

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

PATRÍCIA ROCHA BARROS VIEIRA

**Proposta de intervenção para melhoria da adesão de hipertensos
ao acompanhamento ambulatorial**

Juiz de Fora / MG
2015

PATRÍCIA ROCHA BARROS VIEIRA

**Proposta de intervenção para melhoria da adesão de hipertensos
ao acompanhamento ambulatorial**

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

Orientadora: Prof^a. Christiane Motta

Juiz de Fora / MG
2015

PATRÍCIA ROCHA BARROS VIEIRA

**Proposta de intervenção para melhoria da adesão de hipertensos
ao acompanhamento ambulatorial**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof^a. Christiane Motta Araújo. Universidade Federal dos Vales Jequitinhonha e Mucuri.

Examinador 2: Prof^a. Liliane da Consolação Campos Ribeiro. Universidade Federal dos Vales Jequitinhonha e Mucuri.

Aprovado em Belo Horizonte, em 05 de Janeiro de 2016.

AGRADECIMENTOS

A Deus;

Aos familiares;

Aos professores e colegas de curso;

Aos colegas do trabalho;

À orientadora Christiane Motta Araújo.

RESUMO

A Unidade Básica de Saúde Dona Darcy Barra se encontra no município de Rio Pomba e apresenta, como principal problema, a baixa adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento. Sabe-se que a hipertensão arterial é uma doença silenciosa, e que pode causar sérios danos à saúde, caso não seja controlada. Esses danos envolvem problemas cardiovasculares, renais e cerebrais que levam o paciente hipertenso a incapacidade, perda da qualidade de vida e até mesmo à morte. Assim, priorizou-se atuar sobre esse problema através dos nós críticos definidos pela equipe, que foram; Nível de Informação, Hábitos e Estilo de Vida, Processo de Trabalho da Equipe e Recursos Disponível. Para isso, será necessário o trabalho de uma equipe multiprofissional e ações educativas na unidade, bem como visitas domiciliares frequentes, para que os objetivos sejam alcançados. Espera-se que, dentro dos prazos estabelecidos, os pacientes hipertensos dessa unidade possam aderir de fato ao tratamento, realizar o autocuidado e melhorar significativamente sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Hipertensão, Adesão ao Tratamento, Fatores de Risco.

ABSTRACT

The Basic Health Unit Mrs. Darcy is in the municipality Rio Pomba and it has as the main problem poor adherence of hypertensive patients to treatment. The high blood pressure is a silent disease which can cause serious damage to health, if not controlled. Such damage involving cardiovascular, renal and cerebral problems that lead the loss of quality of life and even death. So if prioritized act on this problem through the critical nodes defined by staff, who were; Information level, Habits and Lifestyles, Work Process Team and Available Resources. For this, the work of a multidisciplinary team and educational activities in the unit will be required as well as frequent home visits, so that the objectives are achieved. It is expected that, within the set deadlines, hypertensive patients of unit, can adhere to treatment in fact, perform self-care and significantly improve their quality of life.

Key words: Hypertension, Treatment Adherence, Risk Factors.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –Dez passos para a alimentação saudável dos pacientes com HAS	17
Quadro 2 – Operações sobre o nó crítico “Nível de Informação”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família (PSFI) da UBS Dona Darcy Barra, em Rio Pomba, Minas Gerais.	20
Quadro 3 – Operações sobre o nó crítico “Hábitos e Estilo de Vida”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família (PSFI) da UBS Dona Darcy Barra, em Rio Pomba, Minas Gerais.	21
Quadro 4 – Operações sobre o nó crítico “Processo de Trabalho da Equipe de Saúde”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família (PSFI) da UBS Dona Darcy Barra, em Rio Pomba, Minas Gerais.	22
Quadro 5 – Operações sobre o nó crítico “Recursos Oferecidos pelo SUS”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família (PSFI) da UBS Dona Darcy Barra, em Rio Pomba, Minas Gerais.	23

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. JUSTIFICATIVA.....	10
3. OBJETIVOS.....	12
3.1 Objetivo Geral:.....	12
3.2 Objetivos Específicos:.....	12
4. MÉTODOS	13
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	15
5.1 Hipertensão Arterial	15
5.2 Diagnóstico e Tratamento.....	16
5.3 Consequências do Não Acompanhamento.....	18
5.4 A Atenção Primária no Tratamento do Paciente Hipertenso.....	19
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	20
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
REFERÊNCIAS.....	25

1. INTRODUÇÃO

A comunidade da Unidade Básica de saúde (USB) Dona Darcy Barra (Programa Saúde da Família PSF I), onde o problema de que se trata este trabalho foi observado, situa-se na cidade de Rio Pomba – Minas Gerais. Esse município apresenta uma população de 17.110 habitantes, distribuídos em 50,27% de mulheres e 49,73% de homens.

O município abrange uma área territorial de 252,418 km², apresenta um índice de desenvolvimento humano de 0.714, com mais da metade da população alfabetizada. Conta com 14 estabelecimentos de saúde cadastrados pelo Sistema Único de Saúde, sendo que a Secretaria de Saúde do Município coordena e executa as ações de saúde da atenção básica e é responsável pelo Setor de Urgência e Emergência, veiculado ao Hospital São Vicente de Paula, por meio de convênio. Há também a Vigilância de Saúde que conta com a Vigilância Sanitária e Epidemiológica do município (IBGE, 2010).

O PSF I foi inaugurado em 1996, e fazem parte dele os bairros Nossa Senhora das Graças, Prefeito Geraldo Homem de Faria e Sol Nascente. Observa-se, na prática, que a parte empregada da comunidade vive basicamente da prestação de serviços e economia informal. As mulheres muitas vezes são desempregadas e/ou dedicam a vida ao trabalho doméstico.

A atividade econômica do município gira em torno do setor terciário e em segundo plano, o setor primário. A atividade agropecuária cobre principalmente a criação de aves e gado leiteiro. Os produtos de lavoura permanente são principalmente a banana e goiaba. Além disso, conta com um Distrito Industrial que abriga 16 indústrias, dentro do projeto da CODEMIG (Companhia de Desenvolvimento de Minas Gerais).

Os dados que mostram o diagnóstico situacional da equipe do PSF I, coletados no banco de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (2015), que se encontra armazenado na secretaria de saúde do município, e as informações dadas por funcionários da mesma indicaram que a população atendida atualmente é de 2 225 pessoas, sendo um total de 608 famílias cadastradas no ano de 2015.

Um dos principais problemas observados desde o início das atividades nesta unidade se refere à baixa adesão dos pacientes ao tratamento anti-hipertensivo. Sabe-se que a hipertensão arterial sistêmica, se não controlada pode levar à complicações graves na saúde do paciente portador, como por exemplo, doenças cardiovasculares, cerebrais e renais advindas do descontrole dos níveis pressóricos, os quais se apresentam com risco elevado de complicações em pacientes com pressão sistólica superior à 140 mmHg, e pressão diastólica superior à 90 mmHg (BRASIL, 2011a).

Devido aos riscos que o descontrole da pressão arterial pode ocasionar na saúde do indivíduo, o Ministério da Saúde relata que a hipertensão arterial sistêmica é a doença mais prevalente no mundo (BRASIL, 2006). Assim, para evitar os agravos na saúde, é importante que o paciente faça um acompanhamento adequado e siga corretamente dois tratamentos que se propõe; o tratamento medicamentoso, com prescrições individualiza e devidamente avaliadas, para que, havendo necessidade, sejam assim alteradas, e o tratamento que consiste na mudança dos hábitos de vida, com reeducação alimentar e atividade física regular (MIO, 2002).

Os dados para levantamento do diagnóstico situacional do PSF I foram colhidos por meio de pesquisa direta nos registros dos prontuários de cada paciente, por meio de conversa com os agentes de saúde bem como através da observação ativa da área, levando em conta quem são os pacientes que comparecem à UBS, quem são os pacientes que não consultam há meses, e quais deles apresenta alguma sequela possível de complicações por Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

2.JUSTIFICATIVA

Os agentes de saúde trouxeram o número de hipertensos em cada microárea, o que somou 251 pacientes. Destes, verificando os prontuários um a um, observou-se que 159 não comparecem ao serviço de saúde por um período igual ou maior a 6 meses, mantendo renovadas ou não suas receitas. De acordo com os prontuários, conhecimentos e registros dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 44 pacientes (17% do total) já possuem pelo menos alguma lesão de órgão alvo, situação que nos preocupa, pois as complicações da doença podem ser muito graves, como o acidente vascular cerebral, o infarto agudo do miocárdio e a doença renal.

Além desses números, sabe-se que existe ainda muita falta de conhecimento em relação ao assunto Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). A maioria dos pacientes não parece saber exatamente quais os riscos a longo prazo da doença. Mesmo aqueles com sequelas devido à doença, não estão conscientes da origem das mesmas. Apesar de ser uma comorbidade com possíveis graves prejuízos, a população não tem o hábito de procurar atendimento se estiver assintomática e, portanto, dificulta o trabalho dos profissionais em manter o acompanhamento dos mesmos.

Sendo assim, a baixa adesão dos usuários ao controle periódico da doença, ocorre principalmente por desconhecimento da importância do mesmo, e da comodidade que os é oferecida ao poderem ter as receitas transcritas sem comparecer à unidade, poupando tempo para outros compromissos considerados mais importantes. Nota-se que parte considerável dos hipertensos é formada por indivíduos economicamente ativos, e estes comparecem menos à unidade, em especial os homens.

Também é possível observar na rotina da unidade, que a maioria dos pacientes hipertensos que procuram o atendimento, o fazem por motivos diversos que não incluem a revisão de sua doença crônica. O perfil básico do usuário é de idosos com doenças crônicas e poliqueixosos, com a hipertensão sendo apenas parte de um quadro com outros incômodos maiores que os levaram à unidade.

O problema do PSF I escolhido e que será, portanto, priorizado, trata-se da falta de acompanhamento de controle adequado dos pacientes hipertensos. Justifica-se tal escolha por ser um problema que vem persistindo há anos, como venho notando nos prontuários dos pacientes hipertensos, que já se habituaram a apenas pegar suas receitas, sempre repetidas periodicamente de acordo com a demanda do paciente, sem realizar consultas de controle.

Leva-se em consideração também o fato de ser um problema urgente, já que as consequências da Hipertensão Arterial Sistêmica podem ser graves e interferem na qualidade de vida e produtividade do paciente de forma significativa, além de sobrecarregar os outros sistemas de saúde com problemas que poderiam ter sido evitados com a atuação da atenção primária. Além do mais é perfeitamente passível de intervenção e modificação, estando estas de acordo com a capacidade da equipe.

Na comunidade do PSF I, os hipertensos não comparecerem à unidade para o controle adequado de sua doença é um fato comum e banalizado. Como o número de pacientes sem controle é alto, atentar para as consequências e dimensão de tal situação é uma questão de prioridade já que, quando o paciente hipertenso apresenta complicações por má evolução da doença, estas são geralmente graves e comprometem em muito a qualidade de vida do paciente, prejudicando sua autonomia e participação ativa na comunidade.

Sendo assim, é fundamental a preocupação com o melhor cuidado de tais indivíduos, já que é um problema que afeta muito a qualidade de vida do doente e de todos ao redor dele –vizinhos, familiares e amigos – à medida que o mesmo vai se tornando sempre mais dependente, quanto pior evolui, ainda mais em comunidades onde o suporte social deixa muito a desejar. Além disso, têm-se os prejuízos que tal descuido gera para a saúde pública, provocando gastos pesados e evitáveis.

3.OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

Criar uma proposta de intervenção para maior adesão dos pacientes hipertensos ao acompanhamento ambulatorial.

3.2 Objetivos Específicos:

Melhorar a qualidade da assistência prestada aos pacientes hipertensos;

Incentivar, por meio de ações individuais e coletivas, os pacientes hipertensos do PSF I a seguirem corretamente todo o tratamento proposto;

Realizar revisão da bibliográfica sobre o assunto em questão.

4.MÉTODOS

Será realizada uma pesquisa para levantamento de dados acerca das consequências da HAS e de como deve ser realizado corretamente seu acompanhamento. Para isso serão analisadas produções científicas publicadas a partir do ano de 2000, que se encontram em bancos de dados eletrônicos como LILACS, MEDLINE e SCIELO, por meios dos descritores: Hipertensão, Adesão ao Tratamento, e Fatores de Risco.

Para o desenvolvimento do trabalho, foi inicialmente pesquisada, nos prontuários médicos dos pacientes portadores de HAS, a frequência com que eles comparecem à unidade e se seus cuidados (como exame físico, exames laboratoriais, e passagens por especialistas quando necessário) estão atualizados ou não.

Através de análise situacional com a equipe e levantamento dos nós críticos da unidade, percebemos que os aspectos que poderiam efetivamente transformar nossa situação de saúde quanto aos hipertensos, e sobre os quais podemos tentar agir e modificar são:

- Nível de informação;
- Hábitos e estilos de vida;
- Processo de trabalho da equipe de saúde;
- Recursos oferecidos pelo SUS.

Abaixo estão exemplificadas ações para enfrentamento de cada um destes;

- Nível de informação - Operação Melhor Saber

O objetivo é que os pacientes saibam mais sobre a HAS. Como resultado teríamos pacientes mais conscientes dos males e dos cuidados relativos à sua doença, e, portanto mais participativos e colaborativos com o trabalho de seus cuidadores. Para isso, é necessário que a população alvo tenha capacidade cognitiva adequada; e os profissionais precisarão ter conhecimento sobre estratégias de comunicação, fazer parcerias com o setor de educação, contar com a ajuda dos meios que possam divulgar conhecimentos como rádio local, realizar campanhas educativas e tudo que possa divulgar informação, além de recurso financeiro para obtenção de material para palestras, por exemplo.

- Hábitos e estilos de vida- Operação Mudar a Saúde:

Trata-se de modificar o estilo de vida daquele paciente que não se preocupa com saúde. O paciente que não se propõe a mudar sua alimentação e seus hábitos de saúde de forma geral, também não vê a necessidade de ser avaliado periodicamente por um profissional, pois não tem o costume de buscar a qualidade de vida por meio de prevenção, nem de seguir recomendações médicas. Aqui espera-se aumentar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, preparando pacientes com o hábito de se cuidar e não mais se afastar do posto de saúde. Como produtos podemos ter palestras sobre os benefícios da alimentação correta e da atividade física, um programa de caminhada, e apoio de nutricionistas. Será necessário profissionais adequados com capacidade de organização para supervisionar tal atividade, bem como um local para as atividades.

- Processo de trabalho da equipe de saúde -Operação Cuidado Novo:

Trabalhar para oferecer um cuidado melhor dos profissionais ao paciente, resultando numa maior cobertura e ação mais eficiente sobre os hipertensos da área. Produtos: capacitação contínua da equipe, parceria com especialistas da atenção secundária, implantação de um protocolo de hipertensão para um cuidado mais específico da doença, horário na agenda destinado à população alvo. Recursos necessários: conhecimentos científicos, adesão dos profissionais da equipe, colaboração dos demais setores de saúde, elaboração de um protocolo que defina uma linha de cuidados.

- Recursos oferecidos pelo SUS - Operação Cuidar Mais:

O objetivo é melhorar o serviço que o SUS pode oferecer, para que mais hipertensos sejam atendidos e incluídos no atendimento adequado. Espera-se com isso mais acesso a exames necessários, consultas com especialistas e medicamentos necessários. Produtos: mais funcionários/empresas capacitados contratados para o aumento dos serviços, compra de medicamentos, exames e consultas especializadas. Recursos precisos: financeiros, políticos e cognitivos.

Cada projeto terá um prazo específico após seu início para que seja avaliado. Esse prazo irá variar entre dois e quatro meses após sua implantação, sendo avaliado por todos os responsáveis pela operação, ouvindo a opinião de toda a equipe para propor mudanças e melhorar o projeto. Após a primeira avaliação, cada projeto será reavaliado semestralmente.

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Hipertensão Arterial

A pressão arterial (PA) é a força que o sangue exerce sobre o epitélio do vaso sanguíneo, para que haja perfusão tissular e assim ocorram trocas de metabólitos necessários ao organismo. É representada pela pressão sistólica (mais alta pressão), causada pela sístole ventricular, e pressão diastólica (menor pressão), causada pela diástole ventricular. Para que a PA seja mantida em seu valor médio (120 por 80 mmHg), é necessário que o sistema nervoso e o sistema renal trabalhem em conjunto, associados à mecanismos hormonais (LUNARDI *et al.*, 2007).

A elevação dos valores da PA causa a hipertensão arterial (HA) ou hipertensão arterial sistêmica (HAS), que possui várias causas, e pode estar relacionada ou não a lesões em órgãos alvos. A HAS é um tipo de doença que já atinge 20% da população adulta no Brasil e que é considerada fator de risco para outras doenças como as cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral. Já é considerado um problema de saúde pública por sua alta prevalência e por ser uma doença silenciosa, o que dificulta sua detecção (SBC, 2010).

Os níveis de pressão arterial elevados, associados a alterações metabólicas e hormonais, são características da HA. Em adultos, ela se apresenta com valores de pressão sanguínea iguais ou superiores à 140 mmHg para pressão arterial sistólica e 90 mmHg para pressão arterial diastólica. A doença hipertensiva já atinge grande parte da população, e é importante causa de morte na população adulta e idosa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A epidemiologia da HA é descrita por alguns autores, que constam ser mais prevalente (quase o dobro) na população negra, pelo fato de apresentarem atividade reduzida da renina plasmática. É mais prevalente também em mulheres, pessoas com mais de 40 anos, economicamente ativos e com renda familiar abaixo de cinco salários mínimos, além dos tabagistas, sobrepesos e obesos (MION *et al.*, 1995; SANTOS *et al.*, 2005).

5.2 Diagnóstico e Tratamento

O diagnóstico da HAS deve ser feito por meio da aferição da PA em um período determinado; de três a quatro aferições consecutivas, dentro de duas semanas. Se tais aferições mostrarem PA elevada, há o diagnóstico da HAS. Para maior efeito, é recomendado fazer exames laboratoriais (glicemia de jejum, colesterol total, potássio e creatinina), além de eletrocardiograma (ECG) no paciente, para que haja diagnóstico preciso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Por ser uma doença de ação silenciosa, é necessário que se faça um acompanhamento médico regular, para que haja detecção precoce, e assim, se evitar as complicações da HAS, como lesões em órgãos alvo. O tratamento deve ser feito com bastante controle e regularidade, já que é uma doença sem cura. O paciente deve seguir o tratamento adequado por toda a vida, buscando sempre retornar ao médico para maior controle (FIGUEIREDO & ASAKURA, 2010).

Um dos maiores desafios para os profissionais da área é a adesão do paciente hipertenso ao tratamento proposto, o que impede que os objetivos terapêuticos sejam alcançados e assim propicia complicações no estado de saúde deste paciente. Para que haja adesão, é necessário que o paciente tenha total consciência do seu estado de saúde, e que tenha informações completas sobre a importância do autocuidado, do tratamento e das consequências da sua não adesão (DOURADO *et al.*, 2011).

O tratamento anti-hipertensivo se baseia em duas condutas; a medicamentosa e a não medicamentosa. A terapia medicamentosa pode contar com a administração de um fármaco ou outros adicionais, associados e prescritos de acordo com a necessidade do paciente. Deve ser feita de maneira individualizada e priorizando sempre a conservação da qualidade de vida do paciente. Comoterapia única inicial, são recomendados os fármacos do tipo diuréticos, betabloqueadores e inibidor da enzima conversora da angiotensina(ECA). Em caso de associação de fármacos, recomendam-se baixas doses de anti-hipertensivos (MION *et al.*, 2006).

A conduta não medicamentosa envolve mudança no estilo de vida, com adoção de hábitos saudáveis de forma contínua. Entre esses hábitos, tem-se redução do uso de bebidas alcoólicas, alimentação balanceada, prática de atividade física regular, abandono do tabagismo, redução e manutenção do peso corporal e controle emocional com redução do estresse (SBC, 2007).

Segue abaixo o quadro um, com recomendações para uma alimentação saudável, em dez passos.

Quadro 1. Dez passos para a alimentação saudável dos pacientes com HAS

<p>1. Procure usar o mínimo de sal no preparo dos alimentos.</p> <p>Recomenda-se para indivíduos hipertensos 4 g de sal por dia (uma colher de chá), considerando todas as refeições.</p> <p>2. Para não exagerar no consumo de sal, evite deixar o saleiro na mesa. A comida já contém o sal necessário!</p> <p>3. Leia sempre o rótulo dos alimentos verificando a quantidade de sódio presente (limite diário: 2.000 mg de sódio).</p> <p>4. Prefira temperos naturais como alho, cebola, limão, cebolinha, salsinha, açafrão, orégano, manjerição, coentro, cominho, páprica, sálvia, entre outros.</p> <p>Evite o uso de temperos prontos, como caldos de carnes e de legumes, e sopas industrializadas. Atenção também para o aditivo glutamato monossódico, utilizado em alguns condimentos e nas sopas industrializadas, pois esses alimentos, em geral, contêm muito sódio.</p> <p>5. Alimentos industrializados como embutidos (salsicha, salame, presunto, linguiça e bife de hambúrguer), enlatados (milho, palmito, ervilha etc.), molhos (<i>ketchup</i>, mostarda, maionese etc.) e carnes salgadas (bacalhau, charque, carne seca e defumados) devem ser evitados, porque são ricos em gordura e sal.</p> <p>6. Diminua o consumo de gordura. Use óleo vegetal com moderação e dê preferência aos alimentos cozidos, assados e/ou grelhados.</p> <p>7. Procure evitar a ingestão excessiva de bebidas alcoólicas e o uso de cigarros, pois eles contribuem para a elevação da pressão arterial.</p> <p>8. Consuma diariamente pelo menos três porções de frutas e hortaliças (uma porção = 1 laranja média, 1 maçã média ou 1 fatia média de abacaxi).</p> <p>Dê preferência a alimentos integrais como pães, cereais e massas, pois são ricos em fibras, vitaminas e minerais.</p> <p>9. Procure fazer atividade física com orientação de um profissional capacitado.</p> <p>10. Mantenha o seu peso saudável. O excesso de peso contribui para o desenvolvimento da hipertensão arterial.</p>

Fonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2012.

Os estudos indicam que a redução de sal na alimentação reduz a pressão arterial. Para isso deve ser reduzido o consumo de sal não apenas no saleiro da mesa, mas também no preparo dos alimentos e na ingestão de alimentos com alto teor de sódio, como os conservantes, enlatados, embutidos e industrializados, em geral. Essa medida é importante não apenas para indivíduos com HAS, mas para toda a população, já que no Brasil, a população consome mais que o dobro das recomendações dietéticas diárias do sódio (SBC, 2010).

5.3 Consequências do Não Acompanhamento

A correta adesão se faz quando o paciente segue no mínimo, 80% do tratamento proposto, que consiste no uso do medicamento, na dosagem adequada, nos horários corretos e no tempo determinado (LEITE & VASCONCELLOS, 2003). A não adesão, no entanto, é difícil de ser determinada, mas já é considerada causa da elevada morbimortalidade desta doença, do aumento da taxa de absenteísmo no ambiente de trabalho, do aumento das licenças das aposentadorias por incapacidade (SANTOS *et al.*, 2005).

Os pacientes geralmente apresentam maior dificuldade em seguir o tratamento não medicamentoso, muitas vezes por costume, por questões culturais e até mesmo por falta de conhecimento. Nesse sentido, o estudo feito por FIGUEIREDO & ASAKURA (2010) demonstrou que apenas orientações e distribuição gratuita de medicamentos não são suficientes para que haja adesão ao tratamento e mudança no estilo de vida do paciente hipertenso.

É necessário para tanto, a atuação de uma equipe multiprofissional, que realize educação em saúde, voltada para a realidade de cada paciente, envolvendo também seus familiares. Nesse contexto a atenção básica em saúde tem uma grande vantagem, pelo seu modelo amplo e integral de atendimento (BRASIL, 2011).

Estudos indicam que quase dois terços da população hipertensa não possuem níveis tensionais controlados, o que indica baixa adesão ao tratamento ou abandono do mesmo, e que claramente afeta a qualidade de vida desses pacientes, levando à complicações. Tais complicações fazem com que o paciente busque tratamento médico de alto custo, com exames e procedimentos onerosos. Além disso, as complicações advindas da hipertensão, como doenças cardiovasculares, são hoje no país a principal causa de internações, o que envolve altos custos no sistema de saúde (MENDES *et al.*, 2014).

As complicações da HAS derivam de alterações fisiológicas do regime da PA, que levam a lesões, como; espessamento arteriolar, formação de ateroma, trombose intravascular e formação de aneurismas nos grandes vasos. O não tratamento da HAS faz com que o quadro se agrave, causando, entre outros, doença coronária, doença cerebrovascular hemorrágica, nefroesclerose, retinopatia hipertensiva, aneurismas da aorta, obstrução arterial crônica (SBC, 2010).

5.4 A Atenção Primária no Tratamento do Paciente Hipertenso

A atenção primária tem importante papel no cuidado do paciente hipertenso por permitir uma assistência integral na proteção, prevenção e promoção da saúde, a fim de evitar complicações advindas da HAS, que podem causar incapacidades no paciente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

As ações primárias visam prevenir não apenas complicações no quadro de saúde do paciente hipertenso, mas também é importante pelo custo-benefício do controle da pressão arterial por meio de ações educativas, consultas frequentes, visitas domiciliares e grupos de apoio, em detrimento dos gastos com tratamentos secundários como hemodiálises, cirurgias, fisioterapias, internações, o que, além de serem onerosos, causam um desgaste físico e psicológico no paciente (TEIXEIRA & EIRAS, 2011).

A Estratégia de Saúde da Família tem uma abordagem importante no sentido de prevenir que o paciente hipertenso passe por danos, já que a HAS é uma doença crônica e que tem múltiplas consequências, se não tratada. A preocupação é para que o indivíduo mantenha sua saúde e tenha qualidade de vida. A abordagem deve ser, portanto, completa e bastante precoce, haja vista que a HAS é uma doença silenciosa e que pode ficar assintomática por muitos anos (BRASIL, 2011).

O trabalho dos profissionais deve ser feito sob uma ótica multiprofissional, para que haja um atendimento integral. Assim, conta-se com práticas educativas, em grupo, ou individualmente, que envolvam palestras e instruções sobre hábitos saudáveis e autocuidado. Conta-se também com visitas domiciliares, que são importantes para entender a realidade do paciente e tratá-lo dentro dessa realidade, além de ser, quase sempre, possível envolver os outros familiares no processo de cuidado (TEIXEIRA & EIRAS, 2011).

As ações em domicílios, nos consultórios ou no grupo de apoio nas unidades básicas são importantes para criar vínculo com o paciente, levá-lo a aderir ao tratamento a fim de que haja controle da PA, e promoção de saúde e qualidade de vida.

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Serão descritos abaixo os recursos necessários, atores envolvidos, resultados esperados, controle, gestão, cronograma e prazo das ações a serem desenvolvidas sobre cada um dos nós críticos estabelecidos.

Quadro 2 – Operações sobre o nó crítico “Nível de Informação”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família (PSFI) da UBS Dona Darcy Barra, em Rio Pomba, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Nível de Informação
Operação	<i>Melhor Saber</i>
Projeto	Divulgação de informações sobre HAS a toda a comunidade (Práticas Educativas)
Resultados Esperados	Comunidade mais consciente, mais participativa e colaborativa aos cuidados em saúde.
Produtos esperados	Veiculação de informações nos meios de comunicação local, distribuição de folhetos educativos ruas principais próximas à UBS, aferição da pressão arterial na praça.
Atores sociais/ responsabilidades	Médica e Enfermeiras
Recursos necessários	Cognitivo: Informação sobre o tema hipertensão. Financeiro: Para confecção de panfletos informativos Político: Comunicação entre os setores políticos da saúde do município.
Recursos críticos	Financeiro e Político
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria de Saúde, PSF, NASF. Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Busca de parceria com meios de comunicação local (rádio)
Responsáveis:	Médica, Enfermeiras e ACS
Cronograma / Prazo	Implantação: três meses. Recorrência: uma vez por mês.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Reuniões com a equipe, para organização, e após cada evento para listar os resultados e possíveis melhorias.

Quadro 3 – Operações sobre o nó crítico “Hábitos e Estilo de Vida”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família (PSFI) da UBS Dona Darcy Barra, em Rio Pomba, Minas Gerais.

Nó crítico 2	Hábitos e estilo de vida
Operação	<i>Mudar a Saúde</i>
Projeto	Criação de um grupo de apoio para estimular os pacientes a se cuidarem e adotarem hábitos saudáveis como prática de atividade física e alimentação equilibrada.
Resultados Esperados	Pacientes com a pressão arterial controlada, peso corporal adequado, praticantes do autocuidado.
Produtos esperados	Palestras sobre alimentação saudáveis e prática de atividade física. Programa de caminhada coletiva.
Atores sociais/ responsabilidades	Médica e Enfermeiras
Recursos necessários	Cognitivo: Informação sobre o tema hipertensão. Financeiro: Para confecção de cartazes e aquisição de material audiovisual para as palestras. Humano: Profissionais de outras áreas da saúde, como Nutricionista. Político: Comunicação entre os setores políticos da saúde do município.
Recursos críticos	Financeiro, Humano e Político.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria de Saúde, PSF, NASF. Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Busca de parceria com outros profissionais da saúde.
Responsáveis:	Médica, Enfermeiras e ACS
Cronograma / Prazo	Implantação: dois meses. Recorrência dos encontros: quinzenalmente. Recorrência da caminhada: uma vez por semana.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Reuniões com a equipe, para organização, e após cada encontro para listar os resultados e possíveis melhorias.

Quadro 4 – Operações sobre o nó crítico “Processo de Trabalho da Equipe de Saúde”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família (PSFI) da UBS Dona Darcy Barra, em Rio Pomba, Minas Gerais.

Nó crítico 3	Processo de Trabalho da Equipe de Saúde
Operação	<i>Cuidado Novo</i>
Projeto	Capacitação da equipe, elaboração de um protocolo que defina uma linha de cuidados.
Resultados Esperados	Atendimento mais humanizado e amplo, maior cobertura no atendimento.
Produtos esperados	Capacitação contínua da equipe, parceria com especialistas da atenção secundária, implantação de um protocolo de hipertensão para um cuidado mais específico da doença, horário na agenda destinado à população alvo.
Atores sociais/ responsabilidades	Médica e Enfermeiras
Recursos necessários	Cognitivo: Informação sobre o tema hipertensão. Humanos: envolvimento da equipe e de outros setores. Político: Comunicação entre os setores políticos da saúde do município.
Recursos críticos	Humano e Político
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria de Saúde, PSF, NASF. Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Busca de parceria com meios de comunicação local (rádio)
Responsáveis:	Médica, Enfermeiras e ACS
Cronograma / Prazo	Uma vez por mês
Gestão, acompanhamento e avaliação	Reuniões com a equipe, para organização. Questionário após cada reunião de capacitação da equipe para verificar o rendimento.

Quadro 5 – Operações sobre o nó crítico “Recursos Oferecidos pelo SUS”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família (PSFI) da UBS Dona Darcy Barra, em Rio Pomba, Minas Gerais.

Nó crítico 4	Recursos Oferecidos pelo SUS
Operação	<i>Melhor Saber</i>
Projeto	Melhorar o serviço que o SUS pode oferecer, para que mais hipertensos sejam atendidos e incluídos no atendimento adequado.
Resultados Esperados	Espera-se com isso mais acesso a exames necessários, consultas com especialistas e medicamentos necessários.
Produtos esperados	Mais funcionários/empresas capacitados, contratados para o aumento dos serviços. Compras de medicamentos. Maior acesso a exames e consultas especializadas.
Atores sociais/responsabilidades	Médica e Enfermeiras
Recursos necessários	Financeiro: Verba para a unidade. Humano: equipe preparada Político: Comunicação entre os setores políticos da saúde do município.
Recursos críticos	Financeiro e Político
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria de Saúde, PSF, NASF. Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentação do Projeto. Busca de parceria para melhora da gestão dos recursos.
Responsáveis:	Médica, Enfermeiras e ACS
Cronograma / Prazo	Implantação: três meses. Recorrência: uma vez por mês.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Reuniões com a equipe, após dois meses de implantação. Pesquisa de opinião com cada profissional. Reavaliação semestralmente.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho com o paciente hipertenso deve ser feito de forma contínua, levando-se em consideração os desafios de mantê-lo no tratamento, e de ser atuar em sua realidade. É necessário o envolvimento da equipe nesse trabalho para que todos os objetivos sejam atingidos, e que em especial, haja mudança de vida de forma real, envolvendo assim familiares, pessoas que residem na mesma casa do paciente, para que todos se envolvam nesse cuidado.

O desafio maior é mudar a rotina e quebrar alguns padrões, principalmente os alimentares. Mas, devido a sua importância, é necessário que o trabalho seja feito com cautela, dia após dia, para ganhar a confiança do paciente e preservar assim a sua saúde.

Os prazos definidos para cada ação são apenas uma forma de avaliar nosso trabalho, o que não significa que há um prazo específico para terminar esse trabalho. Hoje muitas pessoas apresentam HAS e as estatísticas indicam aumento dessa população, o que demonstra a real necessidade de que toda a equipe, e a gestão do município, estejam empenhadas em realizar esse trabalho de forma contínua, e torná-lo como rotina padrão da unidade.

Todas as ações propostas nesse trabalho são apenas demonstração do que a nossa equipe se propôs a desenvolver e que pode servir de ajuda para outras equipes. Não é, portanto, algum imutável. Assim, novas ações, novos projetos e propostas em prol da promoção da saúde e qualidade de vida desses indivíduos podem ser definidos por outros profissionais e apresentados à gestão para que sejam executados ao longo do tempo.

Espera-se, contudo, que os pacientes tenham real mudança no estilo de vida, que os níveis pressóricos sejam controlados, e que esse trabalho sirva como exemplo e estímulo aos profissionais de outras regiões para que se envolvam nesse cuidado voltado aos pacientes hipertensos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. **A organização do cuidado às pessoas com hipertensão arterial sistêmica de atenção primária à saúde.** Organização de Sandra R. S. Ferreira, Itamar M. Bianchini, Rui Flores. – Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, ago. 2011. 18p.

BRASIL a. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil. **Secretaria de Vigilância e Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011, 66p.

DOURADO, C. S.; MACEDO-COSTA, K. N. F.; OLIVEIRA, J.S. et al. Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, Estado da Paraíba. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v.33, n.1, p.9-17, 2011.

FIGUEIREDO, N. N.; ASAKURA, L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo relatados por indivíduos hipertensos. **Acta Paul Enferm.**,v.23, n.6, p.782-787, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), **indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil.** Brasília, DF, 2010.

LUNARDI, C. C.; PEREGO, J.; SANTOS, D. L. Avaliação da pressão arterial com aparelho digital e esfigmomanômetroaneróide. **Revista Digital**, Buenos Aires, v.11, n.106, p.21-25, 2007.

MENDES, L. M. e O.; BARROS, J. S. T.; BATISTA, N. N. L. A; SILVA, J. M. O. Fatores associados a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: uma revisão integrativa. **Revista Univasp**, São José dos Campos, v.20, n.35, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma operacional de assistência à saúde. NOAS-SUS – 01/02.** Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção a Saúde. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Atenção Básica; Série A. Normas e Manuais Técnicos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006

MIO, D. Hipertensão Arterial. **Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade Brasileira de Nefrologia.** 2002

MION JÚNIOR, D.; PIERIN, A.; IGNEZ, E.; BALLAS, D; MARCONDES, M. Conhecimento, preferências e perfil dos hipertensos quanto ao tratamento farmacológico e não farmacológico. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v.17, n.4, p.229-236, 1995.

MION JÚNIOR, D.; KOHLMANN JÚNIOR, O.; MACHADO, C. A. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.89, n.3, p24-27, 2006.

SANTOS, Z. M.; FROTA, M. A.; CRUZ, D. M.; HOLANDA, S. D. O. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: Análise com abordagem interdisciplinar. **Texto Contexto Enfermagem**, Fortaleza, v.14, n.3, p.332-340, 2005.

SBC – SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes de Hipertensão Arterial. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. São Paulo: 2007. 79p.

SBC – SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes de Hipertensão. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. São Paulo: 2010.

SIAB – **Sistema de Informação da Atenção Básica**; 2014. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>> Acesso em 03 de julho de 2015.

TEIXERA, J. B. P.; EIRAS, N. S. V. **A Hipertensão Arterial e sua abordagem pela Atenção Primária à Saúde e pelos Grupos de Extensão Universitária**. PROPLAMED, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição Sudeste II. **Dez passos para alimentação saudável para pessoas com HAS**. Belo Horizonte, 2012.