e família Campanha combate à HAS		Médica da Unidade Enfermeira	Quatro meses para o início das atividades

O projeto será avaliado pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família CAIC I e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Serão realizadas reuniões a cada 20 dias para discussões sobre o projeto.

Serão discutidos os temas da Hipertensão, controle e adesão. Ainda serão levantados as opiniões e discussões de cada profissional sobre o andamento do projeto, propondo melhorias na execução do mesmo.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto de intervenção apresentado teve como demanda inicial a própria realidade vivenciada na atenção básica que é o elevado índice de usuários hipertensos com má adesão ao tratamento e por acreditar numa possível mudança a partir das ações dos profissionais da saúde em parceria com os hipertensos.

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica que exige controle e cuidados necessários, bem como mudanças de hábitos e estilo de vida para uma melhor qualidade de vida e minimização dos agravos da doença.

Por meio da pesquisa bibliográfica que foi realizada percebe-se que a HAS é um problema de saúde pública, devido a sua alta prevalência. Também é fator de risco considerável para agravamentos para doenças renais crônicas e um dos motivos para o tratamento hemodialítico. A doença pode gerar agravos como acidentes vasculares cerebrais, com altas taxas de ocorrências, é o que apontam as pesquisas.

Diante desses fatos, observa-se que vários são os comportamentos do usuário que mantém o baixo controle da HAS como: dieta rica em sódio, sedentarismo, consumo de álcool, tabagismo, desconhecimento sobre a doença, problemas relacionados ao sistema de saúde. Por isso, propõe-se o Projeto de Intervenção com ações de cunho educativo e informativo, em que por meio de oficinas e formação de grupos operativos possa-se refletir e discutir formas de buscar melhorias neste quadro apresentado, tendo como base o indivíduo, em suas necessidades, particularidades e ativo no processo saúde/doença.

REFERÊNCIAS

AGONDI, R.F; GALLANI M.C; CORNÉLIO M.E. Análise dos planos de ação e planos de enfrentamento de obstáculos para a redução do consumo de sal entre mulheres com hipertensão arterial sistêmica. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. V.20. n °3. Ribeirão Preto, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000300009&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 19/01/2015

AZEVEDO, L. M.A.P. Educação em Hipertensão Arterial na Estratégia Saúde da Família Dona Heloína, Brasília de Minas, Brasília de Minas – Minas Gerais. Montes Claros, 2014. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4322.pdf>. Acesso em: 25/01/2015

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Censo demográfico 2010**. Disponível em: <http://www.informacoesdobrasil.com.br/dados/minas-gerais/governador-valadares/sintese/>. Acesso em 06/06/2014.

CAMPOS, F.C.C, FARIA H. P., SANTOS M.A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG. 2013. Disponível em: https://plataforma.nescon.medicina.ufmg.br/moodle/pluginfile.php/32427/mod_scorm/content/8/Diagnostico_situacional_em_saude.pdf. Acesso em: 20/07/2014.

ESPÍNDOLA, H.S. **História de Governador Valadares**. IN: Sala do Estudante do Site oficial da Prefeitura do Governador Valadares/MG. Disponível em: [Disponível em: http://valadaresmg.com.br/links/menuinterno/prefeitura/index.php](http://valadaresmg.com.br/links/menuinterno/prefeitura/index.php). Acesso em: 15/06/2014.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Arq. Bras. Cardiol.** [online]. v.89, n.3, p. 24-79, 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Atenção à Saúde do Adulto : Hipertensão e Diabetes**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica**. Brasília, 2006. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcdad15.pdf. Acesso em: 18/01/2015.

OLIVEIRA, T. ; MIRANDA, L.; FERNANDES, P. ; CALDEIRA. A Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta Paul Enfermagem**. v.26, n. 2, p.179-84, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000200012&script=sci_arttext . Acesso em: 16/06/2014.

TOLEDO, M. M. RODRIGUES S.C. **Educação em Saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema**. Texto Contexto Enfermagem. Florianópolis, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a04v16n2>. Acesso em: 19/01/2015.