

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

RAIANDA MAIA ALKMIM DA COSTA

CONTROLE INADEQUADO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL POR MÁ
ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E NÃO
FARMACOLÓGICO DA POPULAÇÃO RURAL DE SÃO JOÃO DO
PACUÍ –MG: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Montes Claros - MG

2015

RAIANDA MAIA ALKMIM DA COSTA

**CONTROLE INADEQUADO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL POR MÁ
ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E NÃO
FARMACOLÓGICO DA POPULAÇÃO RURAL DE SÃO JOÃO DO
PACUÍ –MG: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

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

Orientador: prof. Heriberto Fiuza Sanchez

Montes Claros - MG

2015

RAIANDA MAIA ALKMIM DA COSTA

**CONTROLE INADEQUADO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL POR MÁ
ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E NÃO
FARMACOLÓGICO DA POPULAÇÃO RURAL DE SÃO JOÃO DO
PACUÍ –MG: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Heriberto Fiuza Sanchez (orientador)

Examinador 2: _____ (examinador)

Aprovado em _____MG, ____de_____ de 2015.

RESUMO

A proposta de intervenção surge como tentativa de enfrentamento do problema do controle inadequado da hipertensão arterial sistêmica por má adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico da população rural de São João do Pacuí-MG. Tal doença é uma condição clínica multifatorial e prevalente, caracterizada por níveis elevados da pressão arterial, frequentemente associada a alterações funcionais e/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. Por se apresentar na maioria das vezes, de maneira crônica e assintomática, o diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial sistêmica são comumente negligenciados, devendo ter propostas de ações resolutivas e permanentes para orientação dos pacientes quanto ao controle adequado da hipertensão arterial sistêmica através dos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos com consequentemente melhoria da saúde e diminuição das patologias a ela associadas. Para tanto, foi realizado uma proposta de intervenção baseada em um diagnóstico situacional, uma revisão narrativa da literatura de publicações dos últimos 9 anos, obtidas através da Biblioteca Virtual em Saúde e do Programa AGORA do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva(NESCON) e das propostas de Campos, Faria e Santos (2010). O controle da hipertensão arterial demanda diferentes ações a nível individual e coletivo e a presente proposta de intervenção pode contribuir para o controle desse problema na comunidade assistida.

Palavras-chave: Hipertensão arterial sistêmica, tratamento, Programa Saúde da Família, proposta de intervenção.

ABSTRACT

The intervention proposal is an attempt to inadequate control of tackling the problem of hypertension by poor adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment of the rural population of São João do Pacuí-MG. Such disease is a multifactorial and prevalent clinical condition characterized by high levels of blood pressure, often associated with functional and / or structural changes in target organs such as heart, brain, kidneys and blood vessels and metabolic disorders, with consequent increased risk of fatal and non-fatal cardiovascular events. By presenting itself most often, chronic and asymptomatic way, diagnosis and treatment of hypertension are commonly overlooked and should have proposals for resolving and permanent actions for the guidance of patients for proper control of hypertension through drug and non pharmacological with consequently improved health and reduction of diseases associated with it. To that end, it conducted an intervention proposal based on a narrative review of the literature of the last 9 years publications , obtained through the Virtual Health Library and the Program AGORA Education Center in Public Health and the proposals of Campos, Faria and Santos (2010). The control of hypertension demand different actions at individual and collective level, and this proposed intervention can contribute to the control of this problem in the assisted community.

Keywords: Hypertension, treatment, Family Health Program, intervention proposal.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 JUSTIFICATIVA.....	10
3 OBJETIVOS.....	11
3.1 Objetivo Geral.....	11
3.2 Objetivos Específicos.....	11
4 METODOLOGIA	Erro! Indicador não definido.
5 REVISÃO DA LITERATURA	Erro! Indicador não definido.
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	19
6.1 Definição do problema	19
6.2 Nós críticos” selecionados.....	19
6.3 Identificação dos recursos críticos	19
6.4 Análise de viabilidade	Erro! Indicador não definido.
6.5 Elaboração do plano operativo.....	22
6.6 Gestão do plano	23
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS.....	30

1 INTRODUÇÃO

O município de São João do Pacuí localiza-se na região norte de Minas Gerais e tem população estimada, até o ano de 2014, de 4.308 habitantes. A população residente alfabetizada é de 2.987 pessoas. Tem como principais atividades econômicas a agricultura e pecuária de corte (BRASIL, 2010).

Na área da saúde conta com 3 estabelecimentos de saúde sendo duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma urbana e uma rural e um posto onde são atendidos os casos de urgência e emergência.

O ESF Saúde e Esperança, equipe em que foi levantado o diagnóstico situacional, é composta por uma enfermeira, 2 técnicos de enfermagem, equipe de saúde bucal, 5 agentes comunitários de saúde e um médico e tem atuação em toda a zona rural do município. Possui 475 famílias cadastradas sendo no total 2.062 pessoas e 395 hipertensos (DATASUS, 2015).

Dentre os problemas de nossa área, o que se destacou como prioridade foi a hipertensão arterial, devido à grande prevalência, com mau controle da pressão arterial pela baixa adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006)

Tem como fatores de risco:

- **Idade:** Existe relação direta e linear da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

- **Gênero e etnia:** A prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da 5ª década. (LESSA, 2001)

_Excesso de peso e obesidade: O excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS desde idades jovens (BRANDÃO, 2004). Na vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, incremento de 2,4 kg/m² no índice de massa corporal (IMC) acarreta maior risco de desenvolver hipertensão. A obesidade central também se associa com PA (WHO,1997).

_Ingestão de sal: Ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com elevação da PA. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

_Ingestão de álcool: A ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a PA e a mortalidade cardiovascular em geral. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

_Sedentarismo: Atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de DCV(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

Pelo grande número de casos no município foi então adotado um sistema de classificação proposto pelo governo, através do programa HIPERDIA, para a intervenção no problema como orientação individualizada e em grupos com os hipertensos para tentar diminuir os agravos advindos dessa doença. Porém esbarramos nas dificuldades como:

- Má adesão ao tratamento pelos pacientes;
- Ausência de informação prévia sobre a doença e suas consequências;
- Dificuldade de compreensão da receita e orientações médicas;
- Falta de medicamentos na farmácia do ESF;
- Dificuldade de seguir dieta adequada e fazer uso correto da medicação.

Assim, com esses dados obtidos pela equipe de saúde, em função do que foi detectado no diagnóstico situacional, e com objetivo de melhorar a qualidade de vida dos assistidos, esse trabalho tem o objetivo de elaborar uma proposta de intervenção para melhorar a qualidade de vida desses pacientes através de um controle adequado da PA pela maior adesão aos tratamentos.

2 JUSTIFICATIVA

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis das doenças cardiovasculares e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

Em nosso país, as DCV têm sido a principal causa de morte. As DCV são ainda responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados. Em relação aos custos, em novembro de 2009, houve 91.970 internações por DCV, resultando em um custo de R\$165.461.644,33 (DATASUS, 2009).

Estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

A importância de interferir no nó crítico se justifica por dar melhor controle da pressão arterial diminuindo as alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo como coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos e a alterações metabólicas, com atenuação do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais para o paciente acometido.

A limitação de conhecimento sobre a doença, a dificuldade em que a equipe do ESF encontra pelos recursos escassos para levar informação a população, os vários obstáculos que a equipe encontra para promover eventos preventivos, a dificuldade de acesso pelas distâncias até o paciente, a baixa instrução populacional e a baixa qualidade de vida são partes importantes no processo dificultador da adesão ao tratamento para um bom controle da PA dos pacientes hipertensos onde a equipe tem como foco modificar essa realidade.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Propor um plano de intervenção com vistas a manter um controle adequado da HAS através da melhora da adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico da população rural de São João do Pacuí -MG.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- _Identificar pacientes com mau controle da pressão arterial;
- _Estratificar os pacientes hipertensos;
- _Discutir com os agentes comunitários as condições observadas que possivelmente estão dificultando a adesão ao tratamento;
- _Reunir a equipe para discussão dos casos e possíveis soluções;
- _Verificar com o farmacêutico a disponibilidade dos medicamentos;
- _Organizar as datas das palestras, discussões e atendimentos específicos dos hipertensos em cada localidade rural.

4 METODOLOGIA

O projeto de intervenção terá como objetivo realizar um planejamento e atividades de intervenção para instrução da equipe com foco na detecção dos indivíduos hipertensos com controle inadequado da PA, acompanhamento, avaliação e educação em saúde dos mesmos. Para isso foram realizadas três etapas: diagnóstico situacional, revisão de literatura e elaboração do plano de intervenção.

O diagnóstico situacional foi realizado baseado no método de estimativa rápida. Este método é o começo de um processo para coletar informações visando a elaboração de um plano de ação, ele não é um método para coletar dados amplos, a finalidade é permitir que a equipe desenvolva perfis de planejamento baseado nas necessidades de sua população. É um método simples, rápido e de baixo custo que permite adicionar o conhecimento teórico com o saber prático e apoia o planejamento participativo envolvendo também a participação da população na identificação das suas necessidades e problemas.

Os princípios que apoiam a estimativa rápida são: a construção de um planejamento local, a coleta de dados de uma área geográfica determinada, a obtenção de informações sobre um conjunto de problemas em tempo curto e rápido, sem a necessidade de coletar dados excessivos, envolvendo a comunidade, portanto este método fortalece os princípios de equidade, de participação e de cooperação, permitindo maior aceitação numa intervenção futura. Os dados levantados por meio deste método serão coletados em três fontes principais: nos registros escritos existentes ou fontes secundárias; em entrevistas com informantes-chaves, utilizando roteiros ou questionários curtos e na observação ativa da área (SANTOS, 1998).

No momento seguinte foi feita revisão narrativa da literatura. Segundo Rother (2007), os trabalhos de revisão narrativa são apropriados para descrever e discutir o desenvolvimento ou o "estado da arte" de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual. Constituem, basicamente, de análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica pessoal do autor. Essa categoria de revisão tem um papel fundamental para a educação continuada, pois permite ao leitor adquirir e atualizar o

conhecimento sobre uma temática específica em curto espaço de tempo; porém não possuem metodologia que permitam a reprodução dos dados e nem fornecem respostas quantitativas para questões específicas. Já para a elaboração do plano de intervenção, observou-se o que propõe Campos, Faria e Santos (2010).

Foram avaliadas as publicações dos últimos 9 anos, em português, obtidas através da Biblioteca Virtual em Saúde, e do Programa AGORA do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Foram desconsideradas da análise as publicações sem correlação com tema proposto ou que não eram passíveis de obtenção na íntegra (critérios de exclusão).

5 REVISÃO DA LITERATURA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA \geq 140 x 90mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O excesso de peso e a obesidade se associam com maior prevalência de hipertensão arterial sistêmica desde idades jovens, ao passo que a ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a pressão arterial e a mortalidade cardiovascular em geral, devendo ser desestimulada, sem falar nos indivíduos normotensos com elevada sensibilidade a ingestão de sal que apresentam incidência cinco vezes maior da doença em 15 anos, quando comparados aqueles com baixa sensibilidade (MINAS GERAIS, 2013).

A hipertensão arterial sistêmica é também ocasionada pelo sedentarismo e incide com maior frequência em indivíduos com pouca ou nenhuma escolaridade (MINAS GERAIS, 2013).

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30% (CESARIO et al,2008).

Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países (PEREIRA et al,2009). Estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

De acordo com o Caderno de Atenção Básica elaborado pelo Ministério da Saúde, a hipertensão arterial sistêmica vem a ser

(...) um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (Caderno de Atenção Básica-nº15,p.9,2006).

O objetivo é manter os limites de pressão arterial considerados normais pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (MINAS GERAIS, 2015). Os valores que classificam os indivíduos acima de 18 anos são:

Tabela 1- Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos)

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe*	130–139	85–89
Hipertensão estágio 1	140–159	90–99
Hipertensão estágio 2	160–179	100–109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

* *Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura.*

A comparação das frequências, respectivamente, de conhecimento, tratamento e controle nos estudos brasileiros (com as obtidas em 44 estudos de 35 países (PEREIRA, 2009), revelou taxas semelhantes em relação ao conhecimento (52,3% vs. 59,1%), mas significativamente superiores no Brasil em relação ao tratamento e controle (34,9% e 13,7% vs. 67,3% e 26,1%) em especial em municípios do interior com ampla cobertura do Programa de Saúde da Família (ROSÁRIO, 2009) mostrando que os esforços concentrados dos profissionais de saúde, das sociedades científicas e das agências governamentais são fundamentais para se atingir metas aceitáveis de tratamento e controle da HAS.

Mudanças no estilo de vida são entusiasticamente recomendadas na prevenção primária da HAS, notadamente nos indivíduos com PA limítrofe. Mudanças de estilo de vida reduzem a PA bem como a mortalidade cardiovascular. Hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos. As principais recomendações não-medicamentosas para prevenção primária da HAS são: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo (LEWINGTON et al, 2002).

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2009).

Os profissionais da AB têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. Devem também, ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa

e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão. Nesse contexto, entende-se que nos serviços de AB um dos problemas de saúde mais comuns que as equipes de Saúde enfrentam é a HAS e que existem dificuldades em realizar o diagnóstico precoce, o tratamento e o controle dos níveis pressóricos dos usuários. Estudos apontam que em países com redes estruturadas de AB, 90% da população adulta consulta, pelo menos uma vez ao ano, seu médico de família (SHARMA et al., 2004). Mesmo assim, existem dificuldades no diagnóstico e no seguimento ao tratamento (OLIVEIRA et al., 2002)

O objetivo do tratamento é a manutenção de níveis pressóricos controlados conforme as características do paciente e tem por finalidade reduzir o risco de doenças cardiovasculares, diminuir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2010). Um dos desafios para as equipes da Atenção Básica é iniciar o tratamento dos casos diagnosticados e manter o acompanhamento regular dessas pessoas motivando-as à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso (BRASIL, 2010).

O tratamento não medicamentoso é parte fundamental no controle da HAS e de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV), como obesidade e dislipidemia. Esse tratamento envolve mudanças no estilo de vida (MEV) que acompanham o tratamento do paciente por toda a sua vida. Entre as MEV está a redução no uso de bebidas alcoólicas. O álcool é fator de risco reconhecido para hipertensão arterial e pode dificultar o controle da doença instalada. A redução do consumo de álcool reduz discretamente a pressão arterial, promovendo redução de 3,3mmHg (IC95%1: 2,5 – 4,1mmHg) em pressão sistólica e 2,0mmHg (IC95%: 1,5 – 2,6mmHg) em diastólica (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE, 2011; MOREIRA et al, 1999).

O tabagismo também aumenta o risco de complicações cardiovasculares secundárias em hipertensos e aumenta a progressão da insuficiência renal. Além disso, a cessação do tabagismo pode diminuir rapidamente o risco de doença coronariana entre 35% e 40% (KAPLAN, 2010). A adoção de hábitos saudáveis, como alimentação, diminuição do consumo de álcool, prática de atividade física, controle do peso e abandono do tabagismo (BRASIL, 2010).

O tratamento medicamentoso utiliza diversas classes de fármacos selecionados de acordo com a necessidade de cada pessoa, com a avaliação da presença de comorbidades, lesão em órgãos-alvo, história familiar, idade e gravidez. Frequentemente, pela característica multifatorial da doença, o tratamento da HAS requer associação de dois ou mais anti-hipertensivos (BRASIL, 2010).

É indispensável atentar-se para a adesão continuada ao tratamento. Há inúmeras abordagens propostas para aumentar a adesão ao tratamento, mas a efetividade nem sempre é a desejada. A inserção de farmacêuticos na equipe assistencial para orientação sobre o uso de medicamentos e outras ações (atenção farmacêutica) pode ser útil (CASTRO et al., 2006).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Definição do problema

É sabido que a identificação e priorização do problema não são suficientes para definir as intervenções na perspectiva de solucioná-lo. É preciso avançar mais na compreensão ou explicação de cada problema, caracterizá-lo e descrevê-lo melhor, para entender sua dimensão e como ele se apresenta em uma determinada realidade. A quantificação do problema é um passo importante, pois afasta ambiguidades e obtêm-se indicadores que permitem a avaliação do impacto alcançado pelo plano (CAMPOS,FARIA, SANTOS, 2010).

Para demonstrar o processo de descrição, o quadro 01 reúne descritores relacionados ao problema da hipertensão arterial sistêmica não controlada da população cadastrada no Programa Saúde da Família Saúde e Esperança, da zona rural do Município de São João do Pacuí/MG.

Quadro 01: Descritores, valores e fontes relacionados ao problema do controle inadequado da HAS por má adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico da população rural de São João do Pacuí-MG.

Descritores	Valores	Fonte
Indivíduos cadastrados na unidade	2.062	Programa Saúde da Família-2015
Hipertensos cadastrados	395	Programa Saúde da Família-2015

6.2 “Nós críticos” selecionados

O passo seguinte para a elaboração do plano de intervenção consiste na seleção dos “nós críticos”, causas de um problema que, quando atacado, é capaz impactar o problema principal e transformá-lo definitivamente. Eles são representados por algo sobre o qual é possível intervir, ou seja, que está dentro do espaço de governabilidade da equipe (CAMPOS,FARIA, SANTOS, 2010). Foram selecionados através de observação e discussão da equipe de ESF como “nós

críticos” os seguintes problemas para a má adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico da hipertensão arterial: baixo grau de instrução, falta de informação sobre a doença, dificuldade para compreensão do tratamento prescrito pelo médico, não adesão da dieta orientada, não realização de atividade física.

Quadro 02: Desenho de operações para os “nós” críticos do problema do controle inadequado da HAS por má adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico da população rural de São João do Pacuí-MG.

Nós críticos	Operação	Resultados esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Baixo grau de instrução	<p>Informar melhor para otimizar o tratamento: Levar informações com adequação ao grau de instrução do paciente: educação em saúde</p>	Aumentar a resposta ao tratamento através da adequação das informações prestadas sobre o tratamento aos pacientes.	Orientações e informações nos grupos de hipertensos, campanhas educativas através da adequação das informações aos graus de instrução dos pacientes.	<p>Organizacional Organizar os grupos com instrução adequada aos mesmos.</p> <p>Cognitivo Transmissão das informações adequadas ao paciente.</p>
Falta de informação sobre a HAS	<p>Conhecer para melhor viver: reforçar e aumentar o acesso à informação do usuário do Programa Saúde da Família, do paciente hipertenso sobre os riscos, causas e consequências do mau controle da hipertensão arterial sistêmica pela baixa adesão ao tratamento.</p>	População mais consciente e informada sobre os riscos, causas e consequências da hipertensão arterial sistêmica para aumentar a adesão aos tratamentos	Realização contínua de grupos operacionais de hipertensos, campanhas educativas através de folhetos explicativos.	<p>Econômico Aquisição de folhetos explicativos.</p> <p>Organizacional Organização da agenda.</p> <p>Político Mobilização social e intersetorial.</p> <p>Cognitivo Conhecimento sobre o tema e práticas pedagógicas</p>

<p>Dificuldade para compreensão o do tratamento prescrito pelo médico</p>	<p>Central saúde: melhoria do atendimento médico para melhor compreensão dos hipertensos sobre o tratamento e sua importância.</p>	<p>Garantia assistência médica com mais explicações.</p>	<p>Reflexão maior e mais discussões sobre como orientar melhor os pacientes para melhorar a adesão ao tratamento da HAS.</p>	<p>Político Estimular a participação dos médicos de grupos de discussão nacional sobre como orientar melhor os pacientes.</p> <p>Cognitivo Elaboração de projeto de estruturação e renovação dos serviços da saúde.</p>
<p>Não adesão da dieta orientada</p>	<p>Saúde a mesa: Orientar a população a aderir a uma alimentação mais saudável para melhor controle da PA sendo esse uma das vertentes do tratamento não medicamentosos da HAS.</p>	<p>Melhorar o controle da PA com uma dieta rica em frutas, verduras, leguminosas, água tratada e baixa ingestão de sódio.</p>	<p>Melhorar a dieta dos hipertensos para controlar a HAS.</p>	<p>Econômico Aquisição de folhetos explicativos.</p> <p>Organizacional Organização da agenda com nutricionista.</p> <p>Político Mobilização social e intersetorial.</p> <p>Cognitivo Conhecimento sobre o tema e práticas pedagógicas com apoio da Nutricionista.</p>

<p>Realização de atividade física.</p>	<p>Atividade de saúde: Estimular e instruir os pacientes a realizar a atividade física como forma de tratamento não medicamentosos o da HAS.</p>	<p>Melhorar o controle da HAS pela realização de atividades físicas regulares da população acometida.</p>	<p>População mais ativa com melhor controle da HAS.</p>	<p>Econômico Aquisição de profissionais de educação física.</p> <p>Organizacional Organização de grupos para realização de atividades físicas.</p> <p>Político Mobilização social e intersetorial.</p> <p>Cognitivo Conhecimento sobre o tema e práticas pedagógicas</p>
---	---	---	---	--

Fontes: autoria própria.

6.3 Identificação dos recursos críticos

Esta etapa tem por finalidade identificar os recursos críticos, os quais são tidos como indispensáveis para a execução da operação e que não estão disponíveis, sendo importante conhecê-los e criar estratégias para que se possa viabilizá-los (CAMPOS,FARIA,SANTOS,2010). No quadro seguinte, foram apresentados alguns dos recursos críticos de cada operação.

Quadro 03: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos” do problema do controle inadequado da HAS por má adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico da população rural de São João do Pacuí-MG.

Operação	Recursos necessários
<p>Informar melhor para otimizar o tratamento:</p>	<p>Organizacional Organizar os grupos com instrução adequada aos mesmos.</p>

Conhecer para melhor viver	Econômico Aquisição de folhetos explicativos.
Central saúde	Econômico: aumentar a oferta e o estoque de medicamentos, exames específicos, consultas com especialistas. Político: aumentar a verba para incrementar os serviços de saúde e a estrutura voltada para os hipertensos.
Saúde a mesa	Econômico Aquisição de folhetos explicativos. Cognitivo Conhecimento sobre o tema e práticas pedagógicas com apoio da Nutricionista.
Atividade é saúde	Econômico Aquisição de profissionais de educação física.

Fontes: autoria própria.

6.4 Análise de viabilidade

A ideia de construir ou criar a viabilidade para o plano de intervenção tem por finalidade a identificação dos atores que controlam os recursos críticos. De posse dessas informações, faz-se um estudo para saber o grau de motivação desses atores em relação aos objetivos visados, buscando descrever ações estratégicas para mobilizá-los (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

Nesse contexto, o quadro 04 mostra as propostas de ações estratégicas para motivação dos atores do plano de intervenção.

Quadro 04: Análise de viabilidade do plano de intervenção para enfrentamento do problema do controle inadequado da HAS por má adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico da população rural de São João do Pacuí-MG.

Operação	Recursos Críticos	Controle de Recursos Críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
<p>Informar melhor para otimizar o tratamento: Levar informações com adequação ao grau de instrução do paciente.</p>	<p>Organizacional Organizar os grupos com instrução adequada aos mesmos.</p>	Médico, enfermeiro, nutricionista, ACS	Indiferente.	Reuniões bimestrais sobre o tema.
<p>Conhecer para melhor viver: reforçar e aumentar o acesso à informação do usuário do Programa Saúde da Família, do paciente hipertenso sobre os riscos, causas e consequências do mau controle da hipertensão arterial sistêmica pela baixa adesão ao tratamento.</p>	<p>Econômico Aquisição de folhetos explicativos.</p>	Secretário Municipal de Saúde.	Indiferente.	Apresentar projeto.
<p>Central saúde: melhoria do atendimento médico para melhor compreensão dos hipertensos sobre o tratamento e sua importância.</p>	<p>Econômico: aumentar a oferta e o estoque de medicamentos, exames específicos, consultas com especialistas. Político: aumentar a verba para incrementar os serviços de saúde e a</p>	Secretário Municipal de Saúde e Prefeito Municipal.	Indiferentes	Apresentar projeto.

	estrutura voltada para os hipertensos.			
<p>Saúde a mesa: Orientar a população a aderir a uma alimentação mais saudável para melhor controle da PA sendo esse uma das vertentes dos tratamentos não medicamentosos o da HAS.</p>	<p>Econômico Aquisição de folhetos explicativos.</p> <p>Cognitivo Conhecimento sobre o tema e práticas pedagógicas com apoio da Nutricionista.</p>	<p>Secretário Municipal de Saúde e Prefeito Municipal.</p> <p>Nutricionista</p>	Indiferente	Apresentar proposta.
<p>Atividade é saúde: Estimular e instruir os pacientes a realizar a atividade física como forma de tratamento não medicamentosos o da HAS.</p>	<p>Econômico Aquisição de profissionais de educação física.</p>	<p>Secretário Municipal de Saúde e Prefeito Municipal.</p>	Indiferente	Apresentar projeto

Fontes: autoria própria

6.5 Elaboração do plano operativo

A principal finalidade do plano operativo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias. O gerente de uma operação/projeto é aquele que se responsabilizará pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas, o que não significa que deva executá-las. O seu papel principal é garantir que as ações sejam executadas de forma coerente e sincronizada, prestando contas do andamento do projeto nos espaços definidos para o sistema de gestão do plano (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

O quadro 05 traz a definição da divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto.

Quadro 05: Plano operativo para enfrentamento do problema do problema do controle inadequado da HAS por má adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico da população rural de São João do Pacuí-MG.

Operação	Resultados	Produtos	Ação estratégica	Responsável	Prazo
<p>Informar melhor para otimizar o tratamento: Levar informações com adequação ao grau de instrução do paciente.</p>	<p>Aumentar a resposta ao tratamento através da adequação das informações prestadas sobre o tratamento aos pacientes.</p>	<p>Orientações e informações nos grupos de hipertensos, campanhas educativas através da adequação das informações aos graus de instrução dos pacientes.</p>	<p>Reuniões bimestrais.</p>	<p>Programa Saúde da Família.</p>	<p>02 meses para início das atividades.</p>
<p>Conhecer para melhor viver: reforçar e aumentar o acesso à informação do usuário do Programa Saúde da Família, do paciente hipertenso sobre os riscos, causas e consequências do mau controle da hipertensão arterial sistêmica pela baixa adesão ao tratamento.</p>	<p>População mais consciente e informada sobre os riscos, causas e consequências da hipertensão arterial sistêmica para aumentar a adesão aos tratamentos</p>	<p>Realização contínua de grupos operacionais de hipertensos, campanhas educativas através de folhetos explicativos.</p>	<p>Apresentação de projeto.</p>	<p>Programa Saúde da Família.</p>	<p>04 meses para apresentação de projeto, 08 meses para início das atividades.</p>

<p>Central saúde: melhoria do atendimento médico para melhor compreensão dos hipertensos sobre o tratamento e sua importância.</p>	<p>Garantia assistência médica com mais explicações.</p>	<p>Reflexão maior e mais discussões sobre como orientar melhor os pacientes para melhorar a adesão ao tratamento da HAS.</p>	<p>Apresentação de projeto.</p>	<p>Programa Saúde da Família.</p>	<p>Início imediato.</p>
<p>Saúde a mesa: Orientar a população a aderir a uma alimentação mais saudável para melhor controle da PA sendo esse uma das vertentes dos tratamentos não medicamentosos da HAS.</p>	<p>Melhorar o controle da PA com uma dieta rica em frutas, verduras, leguminosas, água tratada e baixa ingestão de sódio.</p>	<p>Melhorar a dieta dos hipertensos para controlar a HAS.</p>	<p>Apresentação da Proposta.</p>	<p>Programa Saúde da Família.</p>	<p>04 meses para apresentação do projeto, 05 meses para início das atividades.</p>
<p>Atividade é saúde: Estimular e instruir os pacientes a realizar a atividade física como forma de tratamento não medicamentosos da HAS.</p>	<p>Melhorar o controle da HAS pela realização de atividades físicas regulares da população acometida.</p>	<p>População mais ativa com melhor controle da HAS.</p>	<p>Apresentação do projeto.</p>	<p>Programa Saúde da Família e gestor municipal.</p>	<p>Apresentação do projeto em 03 meses e início após 6 meses.</p>

Fontes: autoria própria

6.6 Gestão do plano

A efetivação de um plano de ação depende de acompanhamento e monitoramento, de modo que os objetivos, resultados e impactos sejam avaliados e

orientados, bem como que os recursos disponíveis sejam utilizados racionalmente, a fim de evitar um indesejado fracasso ou gasto desnecessário.

Assim, é preciso um sistema de gestão para coordenar e supervisionar a execução das operações, indicando as correções de rumo necessárias. Esse sistema de gestão deve também garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores. O sucesso de um plano, ou pelo menos a possibilidade de que ele seja efetivamente implementado, depende de como será feita sua gestão (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

No caso em tela, foi construída uma planilha para melhor acompanhamento e monitoramento do presente plano de ação.

Quadro 06: Planilha de acompanhamento e monitoramento do plano de ação para enfrentamento do problema do controle inadequado da HAS por má adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico da população rural de São João do Pacuí-MG.

Controle adequado hipertensão arterial sistêmica com adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico						
Planilha de acompanhamento e monitoramento						
Indicadores	Momento atual		Em 06 meses		Em 01 ano	
	Números	%	Números	%	Números	%
Hipertensos esperados						
Hipertensos cadastrados						
Hipertensos acompanhados						
Hipertensos controlados						
Hipertensos em realização de atividade física regular						
Hipertensos em uso de dieta correta						

Fontes: autoria própria.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no conteúdo apresentado na revisão da literatura e no plano de ação, conclui-se que o controle adequado da hipertensão arterial sistêmica demanda o incentivo à promoção da saúde através do esclarecimento da doença em linguagem adequada ao grau de instrução do paciente pela equipe de saúde, garantia de uma assistência contínua ao paciente portador de HAS, estímulo e orientação sobre a medicação e seu uso e o estímulo à modificação do estilo de vida, por meio da dieta adequada e realização regular de atividade física. De igual modo, necessitam de uma maior e mais efetiva participação da equipe de saúde de modo multidisciplinar juntamente com os gestores municipais eliminando, por consequência, o controle inadequado da HAS com baixa adesão aos tratamentos da doença.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6027: informação e documentação: sumário: apresentação**. Rio de Janeiro: ABNT, 2012

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010.

CESARINO CB, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LA, Godoy MRP, Cordeiro JA, Rodrigues IC. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. **Arq Bras Card**; 91(1): 31–35,2008.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *In*: **Caderno de Saúde Pública**. Vol. 24. Rio de Janeiro, supl.1, p.s7-s16,2008..

GLYNN LG, Murphy AW, Smith SM, Schroeder K. Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. **Cochrane Database Syst Rev**;3:CD005182,2010.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Serviço de Saúde Comunitária. Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação em Ações de Saúde. Doenças e agravos não transmissíveis. **Ação programática para reorganização da atenção a pessoas com hipertensão, diabetes mellitus e outros fatores de risco para doenças cardiovasculares no SSC-GHC**. Porto Alegre: [s.n.], 2009. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/unidades/saudecomunitaria>> . Acesso em: Versão 2, 10 out.2012.

GUSMÃO JL, GINANI GF, SILVA GV, ORTEGA KC, MION D. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Rev Bras Hipertens**. 16(1):38-43,2009;.

FONTINELE , Junior . K. **Programa de saúde da família: comentado**. Goiânia: AB, 2003.

LEWINGTON S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R, for the Prospective Studies Collaboration. **Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies.** Lancet; 360: 1903–1913,2002.

MATUS, C. **Fundamentos da planificação situacional.** In: RIVERA, F. J. U. (Org.). Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez,. p.105-176,1989.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Série Cadernos de Atenção Básica nº 15 – série A. *In: Normas e Manuais Técnicos.* Brasília, 2006.

PEREIRA M, Lunet N, Azevedo A, Barros H. **Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries.** J Hypertension; 27: 963–975,2009.

ROTOLO, Eliana. **Normas para citações bibliográficas: baseadas na NBR 10520,** ago2002, da Associação Brasileira de Normas Técnicas, ABNT. São Paulo: MAE, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **I Diretriz brasileira de prevenção cardiovascular.** Supl. 2. Rio de Janeiro, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial.** Supl. 1:1-10. Rio de Janeiro, 2010.

SANTOS, Antônio Raimundo dos. **Metodologia científica: a construção do conhecimento** .Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

VASCONCELOS, E.M. A priorização da família nas políticas públicas de saúde. **Saúde em Debate**, v.23, n.53, p.6-19, 1999.

WILLIAMS, B. **The year in hypertension.** JACC 55(1): 66–73,2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION OBESITY. **Preventing and managing the global epidemic.** WHO/NUT/NCD 98.1. Genebra , junho 1997.

