

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

MARIANA MENDES NUNES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO
TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO DA POPULAÇÃO IDOSA
ANALFABETA/SEMI-ANALFABETA/ ANALFABETA FUNCIONAL DE
UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS) DO MUNICÍPIO DE
SALINAS/MG**

SALINAS/MG

2015

MARIANA MENDES NUNES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO
TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO NA POPULAÇÃO IDOSA
ANALFABETA/SEMI-ANALFABETA/ ANALFABETA FUNCIONAL DE
UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS) DO MUNICÍPIO DE
SALINAS/MG**

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

Orientador: Prof. Me. Ricardo Luiz Silva Tenório

SALINAS/MG

2015

MARIANA MENDES NUNES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO
TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO NA POPULAÇÃO IDOSA
ANALFABETA/SEMI-ANALFABETA/ ANALFABETA FUNCIONAL DE
UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS) DO MUNICÍPIO DE
SALINAS/MG**

Banca examinadora

Me. Ricardo Luiz Silva Tenório – orientador

Me. Janine Valéria Silva Tenório Faria

Aprovado em Belo Horizonte, 2015

AGRADECIMENTO

Agradeço em primeiro momento a Deus e Nossa Senhora por caminharem junto a mim e em especial a minha amada mãe, pelas provas de amor diárias.

RESUMO

O presente estudo centra-se na HAS e tem como público-alvo os usuários hipertensos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família “Curralinho” do município de Salinas, Minas Gerais. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem alta prevalência e baixas taxas de controle, além de ser considerado um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. Em nosso país, as doenças cardiovasculares têm sido a principal causa de morte, sendo mais prevalente nos idosos. Elas são responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados. Acreditando no potencial da Estratégia de Saúde da Família foi desenvolvida uma proposta de intervenção nos grupos de hipertensos assistidos, com a finalidade de ajudar a equipe a melhorar o seu desempenho junto aos usuários. Isto foi possível por meio da implantação da estratégia de trabalho baseada no Planejamento Estratégico Situacional (PES) com objetivo de diminuir a ocorrência de internações e óbitos relacionados a esta patologia. Concluindo, a expectativa é de que as atividades realizadas propiciarão uma nova concepção pedagógica para os profissionais da equipe e a comunidade, fortalecendo as ações de saúde.

Palavras-chave: Hipertensão. Fatores de Risco Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

This study focuses on hypertension and its target audience the hypertensive patients assisted by the Family Health Strategy "Curralinho" the city of Salinas, Minas Gerais. Systemic arterial hypertension (SAH) has a high prevalence and low rates of control, and is considered one of the main modifiable risk factors and one of the most important public health problems. In Brazil, cardiovascular diseases are the leading cause of death, being more prevalent in the elderly. They provide high frequency of hospitalizations, causing high medical and socioeconomic costs. Believing in the potential of the Family Health Strategy an intervention proposal was developed in assisted hypertensive groups, in order to help the team improve its performance with users. This was made possible through the implementation of the employment strategy based on the Situation Strategic Planning (PES) in order to reduce the incidence of hospitalizations and deaths related to this disease. In conclusion, it is expected that activities will provide a new pedagogical concept for team members and the community, strengthening health actions.

Keywords: Hypertension. Risk Factors. Family Health Strategy.

SUMARIO

1INTRODUÇÃO -----	8
2JUSTIFICATIVA -----	12
3 OBJETIVO -----	13
4 METODOLOGIA -----	14
5 REFERENCIAL TEÓRICO -----	16
6 PLANO DE INTERVENÇÃO -----	21
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	27
8 REFERENCIAS -----	29

1 INTRODUÇÃO

Salinas é um município localizado na região norte do estado Minas Gerais, distanciado a 640Km da capital Belo Horizonte. Geograficamente, faz limite com os municípios de Rio Pardo de Minas, Taiobeiras, Santa Cruz de Salinas, Comercinho, Rubelita, Fruta de Leite, Curral de Dentro e Novorizonte, todos situado no estado de Minas Gerais.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, o município contava com 39.182 habitantes, distribuídos numa extensão territorial de 1.897.169 Km².

A emancipação do município ocorreu em 04 de Outubro de 1887, pela Lei Provincial nº 2.725 (PREFEITURA MUNICIPAL DE SALINAS - PMS SALINAS, 2014).

A principal atividade econômica vigente no município, e que perdura desde os primórdios de sua formação, é a agropecuária. Salinas, ainda, se destaca pela produção de cachaça artesanal e, hoje, é considerado o maior polo produtor de cachaça do país (PMS SALINAS, 2014).

Segundo o IBGE (2010), o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), no município de Salinas é de 0.699. Ainda conforme o IBGE (2010), 78% da população reside em zona urbana, enquanto 22% residem em zona rural. A renda média familiar é de R\$ 1.058,00 mensais.

Em Salinas, são registrados 11.793 domicílios permanentes; destes, 9.635 possuem abastecimento de água potável (81%). Cerca de 66,5% da população residente possuía, em 2010, formas de esgotamento sanitário consideradas adequadas (PMS SALINAS, 2014).

Segundo dados do IBGE, o município contava, em 2010, com 39.182 habitantes e uma densidade demográfica de 20,75 hab./Km². Sua taxa de crescimento populacional é de 0,7% por ano, evidenciando um crescimento de quase 6,7% na última década.

Em 2010, 17,9% das crianças de 07 a 14 anos de idade não estavam cursando o ensino fundamental. Além disso, a taxa de conclusão, entre jovens de 15 a 17 anos, era de apenas 58,1% (PMS SALINAS, 2014).

Os moradores que estão abaixo da linha de pobreza no município de Salinas são de 49.87%, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). A população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) é de 99% no município de Salinas.

As principais *causa mortis* no município e suas respectivas porcentagens podem ser melhores visualizadas na Tabela 01, a seguir:

Tabela 01: As principais causa mortis no município de Salinas/MG. Junho de 2014.

CAUSA MORTIS	Porcentagem (%)
Doenças do aparelho respiratório	30,5
Neoplasias	11,0
Doenças do aparelho circulatório	10,3
Algumas afecções originadas do perinatal	7,60
Causas externas	7,28

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, Salinas/MG.

De acordo com dados do IBGE (2009), Salinas possui 23 estabelecimentos de saúde: 15 públicos (municipais) e 08 privados.

Atualmente, Salinas possui 13 Equipes de Saúde da Família (ESF) distribuídas nas regiões do município, sendo que, destas, 04 prestam atendimento à população da zona rural. A cobertura populacional das ESF é de 100% do município. Essas equipes são responsáveis pelo atendimento de cerca de 39.550 pessoas. As unidades contam com a equipe mínima preconizada pelo Ministério da Saúde: um

profissional médico, um enfermeiro, um auxiliar/técnico de enfermagem e 06 (ou mais) agentes comunitários de saúde (PMS Salinas, 2014).

No município de Salinas, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é composto por: 02 fisioterapeutas, 01 psicólogo, 01 nutricionista, 01 assistente social, 01 farmacêutico e 01 fonoaudiólogo. Este, não se constitui como unidade física, já que atua de forma itinerante no apoio às equipes vinculadas e, ainda, não se caracteriza pelo livre acesso ao atendimento individual ou coletivo, uma vez que o acesso é regulado pelas equipes da Atenção Básica. O acesso aos profissionais do NASF é por meio de regulação das equipes da Atenção Básica (PMS Salinas, 2014).

O município também possui uma rede de assistência odontológica na Atenção Básica, responsável pela garantia do acesso e viabilizando o fluxo e contra-fluxo do usuário dentro do sistema de saúde. Essas atividades alcançam uma cobertura populacional de 45,72%.

O município possui 01 Hospital público e 01 hospital privado, creches públicas e privadas, bancos, laboratórios de análises clínicas, academias de ginástica, escolas de línguas, instituições de ensino superior, e comércio geral (padarias, supermercados, farmácias). Possui ainda redes de abastecimento público de água potável, concessionárias de luz elétrica e rede de esgoto.

A UBS Curralinho, localiza-se na comunidade rural Curralinho, no município de Salinas/MG, o qual foi local de estudo para realização deste trabalho. Seu horário de funcionamento, das segundas-feiras às sextas-feiras, é de 7:00h às 11:00h da manhã e de 13:00h às 17:00h da tarde. A UBS Curralinho atende cerca de 12 localidades rurais.

A equipe da unidade básica de saúde Curralinho atua de maneira integral em todas as faixas etárias da população (recém-nascidos, crianças, adolescentes, adultos e idosos), priorizando ações em saúde capazes de garantir a integralidade da assistência, dentro de suas possibilidades, e o acesso digno aos serviços.

Por estar inserida em uma comunidade rural, a UBS Currálinho atende a população residente em fazendas da região e, por esse motivo, o trabalho é adaptado às muitas limitações enfrentadas pela equipe de saúde (transporte, vias de acesso, infraestrutura).

Acreditando no potencial da Estratégia de Saúde da Família foi desenvolvida uma proposta de intervenção nos grupos de hipertensos assistidos, com a finalidade de ajudar a equipe a melhorar o seu desempenho junto aos usuários.

A equipe de saúde apresentou os “nós-críticos”, ou seja, as principais causas relacionadas aos problemas identificados.

Diante do exposto, decidiu-se elaborar uma proposta de intervenção que contribua para a efetividade dos grupos educativos de usuários hipertensos de forma que atinjam um tratamento eficaz principalmente para a população que apresenta baixa escolaridade, onde as taxas de não adesão ou adesão errônea ao tratamento são maiores.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho justifica-se devido à relevância em se desenvolver ações de cunho individual e coletivo voltadas à população idosa analfabeta / semi-analfabeta / analfabeta funcional com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), dentro dos preceitos do Sistema Único de Saúde e no âmbito da Atenção Básica.

A importância de se tratar adequadamente tal doença, a qual afeta grande parte da população assistida pelo ESF de Curralinho, é por ela ser fator de risco para outras doenças como: Acidente Vascular Encefálico e as Síndromes coronarianas agudas.

As doenças do aparelho circulatório são a terceira causa de morte em Salinas.

Este trabalho justifica-se, também, pela importância na interação entre os profissionais da equipe de saúde (interdisciplinaridade) em prol da resolução dos problemas que afetam seu território de abrangência. Além da criação de medidas corretivas referentes à promoção de maior informação aos hipertensos em risco.

3 OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção de educação em saúde, individual e coletiva, voltadas à promoção da saúde e prevenção de agravos da população idosa analfabeta / semi-analfabeta / analfabeta funcional assistida pela UBS Curralinho, no município de Salinas/MG.

4 METODOLOGIA

Este trabalho teve como base uma revisão narrativa da literatura, visando identificar as principais dificuldades para adesão ao tratamento da hipertensão arterial na população idosa a fim de elaborar um plano de ação que contribua com maior adesão ao tratamento por parte dessa população.

Para elaboração do trabalho foi realizada pesquisa bibliográfica, com busca de material em documentos do Ministério da Saúde, periódicos indexados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com os seguintes descritores: idoso, prevenção, educação em saúde.

A partir dos dados coletados, todo o material passou pela análise do autor para avaliação do conteúdo e verificação dos elementos que serviriam de base para análise conceitual pretendida. Posteriormente, realizou-se uma leitura criteriosa e objetiva dos artigos que constituíram a amostra deste trabalho, destacando-se os trechos que correspondiam aos elementos de interesse, que se referiam aos fatores que influenciavam a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo por idosos hipertensos.

Após a revisão de literatura foi iniciado o trabalho com a equipe de saúde sendo realizado o diagnóstico situacional da região para planejarmos o nosso plano de ação. Este plano aconteceu de forma intersetorial (UBS e secretária de saúde), multiprofissional e também com a participação dos próprios usuários da UBS.

Na tentativa de reorientar as ações de promoção de saúde e em conformidade com as reais necessidades da população, foi necessário elaborar um novo planejamento em saúde. A partir da técnica da Estimativa Rápida, foram realizadas entrevistas com informantes-chaves da população (agentes comunitários de saúde; auxiliar de limpeza; recepcionista da unidade), bem como buscas em bancos de dados da saúde (Datusus; IBGE; PNAD; FNS), arquivo da UBS e observação direta do território de atuação.

Após a análise conceitual foi elaborado o plano de ação visando aumentar a adesão ao tratamento pela população idosa hipertensa da ESF Curralinho. A elaboração do plano de ação foi fundamentada nos preceitos do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Esse método de diagnóstico situacional tem como principal característica a apreciação da situação local, com o objetivo de projetar ações para mudá-la.

No primeiro encontro, foram traçadas metas com divisão de funções a cada responsável e cronograma.

A partir do levantamento dos nós-críticos, no segundo momento foram propostas ações de melhoria do atendimento à população idosa hipertensa, a partir da discussão com a equipe de saúde em reuniões, visando os recursos disponíveis e a motivação da equipe em desenvolver as atividades propostas no plano. As atividades, bem como os recursos necessários para implementação e os responsáveis pela realização, são descritas no plano de ação descrito abaixo.

O plano operativo seguirá um cronograma de 2 meses. Com ações simples de promoção de saúde que, se aplicadas de forma eficaz, são de grande repercussão nos hipertensos idosos analfabetos / semi-analfabetos / analfabetos- funcionais.

5 REVISÃO LITERÁRIA

Atualmente, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) constitui um sério problema de saúde pública em todo o mundo (MANFROI *et al.*, 2003).

De acordo com dados das Sociedades que estabeleceram as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (VI DBHA, 2010), inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos vinte anos anteriores a 2010, apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Ainda, considerando-se valores de $PA \geq 140/90$ mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9% (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos. Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países. As referidas Sociedades informaram, também, que uma revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, que analisou 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres (VI DBHA, 2010). Esses, portanto, são índices que devem ser levados em consideração quando se tem o objetivo de planejar a atenção à saúde de uma população.

A HAS é, comprovadamente, um fator de risco para uma série de outras doenças e agravos à saúde, sendo, portanto, considerada a origem das doenças crônico-degenerativa (FUCHS FD, *apud* MANFROI *et al.*, 2003).

Dentre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, a HAS é considerada uma das principais causas (BRASIL, 2006). Cerca de “17 milhões de brasileiros são portadores de HAS, o que representa 35% da população de 40 anos e mais” (BRASIL, 2006, p. 7). Ainda, de acordo com dados publicados em 2006, a HAS respondeu por aproximadamente 25% dos óbitos por doença arterial coronariana, 40% dos óbitos por acidente vascular cerebral (AVC) e, associada ao diabetes *mellitus*, respondeu por 50% das situações de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006).

Seu tratamento baseia-se em medidas de caráter farmacológico e não-farmacológico, de maneira que seu controle, quando realizado de forma continuada,

é essencial à prevenção de alterações irreversíveis ao organismo (MANFROI *et al.*, 2003)

No caso de idosos hipertensos, com idade entre 60 e 80 anos, independentemente do sexo, com presença de fatores de risco (tabagismo, sobrepeso, obesidade, sedentarismo), história de doença pregressa ou familiar, e sedentarismo, tem dificuldade para aderir a um tratamento farmacológico eficiente (ALMEIDA *et al.*, 2007). Por essa razão, o tratamento deve estar associado a mudanças de hábito, tais como dieta, prática de exercícios físicos, diminuição do tabagismo e ingestão de álcool (PINHEIRO, 2009).

Acreditando no potencial da ESF para o controle das doenças crônicas não transmissíveis, o Ministério da Saúde lançou, em 2001, o Plano de Reorganização da Atenção à HAS e ao Diabetes Mellitus, estabelecendo a educação do hipertenso como responsabilidade de todos os membros da equipe. Especificamente, para o médico está estabelecido que ele deva, dentre outras ações, “Programar, junto à equipe, estratégias para a educação do paciente”; para o enfermeiro estão estabelecidas, entre outras competências: “[...] desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes hipertensos e diabéticos; Estabelecer, junto à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão (grupos de hipertensos e diabéticos)” (BRASIL, 2002, p.86-87). Assim, este projeto parte do ponto de partida de que é possível educar o hipertenso e que a ESF tem um papel importante nisso.

A educação em saúde é uma das estratégias apresentadas como possibilidade de atuação do profissional de saúde para orientação das atividades a serem desenvolvidas com pessoas com diagnóstico de HAS, assim como importante método a ser implementado com vistas à prevenção do surgimento da doença e/ou de suas complicações. (BESEN, 2007)

Há muito tempo se discute acerca da importância da utilização da prática educativa como aliada do processo de promoção da saúde nos diversos cenários nos quais o cuidado à saúde é prestado e, dentre estes, principalmente na atenção primária.

De acordo com Meyer (2006), o acesso à informação por parte da população tem sua importância reconhecida no processo educativo. Não se defende uma prática completamente separada desse tipo de intervenção, porém, o que se discute é se apenas a oferta de informações, por si só, é suficiente para que haja melhora no nível de saúde da população.

Assim, atualmente ganha importância o modelo radical de educação em saúde, que atua com base na construção compartilhada de saberes e, portanto, tem suas ações formuladas com intuito de se aproximarem dos princípios norteadores da Estratégia Saúde da Família (ESF). (BESEN, 2007)

Conforme Besen (2007), neste método destaca-se o direito à saúde e à autonomia do indivíduo como condições indispensáveis ao processo educativo. Nesse modelo, as propostas educativas não se baseiam na transmissão de conhecimentos historicamente acumulados pelas profissões da saúde para a prevenção e cura de doenças, e sim, para a melhoria da qualidade de vida do ser humano por meio do reconhecimento das reais necessidades apresentadas por ele.

Assim, não se deve tratar a pessoa com HAS como se ela fosse uma mera espectadora da relação de cuidado, gerando uma verdadeira opressão de saberes. Ao contrário, deve-se levar em consideração seu papel de coprodutora do cuidado, por meio de uma relação baseada no respeito dos diferentes saberes.

Para tanto, Toledo, Rodrigues e Chiesa (2007) apontam como importante o investimento no modelo dialógico de educação em saúde que possibilitará a incorporação, por parte da equipe de saúde, de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, a humanização das práticas de saúde e a busca constante por qualidade da assistência e resolubilidade. Nesse contexto, a educação em saúde surge como uma das possibilidades de intervenção, pois pode atuar no esclarecimento do que vem a ser a doença e de quais suas repercussões na vida do indivíduo.

A VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (VI DBHA, 2010) orienta a utilização da educação em saúde, realizada individualmente ou em grupo, como estratégia a ser utilizada pelos profissionais durante o acompanhamento da pessoa com HAS.

Para tanto, deve-se lançar mão dos diversos recursos disponíveis com o intuito de se atingir resultados satisfatórios.

A adesão ao tratamento é considerada um ponto preponderante na terapêutica da HAS. Ao internalizar a importância da prática de hábitos de vida saudáveis atrelada ao uso correto da medicação, quando necessária, o indivíduo abre caminho para que possa atuar como sujeito do seu tratamento, realizando suas próprias escolhas e não mais atuando como mero receptor de orientações dos profissionais.

Nesse aspecto, percebe-se a educação em saúde como forma privilegiada de se abordar esse conhecimento próprio apresentado pela pessoa com HAS e, além disso, como espaço privilegiado para as práticas de saúde, principalmente quando executada na atenção primária.

Assim, atualmente, reconhece-se que fatores culturais são preponderantes na adesão ao processo terapêutico da pessoa com HAS, pois fatores como estilo de vida, hábitos, rotinas e costumes tendem a influenciar diretamente muitas das decisões tomadas pelo indivíduo (BOEHS et al., 2007).

A atuação do médico deve estar pautada na compreensão das reais necessidades da população que assiste, pois é reconhecida a existência de diversos fatores que facilitam e dificultam a adesão ao tratamento da HAS, como, por exemplo, a baixa condição socioeconômica apresentada pelo usuário, bem como sua baixa autoestima (TAVEIRA; PIERIN, 2007).

Dessa forma, o profissional passa a entender que diversos fatores atuam de forma a influenciar o sujeito em suas decisões. Sendo assim, percebe o espaço da educação em saúde como privilegiado para trabalhar questões que ultrapassam o biológico, com intuito de que se alcance a construção de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis às necessidades dos indivíduos que, por meio do processo de empoderamento, estarão aptos a desenvolver maior controle sobre suas condições de vida individual e coletiva (BESEN, 2007).

Percebe-se a importância da prática educativa executada pelo médico, individualmente ou como parte da equipe multiprofissional, com intuito de se conseguir a recuperação, manutenção e/ou promoção da saúde dos sujeitos por ele assistidos, pois este profissional está, geralmente, em constante contato com o usuário, podendo, assim, reconhecer suas reais necessidades e, com isso, ter atuação mais efetiva.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Diante da relevância deste estudo, não só para a comunidade de Curralinho, mas em todo âmbito relacionada a saúde, propõe-se medidas simples e de grande repercussão nos doentes idosos analfabetos / semi-analfabetos / analfabetos-funcionais.

Após a leitura e sistematização de alguns conhecimentos básicos sobre a problemática relacionada ao acompanhamento e controle de usuários hipertensos foi elaborada uma proposta que pode ajudar a equipe a melhorar o seu desempenho junto aos usuários com hipertensão.

O resultado dessa pesquisa de campo resultou nas informações exibidas na Tabela 2, que mostra a lista dos principais problemas reconhecidos por informantes-chaves, usuários dos serviços prestados pela Unidade básica de saúde de Curralinho e equipe de saúde da comunidade rural Curralinho, município de Salinas/MG, em julho de 2014. Foram entrevistadas 40 pessoas da comunidade de Curralinho, no período de 30 dias. Constatou-se causas e suas consequências de acordo com os entrevistados.

Tabela 2 - Principais causas da baixa efetividade do tratamento anti-hipertensivo na população idosa analfabeta/ semi analfabeta/ analfabeta funcional

Problema	Resultados	Intervenção
Baixo nível de escolaridade	Dificuldade de adesão ao plano de tratamento	Possível
Baixa condição financeira	Dificuldade de obtenção de medicamentos não disponibilizados pelo SUS	Não-possível
Baixa noção de higiene alimentar	Altos índices de parasitoses e suas consequências	Possível
Dificuldade de acesso à UBS	Não comparecimento às	Não-possível

	consultas agendadas	
Referência para At. 2ª	Não realização de exames laboratoriais e consultas com especialistas da saúde	Não-possível
Tempo oneroso para resultados de exames lab.	Pausa no plano e execução do tratamento proposto	Não-possível

Fonte: Dados da Estimativa Rápida, município de Salinas/MG.

Os “nós-críticos”, ou seja, as principais causas relacionadas aos problemas identificados podem ser visualizados por meio da Tabela 3, a seguir:

Tabela 3: “nós-críticos” identificados pela baixa adesão dos idosos ao tratamento anti-hipertensivo da área de abrangência da UBS Curralinho, município de Salinas/MG. Julho de 2014.

SELEÇÃO DOS “NÓS CRÍTICOS”
<ul style="list-style-type: none"> • Baixo nível de instrução / escolaridade da população
<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade de comunicação verbal ou não-verbal com a equipe
<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade de acesso à Unidade Básica de Saúde
<ul style="list-style-type: none"> • Baixo nível de informações sobre suas condições de saúde (sinais e sintomas da doença, fatores de risco, tratamento e acompanhamento)
<ul style="list-style-type: none"> • Processo de trabalho da equipe de saúde: ações de Educação em Saúde deficientes (realização de grupos operativos mensais, capacitações dos ACS, visitas domiciliares).

Fonte: Dados de estimativa rápida, município de Salinas / MG

A seguir serão apresentados os planos de intervenção de acordo com os nós críticos identificados.

Quadro 1 - Plano de intervenção sobre a população idosa analfabeta / semi-analfabeta / analfabeta- funcional para melhora de adesão tratamento da HAS.

Nó crítico	<ul style="list-style-type: none">_ Baixo nível de instrução / escolaridade da população._ Dificuldade de comunicação verbal ou não-verbal com a equipe
Operação / Projeto	Disponibilizar informações de maneira mais prática e de fácil entendimento para uso correto da medicação.
Resultados esperados	Uso correto da medicação pela população alvo.
Produtos esperados	Usuários bem instruídos sobre a utilização correta da medicação.
Atores sociais/ responsabilidades	Profissionais da ESF.
Recursos necessários	Para este fim utilizaremos recursos didáticos, faz-se necessário a distinção por cores entres os diversos papéis que o doente leva para casa após consulta médica: Receituário branco será receita medicamentosa e receituário azul será os pedidos de exames. Carimbos com as ilustrações de sol, prato e lua para fazer menção ao horário aproximado de cada medicação.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Profissionais da ESF Motivação: Favorável
Responsáveis:	Médica, Enfermeira, ACS
Cronograma / Prazo	2 meses

Nó crítico	Baixo nível de informações sobre suas condições de saúde (sinais e sintomas da doença, fatores de risco, tratamento e acompanhamento).
Operação / Projeto	-Realizar medidas específicas para redução de peso. - Realizar medidas específicas para prática de exercícios físicos. - Mudanças de hábitos alimentares
Resultados esperados	Mudanças nos hábitos de vida da população, favorecendo os resultados da terapêutica não medicamentosa para HAS
Produtos esperados	População alvo com hábitos de vida mais saudáveis
Atores sociais/ responsabilidades	Profissionais da ESF; Profissionais de Educação Física; Nutricionista.
Recursos necessários	- Para este fim utilizaremos recursos organizacionais e políticos, com ações como disponibilizar profissionais da área de nutrição e educação física para elaboração de dietas e realização de exercícios físicos orientados para a população-alvo. Além de recursos cognitivos, como campanhas educativas para a população sobre a importância de exercícios físicos, informar a população sobre a maior incidência de HAS em pessoas com consumo elevado de sal, sendo imprescindível a realização de dieta hipossódica.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Profissionais da ESF, Profissionais de Educação Física, Nutricionista Motivação: Favorável
Responsáveis:	Médica, Enfermeira, ACS, Profissionais de Educação Física, Nutricionista
Cronograma / Prazo	2 meses

Nó crítico	Processo de trabalho da equipe de saúde: ações de Educação
-------------------	--

	em Saúde deficientes (realização de grupos operativos mensais, capacitações dos ACS, visitas domiciliares).
Operação / Projeto	Capacitação específica dos profissionais que estão atuando na rede quanto a organização e condução dos grupos operativos.
Resultados esperados	Profissionais capacitados na metodologia de condução de grupos operativos. / Grupos formados e conduzidos.
Produtos esperados	Instrutores para ministrar a capacitação específica em condução de grupos operativos. Materiais didáticos para usuários e profissionais.
Atores sociais/ responsabilidades	Profissionais da ESF; Secretaria de Saúde.
Recursos necessários	Para este fim utilizaremos recursos organizacionais e políticos, com articulação os gerentes do município e unidade de saúde para aprovação do plano, além de recursos financeiros para aquisição de recursos audiovisuais, materiais didáticos para profissionais.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Profissionais da ESF, Secretaria de Saúde Motivação: Favorável
Responsáveis:	Médica, Enfermeira, ACS, Secretaria de Saúde
Cronograma / Prazo	2 meses

FONTE: ESF de Salinas/MG

As atividades desenvolvidas a partir do presente trabalho também deverão ter seus resultados avaliados. Para tanto propomos a realização de reuniões quinzenais de discussão, avaliação e análise do trabalho em desenvolvimento. Além disso, será proposta a elaboração de um instrumento de avaliação de resultados e a definição da continuidade e criação de novos grupos, a partir da avaliação realizada.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com intuito de trabalhar o impasse do esmero na adesão ao tratamento anti-hipertensivo na população idosa analfabeta, semi-analfabeta e analfabeta funcional dentro da perspectiva do cuidado na Atenção Básica a Unidade Básica de Saúde (UBS) Curralinho em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde de Salinas., reconheceu a necessidade de intervenção com ações de educação em saúde junto à população idosa assistida.

Entendendo a gravidade desse problema, a equipe de saúde vem alterando sua forma de intervir nesse grupo de risco, preconizando ações, individuais e coletivas, no âmbito da UBS Curralinho, de forma a levar informações de saúde, potencialmente compreensíveis a esses pacientes. Um exemplo dessa mudança são prescrições médicas mais legíveis e bem explicadas.

Diante disso, a equipe de saúde priorizou ações, no âmbito individual e coletivo, voltadas às dificuldades na adesão ao plano de tratamento anti-hipertensivo da população idosa analfabeta/semi-analfabeta/analfabeta funcional.

Um exemplo dessa mudança pode ser facilmente percebido nas consultas médicas de rotina. Hoje, reorganizamos a forma de explicar a condição de saúde ao paciente, utilizando uma linguagem verbal mais coloquial de fácil entendimento.

Este Plano de Intervenção poderá significar uma nova forma de funcionamento dos grupos realizados atualmente para os usuários idosos analfabetos / semi-analfabetos / analfabetos-funcionais portadores de HAS.

As atividades pautarão nas mudanças efetivas dos estilos de vida, de forma que se utilize uma equipe multidisciplinar nessas atividades. Por meio das atividades serão propiciados encontros entre usuário e profissional.

Enfim, a expectativa é de que as atividades realizadas propiciarão uma nova concepção pedagógica para os profissionais da equipe e a comunidade,

fortalecendo as ações de saúde, de forma que essas atividades se tornem rotineiras no atendimento da população hipertensa.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, V. et al. A hipertensão arterial. **Manual de atenção à saúde do adulto – hipertensão e diabete**. 2ed. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007. p.17-65; 151-62.

BESEN, C. B.; SOUZA NETTO, M; DA ROS, A. A.; SILVA, F. W.; SILVA, C. G.; PIRES, M. F. A Estratégia Saúde da Família como objeto de educação em saúde. **Saúde e Sociedade**., v.16, n.1, p. 57-68. 2007.

BOEHS AE, MONTICELLI M, WOSNY AM, HEIDEMANN IBS, GRISOTTI M. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto Contexto Enferm [online]**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 307-314. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Cadernos de Atenção Básica nº 15.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e Diabete Mellitus. **Manual de Hipertensão arterial e Diabete Mellitus**. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FUCHS, S. C.; CASTRO, M. S.; FUCHS, F. C. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Hipertensão**, v. 7, n. 3, p. 90-93, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico de 2009**.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico de 2010**.

MANFROI, A. et al. Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma unidade de Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Med Fam e Com**, Rio de Janeiro, v.2, n.7, out-dez, 2006.

MEYER, D. E. E.; MELLO, D. F.; VALADÃO, M. M.; AYRES, J. R. C. M. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6. 2006.

PINHEIRO, MBG. Dificuldade de Adesão do idoso ao tratamento farmacológico para hipertensão arterial. Campos Gerais, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SALINAS (PMS). Disponível em: www.salinas.mg.gov.br.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes**

Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo: SBC; SBH; SBN, 2010. Disponível em <<http://www.sbh.org.br/documentos/index.asp>.>

TAVEIRA, L. F.; PIERIN, A. M. G. O nível socioeconômico pode influenciar as características de um grupo de hipertensos? **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 5. 2007.

TOLEDO, M. M.; RODRIGUES, S. C.; CHIESA, A. M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto contexto - enferm.** [online], v.16, n.2, p. 233-238. 2007.