

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

LUIS MANUEL GARCIA GUARDIOLA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR OS FATORES DE
RISCO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS**

**CAMPOS GERAIS – MINAS GERAIS
2019**

LUIS MANUEL GARCIA GUARDIOLA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR OS FATORES DE
RISCO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Ms. Eulita Maria Barcelos

**CAMPOS GERAIS – MINAS GERAIS
2019**

LUIS MANUEL GARCIA GUARDIOLA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR OS FATORES DE
RISCO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS**

Banca examinadora

Profa. Ms. Eulita Maria Barcelos – UFMG – orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete – UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 06 de janeiro de 2020

Primeiramente, dedico este trabalho a Deus, que foi um verdadeiro guia nessa jornada. Sem a sua infinita sabedoria, jamais teria conseguido.

A toda minha família que está tão longe, no país de Cuba na cidade de Matanzas.

Dedico a todos que confiaram em mim e me deram oportunidade de estar aqui.

AGRADECIMENTOS

Deus sempre direcionou minha vida e fez coisas incríveis por mim. Por isso, agradeço esse Trabalho a ele.

A todos que apostaram e acreditaram em meu potencial, no meu sonho, na minha conquista.

A todos, amigos, familiares, professores, colegas, o meu muito obrigada.

“Se alguém procura a saúde, pergunta-lhe primeiro se está disposta a evitar no futuro as causas da doença, em caso

contrário, abstém-te de seu sucesso”.
(SÓCRATES).

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença que atinge cerca de 30% da população adulta e faz parte do grupo de doenças cardiovasculares como um dos mais importantes fatores de risco, sendo caracterizada como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças vascular cerebral, insuficiência renal e cardíaca e doença arterial coronariana. Dentre os fatores de risco que contribuem para a elevação da pressão arterial sistêmica e do diabetes Mellitus, encontra-se sedentarismo, o diabetes, a obesidade, entre outros. E, Alpinópolis tem Alto índice de pacientes com hipertensão arterial sistêmica e baixa adesão ao tratamento. Diante desse fato decidiu-se elaborar um projeto de intervenção que possibilite maior adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso de pacientes hipertensos e diabéticos e também para reduzir fatores de risco. A metodologia baseou-se, inicialmente em conhecer a realidade da situação de saúde da população da área de abrangência de Equipe de Saúde de Família Mari Laura de Jesus, e pra isso foi realizado um diagnóstico situacional utilizando a estimativa rápida e uma observação ativa, análise no banco de dados e informações da equipe, posteriormente identificou e priorizou os problemas. Em seguida, fez-se uma revisão da literatura, com busca nas bases de dados, as bases de dados do *Scientific Electronic Library Online* e da Biblioteca Virtual em Saúde e publicações de Ministério da Saúde. Por fim, a proposta do plano de ação utilizou a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional. Conclui-se ser imprescindível implantar medidas objetivas e urgentes com vistas a combater a hipertensão arterial, reduzindo com isso, o número de infartos e morbidades provocadas por esta enfermidade. Espera-se alcançar, satisfatoriamente, as metas propostas.

Palavras-chave: Hipertensão arterial sistêmica. Fatores de Risco. Doenças Cardiovasculares. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension (SAH) is a disease that affects 30% of the adult population and is part of the cardiovascular disease group as one of the most important risk factors, being characterized as one of the main risk factors for the development of diseases, vascular, renal and cardiac insufficiency and coronary artery disease. Among the risk factors that contribute to the elevation of systemic artery pressure and diabetes mellitus are sedentary lifestyle, diabetes, obesity, among others. And, Alpinópolis has a high rate of patients with systemic arterial hypertension and low treatment adherence. Given this fact, it was decided to elaborate an intervention project that allows greater adherence to drug and non-drug treatment of hypertensive and diabetic patients and also to reduce risk factors. The methodology was based initially on knowing the reality of the health situation of the population in the area covered by the Maria Maura de Jesus Family Health Team, and for this a situational diagnosis was made using the quick estimate and an active observation, analysis. In the team's database and information, later identified and prioritized the issues. Then, a literature review was performed, searching the databases, the databases of the *Scientific Electronic Library Online* and the *Virtual Health Library*, and publications by the Ministry of Health. Finally, the action plan proposal used the Strategic Situational Planning methodology. It is concluded that it is essential to implement objective and urgent measures to combat hypertension, thereby reducing the number of heart attacks and this disease. It is expected that the proposed goals will be satisfactorily achieved.

Keywords: Systemic arterial hypertension. Risk factors. Cardiovascular diseases. Family Health Strategy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico situacional da comunidade adstrita à equipe de Saúde 1 da Unidade Básica de Saúde Maria Laura de Jesus, município de Alpinópolis, Minas Gerais, 2018.....	19
Quadro 2 – Categoria de risco cardiovascular estimadas pelo escore de Framingham.....	26
Quadro 3 – Diagnóstico da Diabetes Mellitus e hipertensão arterial.....	28
Quadro 4 – Papel dos profissionais de equipe de saúde da família.....	29
Quadro 5 – Indicações das classes medicamentosas.....	36
Quadro 6 – Operações sobre o nó crítico 1 estilo de vida inadequada da população em geral relacionado ao problema “alto índice de pacientes com doenças crônicas e baixa adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica e diabetes Mellitus”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Maria Laura de Jesus do município de Alvinópolis, Minas Gerais. 2019.....	42
Quadro 7 – Operações sobre o nó crítico 2 baixo grau de informação e instrução da população relacionado ao problema “alto índice de pacientes com doenças crônicas e baixa adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica e diabetes Mellitus”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Maria Laura de Jesus do município de Alvinópolis, Minas Gerais. 2019.....	44
Quadro 8 – Operações sobre o nó crítico 3 descaso com o tratamento relacionado ao problema “alto índice de pacientes com doenças crônicas e baixa adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica e diabetes Mellitus” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Maria Laura de Jesus, do município Alpinópolis, Minas Gerais 2019.....	45
Quadro 9 – Operações sobre o nó crítico 4 processo de trabalho da equipe inadequado para enfrentar o problema relacionado ao problema “alto índice de pacientes com doenças crônicas e baixa adesão ao tratamento da hipertensão	

arterial sistêmica e diabetes Mellitus” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Maria Laura de Jesus, do município Alpinópolis, Minas Gerais 2019.....47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CT	Colesterol Total
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DAC	Doenças Arterial Coronariana
DM	Diabetes Melito (<i>Diabetes mellitus</i>)
DRC	Doença Renal Crônica
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESF	Equipe de Saúde da Família
FR	Fatores de Risco
IAM	Infarto Agudo de Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Doença Arterial Periférica
MS	Ministério da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
HÁ	Hipertensão Arterial
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da família
NESCON	Biblioteca Virtual em Saúde do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
ECA	Enzima Conversora de Angiotensina

Excluído: ¶

¶

SCIELO *Scientific Eletronic Library Online*
SUS Sistema Único de Saúde
PES Planejamento Estratégico Situacional

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Aspectos gerais do município de Alpinópolis	13
1.2 O sistema municipal de saúde	13
1.3 A Unidade Básica Maria Laura de Jesus.....	14
1.4 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica Maria Laura de Jesus.....	14
1.5 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo).....	15
1.2 Priorização dos problemas (segundo passo)	18
2 JUSTIFICATIVA.....	20
3 OBJETIVOS.....	23
3.1 Objetivo geral	23
3.2 Objetivos específicos	23
4 METODOLOGIA	24
5 REVISÃO DE LITERATURA	25
5.1 Saúde da Família e Controles dos Fatores de Riscos da Hipertensão e diabetes	25
5.2 Hipertensão e Diabetes - Tratamento e Hábitos Saudáveis.....	30
5.3 Informação como meio de prevenção da hipertensão e diabetes	32
5.3.1 Tratamento não medicamentoso e medicamentoso	34

5.3.2 Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial e Diabetes	36
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	39
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	39
6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)	40
6.3 Seleção dos critérios (quinto passo).....	40
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	41
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS.....	50

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município de Alpinópolis

Alpinópolis está localizada na região sudoeste de Minas Gerais e na microrregião de Passos. Em 1914, o nome foi oficialmente mudado para o atual, Alpinópolis. A cidade possuía uma população de 18.488 habitantes no último censo e uma população estimada de 19.741 para 2018. A cidade fica ao sudeste de Passos e a oeste do reservatório de Furnas. Os municípios vizinhos são: São José da Barra (N), Carmo do Rio Claro (E), Nova Resende e Bom Jesus da Penha (S), e Passos(O). Está localizado a 332 km de Belo Horizonte, a capital do estado segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018).

A economia é diversificada como milho, café de boa qualidade, feijão, soja, pedras semipreciosas, laticínios, uma fábrica de alimentos e fabricação de doces que são alguns dos principais produtos. Enquanto o café e o leite foram os principais produtos por muitos anos, atualmente um dos principais produtos da economia local é a extração e comercialização de quartzo (IBGE, 2018).

Todos os anos, em Alpinópolis, comemora-se a celebração das Congadas ou Congo e Moçambique. Esta celebração alegre consiste em dançarinos acompanhados ao som de tambores andam pelas ruas da cidade, usando ternos coloridos de cetim. Os grupos usam duas cores principais em seus trajes e são liderados por um capitão, que os guia pelas ruas de Alpinópolis, onde se juntam grupos de curiosos. Cada dia da celebração termina em uma das várias igrejas da cidade, onde todos os grupos se reúnem para assistir a uma missa e retomar as atividades do dia.

1.2 O sistema municipal de saúde

Alpinópolis conta com um Núcleo de Apoio à Saúde da família (NASF), dois ambulatórios, um com localização na região central da cidade e outro em área mais distante. Quanto aos postos e terciários há um hospital local e especialidades médicas como ortopedista, clínico geral, pediatra, ginecologista, além de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um serviço de atendimento fisioterapêutico.

Também tem um sistema de saúde bem estruturado que garante a atenção de toda a população. As principais causas de óbitos são as neoplasias e as doenças do aparelho circulatório, conta com uma coleta de lixo regular garantindo e evitando a proliferação de vetores.

Tem uma distribuição adequada de água potável de boa qualidade e não apresenta problemas com energia elétrica. Quanto ao nível educacional está em linha com a média regional. Na comunidade existe um número considerável de idosos analfabetos.

O município utiliza a estratégia de consolidação da Atenção Primária em Saúde (APS) como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) ao ampliar o número de equipes de saúde da família ao longo dos últimos anos, apresentando uma cobertura populacional de 87,38%, contanto no total de cinco equipes da Estratégia de Saúde da Família.

1.3 A Unidade Básica Maria Laura de Jesus

A Unidade Básica Maria Laura de Jesus foi inaugurada em 2007 e está localizada no bairro do CEA, possui boa estrutura física e todo o seu espaço é bem distribuído e, portanto, é utilizado corretamente. A área de recepção não é muito pequena, mas às vezes devido à alta demanda de pessoas torna-se insuficiente, porque não há cadeiras para todos, alguns têm que esperar pelo atendimento de pé.

A unidade tem uma sala de reuniões de tamanho adequado onde todos ficam assentados. A unidade de saúde tem boa aceitação na população em decorrência do bom trabalho realizado pela equipe, neste momento está bem equipada e possui o equipamento necessário para o trabalho da equipe.

1.4 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica Maria Laura de Jesus

A equipe é formada por um médico que faz parte do programa Mais Médicos, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, um

estomatologista, um assistente de estomatologia e um psicólogo. Também conta com a parceria do Núcleo de Apoio à Saúde da Família(NASF).

A unidade de saúde funciona das 07h00min às 16h00min, tanto é necessário o apoio dos agentes comunitários, que se revezam durante a semana, segundo uma escala em atividades administrativas como recepção e arquivo significando um desvio de função. A unidade funciona a noite duas vezes ao mês para atender os pacientes que trabalham durante o dia.

O trabalho do dia-a-dia da unidade está centrado no atendimento médico. A maior parte dos atendimentos é agendada e em menor quantidade a demanda espontânea. Atendem-se os programas preconizados pelo Ministério da Saúde como: pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atenção a hipertensos e diabéticos, também são dadas palestras relacionadas à saúde bucal, tabagismo, a importância de bons hábitos de vida entre outros. As visitas domiciliares são realizadas pelos agentes comunitários de saúde e quando necessário vai o médico e enfermeira. Os curativos e imunização ficam a cargo da enfermeira e do técnico de enfermagem.

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

A equipe de saúde da Unidade Básica Maria Laura de Jesus realizou o diagnóstico situacional da área de abrangência utilizando o método da estimativa rápida que segundo Faria e Santos (2018, p.36) “permite examinar os documentos existentes, entrevistar informantes importantes e fazer observações sobre as condições de vida da comunidade que se quer conhecer”.O diagnóstico situacional tem o objetivo de conhecer a realidade vivenciada pela comunidade e seus problemas.

Com as informações em mãos, a equipe se reuniu para avaliar quais problemas demandariam maior atenção no momento e atenderiam as expectativas da comunidade ou no processo de trabalho da equipe.

“De modo geral o problema pode ser definido como uma discrepância entre uma situação real e uma situação desejada ou ideal, pode ser entendido como um obstáculo que impede determinado ato de alcançar seus objetivos” (CAMPOS; SANTOS; 2018, p.27).

Após discussões, a equipe chegou ao consenso de acordo com o seu poder de resolutividade e governabilidade aqueles problemas que daria conta de prestar soluções.

Os problemas que estão fora da capacidade de resolução da equipe serão encaminhados a Secretária de Saúde para as devidas providências.

Os problemas de saúde do território e da comunidade são:

- Não atende urgência e emergência;
- Horário restrito para atender os trabalhadores;
- Falta de vagas para atender a demanda espontânea;
- Falta de comunicação na rede.

Na atenção especializada:

- Alta demanda de atendimento que deveriam ser solucionados na atenção primária;
- Falta de profissionais especializados;
- Demora nas consultas;
- Problema de comunicação em rede;
- Alto custo;
- Tratamento baseado em terapia medicamentosa.

Na atenção de urgência e emergência:

- Demanda alta;
- Solução de problemas que deveriam ser resolvidos em outros setores;
- Alto custo;
- Pouca solução dos problemas;
- Demora no atendimento de casos.

Atenção hospitalar:

- Pouco recursos para atender casos graves;
- Poucos equipamentos;
- Poucos leitos;
- Funcionários para a demanda.

Apoio diagnóstico:

- Poucos equipamentos;
- Demora nos resultados;
- Demanda alta;
- Alto custo;
- Falta de especialidades;
- Município com poucos recursos sendo necessário o tratamento fora domicílio para auxílio no diagnóstico.

Assistência farmacêutica:

- Falta de medicamentos de alto custo ou de especialidades;
- Horário não flexível.

Vigilância da saúde:

- Falta de entrosamento com a rede;
- Falta de educação em saúde para profissionais e população;
- Falta de profissionais;
- Falta de comunicação.

Relação com os pontos de atenção:

- Falta de informatização e comunicação;
- Não há discussão entre profissionais.

Relação com outros municípios:

- Falta de informação;
- Falta de referência e contra referência;
- Cliente perdido na rede.

Consórcio de saúde:

- Falta sistema de referência;
- Triagem inadequada;
- Longas filas de espera.

Modelo de atenção:

- Atenção básica ainda não consegue solucionar grande parte dos problemas;
- Grande demanda na alta complexidade;
- Filas enormes para especialistas;
- Alto custo na saúde;
- Tratamento curativo ao invés de preventivo.

Lista dos principais problemas:

- Alto índice de drogadição;
- Falta de profissionais especializados;
- Alto índice de pacientes com doenças crônicas e baixa adesão ao tratamento (HTA);
- Pouco equipamentos;
- Demora nas consultas especializadas.

1.2 Priorização dos problemas (segundo passo)

Priorização é uma seleção dos problemas que serão enfrentados, pois é muito difícil resolver todos ao mesmo tempo principalmente pela falta de recursos humanos, materiais e financeiros. Diante de impossibilidade de enfrentamento dos problemas a equipe pela deficiência fez a priorização dos mesmos.

Foram utilizados os critérios para priorização preconizados por Campos e Santos (2018), importância, urgência, capacidade de enfrentamento.

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde #1, Unidade Básica de Saúde Maria Laura de Jesus, município de Alpinópolis, Minas Gerais.2018.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/****
Alto índice de pacientes com doenças crônicas e baixa adesão ao tratamento.	Alta	30	Total	1
Alto índice de drogadição.	Alta	30	Médio	2
Poucos equipamentos.	Media	20	Fora	3
Falta de profissionais especializados.	Media	20	Fora	4
Demora nas consultas especializadas	Media	20	Fora	5
Alto índice de pessoas maiores com baixo índice escolar.	Baixa	10	Fora	6

Fonte: autoria própria adaptação do quadro do Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (2010).

Legenda

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

Alto índice de pacientes com doenças crônicas e baixa adesão ao tratamento principalmente hipertensos. Este é o nosso primeiro e principal problema, uma vez que há um grande número de pacientes afetados por ele e alguns sofrem sequelas devido a isso, este é um problema muito importante que devemos tentar resolver com urgência, pois ele pode ser evitado trabalhando e alcançando uma maior consciência nas pessoas, quanto a manter adequadamente o tratamento de sua

doença, a capacidade de nossa equipe para lidar com isso é total, temos as ferramentas para enfrentá-lo, fazer com que os pacientes hipertensos e diabéticos aderem ao tratamento, levá-los a deixar para trás a mentalidade de que eles são controlados da sua doença pode parar o tratamento.

2 JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) são responsáveis pela primeira causa de morbimortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS). A HAS na maioria do seu curso é assintomática, o diagnóstico e tratamento são frequentemente negligenciados, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do usuário, ao tratamento prescrito (BRASIL, 2006).

Neste sentido este trabalho foi realizado para estudar mais detalhadamente a não adesão ao tratamento de pacientes com doenças crônicas, para entender bem o motivo pelo qual isso ocorre e para tentar reduzir esse problema e, assim, reduzir o número de pacientes com complicações. Também percebemos que há muitos pacientes nessa situação porque iniciam um tratamento e melhoram, depois deixam isso e não procuram ajuda novamente até que apresentem sintomas novamente ou sejam afetados por alguma complicação.

O trabalho se justifica pelo elevado número de usuários atendidos diariamente: hipertensos, diabéticos, níveis altos de colesterol e triglicérides. Detectamos que eles não aderem ao tratamento e desconhecem que são um dos principais fatores de risco para a ocorrência de outras afecções mais graves causando invalidez.

Muitas vezes estes pacientes além de não aderirem ao medicamento, possuem hábitos de vida ruins, como má alimentação, consumo de álcool, tabaco e sedentarismo.

Com mudanças é possível alterar o curso da doença e garantir qualidade de vida, saúde e aumento da sobrevida destes usuários.

Para planejar e direcionar as ações de saúde é necessário conhecer a realidade, a dinâmica e os riscos que a população/comunidade está inserida e também a forma como estão organizados os serviços e as rotinas do centro de saúde, a fim de poder implementar estratégias e programas capazes de melhorar o nível de informação sobre a importância da adesão ao tratamento.

É importante resolver esse problema, pois conseguir maior adesão ao tratamento significa reduzir as complicações e melhorar a qualidade de vida dos pacientes, conforme discutido na atenção primária, é melhor prevenir do que ter que tratar.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção que possibilite maior adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso de pacientes hipertensos e diabéticos atendidos pela equipe de saúde da UBS Maria Laura de Jesus, em Alpinópolis.

3.2 Objetivos específicos

- Melhorar o controle fatores de risco da população hipertensa e diabética para evitar suas complicações e morte;
- Incentivar a população a adesão do tratamento e hábitos saudáveis;
- Desenvolver um mecanismo de monitoramento individual para pacientes hipertensos e diabéticos fornecer os conhecimentos aos pacientes.

4 METODOLOGIA

Este plano seguiu etapas para sua consecução: primeiro foi realizado o diagnóstico situacional da comunidade para levantar os problemas utilizado do método Estimativa Rápida. Posteriormente, utilizou-se Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), cujos passos foram seguidos para culminar com a realização do plano de ação. Foram propostas ações para solucionar os nós críticos que são as causas do problema.

Também o plano se fundamentou em referencial teórico com pesquisa e uso de artigos científicos disponíveis na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) Bibliotecado Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e publicações do Ministério da Saúde. A busca dos artigos se deu por meio dos seguintes descritores: as palavras chaves: hipertensão, fatores de risco, doenças cardiovasculares Estratégia Saúde da Família.

Em reunião de equipe foram verificados os problemas mais comuns da comunidade e foi priorizado a não adesão ao tratamento de pacientes hipertensos.

Resumindo foram utilizadas três etapas: diagnóstico situacional (método da estimativa rápida), pesquisa narrativa da literatura e elaboração do projeto de intervenção utilizando o Planejamento Estratégico Situacional (PES).

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Saúde da Família e Controles dos Fatores de Riscos da Hipertensão e diabetes

Atuando no espaço da Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família de acordo com Faria et al. (2010, p.38) “propõe-se potencializar a construção do módulo proposto pelo SUS, apresentando uma posposta substitutiva ao formato anterior de organização dos serviços de saúde, com dimensões técnicas, políticas e administrativas inovadoras”.

[...] a compreensão do processo saúde/doença na “sociedade” e não apenas no “corpo” das pessoas. Elege desta forma, como pontos centrais a responsabilização por um determinado território e, por meio de ações Inter e multiprofissionais, busca a criação de laços de compromisso entre os profissionais e a população. (FARIA; WERNECK; SANTOS, p.19).

Desta forma, a população fica bem mais próxima e se sente acolhida pelos profissionais de saúde, que são prontamente qualificados para atender a cada um com precisão, tirando dúvidas, seja quaisquer que surjam em relação a saúde da família, bem como orientando realizar o tratamento correto.

Para o autor Pereira et al (2009, p.17) nessa mesma analogia, “toma a família como objeto precípuo da atenção, entendida a partir do meio onde vive e das relações ali estabelecidas.

A Estratégia Saúde da Família ao longo dos anos um papel muito importante no que tange ao acolhimento e ao fortalecimento da relação entre usuários hipertensos e os serviços de saúde, enquanto porta de entrada para adesão, bem como acompanhamento na melhoria da qualidade de vida dos usuários. (RÊGO; RODOVANOVIC, 2018).

Vale destaca, que o a unidade de saúde da família é uma porta de entrada da população do região para pronto atendimento, ou seja, deve ser o lugar para acolher a população, realizar de forma correta triagens, realizar os devidos

encaminhamentos necessários, atender prontamente toda população necessitada por atendimentos básicos, um dado significativo, descreve que, a unidade de saúde atende cerca de aproximadamente 85% da demanda exigidas pelos usuários, dado que pode em sobra de dúvidas, gradativamente aumentar. (BRASIL, 2000).

Neste contexto, algo alarmante que acontece significativamente no país e que na maioria dos casos passam pelos Sistemas Únicos de Saúde, é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), que é considerada um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, bem como cerebrovasculares, além de doenças renais. (BRASIL, 2001).

Segundo Tirapegui (2013, p.162) destaca em seu livro que “a HAS, ela é uma doença que afeta milhões de pessoas em todo o mundo, sendo desta forma responsável pelo grande número de mortes devidas a infarto do miocárdio, AVC e doença renal crônica”.

Quadro 2 – Categoria de risco cardiovascular estimadas pelo escore de Framingham

Categoria de risco	Diagnóstico
Alto Risco Risco de DAC em 10 anos superior a 20%	Doença arterial coronária Doença cardiovascular periférica Doença carotídea sintomática Acidente vascular encefálico Aneurisma de aorta abdominal <i>Diabetes mellitus</i> (Tipo 1 ou 2)
Risco Intermediário Risco de DAC em 10 anos entre 10 e 20%	Geralmente na presença de dois ou mais fatores de risco
Baixo Risco Risco de DAC em 10 anos inferior a 10%	Geralmente na presença de um fator de risco

1. Idade: Homens ≥ 45 anos Mulheres ≥ 55 anos
2. Antecedente familiar de aterosclerose prematura: Parente de primeiro grau do sexo masculino < 55 anos Parente de primeiro grau do sexo feminino < 65 anos
3. Tabagismo atual (qualquer quantidade de cigarros fumados no mês anterior)
4. Hipertensão arterial (duas medidas $\geq 140/90$ mmHg ou uso de anti-hipertensivo)
5. <i>Diabetes mellitus</i> (tipo 1 ou 2; sua presença classifica o paciente como de alto risco)
6. HDL-C < 40 mg/dL

Os determinantes da pressão são o débito cardíaco e a resistência periférica e qualquer alteração de um ou outro, interfere na manutenção dos níveis pressóricos normais. As alterações podem ocorrer devido a fatores ambientais como excesso de sal ou estímulos psico emocionais. (WAITZBERG, 2002).

De acordo com Sociedade Brasileira de Hipertensão (2011) o diagnóstico da pressão arterial se faz com o paciente na posição sentada, respeitando um período de repouso de 5 minutos medidas com valores iguais ou superiores a 140/90 mmHg é considerada alta, não é possível basear o diagnóstico apenas em uma leitura é necessário realizar várias leituras.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2017), o ideal é que a população não ultrapasse o limite de consumo de 2 gramas de sódio ao dia, isso equivale a 5 gramas de sal, entretanto, a população está bem longe de cumprir essa meta, infelizmente, em média, cada um de nós come 12 gramas de sal por dia.

Outro doença relevante, é a diabetes, que tem como sintomas clássicos poliúria, polidipsia, polifagia, além da perda involuntária de peso, outros sintomas que levantam a suspeita clínica, pode ser a fadiga, fraqueza, letargia, cutâneo prurido e vulvar, além das infecções de repetição.

A diabetes Mellitus, ocorre devido um enfraquecimento na capacidade de metabolizar carboidratos e gorduras, resultando em um aumento na concentração de glicose (hiperglicemia) e lipídios (hiperlipidemia) na circulação sanguínea. (LEITE, VASCONCELOS, 2003).

A diabetes mellitus insulino dependente (tipo I ou infanto-juvenil), embora ocorra em qualquer idade, é mais comum em jovens, diabetes não insulino dependente (tipo II), geralmente se manifesta na maturidade, gradativamente, sendo este mais comum, podendo ser controlado com dieta.

É essencial a equipe de saúde salientar para o paciente a importância de controlar o tabagismo, manter o peso ideal, praticar atividades físicas, diminuir o consumo de sal

e de bebidas alcoólicas, e o estímulo a uma alimentação saudável(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

“A manutenção do peso ideal e a prática de exercícios físicos regularmente vão prevenir 50% dos casos novos do diabetes tipo 2”. (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION - CLINICAL, 2000, p.23).

Quadro 3 – Diagnóstico da Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial

Diabetes Mellitus (DM)	Hipertensão Arterial (HAS)																								
<p>Valores que definem diagnóstico de DM:</p> <ul style="list-style-type: none"> Glicemia casual ≥ 200 com sintomas clássicos Glicemia em Jejum ≥ 126 mg/dL em duas ocasiões distintas Teste de Tolerância Oral a Glicose (TTG) com glicemia ≥ 200 mg/dl 2h após 75g de glicose anidra, em qualquer uma das medidas do teste. Hemoglobina Glicada (HbA1c) $> 6,5\%$ <p>Considera-se pré-diabetes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Glicemia de jejum de 100 a 125 Glicemia entre 140 a 199 mg/dl no TTG HbA1c entre 5,7 e 6,4%. <p>Nesses casos a instituição de MEV pode reduzir em até 58% o risco de desenvolver DM⁶.</p>	<p>Valores que definem o diagnóstico da HAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Média aritmética* da PA maior ou igual a 140/90mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas. <p>A partir dos valores obtidos, a pressão arterial classifica-se de acordo com a tabela abaixo²:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>CLASSIFICAÇÃO*</th> <th>PRESSÃO SISTÓLICA (mmhg)</th> <th>PRESSÃO DIASTÓLICA (mmhg)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ótima</td> <td><120</td> <td><80</td> </tr> <tr> <td>Pré-hipertensão</td> <td>121-139</td> <td>81-89</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">Hipertensão</td> </tr> <tr> <td>HAS estágio 1 (Leve)</td> <td>140-159</td> <td>90-99</td> </tr> <tr> <td>HAS estágio 2 (Moderada)</td> <td>160-179</td> <td>100-109</td> </tr> <tr> <td>HAS estágio 3 (Grave)</td> <td>≥ 180</td> <td>≥ 110</td> </tr> <tr> <td>HA sistólica isolada**</td> <td>≥ 140</td> <td><90</td> </tr> </tbody> </table> <p>* Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para a classificação da PA.</p> <p>** Quando a medição resulta em HA sistólica isolada, deve-se classificar como estágio 1,2 ou 3, de acordo com a pressão arterial sistólica.</p>	CLASSIFICAÇÃO*	PRESSÃO SISTÓLICA (mmhg)	PRESSÃO DIASTÓLICA (mmhg)	Ótima	<120	<80	Pré-hipertensão	121-139	81-89	Hipertensão			HAS estágio 1 (Leve)	140-159	90-99	HAS estágio 2 (Moderada)	160-179	100-109	HAS estágio 3 (Grave)	≥ 180	≥ 110	HA sistólica isolada**	≥ 140	<90
CLASSIFICAÇÃO*	PRESSÃO SISTÓLICA (mmhg)	PRESSÃO DIASTÓLICA (mmhg)																							
Ótima	<120	<80																							
Pré-hipertensão	121-139	81-89																							
Hipertensão																									
HAS estágio 1 (Leve)	140-159	90-99																							
HAS estágio 2 (Moderada)	160-179	100-109																							
HAS estágio 3 (Grave)	≥ 180	≥ 110																							
HA sistólica isolada**	≥ 140	<90																							

Fonte: Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da SES-DF – CPPAS (2018).

A equipe de saúde da família precisa realizar medidas preventivas para hipertensão arterial e diabetes mellitus como campanhas educativas periódicas, enfocando os fatores de risco. Em parceria com profissional de educação física programar, periodicamente, atividades de lazer individual e comunitário. “Deve-se estimular a criação dos grupos de hipertensos e diabéticos, no sentido de facilitar a adesão ao

tratamento proposto e, quando possível, agregar à equipe profissionais como nutricionista, assistente social, psicólogo, etc.". (TEIXEIRA et al., 2010 citado por XAVIER2016, p. 11).

Quadro 4.– Papel dos profissionais da equipe de saúde da família

Excluído: 2

Profissional	Papel na equipe
Agente Comunitário de Saúde	Identificação dos fatores de risco. Reforço das orientações sobre a Modificação do Estilo de Vida (MEV) e cuidado com os pés. Cadastro de pacientes
Técnico de Enfermagem	Identificação dos fatores de risco; Verificação de pressão arterial e glicemia capilar; Reforço das orientações de MEV Cadastro de pacientes (registro de todos os pacientes hipertensos e diabéticos da área) Coleta de dados antropométricos: peso, altura e circunferência abdominal, além de medida de glicemia capilar.
Enfermeiro	Consulta de enfermagem com ênfase em: Identificação dos fatores de risco, Verificação de pressão arterial e glicemia capilar, Solicitação de exames (quadro 8) na consulta do paciente já diagnosticado, Renovação de receitas de anti-hipertensivos e antidiabéticos orais padronizados na SES-DF para os pacientes que estão dentro das metas terapêuticas pactuadas Prescrição de insumos conforme o Protocolo de Insulinoterapia da SES-DF Anamnese e exame físico completos Orientação sobre a MEV, autocuidado, tratamento, metas terapêuticas, além de manejo de insumos e cuidados com os pés para os pacientes com DM.
Médico	Consulta médica com ênfase em: Identificação dos fatores de risco, Verificação de pressão arterial e glicemia capilar, Solicitação de exames, Estratificação de risco, Anamnese e exame físico completos Diagnóstico, Tratamento medicamentoso, Orientação sobre a MEV, Orientações em relação ao tratamento, Avaliação e orientação em relação ao cuidado com os pés.

Fonte: Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da SES-DF – CPPAS (2018).

Toda equipe têm o seu papel no manejo da Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus, desta forma, a avaliação clínica, bem como laboratorial das pessoas com HAS e/ou DM, tem como objetivos principais, confirmação do diagnóstico, identificar quais os fatores de risco cardiovascular, pesquisas assim, lesões de órgãos alvo, sejam estes subclínicas ou manifestas, dentre outros fatores significativos.

Excluído: ¶

¶
¶
¶

5.2 Hipertensão e Diabetes - Tratamento e Hábitos Saudáveis

O tratamento da pressão arterial exige modificações do estilo de vida com a realização de atividades físicas e redução do peso corporal, restrição do sal na dieta, associado ou não ao uso de medicamentos. (MACHADO; PIRES; LOBÃO, 2012).

É essencial também que a equipe de saúde salientar para o paciente a importância de controle o tabagismo, manter o peso ideal, praticar atividades físicas, diminuir o consumo de sal e de bebidas alcoólicas e o estímulo a uma alimentação saudável (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

“A manutenção do peso ideal e a prática de exercícios físicos regulamente vão prevenir 50% dos casos novos do diabete tipo 2”. (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION – CLINICAL 2000, p.23).

A equipe de saúde da família precisa realizar medidas preventivas para hipertensão arterial e diabetes mellitus como campanhas educativas periódicas, enfocando os fatores de risco.

Em parceria com profissional de educação física programar, periodicamente, atividades de lazer individual e comunitário, deve-se estimular a criação dos grupos de hipertensos e diabéticos, no sentido de facilitar a adesão ao tratamento proposto e, quando possível, agregar à equipe profissionais como nutricionista, assistente social, psicólogo, etc.”. (TEIXEIRA et al., 2010 citado por XAVIER 2016,p.11).

Hipertensão arterial (HA) é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito (DM).^{1,2} Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC),

doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal.(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A pressão sistólica é a pressão máxima, enquanto a diastólica é a pressão mínima. Na maior parte dos adultos, a pressão arterial normal em repouso sistólica é de 100 a 130 milímetros de mercúrio (mmHg) e a diastólica de 60 a 80 mmHg.

A HAS é considerada um dos principais fatores de risco para o aumento da morbimortalidade na população mundial e brasileira, pois possui alta prevalência e baixas taxas de controle (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Os hábitos e estilos de vida não adequados prejudiciais à saúde como fumar, não praticar exercícios físicos, ingerir bebidas que contém álcool, cansaço psicoemocional, contribuem muito para a hipertensão. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A alimentação saudável, peso dentro de ideal, abstenção do álcool e tabaco, diminuição do sal na alimentação e práticas de atividades físicas são fatores para a prevenção primária na elevação da pressão arterial. Antes de prescrever a administração de medicamentos, é recomendável adotar medidas que estimulem hábitos de vida saudáveis. (FEIJÃO et al., 2005).

Também é recomendada a ingestão diária de potássio entre 2 à 7 gramas contidos em uma dieta rica em frutas e vegetais frescos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Praticar exercícios é uma forma simples de prevenir não somente doenças cardiológicas, como também outros tipos de doenças que a falta de movimentar o corpo pode ocasionar, além de hábitos saudáveis que promovem melhor qualidade de vida a população.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) recomenda praticar exercícios é uma forma simples de prevenir não somente doenças cardiológicas, como também outros tipos de doenças que a falta de movimentar o corpo pode ocasionar, além de hábitos saudáveis que promovem melhor qualidade de vida a população.

ser continuamente estimulado a adotar hábitos saudáveis de vida, tais mudanças de hábitos pode ser obtida se houver uma estimulação gradativa em todas as consultas, ao longo do acompanhamento médico.

Para pessoas diagnosticadas com HAS, não podem abusar do sal e sódio, o sódio ele é um mineral necessário para auxiliar os músculos e nervos a funcionarem apropriadamente e regular a pressão arterial. Já o sal, é um composto químico chamado cloreto de sódio, tem aproximadamente 40% de sódio e 60% de cloreto, e é uma das fontes de sódio. A quantidade real de sódio que precisamos diariamente é muito pequena, cerca de uma colher de chá de sal, o que se obtém com uma dieta balanceada, sem adicionar sal. (MAHAN; STUMP; RAYMOND, 2012, p.691).

Muitas vezes a hipertensão está associada a outros fatores de risco, como taxas altas de colesterol e triglicérides, evitar carnes vermelhas gordurosas, carne de porco, vísceras, queijos amarelos, manteiga, creme de leite, etc.

Prefira, leite e iogurte desnatados, queijos magros, como cottage, ricota e queijo branco, margarina sem sal, óleos vegetais, como de milho, soja, girassol, etc., peixes magros, aves sem pele, verduras, frutas, legumes e cereais.

Para Mahan, Stum e Raymond (2012, p.690) relata que “o ideal é preparar alimentos assados, cozidos, ensopados, no valor ou até mesmo grelhados, em vez de fritá-los, manter controle de peso, praticar atividades físicas que contribuem para o controle da hipertensão, obesidade e do colesterol”.

Uma das principais formas de controle da glicemia, ou seja, o açúcar no sangue, pode ser através da própria alimentação, inserir modernamente alimentos ricos em amido, como arroz, milho, aveia, farinhas, pães, biscoitos salgados, lentilha, dentre outros tantos existentes.

Na obra de Mahan, Stump e Raymond (2012, p.676) destaca que “reduzir a quantidade de gorduras na alimentação, é outro fator significativo, principalmente aqueles de origem animal”.

Evitando consumo consumir toucinho, creme de leite, banha de porco, bacon, além disso, substituir a manteiga pela margarina, retirar a pele, bem como as gorduras

visíveis das carnes antes de prepara-las, além de preferir leite e iogurte desnatados, queijo branco e carnes brancas sem pele segundo Mahan, Stump e Raymond (2012).

O mesmo autor acima citado enfatiza um outro fator importante, realizar de 5 a 6 refeições/dia em quantidades moderadas, sempre em horários regulares, importante, não pular as refeições, consumir só uma porção e fruta por refeição, evitar ao máximo bebidas alcoólicas, principalmente aquelas que tenham açúcar, como a cerveja, vinhos doces, licores, etc., e o mais importante, inserir ao dia pelo menos 2 litros de água.

Uma dieta rica em fibras ajuda a controlar o nível de glicose no sangue, tais fibras são encontradas no pão e arroz integrais, farinhas integrais, farelos de aveia, cevada, etc., frutas como maçã, banana, laranja, hortaliças como alface, escarola couve, agrião, cenoura, etc., leguminosas como feijão, ervilha, grão de bico, lentilha e soja. (MAHAN, STUMP E RAYMOND 2012, p.680).

Evitar o fumo, que nada mais é um fato de total risco de doenças pulmonares e coronária, câncer de derrame cerebral, dentre outros, além disso, o fumo tem a capacidade de agravar e muito o quadro de pessoas hipertensas.

5.3.1 Tratamento não medicamentoso e medicamentoso

O tratamento não farmacológico na promoção da saúde, bem como na prevenção e no cuidado integral dos usuários com doenças crônicas se destaca como uma importante ferramenta para o manejo destas doenças, bem como para o enfrentamento dos fatores de risco e elas associadas.

Desta forma, o tratamento não medicamentoso, é uma forma de incentivar as pessoas a fazerem mudanças em seus hábitos alimentares, de forma que favoreça o melhor controle metabólico, do peso corporal, da pressão arterial, bem como do nível glicêmico.

O tratamento não medicamentoso, tem a capacidade de auxiliar as pessoas a fazerem mudanças em suas vidas, como mudanças de hábitos alimentares, controle metabólico, peso, da pressão arterial, bem como nível glicêmico, vale ressaltar que um bom controle da DM e da HAS só é obtido

com um plano alimentar adequado. MAHAN, STUMP E RAYMOND(2012, p.685)

Quando há opção pelo uso de drogas anti-hipertensivas algumas noções básicas devem ser lembradas, como por exemplo iniciar sempre com doses menores do que as preconizadas, evitar os efeitos colaterais, que estão associados a nova droga antes da dose máxima estabelecida.

Mahan, Stump e Raymond (2012, p.698) destaca em sua obra “que por meio do medicamento é possível estimular a medida da PA no domicílio sempre que possível, além disso, determinadas drogas anti-hipertensivas demoram de 4 à 6 semanas para atingir seu efeito”.

No tratamento da HAS, os farmacológicos visam em última análise, a redução da morbimortalidade cardiovascular, e o início de tal tratamento medicamentoso, ele deve ser decidido levando em consideração a preferência da pessoa, bem como sua motivação para mudanças de estilo de vida, os níveis pressóricos e o risco cardiovascular.

Para o tratamento da HAS, várias classes de fármacos podem ser usadas, porém, existem critérios que precisam ser considerados na escolha da terapia farmacológica, como por exemplo avaliação de presença de comorbidades, lesões em órgãos-alvo, histórico familiar, dentre outros. (MAHAN, STUMP E RAYMOND, 2012).

Abaixo o quadro trás de forma clara e resumida as principais indicações das principais situações clínicas por classes medicamentosas da HAS:

Excluído: ¶

¶
¶
¶
¶
¶
¶
¶

Quadro 5 – Indicações das classes medicamentosas

Excluído: 3

Indicações	Classe medicamentosa
Insuficiência cardíaca	Diuréticos, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora de angiotensina ou antagonistas da angiotensina II, antagonistas de aldosterona.
Pós-infarto do miocárdio	Inibidores da enzima conversora da angiotensina, antagonistas da aldosterona.
Alto risco para doença coronariana	Betabloqueadores, inibidores da enzima conversora da angiotensina, bloqueadores dos canais de cálcio.
Diabetes	Inibidores da enzima conversora da angiotensina, antagonistas da angiotensina II, bloqueadores dos canais de cálcio.
Doença renal crônica	Inibidores da enzima conversora da angiotensina, antagonistas da angiotensina II.
Prevenção da recorrência de acidente vascular encefálico (AVE)	Diurético, inibidores da enzima conversora de angiotensina.
Hipertensão sistólica isolada em idosos	Diuréticos (preferencialmente) ou bloqueadores dos canais de cálcio.

Fonte: MAHAN, STUMP E RAYMOND(2013).

Desta forma, para a DM existem dois tipos de tratamentos medicamentoso, sendo eles os antidiabéticos orais e a outra forma é a insulina, ambos receitados pelos médicos, após devidas avaliações para estabelecer o melhor tratamento ao seu paciente.

Um fato preocupante com a terapia farmacológico é a dificuldade dos pacientes a adesão do medicamento tanto para a hipertensão como também para o diabetes traçamos um pequeno texto sobre a adesão ao tratamento.

5.3.2 Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial e Diabetes

Para Vasconcellos (2003) um dos maiores desafios encontrados pelos profissionais é o controle da hipertensão porque muitos pacientes não aderem ao tratamento.

A adesão, segundo Leite e Vasconcellos (2003) é o paciente seguir a prescrição e orientação médica, este fato depende da conduta do próprio paciente. Na literatura

encontram-se muitas causas para não adesão medicamentosa dentre elas estão as dificuldades financeiras, um grande número de medicamentos prescritos, o esquema terapêutico, os efeitos adversos dos medicamentos, a dificuldade de acesso ao sistema de saúde, a relação médico-paciente, a falta de sintomas apresentada pela patologia e a cronicidade. “O não entendimento dos pacientes em relação às recomendações sobre a terapia e o desconhecimento dos mesmos acerca do nome do medicamento anti-hipertensivo utilizado” (DEMONER; RAMOS; PEREIRA,2012, p.31).

Na pesquisa “Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo em Unidade Básica de Saúde” realizada por Demoner; Ramos e Pereira (2012, p.31) um dos resultados encontrados quanto aos fatores associados à baixa adesão foi que os pacientes não compreendiam às recomendações dadas pela equipe de saúde. O fato não deve ser desconsiderado pela equipe, pois, as recomendações podem não estar sendo transmitidas de modo claro “em uma linguagem compreensível ou haver um conhecimento insuficiente sobre a doença e a gravidade de suas complicações, de modo a não considerarem as recomendações com a devida seriedade”

O conceito de adesão significa aceitação pelo paciente da prescrição e orientações recebidas “em relação à frequência de consultas, aos cuidados, à terapia não medicamentosa e medicamentosa) e a conduta do paciente e o relacionamento entre médico e paciente”. Pode ocorrer o caso extremo do paciente abandonar o tratamento e nem marcar consultas.” (PIERIN; STRELEC; MION JR., 2004 *apud* GUSMÃO *et al.*, 2009, p.39).

Gusmão et al. (2009, p.41) no artigo “Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada” abordam outros fatores que podem influenciar na adesão ao tratamento anti-hipertensivo são:

[...] fatores relacionados à doença, Fatores relacionados ao paciente, Fatores relacionados ao tratamento, Fatores relacionados ao cuidador. Uma boa estratégia para fazer o paciente aderir ao tratamento é conscientizá-lo dos malefícios da hipertensão arterial (risco cardiovascular, graves limitações da doença cerebrovascular), além dos riscos inerentes ao tratamento, suas peculiaridades e seus benefícios, fazendo, assim, que o indivíduo se torne elemento ativo no processo de tratar.

Os autores citados anteriormente enfatizam, alguns aspectos significativos: “baixo nível socioeconômico, analfabetismo, baixo nível educacional, desemprego, falta de rede efetiva, condições instáveis de moradia, alto custo do transporte, alto custo da medicação, mudanças no estado civil, cultura e crenças sobre a doença e tratamento e desestrutura familiar (GUSMÃO *et al.* 2009, p.40).

As equipes multiprofissionais conseguem melhores resultados porque dão um atendimento mais amplo aos paciente, fica claro que é pela complexidade de mudanças necessárias na vida do paciente que possui doença crônica. Para aumentar a adesão ao tratamento existem várias estratégias, mas todas partem da boa relação médico-paciente (GUSMÃO *et al.*, 2009).

[...] Há que se repensar como estratégia coadjuvante da adesão, o incentivo e orientações para a prática de atividades físicas leves, adoção de estratégias educativas com vistas à adesão do paciente torna-se importante, não obstante requeira paciência e dedicação por parte do profissional. A educação para a trará resultados satisfatórios na proteção e promoção da saúde, tornando indivíduos mais saudáveis, contribuindo na redução dos riscos de doenças cardiovasculares e renais nos hipertensos e consequentemente diminuindo o número de debilidades e óbitos, além de medidas preventivas e de hábitos saudáveis que melhoram a qualidade de vida da população e reduzem gastos. (DEMONER; RAMOS; PEREIRA, 2012, p.33).

Os autores enfatizam que é preciso conscientizar a importância do paciente e valorizar a inserção do mesmo no hiperdia, como importante facilitador da adesão dos medicamentos. É uma oportunidade de constituir uma proposta interventiva no controle, monitoramento e prevenção de complicações da HAS.

[...] necessidade de maior participação dos profissionais de saúde, em especial, o enfermeiro, tanto no planejamento das ações e treinamento da equipe, assim como na abordagem esclarecedora durante a pré-consulta e visitas domiciliares. Por intermédio de programas de educação em saúde, a equipe poderá promover a conscientização dos pacientes a respeito da doença, riscos e complicações visando a mudanças no estilo de vida e maior adesão à terapia anti-hipertensiva. (DEMONER; RAMOS; PEREIRA, 2012, p.33).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Segundo Campos e Santos (2018) a proposta de intervenção consiste em um conjunto de projetos realizados para enfrentar os diversos nós críticos identificados e que estejam na governabilidade das equipes responsáveis pela condução. Esta proposta registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

“Descrever um problema é caracterizá-lo para saber a sua dimensão e o que ele representa na realidade. Deve identificar o que caracteriza o problema inclusive sua quantificação”.(Campos, Santos2018, p.59).

“A hipertensão arterial, é mais conhecida entre nós como pressão alta, é uma doença que não manifesta nenhum sintoma, por este motivo o diagnóstico e tratamento começam tardiamente”. (SBS, 2017).

Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBS, 2017,p.12), “estima-se que 25% da população brasileira sofra de hipertensão, sendo que em pessoas com mais de 60 anos de idade a porcentagem sobe para mais de 50%”.

A hipertensão arterial sistêmica pode comprometer muitos órgãos do corpo e causar muitas outras doenças. A hipertensão arterial também é um dos principais problemas de saúde na área de abrangência da nossa Unidade de Saúde já que todos os dias há um número considerável de atendimentos por causa desta.

Não há uma boa adesão ao tratamento por alguns pacientes e razões pelas quais eles não conseguem controlar seu nível pressórico. As principais causas que desencadeiam a hipertensão arterial no campo analisado:histórico de hipertensão na

família, obesidade, diabetes, dieta rica em sódio, tabagismo, etilismo, sedentarismo e excesso de gordura no sangue.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

O problema priorizado foi alto índice de pacientes com doenças crônicas e baixa adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica e diabetes Mellitus. Este fato traz muita preocupação para a equipe devido ao número grande de pacientes com pressão arterial descompensada e glicemia descontrolada que podem levar a internação hospitalar e mesmo o aparecimento de complicações que podem ser irreversíveis levando a sequelas graves e até ao óbito.

Nos serviços de urgência e emergência as morbidades mais comuns que aparecem na população adulta são hipertensão arterial e Diabetes.

Constatamos em nosso serviço que existe uma demanda grande de pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados apresentando pressão descontrolada e índice glicêmico elevado e os pacientes não tem conhecimento sobre a doença e o agravante é que o tratamento não é seguido corretamente.

A adesão ao tratamento é de suma importância para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e familiares e conseqüentemente reduzindo os números de internações, gastos municipais e estaduais.

6.3 Seleção dos critérios (quinto passo)

De acordo com Campos e Santos (2018, p.56) o quarto passo é a explicação do problema selecionado e tem “como objetivo entender a gênese do problema que se pretende enfrentar a partir da identificação das suas causas. Geralmente, a causa geradora de um problema é outro problema ou outros problemas”.

Uma vez realizada a análise, a equipe percebeu a importância do conhecimento da realidade existente, como norteador das projeções de trabalho, o que permite enfrentar situações reais e particulares.

“Nós críticos” são causas ou situações que são consideradas aquelas que dão origem ao problema, sua resolução conseqüentemente gera também impacto na resolução do problema. Os nós críticos devem estar dentro do espaço de governabilidade do ator do projeto. (CAMPOS; SANTOS, 2018). Os nós críticos identificados pela equipe são:

- Estilo de vida inadequada população em geral;
- Baixo grau de informação e instrução da população;
- Descaso com o tratamento;
- Processo deficitário de trabalho da equipe para enfrentar o problema.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Este passo é muito importante porque vai nomear os responsáveis por cada operação e estabelecer o prazo o cumprimento das ações. Além disso consta no quadro de etapas essenciais na operacionalização do projeto. “Na verdade ele direciona o projeto. O gerente de cada operação é aquele que acompanha da execução de todas as ações definidas, “ele pode contar com o apoio de outras pessoas”. (CAMPOS; SANTOS, 2018, p.73).

Faz-se necessário elaborar para cada nó crítico um quadro com as operações para o enfrentamento da causa selecionada. Então passamos a apresentar os quadros contendo em suas linhas e colunas os passos preconizados no PES.

Quadro 6 – Operações sobre o nó crítico 1 estilo de vida inadequada da população em geral relacionado ao problema “alto índice de pacientes com doenças crônicas e baixa adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica e diabetes Mellitus”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da Família Maria Laura de Jesus do município de Alpinópolis, Minas Gerais. 2019

Nó crítico 1	Estilo de vida inadequada da população em geral
Operação (operações)	- Discutir em pequenos grupo os hábitos e estilo de vida dos pacientes (com a nutricionista). -Organizar grupos de atividades físicas sob a responsabilidade do profissional de educação física e técnico de enfermagem.
Projeto	Vida eSaúde
Resultados esperados	-Programa de caminhadas orientadas com o profissional de educação física. -Bate papo na sala de espera dando oportunidade dos usuários se exporem e tirarem suas dúvidas. -Criação de grupos visando orientações de prevenção e promoção da saúde aos hipertensos e diabéticos; -atividades físicas; -orientação nutricional com a participação da nutricionista.
Produtos esperados	-População com hábitos mais saudáveis, -Menor taxa de incidência de hipertensão arterial e diabetes Mellitus melhores condições de saúde dos pacientes
Recursos necessários	Estrutural: sala de reuniões e aparelhos áudios-visuais. Político: Apoio aos profissionais Cognitivo: Conhecimentos e habilidades persuasivas. Financeiro: recursos para impressão de material gráfico e aquisição de materiais para as atividades físicas: bola, peteca, corda e outros.
Recursos críticos	Estrutural: sala de reuniões e aparelhos áudios-visuais. Cognitivo: repasse de conhecimentos Financeiro: recursos para impressão de material gráfico.
Controle dos recursos críticos	Secretaria Municipal de Saúde, indiferente Médico, nutricionista e profissional de educação física, motivados
Ações estratégicas	Apresentação e discussão do projeto a Secretaria Municipal de

	Saúde - adesão dos gestores de saúde.
Prazo	Início em 03 meses e conclusão em 12 meses.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico, nutricionista e profissional de educação física,
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Avaliação mensal do cumprimento de metas propostas e dos resultados proporcionais.

Fonte: Autoria Própria.

Quadro 7 – Operações sobre o nó crítico 2 baixo grau de informação e instrução da população relacionado ao problema “alto índice de pacientes com doenças crônicas e baixa adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica e diabetes Mellitus”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Maria Laura de Jesus do município de Alpinópolis, Minas Gerais. 2019

Você deve fazer um quadro. Para cada nó crítico um quadro.

Nó crítico 2	Baixo grau de informação e instrução da população relacionado ao problema
Operação (operações)	<ul style="list-style-type: none"> -Estabelecer práticas de identificação precoce dos fatores de risco. -Esclarecimento aos pacientes sobre a hipertensão arterial e diabetes, suas complicações, fatores de risco e medidas preventivas. -Orientar a população para diminuir os fatores de riscos para prevenção da hipertensão arterial e diabetes - Implantação das Linhas de Cuidado sobre hipertensão e diabetes -Orientar sobre os cuidados na prevenção dos fatores de risco.
Projeto	Saber e Saúde
Resultados esperados	População com mais conhecimento consciente sobre a importância de hábitos saudáveis e da dedicação no tratamento hipertensão arterial e diabetes.
Produtos esperados	Com um nível de conhecimento mais elevado e a conscientização da população, em especial dos hipertensos, esperamos que tenham melhor estilo de vida e no caso de desenvolvimento da patologia, que tenham melhor aceitação do tratamento.
Recursos necessários	<p>Estrutural: sala de reuniões e aparelhos áudios-visuais.</p> <p>Político: Apoio do gestor</p> <p>Cognitivo: repasse conhecimentos</p> <p>Financeiro: recursos para impressão de material gráfico</p>

Recursos críticos	Estrutural: sala de reuniões e aparelhos áudios-visuais. Político: Apoio do gestor Cognitivo: repasse de conhecimentos Financeiro: recursos para impressão de material gráfico.
Controle dos recursos críticos	Secretaria Municipal de Saúde, indiferente Médico e enfermeira, motivados
Ações estratégicas	Apresentação e discussão do projeto a Secretaria Municipal de Saúde - adesão dos gestores de saúde.
Prazo	Início em 03 meses e conclusão em 12 meses.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico e enfermeira
Processo de monitoramento e avaliação das ações	O processo de monitoramento e avaliação das operações são feitas pelos mesmos profissionais que são responsáveis pelo acompanhamento das operações.

Fonte: Autoria Própria.

Quadro 8 – Operações sobre o nó crítico 3 em relação ao problema “alto índice de pacientes com doenças crônicas e baixa adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica e diabetes Mellitus”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Maria Laura de Jesus do município de Alpinópolis, Minas Gerais. 2019

Nó crítico 3	Descaso com o tratamento.
Operação (operações)	Conscientizar a população sobre importância de cumprir orientações médicas para o controle da doença e evitar complicações.
Projeto	Educação da população.
Resultados esperados	População hipertensa controlada e compensada.
Produtos	Menor taxa de baixa adesão ao tratamento.

esperados	
Recursos necessários	Estrutural: sala de reuniões e aparelhos áudios-visuais. Político: Apoio aos profissionais Cognitivo: Conhecimentos e habilidades persuasivas. Financeiro: recursos para impressão de material gráfico eaquisição de materiais para as atividades físicas: bola, peteca, corda e outros.
Recursos críticos	Estrutural: sala de reuniões e aparelhos áudios-visuais. Cognitivo: repasse de conhecimentos Financeiro: recursos para impressão de material gráfico.
Controle dos recursos críticos	Secretaria Municipal de Saúde, indiferente Médico, nutricionista e profissional de educação física, motivados
Ações estratégicas	Apresentação e discussão do projeto a Secretaria Municipal de Saúde - adesão dos gestores de saúde.
Prazo	Início em 03 meses e conclusão em 12 meses.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	O médico e enfermeira irão acompanhar as operações
Processo de monitoramento e avaliação das ações	O monitoramento dos usuários será feito pelos agentes comunitários de saúde devidamente orientados. A avaliação será feita pelo médico e enfermeira assim que terminar o projeto utilizando dinâmicas que possibilitam os usuários a expor suas dúvidas e expressar o conhecimento adquirido. Neste momento o médico e enfermeira irão tirar as dúvidas e reforçar o conteúdo trabalhado

Fonte: Autoria Própria.

Quadro 9 – Operações sobre o nó crítico 4 Processo de trabalho da equipe inadequado para enfrentar o problema em relação ao problema “alto índice de pacientes com doenças crônicas e baixa adesão ao tratamento da hipertensão

arterial sistêmica e diabetes Mellitus”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Maria Laura de Jesus do município de Alpinópolis, Minas Gerais 2019.

Nó crítico 4	Processo de trabalho da equipe inadequado para enfrentar o problema
Operação (operações)	Programar reunião para discutir o processo de trabalho e sua reestruturação. - Discutir sobre as funções de cada membro da equipe. - Discutir sobre a importância do trabalho em equipe. -Discutir sobre a hipertensão arterial e diabetes:conceito, fatores de risco, medidas preventivas e a importância do monitoramento do tratamento.
Projeto	Aprendendo mais
Resultados esperados	Aumento do aprendizado; divulgação do conhecimento na comunidade. Incentivo às palestras de capacitação e reciclagem dos profissionais
Produtos esperados	Equipe capacitada
Recursos necessários	Organizacional- oferecendo cursos, atualizações Político–apoio do gestor Cognitivo –compartilhando de conhecimento entre os membros da equipe.
Recursos críticos	Estrutural: sala de reuniões e aparelhos áudios-visuais. Cognitivo: repasse de conhecimentos Financeiro: lanche
Controle dos recursos críticos	Secretaria Municipal de Saúde, indiferente Equipe de saúde estão motivados
Ações estratégicas	Apresentação e discussão do projeto a Secretaria Municipal de Saúde - adesão dos gestores de saúde.
Prazo	Início em 03 meses e conclusão em 12 meses.
Responsável (eis)	Médico, enfermeira e um representante da Secretária de Saúde

pelo acompanhamento das ações	
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Avaliação mensal do cumprimento de metas propostas e dos resultados proporcionais.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O nosso estudo evidenciou que é pobre o conhecimento dos usuários com doenças crônicas atendidas pela equipe de saúde Maria Laura de Jesus sobre a doença e os riscos cardiovasculares, fato demonstrado pelo alto número de pacientes hipertensos com baixa adesão ao tratamento.

Com mudanças nos estilos de vidas como, adesão ao tratamento farmacológico, aumento da prática de exercícios físicos regulares e controle alimentar com ajuda especializada, espera-se melhorar o controle da doença nestes pacientes. Portanto, conclui-se que é possível diminuir a incidência da HAS através de ações estratégicas com focando em levar informação e conhecimento ao público-alvo.

REFERÊNCIAS

ALPINÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Alpinópolis. **História**. 2019, Disponível em: <https://alpinopolis.mg.gov.br>.

Arquivo Brasileiro De Cardiologia. **Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose**. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V. 109, nº 1. Agosto, 2017 Indexação: ISI (*Thomson Scientific*), *Cumulated Index*.

Anderson da Silva Rêgol., Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic | Universidade Estadual de Maringá. Maringá-PR, Brasil

Adesão/vínculo de pessoas com hipertensão arterial na Estratégia Saúde da Família Rêgo AS, Radovanovic CAT. Adherence of hypertension patients in the Brazil's Family Health Strategy. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(3):1030-7. DOI: Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0297>>.

BALDISSERA, V, D, A.; CARVALHO, M, D, B.; PELLOSO, S, M. **Adesão ao tratamento não-farmacológico entre hipertensos de um centro de saúde escola**. Ver Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS) v.30, n.1, p.27-32, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A implantação da Unidade Saúde da Família**. Caderno 1de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. Brasília. Ed. Ministério da Saúde, 2000 b. 42 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_unidade_saude_familia_cab1.pdf. Acesso em 12 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Cadernos de Atenção Básica; 16)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da SES-DF – CPPAS** (2018).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB**. 2013. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSMG.def>. Acesso em: 30 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus** / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001

DEMONER. M,S; RAMOS . E,R, de P; PEREIRA, E. R.Fatoresassociados à adesãoao tratamentoanti-hipertensivo em unidade básica de saúde. **Acta paul. Enferm.**, São Paulo , v. 25, n. spe1, p. 27-34, 2012.

FARIA, H. P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2018.
FARIA, H. ; WERNECK M.; SANTOS, M. A. **Processo de trabalho em Saúde**. 3 ed. -Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, 2017.

FARIA, Horácio Pereira de et al. **Modelo Assistencial e Atenção Básica à Saúde**. 2. ed. BeloHorizonte, 2010. 67p.

FEIJÃO. A, M, M.*et al* . Prevalência de excesso de peso e hipertensão arterial, em população urbana de baixa renda., Arq. **Bras. Cardiol**. v.84, n.1 p. 29-33, Jan. 2005.

GUSMÃO.J,L, DE.; Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada **Ver. Bras. Hipertens** v.16,n.1,p. 38-43. 2009

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.**IBGE Cidades**. 2018. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: fevereiro, 2019.

LEITE. S, N.; VASCONCELLOS. M, P, C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotadosna literatura. **Ciênc. saúde coletiva**. v.8, n.3, p.755-782,2003.

MACHADO.M, C.; PIRES C, G, DA S.; LOBÃO W, M. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença.**Ciênc. Saúdecoletiva** v.17, n.5, p.1357-1363, May 2012.

MAHAN, L. K; STUMP, S. E; RAYMOND. J, L. **Krause. Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. 13 ed.. Rio de Janeiro: Elsevier. 2012.

MENDONÇA, F. F.; NUNES, E. F. P. A. Avaliação de grupos de educação em saúde para pessoas com doenças crônicas. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, n. 2, p. 397-409, 2015

RÊGO, A.S; RADOVANOVIC, C.A.T Adesão/vínculo de pessoas com hipertensão arterial na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm** v.71,n.3,p.1030-1037. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.95, n. 1, p.1-51, 2010.

WAITZBERG,D.L.**Dieta, Nutrição e Câncer**. Editora Atherneu. São Paulo,2002