

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

**FABRÍCIA DA SILVA SOARES**

**FATORES QUE INFLUENCIAM A ADESÃO AO TRATAMENTO  
EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

Pedra do Anta / MG  
2014

**FABRÍCIA DA SILVA SOARES**

**FATORES QUE INFLUENCIAM A ADESÃO AO TRATAMENTO  
EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

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: Antônio Thomaz Gonzaga da Matta Machado

Pedra do Anta / MG  
2014

**FABRÍCIA DA SILVA SOARES**

**FATORES QUE INFLUENCIAM A ADESÃO AO TRATAMENTO  
EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

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.

Tutor:

## RESUMO

A hipertensão Arterial é um grave problema de saúde pública, tendo como desafios a prevenção de lesões de órgãos alvos e o tratamento mais indicado para cada indivíduo. Constitui o principal fator de risco modificável para doenças cardiovasculares, sendo um fator determinante de causas de mortes prematuras. Assim como no Brasil, no município de Pedra do Anta-MG o problema de maior relevância na causa de mortes é a doença cardiovascular, tendo seu descritor maior a Hipertensão Arterial Sistêmica. O estudo seguiu a metodologia de análise conceitual e foi realizado através de levantamento bibliográfico sobre o tema com a utilização das bases de dados eletrônicas, tendo como objetivo elaborar um plano de intervenção para melhorar a adesão e a permanência da população no tratamento e na prevenção da HAS. Como resultado, verificou-se que na prevenção destacam-se a educação em saúde com ênfase no conhecimento da doença, na mudança do estilo de vida, no controle da pressão arterial, programa para hipertensos mais intenso e motivador, pois o auto cuidado adequado requer interesse e comprometimento dos pacientes. Desejamos que a partir da implantação do plano de intervenção seja atendido o nosso objetivo que é manter os níveis pressóricos dentro dos limites que são preconizados pelo Ministério da Saúde e melhorar a saúde dos pacientes hipertensos.

## ABSTRACT

Arterial hypertension is a serious public health problem, with challenges as injury prevention target organs and most appropriate treatment for each individual. Is the main modifiable risk factor for cardiovascular diseases, being a determinant factor causes premature deaths. As in Brazil, in the city of Stone Cairn - MG problem of major relevance in the cause of death is cardiovascular disease, and its largest to Hypertension descriptor. The study followed the methodology and conceptual analysis was conducted through a literature review on the topic with the use of electronic databases. Aiming to develop a plan of intervention to improve adherence and retention of population in the treatment and prevention of hypertension . With the result , it was found that the prevention stand out health education with emphasis on the disease , change in lifestyle, control blood pressure , more intense program for hypertensive and motivating , because the self care requires adequate interest and involvement of patients . We hope that since the implementation of the contingency plan is met our goal is to maintain blood pressure levels that are within the limits recommended by the Ministry of Health to improve the health of hypertensive patients.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>07</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>11</b>
<b>2.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>11</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos.....</b>	<b>11</b>
<b>3. MÉTODO.....</b>	<b>12</b>
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>13</b>
<b>4.1.1 O que é Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).....</b>	<b>13</b>
<b>4.1.2- Fisiopatologia.....</b>	<b>14</b>
<b>4.1.3 Fatores de risco para HAS.....</b>	<b>15</b>
<b>4.2. A intervenção do profissional de enfermagem.....</b>	<b>17</b>
<b>4.3. Plano de Intervenção.....</b>	<b>19</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>26</b>
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>27</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial é um grave problema de saúde pública, tendo como desafios a prevenção de lesões de órgãos-alvo e o tratamento mais indicado para cada indivíduo. Constitui o principal fator de risco modificável para doenças cardiovasculares, sendo um fator determinante de causas de mortes prematuras. Segundo a Organização Mundial de Saúde, atualmente existem 600 milhões de hipertensos no mundo e em seu relatório anual aponta a hipertensão como o terceiro principal fator de risco associado à mortalidade mundial (AGENA et al 2011)

Os autores supracitados afirmam que a hipertensão arterial apresenta controle mundial insatisfatório e a busca de estratégias para o aumento do controle dos níveis pressóricos tem sido cada vez mais abordada na prática clínica. O controle adequado da pressão arterial inicia-se com o diagnóstico correto e pode envolver custos elevados decorrentes principalmente de suas complicações.

Silenciosa, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a mais prevalente doença vascular no mundo e o mais potente fator de risco para doenças cerebrovasculares, predominante causa de morte no Brasil. Em 2008, 2.969 óbitos foram registrados em excesso pelas doenças cerebrovasculares em comparação ao total de óbitos por doenças isquêmicas do coração, portanto a importância social da HAS é incontestável (LESSA, 2010).

Também é um importante fator de risco para doenças cerebrovasculares coronarianas, insuficiência cardíaca congestiva, doença renal, e doença arterial periférica.

A cada ano morrem 7,6 milhões de pessoas em todo o mundo devido a hipertensão arterial sistêmica (HAS). Cerca de 80% dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento como o Brasil, sendo que mais da metade das vítimas tem entre quarenta e cinco e sessenta e nove anos de idade (MALACHIAS, 2010).

O envelhecimento da população muitas vezes está associado a uma maior prevalência de outros fatores de risco, tais como: obesidade, tabagismo, síndrome metabólica, etilismo e ingestão excessiva de sal, que colocam a HAS como um dos principais problemas de saúde da atualidade. Estima-se que em

2025, 29% da população mundial será formada por indivíduos hipertensos, principalmente nos países em desenvolvimento econômico (PASSOS et al, 2006). Para evitar que essa estimativa se cumpra, é preciso iniciar o trabalho de conscientização da população no sentido de evitar os fatores de risco.

Neste sentido, a atuação de uma equipe de atenção à saúde é importante a fim de orientar, assistir, diagnosticar e tratar o hipertenso, assegurando-lhe controle adequado da pressão arterial. Entre estes profissionais destaca-se o enfermeiro, que representa importante papel nesta assistência. Entre os cuidados que o paciente hipertenso deve observar estão o estilo de vida, que deve ser alterado para ser mais saudável, a adesão ao tratamento e o controle adequado da pressão arterial. É, portanto um desafio para os profissionais da saúde e dentre eles o enfermeiro, cuidar de pacientes hipertensos, especialmente os idosos, assegurando que tenham qualidade de vida adequada. (KIELLER E CUNHA 2004).

Mas para que o cuidado seja eficiente, é necessário que os pacientes aceitem a intervenção através da adesão aos programas de controle da HAS, seguindo todas as recomendações propostas.

A hipertensão arterial (HA) é um importante problema de saúde pública de difícil controle por vários motivos, entre eles a não adesão do usuário ao tratamento. No mundo, mesmo com a disponibilidade de tratamentos efetivos para a HAS, mais da metade dos pacientes tratados abandonam o tratamento dentro de um ano após o diagnóstico e, dentre aqueles que permanecem sob acompanhamento médico, somente 50% tomam pelo menos 80% das medicações prescritas. No Brasil, estudos sobre adesão ao tratamento mostram que o controle da HAS permanece em torno de 20 a 40%, e a taxa de abandono é crescente, algum tempo após o início da terapêutica. (REINERS e NOGUEIRA 2009)

Na literatura referente ao tema adesão/não adesão do usuário ao tratamento, autores apontam diversos fatores contribuintes para a não adesão. Muitos deles fazem referência à interação entre o profissional de saúde e o usuário como fator que dificulta o seguimento do tratamento por esse último. Por isso é importante a adesão ao tratamento, tendo como seu principal objetivo reduzir a morbimortalidade das doenças cardiovasculares associados aos valores pressóricos elevados (LESSA, 2010).



De toda a população hipertensa, cerca de um terço não sabe que tem a doença e dentre os que sabem, apenas a metade adere, efetivamente ao tratamento, Este fato não está associada somente ao seguimento da prescrição de medicamentos, mas também a fatores socioeconômicos, ao sexo, à idade, à etnia, ao estado civil, à escolaridade, à própria doença, aos hábitos culturais e à instituição (TORRES JR et al, 2006).

De acordo com Censo de 2010, o município de Pedra do Anta tem 3.365 habitantes, sendo 1.173 residentes na zona rural, e 2.192 na zona urbana. A cidade localiza-se na Zona da Mata de Minas Gerais, fazendo parte da microrregião de Viçosa e da Macrorregião Leste do Sul com sede em Ponte Nova. Conta com uma Unidade da Equipe de Saúde da Família que abriga equipes I e II, além de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), localizadas no centro da cidade (CENSO, 2010).

A economia é basicamente rural de subsistência sendo que o cultivo de café e as granjas têm resultados econômicos O maior empregador formal do município é a prefeitura. Possui três escolas, uma estadual e duas municipais. A cidade dispõe de poucas opções de lazer e emprego, o que levou à diminuição do número de habitantes nos últimos anos. Os jovens em busca de melhores condições de vida migram para cidades maiores da região, principalmente Viçosa. Com isso, o perfil demográfico do município apresenta o crescimento da população acima de sessenta anos, que já chega próximo aos 20% da população total (CENSO, 2010) O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) que é composto por expectativa de vida, educação e renda per capita é um dos menores do estado de Minas Gerais (0,664 segundo a PNUD 2004) devido à renda per capita baixa, ao alto índice de analfabetismo e ao saneamento básico precário.

O abastecimento de água na zona urbana é fornecido pela COPASA que garante qualidade. Já na zona rural a maioria das residências é abastecida por poços e nascentes. O lixo na zona urbana é coletado, e depositado a céu aberto em terreno próximo à cidade.

A população idosa em sua maioria é analfabeta, os jovens possuem baixo nível de escolaridade devido à evasão, e uma parte da população jovem/adulta tem apenas ensino fundamental completo. (CENSO, 2010)

Assim como no Brasil, no município de Pedra do Anta o problema de maior relevância na causa de mortes é a doença cardiovascular, tendo seu descritor maior a HAS. São trezentos e quarenta e nove hipertensos confirmados de acordo com o cadastro da ESF.

O interesse pelo tema encontra relevância diante da prevalência da hipertensão arterial e das complicações provocadas por ela, da possibilidade de elaboração de propostas de ações para diminuir o número de internações, priorizando a prevenção e estimulando o autocuidado da população. A educação para a saúde eficiente é importante para contribuir para o bem-estar do indivíduo e da comunidade.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Elaborar um plano de intervenção para melhorar a adesão e a permanência da população no tratamento e na prevenção da hipertensão Arterial Sistêmica.

### **6.2 Objetivos Específicos**

- 1- Esclarecer a comunidade sobre os fatores de risco para doenças cardiovasculares, orientando-as sobre medidas de prevenção;
- 2- Orientar sobre a importância da adesão ao tratamento;
- 3- Contribuir para a diminuição das complicações advindas da HAS;
- 4- Promover a mudança do estilo de vida da população.
- 5- Realizar revisão bibliográfica sobre HAS.

### 3. MÉTODO

Para desenvolver este estudo, foi realizada uma revisão bibliográfica a fim de aprofundar os conhecimentos sobre o tema e as formas de prevenir e tratar pacientes hipertensos. A metodologia escolhida para a revisão bibliográfica sobre o tema foi a utilização de estudos das bases de dados eletrônicos do Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), e Lilacs, utilizando as seguintes palavras-chaves: *Hipertensão Arterial Sistêmica, Adesão e Cardiovascular*. Como critério de inclusão, foram selecionados estudos no idioma português, dando preferência para aqueles publicados nos últimos sete anos. A pesquisa buscou estudos sobre fatores que influenciam a adesão ao tratamento em pacientes com hipertensão arterial sistêmica.

A equipe utilizou o Método de Planejamento Estratégico Situacional para levantar os problemas da comunidade e eleger o problema prioritário para uma proposta de intervenção.

Os dados secundários da Unidade Básica de Saúde do município de Pedra do Anta foram coletados através de informações dos agentes comunitários de saúde. A partir dessas informações foi elaborado um plano de intervenção

## 4. RESULTADOS

### 4.1.1 O que é Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

Kieller e Cunha (2004, p. 20) definem a hipertensão arterial sistêmica (HAS) como:

Uma entidade clínica multifatorial, conceituada como síndrome, pela presença de níveis tensionais elevados associados a alterações metabólicas, hormonais e fenômenos trópicos (hipertrofia cardíaca e vascular). Também chamada de pressão alta, ou de doença assassina silenciosa, pois geralmente não causa qualquer tipo de sintoma durante muitos anos, até que um órgão-vital seja afetado. Esta doença causa diminuição da expectativa de vida, aumentando a mortalidade entre homens e mulheres.

As autoras consideram a HAS como um importante problema de saúde pública que atinge cerca de vinte milhões de brasileiros. É uma doença que acomete pessoas de todos os sexos, idades, raças e condição social. E devido à qualidade e condição de vida que esses indivíduos terão nos últimos anos de vida é possível que haja um aumento desproporcional no número de portadores de hipertensão arterial sistêmica. No Brasil o grupo etário de sessenta anos ou mais é o que representa maior crescimento na população, e estima-se que a prevalência de hipertensão arterial sistêmica entre idosos seja bastante elevada, pois cerca de 65% destes são hipertensos sendo que, entre as mulheres com mais de setenta e cinco anos, pode chegar a 80%.

A HAS é diagnosticada quando é registrado nível superior a 140X90 mm/hg, pois, acima desse nível é maior o risco de agressão a órgãos nobres, além de acelerar o processo de endurecimento das artérias e facilitar o depósito de gordura nos vasos.

Filho (2011) conceitua a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) como uma doença crônico-degenerativa de natureza multifatorial, na grande maioria dos casos assintomática, que compromete fundamentalmente o equilíbrio dos sistemas cardiovasculares e vasoconstritores que mantêm o tônus vasomotor, o que leva a uma redução dos vasos e danos a órgãos por eles irrigados. O diagnóstico é feito com detalhada anamnese e exames físicos, associados a duas ou mais mensurações pressóricas com valores maiores ou iguais a 140/90 mmHg, em dias e horários diferentes.

Portanto a HAS é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. A prevalência na população corresponde a mais de 30%. Quanto ao sexo, acomete 37,8% dos homens e 32,1% das mulheres. O impacto da HAS na saúde não se restringe apenas à sua elevada mortalidade, mas também pelas internações hospitalares e conseqüentemente, maiores gasto em saúde (NAKAMOTO, 2012).

O número de internações por HAS no Brasil em 2010 chegou a 96.574, mas comparado aos anos anteriores teve uma redução de 17,3% (DINIZ, 2010). Enquanto 31% dos custos financeiros são com a HAS, 75% são com doenças cardiovasculares, tendo esta uma relação direta e positiva com risco cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

#### **4.1.2- Fisiopatologia**

A HAS parece ter causa multifatorial para a sua formação e manutenção. A investigação da sua fisiopatologia necessita de conhecimentos dos mecanismos normais de controle da PA para procurar então, evidências de anormalidades que precedem a sua elevação para níveis considerados patológicos.

O mecanismo global pelo qual o aumento do volume de líquido extracelular eleva a pressão arterial inicia com o aumento do volume de líquido extracelular, que aumenta o volume sanguíneo, elevando a pressão média de enchimento circulatório, que aumenta o retorno venoso de sangue ao coração, aumentando o débito cardíaco, provocando a elevação da PA. Outro mecanismo é o da renina-angiotensina, onde a renina é liberada pelos rins quando estimulada através de: redução do fluxo sanguíneo renal, contração de volume intravascular, ingestão de sódio na dieta, estímulo b-adrenérgico nas células justa glomerulares e redução nos níveis plasmáticos de aldosterona. A renina libera um peptídeo, a angiotensina I que tem propriedades vasos constritoras leves. Dentre poucos segundos a angiotensina é convertida em angiotensina II, sendo um poderoso vasoconstritor. Durante sua permanência no sangue exerce dois efeitos principais, que podem elevar a PA. O primeiro é a vaso constricção das arteríolas que aumenta a resistência periférica total, como conseqüente a elevação da PA. O segundo é sua ação direta sobre os

próprios rins, diminuindo a excreção tanto de sal quanto de água (GUYTON E HALL, 2002).

#### **4.1.3 Fatores de risco para HAS**

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) acomete aproximadamente 25% da população mundial, com previsão de aumento de 60% dos casos da doença até 2025. Estima-se que 62% da doença cerebrovascular e 49% da coronariopatia isquêmica podem ser atribuídas à pressão arterial sub-ótima, com pequena variação entre os sexos. Além do impacto na morbimortalidade das populações, a HAS associa-se a altos custos socioeconômicos (FERREIRA et al, 2009).

Os autores consideram outros fatores de risco cardiovascular que comumente se associam à HAS, como obesidade e distúrbios do metabolismo da glicose e dos lipídios. Outros fatores podem estar associados à elevação dos níveis pressóricos, tais como: alimentação inadequada, excesso de sal, consumo abusivo de álcool, inatividade física, excesso de peso e tabagismo. Com base nesse conhecimento, mudanças no estilo de vida têm sido indicadas na prevenção e tratamento da HAS.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), na sub-região das Américas, a HAS está entre os três principais fatores de risco que concorrem para a carga total de doenças. No Brasil, a prevalência de HAS na população urbana adulta brasileira variou de 20% a 30%. Em inquérito domiciliar em quinze capitais e no Distrito Federal sobre fatores de risco e morbidade auto referida para doenças crônicas não-transmissíveis, a frequência de HAS variou de 16% a 45% entre os adultos pesquisados (FERREIRA et al, 2009).

Estudos mostram que o conhecimento de fatores considerados de risco, associados entre si, e a outras condições, favorecem o aparecimento da HAS, sendo que em relação a fatores como idade, gênero e etnia e genética, pouco ou nada pode ser feito. Quanto a fatores modificáveis como excesso de peso, estresse, sedentarismo, ingestão excessiva de sal, ingestão de álcool utilização de tabaco, existe possibilidade de intervenção (RENNER et al., 2008).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia – SBC (2010), quanto à idade, a prevalência de HAS em idoso é superior a 60% na faixa etária acima de sessenta e cinco anos. Isso devido a alterações associadas ao envelhecimento que ocasiona uma diminuição da elasticidade do tecido conjuntivo e ao aumento do colágeno, que somado a aterosclerose determina um aumento da resistência vascular periférica e o impedimento da aorta (MIRANDA et al., 2002).

Já quanto ao gênero e etnia, a prevalência é mais elevada nos homens até os cinquenta anos. Os hormônios ovarianos são responsáveis pela pressão mais baixa nas mulheres e com a chegada da menopausa a prevalência entre homens e mulheres tende a se aproximar. Em relação à etnia a HAS é duas vezes maior em indivíduos de cor não branca, com predomínio em mulheres negras. Não se conhece o impacto da miscigenação sobre a HAS no Brasil (SBC, 2010).

Quanto à genética, estima-se que a contribuição da carga genética para HAS é de mais ou menos 50%, estando associado a vários genes os quais individualmente tem apenas uma pequena contribuição na hereditariedade desta complexa patologia. Então cabe uma identificação precoce dos fatores de risco e um acompanhamento periódico e precoce da pressão arterial (PA) (GONÇALVES, 2002).

A obesidade e a HAS estão intimamente relacionadas, sendo que o excesso de peso corporal seria responsável por 26% dos casos de HAS em homens e 28% em mulheres. Além disso, o ganho de peso pode causar a elevação da PA e, ao contrário a redução de peso a diminui. (GELONEZE; GELONEZE; TAMBASCIA, 2007).

Smeltzer e Bare (2005) citam que o sedentarismo contribui para o acúmulo de ateromas nas artérias, uma vez que o organismo precisa de menos energia para se manter. Com isso, os lipídios que não foram devidamente metabolizados concentram-se na corrente sanguínea facilitando a formação dessas placas, reduzindo o calibre dos vasos, limitando o fluxo sanguíneo e aumentando a pressão dentro das artérias. Pessoas que se exercitam e praticam regularmente alguma atividade física tem menos propensão ao desenvolvimento dessa doença, pois metabolizam mais gordura, minimizando a quantidade dela no sangue.



## 4.2. A intervenção do profissional de enfermagem

O profissional de saúde deve estar preparado para interagir com o paciente levando em conta suas perspectivas, concepções, significações sobre o usuário, sobre a doença (HA) e o tratamento, de forma a incentivar sua adesão ao tratamento (REINERS e NOGUEIRA, 2009).

Segundo Galera e Luis (2002), diversos nomes têm sido utilizados para descrever o trabalho da enfermagem, tais como: ações, atividade, intervenção, tratamento, terapêutica. Duhamel; Wrigth, Leahey apud Galera e Luis (2002) preferem o termo intervenção, definindo-o como alguma ação ou resposta da enfermeira, incluindo ações terapêuticas, respostas cognitivas e afetivas que ocorrem no contexto do relacionamento entre enfermeira e o paciente, a família ou a comunidade onde ela trabalha.

É comum afirmar que o objetivo da intervenção de enfermagem é efetuar mudanças que ajudem o cliente e a família darem respostas mais efetivas aos problemas de saúde. Para Galera e Luis (2002), o profissional que acredita que a objetividade não existe além dos parênteses reconhece que não pode impor a sua própria realidade aos outros e que deve respeitar a de seus pacientes.

Agna et al (2011) afirmam que o papel do enfermeiro na prevenção e no controle da hipertensão arterial, doença multifatorial que requer uma abordagem multiprofissional, tem como objetivo a promoção da saúde. A consulta de enfermagem junto aos hipertensos é uma estratégia que propicia grandes benefícios. A educação sobre a doença e a orientação sobre hábitos de vida saudáveis, com foco em mudanças de atitude frente ao estilo de vida de forma clara, tem como objetivo um maior esclarecimento sobre a patologia, promoção do autocuidado e conseqüentemente melhor controle pressórico e adesão à terapêutica proposta.

Assim, o enfermeiro busca a excelência no atendimento com o objetivo de proporcionar um treinamento de forma clara, onde o paciente sinta-se à vontade para esclarecer suas dúvidas e realizar o protocolo de exame da melhor forma possível. O enfermeiro se faz presente em todas as etapas deste processo que se inicia a partir da escolha do aparelho e perdura durante a

orientação do manejo deste, do preenchimento do diário de atividades, da realização do exame propriamente dito e finaliza na emissão do relatório. A satisfação do paciente durante este processo tem relação direta com a maneira de realização do protocolo e uma das formas de assegurar o conforto e segurança durante este processo é a disponibilidade de um contato direto com o profissional de enfermagem

O procedimento de medida da pressão arterial deve-se revestir de cuidados visando garantir a acurácia dos valores obtidos. Os membros da equipe de saúde, responsáveis pela realização da medida da pressão arterial, devem prover condições para afastar todas as possibilidades de erro que possam comprometer não só o diagnóstico da hipertensão arterial, bem como a condução do tratamento anti-hipertensivo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que o processo educativo, além de aumentar a eficiência da organização, aumenta a satisfação dos agentes no trabalho e deve ser considerado um elemento essencial no processo da carreira a ser oferecido a cada trabalhador, individualmente, como um direito básico. Kieller e Cunha (2004) consideram que a formação de grupos educativos para controle da hipertensão arterial permite enfatizar a este grupo, que todas as medidas não medicamentosas dependem de mudanças no estilo de vida de forma permanente. Pode-se salientar ainda a importância do envolvimento dos familiares do hipertenso na busca das metas a serem atingidas pelas modificações do estilo de vida. Para que ocorra sucesso no controle da doença, não basta apenas orientar, é preciso utilizar métodos que supram o desconhecimento do paciente para que o mesmo participe do processo.

A orientação de pacientes com hipertensão arterial sistêmica cabe em grande parte ao enfermeiro, uma vez que a função educativa faz parte de suas atribuições, a qual é redimensionada pelo contato constante junto ao paciente. Sendo assim, Kieller e Cunha (2004) afirmam que o desenvolvimento da relação entre o profissional de saúde e o paciente é estimulado criando desse modo o vínculo pessoal com o intuito de incentivar mudanças radicais e profundas nos hábitos de vida desses pacientes.

### 4.3. Plano de Intervenção

De acordo com o diagnóstico situacional da ESF do Município de Pedra do Anta-MG, o que chamou a atenção da equipe para elaborar um plano de intervenção foi o grande número de hipertensos na população adscrita o aumento do risco cardiovascular e com isso a necessidade de melhorar a adesão e a permanência da população no tratamento e na prevenção da HAS com o objetivo de evitar complicações.

Após a descrição e caracterização dos problemas foram explicados os determinantes mais gerais que levam a hipertensão arterial que são: desenvolvimento econômico e social baixo, políticas públicas, hábitos e estilo de vida ruim, pressão social, causas genéticas e resposta do sistema de saúde. Também tem como determinante as propostas para enfrentamento dos problemas, como apoio ao diagnóstico, assistência farmacêutica, referência e contra referência, capacitação de pessoal, melhora do acompanhamento de risco e agravos entre outros.

Então, para a identificação das causas para HAS aumentado realizou a seleção dos “nós críticos” as situações relacionadas com o problema principal sobre o qual a equipe tem alguma possibilidade de ação em hábitos de vida tais como: sedentarismo, desconhecimento sobre riscos e agravos, obesidade além do processo trabalho da equipe de saúde.

Já com o problema bem explicado e identificado, descrevemos as operações para enfrentamento das causas selecionadas como nós críticos, produtos e resultados para cada operação definida, identificando os recursos necessários para a concretização das ações.

Após isso, foram identificados os recursos críticos, como hábitos alimentares e estilo de vida ruim, recursos organizacionais, cognitivos e financeiros; estrutura dos serviços de saúde, recursos políticos e financeiros; desconhecimento sobre riscos e agravos, recursos cognitivos e organizacionais; processo de trabalho da equipe de saúde, recursos cognitivos e políticos.

Portanto não controlamos todos os recursos necessários para a execução do plano, sendo preciso a identificação de atores, sendo eles: serviço social, secretária

municipal de saúde, prefeitura municipal, fundo nacional de saúde, secretária da educação, secretária municipal de saúde e Centro Viva-Vida para cada projeto.

Então fizemos reuniões com os membros da equipe e definimos os prazos para a realização de cada projeto.

Para finalizar fizemos uma planilha para acompanhamento do projeto com produtos, responsáveis, prazo, situação atual, justificativa e novo prazo.

**Quadro 1-** Operação para os nós críticos para doença Hipertensiva no Município de Pedra do Anta MG.

<b>Nós críticos</b>	<b>Operação</b>	<b>Produto esperados</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Recursos necessários</b>
Hábitos alimentares e estilo de vida ruim	Melhorar hábitos e estilo de vida da população.	Programa de caminhada acompanhada, campanhas educativas, grupos de hipertensos e acompanhamento pelo HIPERDIA.	Reduzir em um ano 20% das pessoas obesas, tabagista e sedentária; aumentar em 100% a adesão ao tratamento medicamentos o.	Organizacio nal: para organizar as caminhadas; cognitivo: informação sobre o tema; financeiro: conseguir recursos para folhetos educativos e carro com som para divulgação.
Estrutura dos serviços de saúde	Melhorar a estrutura dos serviços de saúde para	Disponibilizaçã o de um automóvel para ter acesso aos clientes da	Automóvel para ter acesso aos clientes da zona rural,	Políticos: decisão de aumentar os recursos para

	o atendimento ao hipertenso portador de doença cardiovascular.	zona rural, capacitação de pessoal, compra de medicamento, fornecimento de um aparelho de data show.	fornecimento para 100% dos hipertensos e diabéticos.	estruturar o serviço; financeiro: aumentar a oferta de medicamento.
Desconhecimento sobre riscos e agravos	Melhorar o conhecimento da população sobre riscos e agravos para a Hipertensão Arterial.	Programa de saúde escolar, capacitação de agente comunitários de saúde e cuidadores, campanhas educativas,	População mais informada sobre riscos e agravos para Hipertensão Arterial	Cognitivo: conhecimento sobre o tema abordado; organização da agenda e parceria com o setor da educação.
Processo de trabalho da equipe de saúde	Aperfeiçoar o plano de cuidado ao hipertenso com encaminhamento para o centro VIVA VIDA-HIPERDIA (equipe multiprofissional) com referência e	Plano de cuidado para hipertensos e aperfeiçoamento dos protocolos implantados.	Diminuição em 80% de complicações (lesão em órgão alvo) e redução no número de internações e óbitos por hipertensão Arterial.	Cognitivo: aperfeiçoamento do plano de cuidado, articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.

	contrarreferência.			
--	--------------------	--	--	--

**Quadro 2-** Recursos críticos para o desenvolvimento da operação dos problemas para Hipertensão Arterial Sistêmica no Município de Pedra do Anta-MG

OPERAÇÃO/ PROJETO	RECURSOS CRÍTICOS	Controle de Recursos Críticos		Operações Estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
<b>Hábitos Alimentares e estilo de vida ruim.</b> Melhorar hábitos e estilo de vida da população.	- Organizacional : para organizar as caminhadas; -Cognitivo: informação sobre o tema; - Financeiro : conseguir recursos para folhetos educativos e carro com som para divulgação.	- Equipe saúde da família;  - Secretária municipal de saúde.	- Favorável	- Apresentar projeto para a equipe; -Estruturação das redes.
<b>Estrutura dos serviços de saúde.</b> Melhorar a estrutura dos serviços de saúde para o atendimento ao hipertenso.	- Políticos: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; - Financeiro: aumentar a oferta de medicamento.	- Prefeitura municipal;  - Secretária municipal de saúde.	- Desfavorável.	- Apresentar projeto para a equipe e comunidade; - Estruturação das redes.
<b>Desconhecimento sobre</b>	-Cognitivo: conhecimento	- Prefeitura municipal;	- Favorável	- Apresentar projeto para a

<b>riscos e agravos.</b> Melhorar o conhecimento da população sobre riscos e agravos	sobre o tema abordado; - Organizacional : organização da agenda e parceria com o setor da educação.	- Secretária municipal de saúde.		equipe e comunidade.; - Estruturação das redes.
<b>Processo de trabalho da equipe de saúde</b> Aperfeiçoar o plano de cuidado ao hipertenso com encaminhamento para o centro VIVA VIDA- HIPERDIA (equipe multiprofissional) com referência e contrarreferência	-Cognitivo: aperfeiçoamento do plano de cuidado, -Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.	- Prefeitura municipal;  - Secretária municipal de saúde.	- Favorável	- Apresentar projeto para a equipe e comunidade.; - Estruturação das redes.

**Quadro 3-** Plano Operativo, relacionado a adesão ao tratamento e a hipertensão arterial no município de Pedra do Anta-MG

<b>Projeto</b>	<b>Resultados</b>	<b>Pro Endemias e epidemias adultos</b>	<b>Ações estratégicas</b>	<b>Respon sáveis</b>	<b>Praz o</b>
Melhorar hábitos e estilo de vida da	Reduzir em um ano 20% das pessoas obesas,	Programa de caminhada acompanhada, campanhas	Realização de ações educativas em pontos	- Equipe saúde da família;	Dois meses

população.	tabagista e sedentária; aumentar em 100% a adesão ao tratamento medicamentos o.	educativas, grupos de hipertenso e acompanhamento pelo HIPERDIA.	estratégicos da área de abrangência.	- Secretária municipal de saúde.	
Melhorar a estrutura dos serviços de saúde para o atendimento ao hipertenso e diabético portador de doença cardiovascular	Automóvel para ter acesso aos clientes da zona rural, fornecimento para 100% dos hipertensos e diabéticos.	Disponibilização de um automóvel para ter acesso aos clientes da zona rural, capacitação de pessoal, compra de medicamento, fornecimento de um aparelho de data show.	Realizar um projeto para melhoria do serviço.	- Equipe saúde da família; - Secretária municipal de saúde.	Três meses para realização do projeto e um mês para inicio das atividades.
Melhorar o conhecimento da população sobre riscos e agravos para a Hipertensão	População mais informada sobre riscos e agravos para a Hipertensão Arterial.	Programa de saúde escolar, capacitação de agente comunitários de saúde e cuidadores, campanhas educativas.	Realização de campanhas educativas	- Equipe saúde da família; - Secretária municipal de saúde	Início em um mês e avaliação a cada semana



o Arterial					stre.
Aperfeiçoar o plano de cuidado ao hipertenso com encaminhamento para o centro VIVA VIDA-HIPERDIA (equipe multiprofissional) com referência e contrarreferência	Diminuição em 80% de complicações (lesão em órgão alvo) e redução no número de internações e óbitos por Hipertensão Arterial.	Plano de cuidado para hipertensos Aperfeiçoado, protocolos implantado.		- Equipe saúde da família; - Secretária municipal de saúde.	Um mês para aperfeiçoamento do plano de cuidado e seis meses para implantação do protocolo.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A assistência de enfermagem a pacientes hipertensos caracteriza-se pelo enfoque nos aspectos de prevenção e promoção da saúde. Destacando-se a educação em saúde com ênfase no conhecimento da doença, na mudança no estilo de vida, no controle da pressão arterial, programa para hipertensos mais intenso e motivador, pois o auto cuidado adequado requer interesse e comprometimento dos pacientes. O papel do enfermeiro foi destacado como um importante profissional que deve auxiliar o hipertenso na orientação e cuidado em relação à doença.

Desejamos que a partir da implantação do plano de intervenção seja atendido o nosso objetivo que é manter os níveis pressóricos dentro dos limites que são preconizados pelo Ministério da Saúde e melhorar a saúde dos pacientes hipertensos.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGENA, Fabiana; SILVA, Giane Christina Alves da; PIERIN, Ângela Maria Geraldo. Monitorização residencial da pressão arterial: atualidades e papel do enfermeiro. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, mar. 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000100036&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100036&lng=pt&nrm=iso)>.

**Censo.** Dados demográficos, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesa/painel/painel.php?codmun=314880>. Acessado em: 14/ 08/ 2013.

DINIZ, R.O. **Estudo sobre a evolução das Internações Hospitalares por Hipertensão Essencial (Primária), no município de Medina, Minas Gerais:** Uma Patologia Sensível ao Cuidado Primário no Período de 2000 a 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3018.pd>. Acesso em: 15/10/2013.

FERREIRA, Sandra Roberta Gouvea; MOURA, Ery Catarina de; MALTA, Deborah Carvalho; SARNO, Flávio. Frequência de hipertensão arterial e fatores associados: Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública** vol.43 supl. 2 São Paulo, Nov. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000900013&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000900013&lang=pt). Acesso em 02/02/2014

FILHO, C. F. **Hipertensão Arterial Sistêmica.** São Paulo, SP, v. 68, n. 7/8, jul/ago, 2011. Disponível em: [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id\\_materia=4797&fase=imprime](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=4797&fase=imprime). Acesso em: 21/04/2013.

GALERA, Sueli Aparecida Frari; LUIS, Margarita Antonia Villar. Principais conceitos da abordagem sistêmica em cuidados de enfermagem ao indivíduo e sua família. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2002, vol.36, n.2, pp. 141-147. ISSN 0080-6234. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342002000200006>.  
Kieller M, Cunha ICKO. Assistência de enfermagem a pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica. **Rev Enferm UNISA** 2004;

GELONEZE, B; GELONEZE, S; TAMBASCIA, M.A. Obesidade e suas comorbidades. **Revista da abeso.** N. 31, Ago/2007. Disponível em: [www.abeso.org.br/pagina/117obesidade-e-suasco-morbidades.shtml](http://www.abeso.org.br/pagina/117obesidade-e-suasco-morbidades.shtml). Acessado em: 15/04/2014.

GONÇALVES, L.M. Marcadores Genético da Hipertensão Arterial: que futuro? **Revista Portuguesa de Cardiologia.** N.21, v.1, p.39-43, 2002. Disponível em: [www.spc.pt/DL/RPC/artigos/634.pdf](http://www.spc.pt/DL/RPC/artigos/634.pdf).

GUYTON, A.C; HALL, J.E. Fisiologia médica. Tradução: Esbearard, C. A; et al. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 184 a 195 p.

KIELLER, M; CUNHA, I.C.K.O. Assistência de Enfermagem a pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica. **Revista de Enfermagem UNISA**, Santo Amaro,

SP, n.5, v.4, p. 20-23, 2004. Disponível em: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2004-04.pdf>. Acessado em: 13/01/2014.

LESSA, Inez. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: tendência temporal. **Cad. Saúde Pública** vol. 26 nº. 8 Rio de Janeiro Aug. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102). Acesso em 23/01/2014.

MALACHIAS, M.V.B. IV Diretrizes Brasileira de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**. V.17, n. 1, p. 2, jan/mar 2010. Disponível em: [www.anad.org.br/profissionais/imagens/vi\\_diretrizes\\_bras\\_hipertns\\_rpha\\_648d](http://www.anad.org.br/profissionais/imagens/vi_diretrizes_bras_hipertns_rpha_648d) Acessado em: 15/10/2013.

MIRANDA, R.D et al. Hipertensão Arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.9, n.3, p.294, jul/set 2002. Disponível em: [departamentos.cardiol.br/dha/revista/9-3/hipertensaoarterial.pdf](http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/9-3/hipertensaoarterial.pdf). Acessado em: 12/03/2014.

NAKOMOTO, A. Y. K. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. São Paulo, SP, v. 69, n. 4, abr, 2012. Disponível em: [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id\\_materia=5009&fase=imprime](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=5009&fase=imprime). Acessado em: 21/04/2013.

PASSOS, V. M. A; ASSIS, T.D; BARRETO, S. M. **Hipertensão Arterial no Brasil: Estimativa de Prevalência a Partir de Estudos de Base Populacional**. Brasília, v. 15, n. 1, mar, 2006. Disponível em: [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742006000100003&lng=en](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000100003&lng=en).

REINERS, Annelita Almeida Oliveira; NOGUEIRA, Maria Suely. Conscientização do usuário hipertenso para a adesão ao tratamento. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 17, n. 1, fev. 2009. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692009000100010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000100010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 26 mar. 2014.

RENNER, S. B. A et al. **Associação da hipertensão arterial com fatores de risco cardiovasculares em hipertensos de Injuí RS**. Rio Grande do Sul, v. 40, n. 4, p.261-266, 2008. Disponível em: [www.sbac.org.br/pt/pdfs//rbac/rbac\\_40\\_04/04.pdf](http://www.sbac.org.br/pt/pdfs//rbac/rbac_40_04/04.pdf). Acessado em: 03/03/2014.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgico**. Tradução José Eduardo Ferreira de Figueiredo. Rio de Janeiro: Guanabara Koong, 2005. 437-445 p. Tradução de Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA SBC. **VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão**. Arquivos Brasileiro de Cardiologia, 2010. Disponível em: [publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/diretriz\\_hipertensao\\_associados.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/diretriz_hipertensao_associados.pdf). Acessado em: 03/03/2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBS). **Doença do Coração elevam custos de saúde no Brasil.** Disponível em: [www.sbh.org.br/geral/noticias.asp?id=75](http://www.sbh.org.br/geral/noticias.asp?id=75). Acesso em: 15/10/2013.

TORRES JR, T. C. et al. Hipertensão arterial: Uma visão holística. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 13, n. 4, p. 328, 2006. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-4/12-holistica.pdf>. Acesso em: 12/04/13.