

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

CARLOS HENRIQUE MEIRELES VIEIRA

**PLANO DE AÇÃO PARA SENSIBILIZAR OS USUÁRIOS IDOSOS COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ADESÃO AO TRATAMENTO NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ITAPIRU EM RUBIM, MINAS GERAIS**

TEÓFILO OTONI

2020

CARLOS HENRIQUE MEIRELES VIEIRA

**PLANO DE AÇÃO PARA SENSIBILIZAR OS USUÁRIOS IDOSOS COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ADESÃO AO TRATAMENTO NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ITAPIRU EM RUBIM, MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.
Orientadora: Professora. Dra. Nayara Ragi Baldoni

TEÓFILO OTONI

2020

CARLOS HENRIQUE MEIRELES VIEIRA

**PLANO DE AÇÃO PARA SENSIBILIZAR OS USUÁRIOS IDOSOS COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ADESÃO AO TRATAMENTO NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ITAPIRU EM RUBIM, MINAS GERAIS**

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

Orientador: Professora. Dra. Nayara Ragi Baldoni

Banca examinadora

Professora Nayara Ragi Baldoni, Doutora, Universidade de Itaúna (UIT)

Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa – Universidade Federal de Minas Gerais

Aprovado em Belo Horizonte, em 03 de agosto de 2020

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho aos meus amados pais Lindolfo e Gírlania, e as minhas avós Joeliza e Maria do Carmo.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”.

[Carl Jung](#)

RESUMO

Esse trabalho foi planejado para enfrentar o problema do alto índice de Hipertensão Arterial Sistêmica em idosos, na comunidade atendida pela Estratégia De Saúde da Família Itapiru em Rubim, Minas Gerais, e tem como principal objetivo elaborar um projeto de intervenção para estimular o usuário com Hipertensão Arterial Sistêmica aderir ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso para reduzir o descontrole e a morbimortalidade por doenças cardiovasculares decorrentes do descontrole da Hipertensão Arterial. Para a elaboração do plano de intervenção, realizou uma revisão de literatura sobre o tema e seus fatores de risco, bem como, as estratégias de enfrentamento para sensibilizar o usuário no controle da mesma e a prevenção de agravos. Como método foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações. Foram selecionados três nós críticos, sendo eles: 1) Falta de educação em saúde; 2) Maus hábitos de vida; e 3) Falta de programas de atividades física. Para esses nós críticos foram planejadas ações sendo elas respectivamente a capacitação da equipe de saúde, para a realização da educação em saúde, por meio de palestras explicativas, o estímulo a adoção de melhores hábitos alimentares e a prática de atividade física por meio de panfletos e visitas domiciliares, e por fim oferecer aos usuários idosos com Hipertensão, a oportunidade de estar se exercitando de acordo com sua capacidade três vezes por semana. Executando esse projeto é esperado que a população atendida se conscientize e se comprometa a realizar o tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica de forma assídua, e assim possa-se prevenir a morbimortalidade causadas pelo não tratamento da doença. A união e a motivação da equipe foram essências para o planejamento, assim como serão para a execução do projeto, além da parceria com outros órgãos de saúde e o apoio da gestão também serão de extrema necessidade para que o plano possa ser executado com sucesso.

Palavras-chave: Hipertensão. Educação em Saúde. Doença Crônica.

ABSTRACT

This work was planned to face the problem of the high rate of Systemic Arterial Hypertension in the elderly, in the community served by the Itapiru Family Health Strategy in Rubim, Minas Gerais, and its main objective is to develop an intervention project to stimulate the user with Hypertension Arterial Systemic adhere to drug and non-drug treatment to reduce uncontrolled and morbid mortality due to cardiovascular diseases resulting from uncontrolled arterial hypertension. For the elaboration of the intervention plan, it carried out a literature review on the theme and its risk factors, as well as, the coping strategies to sensitize the user in its control and the prevention of injuries. As a method, Situational Strategic Planning was used to quickly estimate the problems observed and define the priority problem, critical nodes and actions. Three critical nodes were selected, namely: 1) Lack of health education; 2) Bad life habits; and 3) Lack of physical activity programs. For these critical nodes, actions were planned, namely, the training of the health team, to carry out health education, through explanatory lectures, encouraging the adoption of better eating habits and the practice of physical activity through pamphlets and home visits, and finally offer elderly users with Hypertension, the opportunity to be exercising according to their capacity three times a week. By executing this project, it is expected that the population served will become aware and commit to undertaking the treatment of Systemic Arterial Hypertension in an assiduous manner, and thus, one can prevent the morbidity and mortality caused by not treating the disease. The team's unity and motivation were essential for planning, as well as for the execution of the project, in addition to partnership with other health agencies and management support will also be extremely necessary for the plan to be successfully executed.

Keywords: Hypertension. Health Education. Chronic Illness.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Dely Figueiredo, Unidade Básica de Saúde Itapiru, município de Rubim, estado de Minas Gerais	16
Quadro 2 - Medicamentos mais usados no tratamento de HAS.....	22
Quadro 3 - Desenho das operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alta prevalência de hipertensão arterial descompensada em idosos, na comunidade atendida pela Estratégia De Saúde da Família Itapiru em Rubim- Minas Gerais, 2020.....	28
Quadro 4 - Desenho das operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alta prevalência de hipertensão arterial descompensada em idosos, na comunidade atendida pela Estratégia De Saúde da Família Itapiru em Rubim- Minas Gerais, 2020.....	29
Quadro 5 - Desenho das operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alta prevalência de hipertensão arterial descompensada em idosos, na comunidade atendida pela Estratégia De Saúde da Família Itapiru em Rubim- Minas Gerais, 2020.....	30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária a Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistólica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ITU	Infecção do Trato Urinário
HIPERDIA	Hipertensão e Diabetes
OMS	Organização Mundial de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SUS	Sistema Único de Saúde
TDF	Tratamento Fora do Município
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Aspectos gerais do município.....	11
1.2 O sistema municipal de saúde.....	12
1.3 Aspectos da comunidade.....	13
1.4 A Unidade Básica de Saúde ESF Itapiru.....	14
1.5 A Equipe de Saúde da Família Dely Figueiredo, da Unidade Básica de Saúde Itapiru.....	14
1.6 O funcionamento Unidade de Saúde da UBS Itapiru	14
1.7 O dia a dia da equipe Dely Figueiredo.....	14
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade.....	14
1.9 Priorização dos problemas– a seleção do problema para plano de intervenção.....	15
2 JUSTIFICATIVA	17
3 OBJETIVOS	19
3.1 Objetivo geral	19
4 METODOLOGIA	20
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	21
5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica.....	21
5.2 Atenção Primária a Saúde.....	23
5.3 Doenças Crônicas Não Transmissíveis.....	24
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	26
6.1 Descrição do problema selecionado	26
6.2 Explicação do problema	26
6.3 Seleção dos nós críticos	27
6.4 Desenho das operações	27
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Rubim é um município Brasileiro com 10.226 habitantes, 30% dos quais residem na zona rural. Sua atividade econômica predominante é a pecuária extensiva, que emprega pouca mão de obra, tem baixa produtividade e pouco apresenta em termos de tecnologia e melhoramento do rebanho (IBGE, 2019).

Este município está localizado na região do Vale do Jequitinhonha, mais especificamente, na região do Baixo Jequitinhonha, nordeste de Minas, 75 km da fronteira com o estado da Bahia, seu relevo é, predominantemente, montanhoso, está a 587 de altitude, seu clima é tropical, mas há picos de baixas temperaturas no inverno, está a 767 km da capital do Estado (IBGE, 2019).

A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 43,48 óbitos para cada 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias correspondem a 5,4 internações para cada 1.000 habitantes. Os aspectos demográficos apresentados pelo IBGE definem que o Distrito de Itapiru é uma comunidade com aproximadamente 1.200 habitantes, pertencente à zona rural de Rubim, essa comunidade teve sua origem com o êxodo rural (IBGE, 2019).

O analfabetismo funcional é elevado na população acima da quinta década de vida. Nas últimas administrações, a comunidade tem recebido algum investimento público em função da pressão da associação comunitária, que é bastante ativa. A população conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas, em particular as festas juninas que acontece no final do mês de junho. No Distrito de Itapiru, trabalha uma Equipe de Saúde da Família e uma Equipe de Saúde Bucal (PREFEITURA DE RUBIM, 2007).

Durante a análise situacional realizada no território para cumprimento da disciplina planejamento Avaliação e Programação em Saúde, ministrada nesta instituição foi possível identificar alguns problemas que dificultam a assistência em saúde à população, porém após essa análise considera-se a prioridade conforme a governabilidade das ações, visto que a equipe priorizou o problema que possui sua capacidade de enfrentamento a partir de ações desenvolvidas na rotina de trabalho da ESF pelos profissionais atuantes no território adescrito da ESF Itapiru.

1.2O Sistema Municipal de Saúde

O sistema de saúde do município possui um Hospital, São Vicente de Paulo, quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo que três equipes atendem a zona urbana e uma equipe atende a zona rural cobrindo 100% da população. As UBS encontram-se em locais de fácil acesso, quanto a UBS da zona rural está se localiza a 36 km da cidade. Também há uma Clínica de Fisioterapia, uma Farmácia de Minas, uma Academia da Saúde, possui Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), uma equipe Núcleo Ampliado de Saúde da Família da Atenção Básica (NASF-AB), também existe um Centro Controle Epidemiológico, um Centro Viva Vida. Sendo que o Centro Viva Vida, localizada no município de Jequitinhonha, são sede que atende a população da microrregião.

O município de Rubim tem ótima relação com os municípios vizinhos para atendimento especializado e atenção. O Apoio diagnóstico conta com os serviços de laboratórios e clínicas de imagem com conveniadas ao município. Para a assistência farmacêutica, o município conta com as farmácias nos postos de saúde, que distribuem gratuitamente os medicamentos á população de acordo com a sua disponibilidade, além da Farmácia popular e a farmácia municipal do Sistema Único de Saúde (SUS).A Vigilância de saúde é realizada por meio da Gerência de vigilância epidemiológica, Gerência de Controle de Zoonoses, Gerência de vigilância sanitária, e o Centro de Referência em Doenças Endêmicas e Programas Especiais.

Quanto ao modelo de atenção à saúde, compreende-se que o município possui com sistemas privados (o sistema de saúde suplementar com pessoas vinculadas), sendo que o modelo de atenção predominante que está em desenvolvimento no município é o SUS, concebido como um Sistema Nacional e Público de Saúde, o qual utiliza redes de atendimento com inter-relação entre os níveis primário, secundário e terciário para assegurar a continuidade do atendimento. Atenção Hospitalar e a racionalização da utilização de novas tecnologias são essenciais à reorganização da pratica assistencial e melhoria das ações e serviços.

A cidade pertence à sede de Almenara e Teófilo Otoni, onde são encaminhados atendimento de urgência e emergência, pequenas cirurgias, internações e maternidade.

1.3 Aspectos da comunidade

A população de Itapiru é amigável, a área por ser Zona Rural é considerada bem arborizada, possui campos de plantação de hortaliças e vegetais, existem mercadinhos, lojas de vestuário alguns postos no Distrito Itapiru, existem equipamentos sociais, praças, escolas, igrejas também possui estabelecimento para atendimento bancário uma pequena associação de agricultores. Na comunidade como oferta de lazer e incentivo para prática de atividade física, contamos com uma academia popular com equipamentos para realizar atividades físicas, possui nas proximidades um campo de futebol para a população. Na localidade possui um estabelecimento de Saúde tipo 1 UBSF.

A coleta de lixo é regular, algumas de suas ruas ainda são de terra e algumas possuem asfalto ou calçamento (pedra). O saneamento existe, porém, deficiente na maioria dos domicílios ainda faz uso de forças. A população em maioria é adulta e idosa a renda familiar varia entre um salário mínimo e dois por família. Existe um alto índice de analfabetismo, nota-se que boa parte dos usuários do território possui nível escolar fundamental incompleto e uma minoria possui ensino médio completo ou alguma graduação no ensino superior.

Atualmente, a população empregada vive basicamente do trabalho nas propriedades rurais, da prestação de serviços públicos, da economia informal. A estrutura de saneamento básico na comunidade continua precária, mas há presença constante de coleta de lixo municipal, investimentos no que se refere ao esgotamento sanitário distrital. A comunidade distrital grande parte vive em casas simples e humildes

1.4A Unidade Básica de Saúde ESF Itapiru

A Unidade de saúde de Itapiru abriga a ESF Dely Figueiredo, que foi inaugurada há cerca de 22 anos e está situada na Rua 29 de Julho, Distrito de Itapiru. É uma unidade própria para a ESF com uma ampla área para atender a demanda populacional local. A área destinada à recepção está adequada, supre bem os

anseios dos usuários durante o atendimento da equipe da saúde da família. O espaço da recepção possui cadeiras, banheiros, filtro para os usuários. A sala de reuniões é ampla e bem utilizada pelos funcionários e comunidade com os grupos de apoio.

A população tem muito apreço pela Unidade de Saúde, fruto de anos de luta e participação política e administrativa. A Unidade, atualmente, está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe, com apoio de dois carros e uma ambulância para maior atenção a comunidade e a presença dos serviços de Tratamento Fora do Domicílio (TDF).

A área destinada à recepção está adequada, supre bem os anseios dos usuários durante o atendimento da equipe da saúde da família. O espaço da recepção possui cadeiras, banheiros, filtro para os usuários. A sala de reuniões é ampla e bem utilizada pelos funcionários e comunidade com os grupos de apoio. A Unidade, atualmente, está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe, com apoio de dois carros e uma ambulância para maior atenção a comunidade.

1.5A Equipe de Saúde da Família Dely Figueiredo, da Unidade Básica de Saúde Itaipuru

A equipe de saúde da Família Dely Figueiredo é formada pelos seguintes profissionais: um médico de saúde da família, uma enfermeira, três agentes comunitários de saúde (ACS), um técnico de enfermagem, uma recepcionista e um auxiliar de serviços gerais.

1.6O funcionamento da Unidade de Saúde da UBS Itaipuru

A Unidade de Saúde funciona das 7h: 00min às 17h: 00min e, para tanto, é necessário o apoio da recepcionista junto com uma técnica de enfermagem, em atividades relacionadas à assistência, como recepção, arquivo e pré-consulta. A unidade de saúde possui prontuário eletrônico e a ferramenta telessaude.

1.7 O dia a dia da equipe Dely Figueiredo

Na unidade desenvolvem-se ações em saúde na prevenção de doenças e promoção da saúde, contemplando os grupos operativos da rede de atenção à saúde como HIPERDIA, pré-natal e puericultura. Além disso, é disponibilizado serviços de vacinação, atendimento a demanda programada, demanda espontânea e visitas domiciliares regulares aos grupos prioritários.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

1. Alto índice de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) descompensada
2. Alto índice de usuários com Diabetes *Mellitus*, Tipo 2(DM2) descompensada
3. Falta de adesão a conduta terapêutica
4. Falta aderência as campanhas de prevenção em saúde
5. Alto índice de analfabetismo
6. Sedentarismo

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção
(segundo passo)

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Dely Figueiredo, Unidade Básica de Saúde Itaipuru, município de Rubim, estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Alto índice de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica descompensada	Alta	8	Total	1
Número alto de pacientes diabetes <i>mellitus</i> descompensada	Alta	7	Total	2
Falta de adesão a conduta terapêutica	Alta	5	Parcial	3
Falta aderência as campanhas de prevenção em saúde	Alta	4	Parcial	4
Alto índice de analfabetismo	Alta	3	Fora	6
Sedentarismo	Alta	3	Total	5

Fonte: Autor, 2020

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2. JUSTIFICATIVA

A HAS também conhecida como pressão alta é uma doença crônica caracterizada pelos níveis elevados da pressão sanguínea nas artérias. A HAS acontece quando os valores das pressões máximos e mínimos são iguais ou ultrapassam os 140/90 mmhg (SBC, 2016). A pressão arterial alta faz com que o coração tenha que exercer um esforço maior do que o normal para fazer com que o sangue seja distribuído corretamente no corpo. A pressão alta é um dos principais fatores de risco para a ocorrência de acidente vascular cerebral, enfarte, aneurisma arterial, insuficiência renal e cardíaca (BRASIL, 2013).

As principais causas e fatores de risco para desenvolvimento da HAS são: hereditariedade, tabagismo, alcoolismo, obesidade, estresse, elevado consumo de sal, dislipidemias, falta de atividade física, raça negra, Idade avançada (MACHADO, PIRES, LOBÃO, 2012). A equipe de saúde identificou algumas condições médicas, estilos de vida de pacientes com HAS que não aderem ao tratamento, em especial a falta de adesão ao tratamento medicamentoso principalmente em paciente idoso.

Essa baixa adesão ocorre por vários motivos que influenciam na incidência de usuários descompensados e até mesmo o aumento de novos casos de usuários com agravos decorrentes do descontrole da HAS. Uma explicação para a elevada taxa de não adesão é que muitos pacientes são semi analfabetos e não compreendem sua doença, tampouco seguem a prescrição de forma correta. O curso assintomático da HAS é outro fator que contribui para a baixa adesão a terapia medicamentosa, visto que os próprios usuários descompensados chegam à unidade referindo que “só fazem uso da medicação quando se sentem mal” o que dificulta o tratamento para controle da HAS.

Em princípio todas as pessoas podem tomar medidas para diminuir o risco de doença cardiovascular. A prevenção e o controle dos fatores de risco e o tratamento medicamentoso é especialmente necessário para pessoas que já tiveram doenças cardiovasculares anteriormente e para evitar futuros eventos cardiovasculares. Aproximadamente 45% da população da ESF que apresentam importantes fatores de risco para doença cardiovascular como HAS descompensada a qual é responsável por desenvolver doenças cardiovasculares que representa a maior causa de óbito em nossa comunidade, assim como no Brasil e mundo.

As doenças cardiovasculares incluem as coronariopatias, infarto miocárdico, angina de peito, arritmias cardíacas, insuficiência cardíaca congestiva, doença cardíaca reumática, aneurisma da aorta, acidente vascular encefálico, doença vascular periférica, claudicação intermitente (MOZAFARIAN et al., 2008). Observa-se que apesar do conhecimento adequado dos pacientes com HAS, as questões sobre conhecimento da doença não foram suficientes para exercer influência na adesão ao tratamento.

Com base nisto cabe destacar o impacto que este problema vem gerando na população com HAS ou não uma vez que os atendimentos com crise hipertensiva se elevam, por sua vez, reduzem as vagas de atendimento para demais usuários, bem como aumenta os custos e sobrecarrega a demanda espontânea da unidade.

Observando os fatores de risco e comparando com a priorização de problemas, pode-se observar que o problema “Alto índice de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica descompensada” além de estar sinalizado como primeiro na urgência, consiste em um problema em que a equipe pode desenvolver ações para melhorar a atenção aos usuários a fim de reduzir os impactos dos mesmos devido a sua capacidade de enfrentamento, sendo assim a escolha para intervir neste problema, justifica-se pela necessidade de desenvolver ações que viabilize a redução de usuários descompensados e prevenir a ocorrência de agravos cardiovasculares.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral:

Elaborar um projeto de intervenção para estimular os usuários idosos com Hipertensão Arterial Sistêmica a aderir ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso para reduzir o descontrole da doença na Estratégia de Saúde da Família Itapiru em Rubim, Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

Para a elaboração do plano de intervenção, foi realizada uma revisão de literatura sobre HAS e seus fatores de risco, bem como as estratégias de enfrentamento para sensibilizar o usuário no controle da HAS e na prevenção de agravos. Os problemas apresentados durante o diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Itapiru, foram submetidos a um critério de priorização ao qual se atribuiu a urgência e capacidade de enfrentamento a partir de ações desenvolvidas pela equipe, após a escolha foi elaborado uma proposta de intervenção com ações em saúde que contemplasse o objetivo apresentado, desta forma criando através deste plano de ação, estratégias para o enfrentamento do problema prioritário possibilitando a melhoria da atenção ao usuário com HAS e a promoção da adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Como método foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES) para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações. Para a realização do diagnóstico situacional que possibilitou a seleção dos principais problemas enfrentados pela comunidade foi utilizado o PES, que colaborou diretamente para a identificação do problema priorizado no qual será enfrentado através do projeto de intervenção, possibilitando descreve-lo, explica-lo e identificar os nós críticos referentes ao mesmo (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2018).

Para o embasamento teórico foi consultada a Biblioteca Virtual em Saúde do Nesccon e documentos de órgãos públicos (Ministério da Saúde e secretarias), além de outras fontes de busca para revisão bibliográfica. Na busca foram utilizadas as palavras chaves: Hipertensão. Cooperação e Adesão Terapêutica, Educação em Saúde e Doença Crônica. Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações do módulo de Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A HAS é definida pela elevação da pressão arterial, que acaba se mantendo acima do normal. De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, são considerados pessoas com HAS quando a pressão arterial sistólica 140 mmhg, e a pressão arterial diastólica seja igual ou superior a 90 mmhg, em duas ou mais ocasiões, com ausência de medicamento anti-hipertensivo (SBC, 2010).

Atualmente a HAS é considerada um dos principais problemas de saúde pública em todo o mundo e representa um grave fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, insuficiência cardíaca e doenças renais (SBC, 2016) As estimativas de casos de doenças coronarianas, acidente vascular cerebral e HAS, para o ano de 2050 são de 34 mil casos para cada 100.000 habitantes (RTVELADZE et al., 2013). Para reduzir a morbimortalidade por doenças cardiovasculares é preciso controlar a HAS, e pra isso é necessário a realização do tratamento seja ele medicamentoso ou não, para que a pressão arterial possa se manter abaixo de 140 mmhg (SBC, 2010).

O principal sintoma em maior parte dos pacientes com HAS é a cefaléia, sendo a cefaléia suboccipital pulsátil, e ocorre sempre no início da manhã, e desaparece com o passar do dia, mas o hipertenso pode ser acometido por qualquer tipo de cefaléia. Quando a HAS já atingiu um estágio avançado ela pode demonstrar outros sintomas como confusão mental, distúrbio visual, náusea, e sonolência, caracterizando a encefalopatia hipertensiva. Podem surgir ainda outros sintomas como epistaxe e escotomas cintilantes, zumbidos e cansaço. A HAS pode causar complicações sendo as mais comuns: aceleração da aterosclerose, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca; acidente Vascular Cerebral, diminuição ou Perda da função renal, perda da visão (KANNEL, VASAN, LEVY, 2003).

Na maior parte das vezes a HAS costuma ser assintomática, o que pode prejudicar o diagnóstico, desta forma se indica que a pressão arterial seja aferida pelo menos uma vez ao ano em indivíduos saudáveis. Quando se consultar é importante também informar ao médico se existe histórico de HAS na família, especialmente se pai e ou mãe forem hipertensos, para que se possa confirmar o diagnóstico de hipertensão é importante a realização de exames como o MAPA

(Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial) e o MRPA (Medição Residencial da Pressão Arterial) (PINHEIRO, TENÓRIO, 2018).

Os cuidados com o paciente que possui HAS devem ser realizados de forma multiprofissional, tendo por objetivo manter os níveis pressóricos controlados, e pode ser realizado com medicamentos ou não. O tratamento não medicamentoso consiste em MEV (Mudanças no Estilo de Vida), que devem permanecer por toda a vida. Já no tratamento medicamentoso pode-se fazer o uso de diversas classes de medicamentos que devem ser selecionadas de acordo com a necessidade de cada indivíduo levando em conta as comorbidades, histórico familiar, hereditariedade, faixa etária, gravidez ou lesão em órgãos-alvo (BRASIL, 2013).

Quadro 2. Medicamentos mais usados no tratamento de HAS

Aldactone	Apresolina	Aradois
Atenolol	Atenolol + Clortalidona	Atensina
Besilato De Anlodipino	Benicar	Clortalidona
Co-Pressotec	Captopril	Captopril + Hidroclorotiazida
Cardizem	Carvedilol	Concor
Coreg	Cozaar	Diovan
Diurix	Doxazosina	Duomo
Enalapril + Hidroclorotiazida	Enalapril	Espirono-Lacton
Furosemida	Hidroclorotiazida	Higroton
Indapen- Sr	Lasix	Lisinopril
Losartana Potássica	Losartana Potássica + Hidroclorotiazida,	Metildopa

Fonte: O autor (2020).

Para a adesão ao tratamento acontecer é necessário três fatores, sendo eles: 1) O indivíduo estar consciente sobre seu problema de saúde e se comprometer com o tratamento; 2) a colaboração e apoio dos profissionais de saúde para orientar e sanar as dúvidas; 3) E o apoio familiar (CARVALHO et al., 2012). A educação em saúde é uma ótima alternativa para incentivar a adesão ao tratamento e a mudança no estilo de vida, pois podem facilitar o entendimento dos pacientes com HAS e informar a eles a importância do tratamento para a prevenção de doenças mais graves e promover a saúde (OLIVEIRA, 2011).

5.2 Atenção Primária à Saúde

Almeida et al. (2017, p.126) citam em seu trabalho a Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) coloca que define:

[...] a Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde” (ALMEIDA *et al.*,2017, p. 126).

A Atenção Primária a Saúde (APS), pode ser comparada a base de uma pirâmide, onde estão os vários níveis de atenção a saúde, sendo assim considerada a porta de entrada do sistema de saúde. É através da APS que os usuários encontram acesso ao cuidado em diferentes níveis, pois os problemas que não podem ser resolvidos na APS são referenciados a outros setores de saúde que possa resolver. É também na APS que os usuários têm acesso a atenção igualitária, ao cuidado humanizado, ao respeito mútuo. A APS procura manter uma boa comunicação e estabelecimento de vínculo entre o usuário e o profissional, o que facilita a identificação de problemas e o planejamento de ações de enfrentamento de tal problema (FARIA et al., 2010).

A Declaração de Alma-Ata (1978) define APS como a atenção essencial à saúde, que se baseia em tecnologias e métodos práticos, devendo estar ao alcance de todos, estimulando a participação social e autonomia (OPAS, 1978). O Ministério da Saúde afirma que a APS constitui “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (BRASIL, 2006).

A APS é o conjunto de ações de saúde, que visam à promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, e isso deve se desenvolver através das práticas gerenciais, sanitárias, democráticas e participativas. Cada equipe de saúde é responsável por uma área delimitada e assume responsabilidade sanitária do território, sendo assim a principal fonte de contato entre os usuários e o sistema de saúde. A APS se orienta pelos “princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade

e da participação social”. Além do mais a APS considera cada usuário de acordo com “sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável” (LAVRAS, 2011, p.871).

Após conhecer a importância e a magnitude da APS na saúde dos indivíduos é importante ressaltar que a APS tem um importante papel na saúde de pacientes com HAS na qual contempla estratégias especiais de promoção, prevenção e controle, para minimizar ou evitar complicações decorrentes da HAS não controlada (PIERIN et al., 2011).

5.3 Doenças Crônicas Não Transmissíveis

A Organização Mundial de Saúde (OMS) caracteriza as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), a asma, as doenças cardiovasculares, cérebro vasculares, o diabetes mellitus, as doenças respiratórias obstrutivas, as neoplasias, podendo também ser incluídas os transtornos mentais, as desordens genéticas, as doenças articulares, auditivas, bucais, neurológicas e ósseas. Essas são doenças consideradas crônicas por apresentarem elevados períodos de latência e duração prolongadas (WHO, 2005).

As DCNT são consideradas um importante problema de saúde pública em todo o mundo, caracterizando um desafio para os serviços de saúde (WHO, 2014). No Brasil, o controle das DCNT faz parte das políticas públicas de saúde, e através do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) 2011-2022 foram definidas estratégias e prioridades, além de investimentos para a identificação, controle e fatores de risco das DCNT (BRASIL, 2011).

As DCNT são responsáveis por mortes no mundo todo, chegando a contabilizar 16 milhões de mortes precoces (< 70 anos), um novo relatório da OMS sinaliza que a grande parte dessas mortes poderiam ser evitada com o tratamento correto das DCNT. No ano de 2012 foram registradas 38 milhões de mortes por DCNT, sendo 16 milhões (42%) prematuras e evitáveis em pessoas com idades inferiores a 60 anos (um aumento de 14,6 milhões, em relação ao ano de 2000).

Ressalta-se ainda que 28 milhões e 82% dos 16 milhões de mortes precoces foram registradas em países de média e baixa renda (WHO, 2014).

Devido as DCNT serem um problema de saúde pública que podem além de ocasionar complicações graves, levar indivíduos a óbito de forma precoce, é indispensável que haja controle delas, bem como a redução de exposição a fatores de risco. As ações de educação em saúde que estimulem a adoção de hábitos de vida saudáveis como a melhor alimentação e a prática diária de atividades físicas, podem ser decisivas na prevenção de complicações das DCNT. Essas são ações de baixo custo de prevenção e promoção da saúde, pois após uma DCNT instalada ela pode modificar drasticamente a vida do indivíduo e de seus familiares, tornando o incapaz de realizar as tarefas simples do dia a dia, e até mesmo levando a óbito de forma precoce (MENESES; ARILO, 2020).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Esse plano de intervenção se refere ao problema “Alto índice de usuários idosos com Hipertensão Arterial Sistêmica descompensada, na comunidade atendida pela Estratégia De Saúde da Família Itapiru em Rubim- Minas Gerais”, para assim realizar a descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado

O problema identificado e priorizado pela equipe é a “Alta prevalência de hipertensão arterial descompensada em idosos, na comunidade atendida pela Estratégia De Saúde da Família Itapiru em Rubim, Minas Gerais” mostrou-se como problema prioritário devido ao aumento nos atendimentos por descontrole e crise hipertensiva além do risco aumentado de mortalidade por doenças cardiovasculares.

Sabe-se, ainda, que a falta de conhecimento da população sobre a doença, tratamento e complicações têm contribuído para ocorrência da baixa adesão ao tratamento para o controle da HAS, sendo assim vem aumentando a morbimortalidade por doença cardiovascular relacionada ao descontrole da HAS entre a população.

6.2 Explicações do problema selecionado

Para Faria, Campos e Santos (2018), p.67, explicar é entender a gênese do problema que se pretende enfrentar a partir da identificação das suas causas. “Geralmente, a causa de um problema é outro problema ou outros problemas”.

A HAS é uma das DCNT mais comuns entre a população mundial, e a principal razão no descontrole dessa doença, é a baixa adesão ao tratamento, associada a comportamentos de riscos tais como o tabagismo, a maus hábitos alimentares, o sedentarismo e o alcoolismo.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

De acordo com Faria, Campos e Santos (2018), o “nó crítico” é considerado a causa de maior relevância para a origem do problema. Foram selecionados os principais nós críticos relacionados ao problema do “Alto índice de usuários idosos com Hipertensão Arterial Sistêmica descompensada, na comunidade atendida pela ESF Itapiru em Rubim, Minas Gerais”:

- Falta de educação em saúde
- Maus hábitos de vida
- Faltam programas de atividades físicas

6.4 Desenhos das operações

Nos quadros 3, 4 e 5 estão expostas as operações, projetos, resultados e produtos esperados, recursos necessários e responsáveis pelas operações dos nós críticos selecionados:

Quadro 3- Desenho das operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alto índice de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica descompensada”, na comunidade atendida pela Estratégia De Saúde da Família Itapiru em Rubim, Minas Gerais, 2020.

Nó crítico 1	Falta de educação em saúde
6º passo: operação (operações)	Capacitar a equipe de saúde, para a realização da educação em saúde, por meio de palestras explicativas.
6º passo: projeto	“Informação e prevenção”
6º passo: resultados esperados	Hipertensos informados e comprometidos com a saúde e o auto cuidado.
6º passo: produtos esperados	Aumento da adesão ao tratamento de HAS na comunidade.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Melhorar a qualidade de informação da equipe para que esta seja repassada de maneira clara e explicativa para a população. Organizativo: Solicitar espaço na rádio local para a transmissão de informações em saúde. Financeiro: Aquisição de recursos audiovisuais. Político: Aprovação e apoio da gestão
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Financeiro: Aquisição de recursos audiovisuais. Político: Aprovação e apoio da gestão
8º passo: controle dos recursos críticos- ações estratégicas	Gestão. Mostrar aos gestores por meio de artigos científicos a importância da realização da educação em saúde.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médico e enfermeira da equipe 2 meses
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	O monitoramento dessa ação será realizado por meio de coletas de dados sobre os usuários e assim verificar como a educação em saúde colaborou com a melhora na adesão ao tratamento de HAS.

Fonte: O autor (2020)

Quadro 4- Desenho das operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alto índice de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica descompensada”, na comunidade atendida pela Estratégia De Saúde da Família Itapiru em Rubim, Minas Gerais, 2020.

Nó crítico 2	Maus hábitos de vida
6º passo: operação (operações)	Estimular a adoção de melhores hábitos alimentares e a prática de atividade física por meio de panfletos e visitas domiciliares
6º passo: projeto	“A saúde é para agora”
6º passo: resultados esperados	População mais saudável se alimentando bem e praticando atividades físicas.
6º passo: produtos esperados	Hipertensos saudáveis e com os níveis pressóricos normais.
6º passo: recursos necessários	Financeiro: 1. Material didático (Folheto informativo); 2. Carro para realização das visitas Organizativo: Disponibilidade de profissionais para entregar os folhetos e orientar os hipertensos. Político: Aprovação e apoio da gestão
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Financeiro: 1. Material didático (Folheto informativo); 2. Carro para realização das visitas Organizativo: Disponibilidade de profissionais para entregar os folhetos e orientar os hipertensos. Político: Aprovação e apoio da gestão
8º passo: controle dos recursos críticos- ações estratégicas	Gestão. Expor os baixos custos das ações e os resultados positivos que ela pode gerar.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Toda equipe de saúde 3 meses
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	O monitoramento dessa ação será realizado por meio de reunião com os integrantes da equipe onde poderão informar como os hipertensos estão respondendo a ação.

Quadro 5- Desenho das operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alto índice de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica descompensada”, na comunidade atendida pela Estratégia De Saúde da Família Itapiru em Rubim- Minas Gerais, 2020.

Nó crítico 3	Faltam programas de atividades físicas
6º passo: operação (operações)	“Comunidade em movimento”
6º passo: projeto	Oferecer aos usuários de HAS e ou diabetes e idosos, a oportunidade de estar se exercitando de acordo com sua capacidade 3 vezes por semana.
6º passo: resultados esperados	Diminuição nos índices de sedentarismo e promover a integração social na comunidade.
6º passo: produtos esperados	População saudável, e promoção do envelhecimento ativo.
6º passo: recursos necessários	Organizativos: Parceria entre órgãos de saúde (CRAS), para a disposição de educador físico. Financeiro: colchonetes, bolas, cordas. Político: Aprovação e apoio da gestão.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Financeiro: colchonetes, bolas, cordas. Político: Aprovação e apoio da gestão.
8º passo: controle dos recursos críticos- ações estratégicas	Gestão Apresentar dados científicos de como a atividade física pode fazer a diferença na vida das pessoas.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médico da equipe e educador físico 4 meses
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	O monitoramento será realizado por meio da lista de presença de usuários nos encontros para atividades físicas.

Fonte: O autor (2020)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto apresentado nesse plano de intervenção tem como principal intuito melhorar a adesão medicamentos para o tratamento de HAS entre os idosos que fazem parte da área adscrita da ESF Itapiru, porém será executado para toda população idosa que possui HAS, a fim de prevenir a morbimortalidade causadas pela falta de tratamento e acompanhamento. Grande parte da população da área adscrita se beneficiará da implantação do plano de intervenção, pois possibilitará aos usuários o acesso a educação em saúde, e a oportunidade de se exercitar com as orientações de um profissional da área, além de promover a integração social entre eles e a diversão.

A HAS é um problema real, e que exige das equipes de APS o planejamento de estratégias para controlá-lo, desta forma intervenções como essas podem ser uma importante ferramenta na prevenção de complicações cardiovasculares, e até mesmo na prevenção de óbitos precoces que podem ser evitados com a adesão ao tratamento da HAS. Analisando o planejamento do plano de intervenção se conclui que é um projeto viável, pois não gera altos custos e oferece alternativas simples de fácil execução para estimular o tratamento assíduo da HAS. A união e a motivação da equipe foram essências para o planejamento, assim como serão para a execução do projeto, além da parceria com outros órgãos de saúde e o apoio da gestão também serão de extrema necessidade para que o plano possa ser executado com sucesso.

REFERENCIAS

ALMEIDA, L.M.et al. Estratégias e desafios da gestão da atenção primária à saúde no controle e prevenção da obesidade. **Rev. Gestão & Saúde (Brasília)** v. 08, n. 01, jan. p.114-139 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: **Ministério da Saúde**, 2006^a.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil: 2011-2022. **Brasília: Ministério da Saúde**; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (**Cadernos de Atenção Básica, n. 37**).

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. **Nescon/UFMG**. 2ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliao_das_acoes_de_saude_2/3; Acesso em: 24 de março de 2020.

CARVALHO A.L., et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **Ciênc. Saúde Coletiva**, 17(7): 1885-92, 2012.

FARIA, H. P. et al. Modelo Assistencial e Atenção Básica à Saúde. **NESCON/UFMG** - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte, 2010. 67p.

FARIA H. P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M. A. Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde. Belo Horizonte: **Nescon/UFMG**, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>; Acesso em: 24 de março de 2020.

KANNEL, W.B.; VASAN, R. & LEVY, D. — Is the relation of systolic blood pressure to risk of cardiovascular disease continuous and graded or are there critical values? **Hypertension**, v.42, n4, p. 453-6, 2003.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde soc.** p.871, v20, n. 4, 2011.

MACHADO, M.C., PIRES, C.G.S., LOBÃO, W.M. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(5):1365-1374, 2012.

MENESES, R.C., ARILO, L.M.C. Projeto de intervenção: promoção de saúde contra o sedentarismo para a prevenção de doenças como a hipertensão, diabetes e a obesidade. **Universidade Federal do Piauí (UFPI)**, 2020. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/14748>; Acesso em: 24 de março de 2020.

MOZAFFARIAN, D., FURBERG, C.D., PSATY, B.M., SISCOVICK, D. Physical activity and incidence of atrial fibrillation in older adults: the cardiovascular health study. **Circulation**, v.118, n. 8, p. 800-7, 2008.

OLIVEIRA, E. A. F. Significado dos Grupos Educativos de Hipertensão Arterial na Perspectiva do Usuário de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde. **Rev. APS14**, v.3: 319 – 326 2011 jul./set.

PIERIN, A.M.G., MARRONI, S.N., TAVEIRA, L.A.F., BENSEÑOR, I.J.M. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em unidades básicas de saúde localizadas na região oeste da cidade de São Paulo. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16 Suppl 1: S1389-400, 2011.

PINHEIRO C., TENÓRIO G. Hipertensão: causas, sintomas, diagnósticas e como baixar a pressão. **Grupo Abril**, 2018. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/medicina/hipertensao-causas-sintomas-diagnostico-e-como-baixar-a-pressao/>; Acesso em: 25 de março de 2020.

RTVELADZE, K. T. M., WEBBER L, F KILPI, LEVY D, CONDE W, Saúde e carga econômica da obesidade no Brasil. **PloS Um**. 2013; 8 (7): e68785. SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras Cardiol**, v.89, n.3, e24-e 79.2,2007.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, 95(1 Suppl 1): 7-13, 2010.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Arquivos Brasileiros de Cardiologia. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**, 107 (3): 1-83, 2016.

WHO. World Health Organization. Preventing chronic diseases a vital investment. Geneva: **World Health Organization**; 2005.

WHO. World Health Organization. Global status report on non communicable diseases, 2014. Geneva: **World Health Organization**, p. 298, 2014.