

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

WASHINGTON ALVES DE SOUZA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO SOBRE A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO
EM SAÚDE PARA PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NOSSA SENHORA DE
FÁTIMA DO MUNICÍPIO DE NATALÂNDIA – MINAS GERAIS**

UNAÍ / MINAS GERAIS

2018

WASHINGTON ALVES DE SOUZA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO SOBRE A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO
EM SAÚDE PARA PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NOSSA SENHORA DE
FÁTIMA DO MUNICÍPIO DE NATALÂNDIA – MINAS GERAIS**

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

Orientadora Profa. Me. Grace Kelly Naves de Aquino Favarato

UNAÍ / MINAS GERAIS
2018

WASHINGTON ALVES DE SOUZA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO SOBRE A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO
EM SAÚDE PARA PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NOSSA SENHORA DE
FÁTIMA DO MUNICÍPIO DE NATALÂNDIA – MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Professora Grace Kelly Naves de Aquino Favarato

Professora Dra. Eliana Aparecida Villa UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 15 de outubro de 2018.

DEDICATÓRIA

À comunidade de Natalândia-MG, pelo acolhimento e também a equipe da UBS Nossa Senhora de Fátima que sempre se colocou a disposição para interações de ideias.

Aos meus familiares, pelo incentivo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar sempre me iluminando e abençoando.
A minha orientadora Grace Kelly Naves de Aquino Favarato
que se colocou sempre a disposição, e pela paciência.
A minha equipe de trabalho pelo compartilhamento de ideias
que contribuiu para realização do trabalho.

“Mas ninguém nos prometeu que seria fácil. Quem quiser fazer diferença na história da humanidade terá que ser purificado neste processo. Sigamos juntos. Mesmo que não nos conheçamos. Sigamos, mas sem imaginar muito, o que o outro é. A realidade ainda é base sólida do ser.”

Pe. Fabio de Melo

RESUMO

A hipertensão arterial configura um problema de saúde pública desencadeado por vários fatores de risco modificáveis, tendo como agravante a falta de adesão aos tratamentos propostos, o que gera impactos sociais com aumento de complicações aos usuários. Dentre eles, o acidente vascular cerebral, infarto, insuficiência cardíaca congestiva, dentre outros, e com isso desencadeia maior número de internações, elevando o custo financeiro do município. Foi realizado o método da estimativa rápida dos problemas de saúde da população que compõe a UBS Nossa Senhora de Fátima, localizada no centro de Natalândia-MG, desses foi priorizada a hipertensão arterial. A partir disso, foi construído o PES (Planejamento Estratégico Situacional), esse plano de intervenção é de caráter educativo para prevenção relacionada aos problemas da hipertensão. Foi realizada uma revisão de literatura que subsidiou a formação do plano de ação, por evidenciar inúmeras complicações que podem ser prevenidas. Com o diagnóstico realizado anteriormente verificou-se que a população de Natalândia não tem o conhecimento da dimensão dos problemas relacionados à hipertensão, sendo assim a equipe de saúde tem papel fundamental com as ações programáticas de intervenções e no acompanhamento dos hipertensos realizando abordagem empática com intuito de instruir os usuários, respeitando os aspectos socioculturais e econômicos, e com isso proporcionar melhor adesão aos tratamentos farmacológicos e não farmacológico e diminuição das complicações.

Palavras-chave: Equipe de saúde. Adesão ao Tratamento. Hipertensão. Plano de ação

ABSTRACT

Arterial hypertension is a public health problem triggered by several modifiable risk factors, and aggravates the lack of adherence to the proposed treatments, which generates social impacts with increased complications for users such as stroke, infarction, congestive heart failure , among others, and with this triggers a greater number of hospitalization, raising the financial cost of the municipality. The method of rapid estimation of the health problems of the population that compose the UBS Nossa Senhora de Fátima, located in the center of Natalândia-MG, was carried out, of which the arterial hypertension was prioritized. From this, PES (Strategic Situational Planning) was built, this intervention plan has an educational character for prevention related to the problems of hypertension. A literature review was carried out that subsidized the formation of the action plan, for evidencing numerous complications that can be prevented. With the previous diagnosis, it was verified that the population of Natalândia is not aware of the dimension of the problems related to hypertension, so the health team plays a fundamental role with the programmatic actions of interventions and in the follow-up of hypertensive patients, performing an empathic approach to instruct the users, respecting the socio-cultural and economic aspects, and with that, to provide better adherence to pharmacological and non-pharmacological treatments and to reduce complications.

Keywords: Health team. Treatment adherence. Hypertension. Action plan

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------|---|
| ABS | Atenção Básica à Saúde |
| ACS | Agente Comunitário De Saúde |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| AVE | Acidente Vascular Encefálico |
| CV | Cardiovascular |
| DM | Diabetes Melito (<i>Diabetes mellitus</i>) |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| ESF | Equipe de Saúde da Família |
| FR | Fator de Risco |
| HA | Hipertensão Arterial |
| HAS | Hipertensão Artéria Sistêmica |
| HIPERDIA | Hipertensão e Diabetes |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| LOA | Lesão Órgão Alvo |
| MS | Ministério da Saúde |
| PA | Pressão Arterial |
| PAD | Pressão Arterial Diastólica |
| PAS | Pressão Arterial Sistólica |
| PES | Planejamento Estratégico Situacional |
| PRM | Problema Relacionado Medicamentos |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 12 |
| 1.1 Aspectos gerais do município | 12 |
| 1.2 Aspectos gerais da comunidade | 12 |
| 1.3 Sistema municipal de saúde | 13 |
| 1.4 Unidade básica de saúde da família nossa senhora de fátima | 13 |
| 1.5 A equipe de saúde da família de nossa senhora de fátima, da unidade básica de saúde de natalândia | 14 |
| 1.6 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo) | 14 |
| 1.7 Priorizações dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo) | 15 |
| 2. JUSTIFICATIVA | 16 |
| 3. OBJETIVOS | 17 |
| 3.1 Objetivo geral | 17 |
| 3.2 Objetivos específicos | 17 |
| 4. METODOLOGIA | 18 |
| 5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA | 19 |
| 5.1 Hipertensão | 19 |
| 5.2 Abordagens para hipertensão arterial | 22 |
| 5.3 Equipes de saúde e hipertensão arterial | 25 |
| 5.4 Impactos sociais da hipertensão | 27 |
| 6. PLANO DE INTERVENÇÃO | 31 |
| 6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo) | 31 |
| 6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo) | 31 |
| 6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo) | 32 |
| 6.4 Desenho das operações (sexto passo) | 32 |
| 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 36 |
| REFERENCIAS | 37 |

1. INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

O município de Natalândia é composto por 3280 habitantes pelo censo de 2010, localizada no estado de Minas Gerais, distante a 700 km da capital do estado (IBGE, 2010). A cidade vive basicamente de agricultura e pecuária com criações de bovinos, suínos e plantios de soja, milho, tomate, cebola, entre outros.

Em relação à educação, em 2015, os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade tiveram nota média de 5.9 no IDEB. Para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 4.2. Na comparação com cidades do mesmo estado, a nota dos alunos dos anos iniciais colocava esta cidade na posição 497 de 853. A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 99.8 em 2010. Isso posicionava o município na posição 17 de 853 dentre as cidades do estado e na posição 134 de 5570 dentre as cidades do Brasil (IBGE, 2010).

A infraestrutura em alguns setores de segurança, lazer são precários, devido a isso há jovens usuários de drogas lícitas e ilícitas. Devido ao elevado número de usuários, o município, incluindo setores da saúde, educação, religiosas (pastores e padre), autoridades políticas (vereadores) e policiais, estão em parceria no projeto Natalândia sem drogas: um projeto que está em curso, em que já foram realizadas reuniões para execução das atividades programadas.

1.2 Aspectos gerais da comunidade

A área que compõe a Equipe Saúde da Família (ESF) de Nossa Senhora de Fátima é formada por comunidades do porto saco com 95 famílias que ficam há 22 km da cidade, e vereda com 30 famílias que ficam há 15 km, ambas localizadas na zona rural. Há 352 famílias do centro da cidade que também pertencem à ESF Nossa Senhora de Fátima totalizando 477 famílias com 1323 habitantes.

A população vive basicamente da agropecuária, na área não há pessoas fora da escolar com idade menor de 14 anos, índice de analfabetismo é de 44 indivíduos com idade superior a 15 anos. A estrutura de saneamento básico na comunidade deixa muito a desejar, principalmente no que se refere ao tratamento da água.

1.3 Sistema municipal de saúde

O município tem como única referência de assistência à saúde a atenção básica, em que há duas equipes (ESF Nossa Senhora de Fátima e ESF Bela Vista). Comparece na unidade, o paciente de baixa a alta gravidade, não havendo estrutura local na cidade para assistência especializada em variados casos. Diante disso, por meios de reuniões realizadas, o modelo assistencial predominante é o preventivo com atividades programáticas, proporcionando palestras em escolas, orientações nas ruas, mutirões, visitas domiciliares semanais, entre outros. Com isso garantindo a integralidade, equidade, universalidade, participação social, acesso e acessibilidade, longitudinalidade, que são princípios fundamentais para atenção, dos cidadãos.

O município apresenta convênios com outros municípios que têm serviços especializados, como: realização de parto, exames de imagens, cirurgias (colecistectomia, apendicectomia, hérnias, entre outros), consulta com especialista como: obstetra, infectologista, psiquiatra, etc, para acompanhamentos conjunto, em que os pacientes que necessita de cuidados mais intensivos são designados a esses locais, (Unaí-MG e Paracatu-MG).

1.4 Unidade básica de saúde da família nossa senhora de fátima

A ESF Nossa Senhora de Fátima é composta por 1.323 usuários cadastrados, com 477 famílias e 560 domicílios. Localizada no centro de Natalândia, a estrutura é bem conservada e apresenta uma recepção cômoda para os pacientes com TV, consultório com ambiente adequado, com boa iluminação, paredes de cor clara, apresenta equipamentos como: Otoscópio, sonar doppler, estetoscópio etc, leitos de observação separada por sexo, entre outros.

Dentre os serviços oferecidos na unidade temos: a atualização do cartão vacinal, métodos contraceptivos, acompanhamento odontológico, realização da citologia do colo uterino, há sala de nebulização, realização de eletrocardiograma e BAAR, materiais para pequenas cirurgias, entre outros, além das visitas domiciliares, atividades programáticas, vigilância sanitária e epidemiológica. Todos esses serviços se interagem pela busca da integralidade sendo oferecidos aos pacientes de acordo com as necessidades.

1.5 A equipe de saúde da família de nossa senhora de fátima, da unidade básica de saúde de natalândia

A ESF de Nossa Senhora de Fátima é composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e quatro ACS.

A unidade funciona de 07:00 h as 17:00 h de segunda a sexta, em que há problema relacionado aos atendimentos, devido as pessoas que trabalham não conseguem acesso aos serviços de saúde. Diante disso e discutido nas reuniões em equipe, haverá atendimento em 2 domingos de cada mês, para melhora da adesão aos pacientes descritos.

Atualmente, o cronograma dos atendimentos médicos da equipe é dividido em demanda agenda e demanda espontânea. Com o acompanhamento de Hiperdia, segunda pela manhã: renovação de receita a tarde; terça-feira pela manhã: visita domiciliar e a tarde saúde da criança; quarta-feira pela manhã: saúde da mulher e do homem e a tarde pré-natal; quinta feira: atendimentos de demanda espontâneas e reuniões mensais, sendo intercalados com atendimentos em comunidade rural; sexta-feira: dia de estudos reservados a especialização de gestão do cuidado em saúde da família. Dentre outras atividades realizadas pela equipe, há o encontro com grupo da terceira idade sendo três vezes por semana, grupo de gestante uma vez cada 15 dias, grupo contra o tabagismo uma vez ao mês, comitê contra a mortalidade infantil uma vez cada dois meses, entre outras atividades programadas.

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

O município de Natalândia localizado em Minas Gerais, no Brasil, na área da UBS Nossa Senhora de Fátima foi realizado diagnostico situacional do território, em que foi possível identificar alguns problemas sociais e de saúde pública, dentre eles vale ressaltar a infraestrutura precária em alguns setores de segurança, falta de lazer, elevado número de usuários de drogas lícitas e ilícitas, falta de saneamento básico e grande número de famílias que recebe água sem tratamento adequado, no qual há vários motivo de consulta por diarreia, parasitoses, entre outros.

Quanto ao perfil epidemiológico da área de abrangência da cidade tem-se um elevado número de pessoas portadoras de hipertensão arterial, que não adere aos

cuidados necessários, e sendo susceptíveis a complicações, e um número relativamente menor de diabéticos comparado aos de hipertensos.

1.7 Priorizações dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade que pertence à ESF Nossa Senhora de Fátima de Natalândia-MG.

| Problemas | Importância* | Urgência** | Capacidade de enfrentamento*** | Seleção / Priorização**** |
|-------------------|--------------|------------|--------------------------------|---------------------------|
| Hipertensão | Alta | 8 | Dentro | 1 |
| Diabetes | Alta | 7 | Dentro | 2 |
| Drogadição | Alta | 6 | Parcial | 3 |
| Saneamento básico | Alta | 6 | Fora | 4 |

Fonte: Autoria própria 2018

Legenda: *Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), a 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). 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 (SBC, 2016, p.1).

Miron (2015) afirma que a hipertensão arterial quando não tratada de forma adequada pode acarretar em complicações graves, como acidente vascular encefálico e doenças isquêmicas cardíacas. A falta de compreensão da doença é uma das dificuldades principais dos portadores de hipertensão em aderir ao tratamento (MACHADO, 2016). Partindo desse pressuposto, o presente trabalho tem o intuito de promover estratégia de educação em saúde direcionada à prevenção e ao tratamento da hipertensão arterial na unidade básica de saúde de Nossa Senhora de Fátima do município de Natalândia, MG, destacando os fatores de risco da doença.

2. JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial é uma doença que assola uma parcela significativa da população brasileira. Estima-se que, aproximadamente 30 milhões de pessoas, sofram com essa doença no Brasil, sendo uma variável linear e contínua que atrela positivamente com o risco cardiovascular e com doenças cerebrovasculares (ROSARIO et al., 2009).

A hipertensão arterial é um problema de saúde pública pela sua magnitude, os múltiplos fatores de riscos evitáveis e sua dificuldade de controle. Considerando o número elevado de portadores dessa doença no município de Natalândia e suas complicações, sendo o infarto uma das principais causas de óbito na cidade, o presente trabalho tem intuito de construir um plano de intervenção no município por meio de ações educativas para prevenção e tratamento da doença.

Essa atividade é fundamental para que a população conheça sobre a hipertensão arterial e seus principais fatores de riscos, tendo em vista que a sensibilização sobre o problema é primordial para a prevenção, detecção precoce da doença, bem como perceber a relevância da adesão ao tratamento da hipertensão arterial.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Construir um plano de intervenção sobre a hipertensão arterial sistêmica como instrumento de sensibilização à prevenção de complicações da doença no território da UBS de Nossa Senhora de Fátima em Natalândia-Mg.

3.2 Objetivos específicos

1. Estruturar o processo de trabalho da equipe para melhor desempenho das atividades programáticas.
2. Proporcionar mecanismos que aumente o nível de conhecimento da população sobre as prevenções das complicações de hipertensão arterial.
3. Proporcionar atividades que visam mudanças nos estilos de vida da população, do território que abrangem ESF Nossa Senhora de Fátima.

4. METODOLOGIA

Para a realização da proposta, desenvolveu-se, inicialmente, um trabalho de pesquisa junto à comunidade de Natalândia-Mg, para a elaboração do diagnóstico situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Além disso, foram realizadas reuniões com a equipe de saúde, além de observações da rotina na unidade de saúde e análise de anotações cadastrais dos Agentes comunitários de saúde e relatórios clínicos.

Após a construção do diagnóstico situacional, foi produzido o referencial teórico que subsidiou o presente trabalho. Para tanto, foram feitos levantamentos em banco de dados em níveis municipais e nacionais. Também foi realizada uma pesquisa bibliográfica, utilizando os sites de busca: SciELO, LILACS e dados do Ministério da Saúde.

Feito isso, foi possível desenvolver um plano de ação para se implantar um projeto de intervenção na referida unidade de saúde. Tal plano foi elaborado utilizando-se os métodos descritos pelo Planejamento Estratégico Situacional (PES), proposto por Campos; Faria; Santos (2010). Seguidos os princípios educativos para sensibilizar a comunidade sobre a hipertensão arterial sistêmica, com suas complicações caso não haja adesão ao tratamento e medidas preventivas a fim de alertar a população os cuidados que deve ter, assim como, a importância do diagnóstico precoce.

O plano de intervenção compreende das seguintes etapas descritas: Primeiro passo, com a identificação dos problemas de saúde do território e da comunidade, segundo passo, é a fase de priorizações dos problemas e a seleção do problema para plano de intervenção, o terceiro passo seria a descrição do problema selecionado, o quarto passo compreende a explicação do problema selecionado, quinto passo destaca seleção dos nós críticos, sexto passo o desenhos das operações sobre os nós críticos, sétimo passo elaboração do plano operativo, oitavo passo seria gestão do plano.

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Hipertensão

A Hipertensão Arterial (HA) consiste em uma doença crônica que acomete uma parcela significativa de pessoas no mundo, a estimativa segundo Oliveira e Souza (2018) é de um bilhão, sendo a causa de 7,1 milhões de mortes por ano. É uma doença não transmissível que se insere no grupo de doenças cardiovasculares.

A HA é definida como uma síndrome clínica determinada por níveis elevados de pressão sanguínea nas artérias que exige que o coração se esforce mais do que o normal para realizar a circulação sanguínea através dos vasos (MIRON, 2015). A hipertensão arterial se caracteriza quando pressão arterial apresenta níveis iguais ou superiores a 140 mm Hg de pressão sistólica e/ou 90 mm Hg de diastólica. Para diagnosticar a hipertensão arterial, é preciso que seja verificada em no mínimo três dias diferentes, com intervalo de ao menos uma semana entre as medidas. Isso significa que é calculada a média das medidas dos três momentos de aferição (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A hipertensão arterial se classifica em pré-hipertensão com valor pressórico 121 a 139 / 81-89 mm Hg, hipertensão estágio 1 com 140 a 159 / 90 a 99 mm Hg, hipertensão estágio 2 com 160 a 179 / 100 a 106 mm Hg e hipertensão estágio 3 com > ou igual 180 / > ou igual 110 mm Hg. Existem outras classificações como a hipertensão essencial que não tem causa identificada, a hipertensão secundária em que se identifica o motivo do aumento da PA, hipertensão do avental branco que caracteriza pelo aumento da pressão no consultório e hipertensão mascarada no qual o valor da PA é normal no serviço de saúde e alterada em ambiente residencial. Depois de realizada a classificação para hipertensão é possível estratificar o risco do paciente em baixo, moderado e alto, associando com os fatores de risco apresentado ou não, pelo paciente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Para o diagnóstico e seguimento adequado da hipertensão arterial, recomenda-se que níveis pressóricos menores que 130-85 mm Hg necessitem de reavaliação com um ano e estímulo a mudanças no estilo de vida, em casos de PA 130 a 139 – 85-89 mm Hg precisa reavaliar em seis meses, dependendo dos fatores de risco, e insistir com mudança do estilo de vida. Para os valores 140 a 159 – 90 – 99 mm Hg e 160 a 179 – 100 a 109 mm Hg, faz-se necessário confirmar com dois e um meses, respectivamente,

devido ser considerado os fatores de risco presente e a realização do MAPA (Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial) e MRPA (Monitorização Residencial e a Pressão Arterial). Diante das cifras maiores ou iguais 180-110 mm Hg, deve-se iniciar medicação imediatamente ou reavaliar em uma semana (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

A avaliação inicial de um paciente com hipertensão arterial sistêmica acontece a partir da confirmação do diagnóstico, suspeição, a identificação da causa da doença e a avaliação do risco cardiovascular. É necessário também investigar as lesões de órgão-alvo e as doenças associadas. Para isso requer a medição da pressão arterial por meio de técnicas e equipamentos adequados, e um diagnóstico da história médica (pessoal e família) e exame físico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Ao analisar os sintomas de um hipertenso a presença da cefaleia é marcante como sendo o mais frequente. Qualquer tipo de cefaleia pode ocorrer em um indivíduo hipertenso, entretanto, a cefaleia suboccipital, pulsável é considerada característica da doença, esse tipo ocorre logo nas primeiras horas da manhã e vai desaparecendo a dor no decorrer do dia. Quando a hipertensão arterial estiver associada à sonolência, confusão mental distúrbio visual, náusea e vômito (vasoconstrição arteriolar e edema cerebral) é considerada uma hipertensão maligna devida a evolução acelerada, caracterizando assim a encefalopatia hipertensiva (OIGMAN, 2014).

Segundo Abreu (2007) a HA é um dos mais graves problemas de saúde pública, e é considerada uma condição multifatorial, dentre as quais vale citar, o sedentarismo que contribui para o aumento do peso corporal, responsável por 20% a 30% dos índices de HA; o estresse somado ao consumo excessivo de sal corresponde outro fator de risco para a ocorrência da hipertensão para as pessoas que são predispostas à doença. Evidências científicas retratam que a hipertensão arterial também é desencadeada por padrões alimentares errôneos, foi verificado também que o tabagismo possui uma relação positiva com a hipertensão (OLIVEIRA e SOUZA, 2018). A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma característica hereditária que pode estar associada a fatores genéticos (KIMURA, 2010).

A obesidade é um dos fatores que interfere na pressão arterial e merece atenção especial por dificultar o controle da doença, esse fator pode atingir 40% dos pacientes. Além da obesidade existem outras causas que podem desencadear o aumento da

pressão arterial, vale citar: ingestão alcoólica diária acima de 12 a 14 g de álcool absoluto, crises de ansiedade, hiperventilação e ataques de pânico, delírios e quadros de agitação psicomotora, hiperinsulinismo com resistência insulínica, dor aguda ou crônica, apnéia obstrutiva do sono e tabagismo (GELEILETE, et al., 2008). Os estresses ocupacionais têm causado doenças cardiovasculares, tendo como principal a hipertensão arterial em que se observa prevalência em trabalhadores não especializados, com menores remunerações e pertencentes aos setores secundários e terciários da economia (COUTO et al., 2007).

No estudo realizado por Jardim (2007) ele verificou que existe uma relação positiva entre a idade, o IMC e circunferência abdominal com o aumento pressórico, no entanto para o sexo feminino existem fatores protetores para a doença.

A hipertensão arterial sistêmica consiste em uma doença que a princípio não apresenta manifestações clínicas, em decorrência disso, muitas vezes os pacientes não aceitam o tratamento anti-hipertensivo por não se considerar “doente”, evitando assim o uso de medicamentos. Desse modo, devido a não compreensão da doença, geralmente a adesão ao tratamento médico não é visto como importante, uma vez que as complicações surgem em longo prazo. Além dessa falta de percepção da importância do uso de medicação para a terapia da HAS, existem também as mudanças no estilo de vida, tendo em vista que a adesão ao tratamento requer dedicação e persistência, exigem horários especiais para ingestão dos fármacos, isso implica em custo adicional no orçamento doméstico (MANFROI e OLIVEIRA, 2006). Segundo Busnello et al. (2001) o abandono do acompanhamento médico ocorre quando não há comparecimento às consultas de seguimentos, em um período entre 12 e 24 meses após a avaliação inicial.

A HAS configura-se como um problema de saúde pública no Brasil, sendo assim no ano de 2000 foi lançado o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes mellitus no Brasil com o intuito de minimizá-la. Diversas ações foram implementadas nos estados e municípios, como capacitações profissionais na atenção básica, pactuação de normas e metas entre as três esferas da gestão de saúde, atenção à assistência farmacêutica e dispensação de medicamentos de uso contínuo, e promoção de atividades educativas. Também foi criado o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA). Por meio desse sistema informatizado, tornou-se possível a descrição do perfil epidemiológico dos pacientes

cadastrados, diante do supracitado facilita a planejamento das atividades programáticas. (BOING C.; BOING F., 2007). Estratégias para prevenção do desenvolvimento da HA englobam políticas públicas de saúde combinadas com ações das sociedades médicas e dos meios de comunicação, que são fundamentais para a detecção precoce de níveis pressórico elevado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016), e para o tratamento da doença de forma mais eficaz.

5.2 Abordagens para hipertensão arterial

Na abordagem para hipertensão arterial é fundamental o tratamento não farmacológico, como a diminuição do sal (sódio), manutenção do peso saudável, atividade física aeróbica regular, redução ou interrupção do consumo de bebidas alcoólicas, maior ingestão de alimentos ricos em potássio, interrupção do tabagismo, controle das dislipidemias e diabetes, evitar drogas que possa elevar a pressão, medidas antiestresse, suplementação de cálcio e magnésio e aumento de ingestão de fibras (PIERIN, 2004).

Além do tratamento não medicamento, existe a abordagem farmacológica, os medicamentos mais recomendados pelos médicos são os diuréticos (53%) e inibidor da ECA (24%). Para os hipertensos leves e moderados o tratamento com medicamento é iniciado com o uso de droga isolada em 88% dos casos. Geralmente quando não se tem um controle da pressão arterial, cerca de 55% dos médicos associa drogas de diferentes mecanismos de ação, por exemplo, inibidor da ECA + diurético, betabloqueador + diurético e droga de ação central + diurético, e 33% dos profissionais aumentam a dose do remédio. Dentre os aspectos considerados pelos médicos para a escolha dos medicamentos adequados para o paciente hipertenso, a experiência pessoal com a droga foi citada por 32%, perfil do paciente (31%) e eficácia da droga (20%) (MION JÚNIOR et al., 2001, p. 251).

No tratamento de hipertensos no estágio 1 de baixo risco e moderado, recomenda-se a terapia não farmacológica com período de 6 meses no estagio 1 de baixo risco e de 3 meses no estagio 1 de risco moderado, porém deve-se acompanhar esses indivíduos com avaliação periódica da adesão às medidas não farmacológicas. Constatada a falta de adesão ou a piora dos valores pressóricos, deverá iniciar precocemente a terapia farmacológica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Indivíduos com PA \geq 160/100 mm Hg e/ou portadores de risco cardiovascular estimado alto, mesmo no estágio 1, devem iniciar de imediato o tratamento medicamentoso associado à terapia não medicamentosa. Percebe-se que a terapia não farmacológica isoladamente não pode promover reduções da PA suficientes para alcance da meta pressórica recomendada, apesar de constituir efetivo adjuvante no controle da PA. Associando as duas terapias diminui a probabilidade de lesão em órgãos-alvo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Recomenda-se o tratamento não farmacológico, sendo considerada a prescrição medicamentosa em casos de risco cardiovascular elevado e história prévia de doença coronariana. Não há evidências consistentes do benefício da terapia anti-hipertensiva sobre desfechos cardiovascular nesse grupo. Portanto, a decisão de instituir terapia farmacológica deve ser individualizada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

O aumento dos idosos hipertensos tem se elevado progressivamente, em que se estima pelo menos 60% dos idosos brasileiros, indivíduos com 60 anos ou mais, são hipertensos. A maioria apresenta elevação isolada ou predominante da pressão sistólica, aumentando a pressão de pulso, que mostra forte relação com eventos cardiovasculares. A prevalência de outros fatores de risco, como a síndrome metabólica, também aumenta com a idade, elevando ainda mais o risco cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

Não há estudos avaliando o impacto da terapia anti-hipertensiva nesse grupo com PAS basal entre 140 e 159 mm Hg, deixando um hiato de evidência. Fisiopatologicamente a HA no idoso é o endurecimento da parede arterial dos grandes vasos, levando a aumento predominante da PAS, com manutenção ou queda da PAD. No entanto, recomenda-se o início da terapia farmacológica anti-hipertensiva em idosos a partir de níveis de PAS \geq 140 mm Hg, desde que não apresente efeitos adversos e esteja em bom estado geral, devido que em indivíduos \geq 80 anos, realizaram-se estudos com fármacos anti-hipertensivos naqueles com PA \geq 160 mm Hg, com demonstração de resultados favoráveis, em especial na prevenção de AVE e IC (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

No cuidado à saúde do idoso, é fundamental a equipe multiprofissional, pois a mesma pode influenciar positivamente na adaptação da doença e a efetivação da

farmacoterapia. Na equipe, há múltiplos objetivos e abordagens com ação diferenciada, corrigindo a grande limitação no tratamento dos idosos, melhorando a adesão ao programa de atendimento e o controle da doença (LYRA JÚNIOR et al., 2006).

A falta de adesão ao tratamento da hipertensão arterial por idoso segundo Lyra Júnior et al. (2006) deve-se à falta de informação sobre o tratamento. Para isso é importante a educação ao hipertenso de modo que ele tome consciência sobre o seu estado de saúde e o cuidado com o uso correto dos medicamentos, para assim garantir um tratamento mais efetivo e seguro. Assim sendo, é possível estabelecer uma maior interação entre os profissionais da área da saúde, como o médico, farmacêutico e enfermeiro, além de reduzir problemas associados aos medicamentos como também aos custos no sistema de saúde.

A hipertensão sistólica isolada ocorre principalmente em homens saudáveis com idade inferior aos 30 anos e pode estar relacionada à pressão central normal. Nesse caso, o mais indicado é a adoção de medidas não medicamentosas com monitorização de Lesão Órgão Alvo (LOA), pois o tratamento em si não poderia trazer benefícios significativos. Considerando que a hipertensão sistólica isolada apresente risco cardiovascular elevado é necessário que inicie imediatamente uma terapia farmacológica. Para os casos de elevação da Pressão Arterial Diastólica (PAD) os critérios de tratamento adotados são os mesmos para a população em geral (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Nas situações de hipertensão refratária ou persistente pode ser tratada com melhor adequação terapêutica, associações sinérgicas, esquemas hipotensores otimizados, inclusão de diuréticos e busca de metas adequadas a cada paciente. Deve-se considerar a falta de adesão por parte do paciente como um desafio clínico importante, sendo particularmente útil o uso de hipotensores em dose única diária (GELEILETE et al., 2008).

Silva et al. (2011) pontuam que o tratamento para hipertensão não se dá apenas por meio de fármacos e adoção de hábitos saudáveis, como por exemplo praticar atividades físicas, controlar o peso corpóreo e reduzir o consumo de sal. É importante também prevenir lesões em órgãos-alvo. A educação em saúde é uma alternativa de conscientização das pessoas hipertensas a fim de mudarem o estilo de vida e evitarem complicações na saúde cardiovascular, cerebrovascular e renal. Os autores supracitados afirmam que esse processo educativo consiste no papel dos profissionais de saúde

pública que tem como um dos objetivos controlar a ocorrência de hipertensão, sendo assim a motivação do paciente para não abandonar o tratamento antihipertensivo é crucial, entretanto, é uma tarefa difícil devido à resistência dos hipertensos.

5.3 Equipes de saúde e hipertensão arterial

O sistema de saúde e da equipe na adesão ao tratamento é aspecto a ser considerado no tratamento de pacientes com doenças crônicas como a HA. É na relação médico-paciente que se inicia a conquista da adesão. Uma boa relação médico-paciente não é intercambiável, mas precisam coexistir. Um bom relacionamento médico-paciente pode melhorar a adesão ao tratamento. Os grandes sistemas de saúde (SUS) fundamentam-se em equipes multiprofissionais como o médico de família, enfermeira, ACS, assistência social, nutricionista, cardiologista, entre outros. As equipes multiprofissionais conseguem pela diversidade de profissionais, com seus variados enfoques, esclarecer mais o paciente não apenas sobre a doença, mas sobre seu papel no tratamento. Esse entendimento é capaz de fazer o paciente analisar a situação, organizar estratégia própria (modificação na sua dieta, programação de atividade física, organização dos medicamentos) e, eventualmente, iniciá-la. Ainda haverá a necessidade de sedimentar essa mudança como rotina, para isso há necessidade do reforço contínuo, que é característico dessas equipes (GUSMÃO et al., 2009).

Para evidenciar esse aspecto, avaliou-se o controle da pressão arterial em hipertensos complicados e não complicados que participaram de programa de atenção especial com atividades multidisciplinares, assistência individualizada, personalizada, acesso facilitado ao tratamento medicamentoso e reuniões periódicas. Após três anos do término do programa, observou-se que o controle da pressão arterial caiu significativamente nos pacientes complicados de 70% para 49% e nos não complicados de 78% para 50%. Os dados evidenciam a importância da equipe multidisciplinar em uma atuação individualizada, abrangente e contínua no tratamento de pacientes com hipertensão (GUSMÃO et al., 2009 p.41).

A avaliação dos autores referente à participação da equipe de saúde no auxílio ao tratamento para hipertensão aos portadores da doença demonstrou-se que uma equipe multidisciplinar é extremamente eficaz para garantir resultados positivos com relação a diminuição dos níveis pressóricos e alcançando o controle HA. Gusmão et al. (2009) pontuam várias estratégias para conseguir aumentar a adesão ao tratamento, vale salientar que todas elas surgem a partir da boa relação estabelecida entre o médico e o

paciente. Primeiramente é necessário convencer o paciente e os familiares da existência do problema, no caso, a hipertensão arterial sistólica, assim esclarecer a necessidade de realizar o tratamento, apontando assim todos os benefícios. Depois se recomenda detalhar como deve ser o tratamento de forma mais clara possível em relação aos horários e aos fármacos.

É importante que o médico, ao escolher o medicamento, atente-se além do potencial anti-hipertensivo, ao perfil de efeitos colaterais do medicamento e as interações que possam ocorrer com outros medicamentos caso o paciente já faça uso. Em seguida o médico deve explicar os efeitos colaterais do tratamento e reconhecer preconceitos ou medos do paciente e/ou familiares sobre os efeitos.

Outras estratégias citadas por Gusmão et al. (2009) são estimular o paciente ou seu cuidador a fazer a medida domiciliar da pressão arterial com a possibilidade de intervir sobre o tratamento, planejar juntamente com o paciente o tratamento a partir do estabelecimento de metas e resultados, a exemplo do grau de atividade física, o peso, etc. O médico deve se atentar também que o tratamento não pode ser muito complexo até mesmo para a compreensão do paciente, e por fim a estratégia de monitoração do tratamento que pode ser a partir de consultas ou até mesmo via telefone.

As reuniões em equipe que atendem aos hipertensos devem ser realizadas periodicamente de preferência mensais, com todos profissionais envolvidos para análise crítica das ações programáticas realizadas e fazer novas orientações se necessário. A maioria dos pacientes que possui hipertensão aprende por meio dessas ações sobre as mudanças que devem ser feitas na alimentação, a importância de praticar atividade física e diminuição da ansiedade, fatores importante para o controle da pressão arterial (SILVA e SANTOS, 2004).

O grupo de saúde educativo se fundamenta em recomendações associado ao acompanhamento médico, enfermeira e ACS, adaptando a realidade da comunidade, sendo importante o grupo educativo de hipertensão arterial, pois a doença hipertensiva aproxima-se 22,3% a 43,9% da população adulta brasileira, utilizando como critério de diagnóstico a pressão maior ou igual 140 – 90 mm hg (SILVA e SANTOS, 2004).

A existência de um grupo multiprofissional que busca assegurar a criação de vínculos efetivos entre equipe de saúde e usuários bem como o estabelecimento de relações de troca e confiança contribuirá significativamente para a corresponsabilização

dos usuários e família no cuidado com a saúde. Assim, a primeira ação a ser desenvolvida com o usuário inclui a escuta sensível de suas necessidades de saúde, aliada ao acolhimento, visando concretizar atenção integral aos pacientes em seu contexto familiar e comunitário, com essas medidas existe um potencial para proporcionar melhor adesão ao tratamento pelos pacientes (SANTOS et al., 2013).

A hipertensão compreende uma doença crônica, em que o sujeito e a família estão envolvidos no processo de cuidado, de grande importância se torna também o apoio social. As relações sociais contribuem para dar sentido à vida das pessoas, e no caso de doença, estimulam as práticas de cuidado em saúde (MACIEL et al., 2011).

Contudo, o que se constata atualmente é que os profissionais de saúde que trabalham na Atenção Básica têm uma formação e um perfil inadequados para uma atuação na perspectiva da atenção integral à saúde e na introdução de práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção e atenção precoce. Trabalhos que avaliaram o perfil e o conhecimento dos profissionais da Atenção Básica e Saúde da Família e diferentes atores envolvidos na construção da política de saúde local mostraram uma inadequação do conhecimento sobre os princípios e os objetivos do SUS e da ESF, devido à situação descrita se faz necessário capacitações periódicas à equipe de saúde para que melhore o seu processo de trabalho (RIBEIRO et al., 2012).

5.4 Impactos sociais da hipertensão

A hipertensão arterial tem evolução clínica lenta, a dificuldade da percepção do problema nos usuários é devido a característica silenciosa e crônica, em que possui uma multiplicidade de fatores e, quando não tratada adequadamente, traz graves complicações, temporárias ou permanentes. Representa elevado custo financeiro à sociedade, principalmente por sua ocorrência associada a agravos como doença cerebrovascular, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca e renal crônicas, doença vascular de extremidades (TOLEDO, 2007). No Brasil, os custos em internações hospitalares com descompensações da doença hipertensiva, vinculadas ao SUS no ano de 2005 chegaram 1,9 bilhões de reais, sendo a faixa etária acima de 60 anos com maior custo (LESSA, 2006).

As complicações da hipertensão arterial, em muitos casos, levam o paciente a requerer cuidados médicos de alto custo, exigindo uso constante de medicamentos, exames complementares periódicos e procedimentos como diálise e transplante. No Brasil, as doenças cardiocirculatórias são uma das principais

causas de internações hospitalares e reconhecidamente envolvem custos elevados (COSTA et al., 2007, p. 60).

O efeito (impacto) do controle da HA para a sociedade, obrigatoriamente dependente da adesão ao tratamento, só se detecta a longo prazo, através de mudanças nas taxas da morbidade e mortalidade cardiovascular pelas causas específicas (LESSA, 2006, p.40). A hipertensão arterial e as complicações relacionadas à pressão arterial são responsáveis por alta frequência de internações. Insuficiência cardíaca é a principal causa de hospitalização entre as doenças cardiovasculares, sendo duas vezes mais frequente que as internações por acidente vascular cerebral (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

De acordo com os estudos de Noblat et al. (2004) o risco de complicações de hipertensão arterial, geralmente ocorre mais em homens do que em mulheres. Em se tratando de insuficiência renal a prevalência é em homens, sobretudo, acima de 49 anos, e os acidentes vasculares cerebrais ocorrem frequentemente em ambos os sexos de raça branca. Com relação aos riscos de complicações cardiovasculares, prevalece em mulheres após a menopausa.

O arsenal terapêutico para doenças crônicas, como a hipertensão arterial, recebe frequentemente novos medicamentos. Atualmente, não faltam ensaios clínicos que apresentam novas drogas ou esquemas de associação de outras já conhecidas. Entretanto, mesmo com todo esse investimento, quem trata de pacientes com essas condições continua acaba esbarrando no problema da falta de adesão à terapêutica, seja ela medicamentosa ou não. A hipertensão arterial possui evolução silenciosa e lenta e seu tratamento requer mudanças dietéticas e comportamentais, além de rigor ao seguir a prescrição medicamentosa. E, ainda, os desfechos prevenidos por esses cuidados são de longo prazo: lesão de órgãos-alvo e mortalidade (GUSMÃO et al., 2009).

Diante do supracitado, os autores encontraram que os melhores valores preditivos de adesão foram o controle da pressão arterial e a idade do paciente, ou seja, os pacientes acima de 60 anos tiveram mais de cinco vezes chance maior de adesão quando comparados aos indivíduos de 35 a 60 anos. Neste estudo, a não adesão foi associada, principalmente, aos efeitos colaterais dos medicamentos, com isso aumenta a necessidade de internamento gerando mais complicações ao paciente e custo financeiro (GUSMÃO et al., 2009).

A hipertensão arterial é uma doença crônica que exige tratamento contínuo, identificam-se alguns fatores que influenciam negativamente para não adesão ao tratamento seja farmacológico ou não farmacológico, dentre eles podem se destacar os aspectos culturais, tendo maior expectativa de melhora em seus princípios. Foi verificado por Gusmão et al. (2009) que os pacientes que menos aderiam ao tratamento não eram casados e tinham menor nível de escolaridade. Por outro lado, esses mesmos autores verificaram em estudo realizado com diabéticos que os pacientes que menos aderiram ao tratamento eram mais jovens e tinham menos comorbidades associadas quando comparados aos pacientes aderentes.

Embora o nível socioeconômico não seja índice independente de baixa adesão, alguns aspectos são significativos, como baixo nível socioeconômico, pobreza, analfabetismo, baixo nível educacional, desemprego, falta de rede efetiva de suporte social, condições instáveis de moradia, longa distância do local de tratamento, alto custo do transporte, alto custo da medicação, mudanças no estado civil, cultura e crenças sobre a doença e o tratamento e desestrutura familiar (GUSMÃO et al., 2009 p.40).

Diante do estudo realizado, no Centro de Saúde da Família da Secretaria Executiva Regional VI (SER VI) de Fortaleza, Ceará, pode verificar a ocorrência de complicações HA, identificou-se que 15% dos usuários acometidos por alguma complicação, dentre essas se destacam o Acidente Vascular Encefálico (AVE) como mais prevalente no sexo feminino e o IAM (Infarto agudo do miocárdio) com maior frequência entre os homens. Detectou-se que o diabetes prevalece em um quinto dos hipertensos mostra um fator de risco adicional relevante para essa clientela, principalmente para os idosos, por já terem seu organismo afetado com as alterações fisiológicas próprias do envelhecimento. De acordo com os dados levantados, entende-se que há necessidade de organizar o atendimento a essa população, no sentido de fortalecer a importância de mudanças no estilo de vida. Acredita-se que a educação de indivíduos com doença crônica seja o melhor caminho para o alcance desses objetivos (SILVA et al., 2011).

As complicações associadas ao mau controle pressórico estima-se que 40% dos acidentes vasculares encefálicos e em torno de 25% dos infartos ocorridos em pacientes hipertensos poderiam ser prevenidos com terapia anti-hipertensiva adequada. No entanto, parcela importante da população adulta com hipertensão não sabe que é hipertensa, e a maioria dos que sabem não estão sendo adequadamente tratados. O diabetes é uma comorbidade extremamente comum no hipertenso, representando um risco adicional a

este grupo de pacientes para o desenvolvimento de complicações macrovasculares (TOSCANO, 2004).

A constante associação entre hipertensão arterial e diabetes tem como consequência grande aumento no risco cardiovascular. Em pacientes com diabetes tipo 1, existe evidente relação entre hipertensão e desenvolvimento da nefropatia diabética, enquanto no diabetes tipo 2, a hipertensão arterial faz parte da síndrome metabólica. Ressaltando a importância do tratamento da hipertensão arterial nos pacientes diabéticos, tanto para a prevenção da doença cardiovascular quanto para minimizar a progressão da doença renal e da retinopatia diabética (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

De acordo com o estudo realizado por Mondelli e Lopes (2009), os portadores de hipertensão arterial sistêmica são fatores de risco para deficiência auditiva, com aumento da probabilidade aos que apresenta zumbido auditivos, sendo um motivo a mais, para estimular a população a realizar os meios preventivos da doença. Os idosos são mais sensíveis para lesões em órgão alvo, seja pelo tempo mais longo de HAS ou pela somação de fatores de risco, possuem uma maior prevalência destas lesões, como: alterações no fundo do olho, insuficiência renal, doença cerebrovascular, HVE e aterosclerose periférica. Dessa forma, a pesquisa das lesões em órgãos-alvo é fundamental para os hipertensos idosos (MIRANDA et al., 2002).

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

Após a realização do diagnóstico situacional com a identificação dos problemas que afetam a comunidade da ESF Nossa Senhora de Fátima e priorizar o principal problema, que é o elevado número de Hipertensos na área, foi elaborado uma proposta de intervenção que visam a prevenção das complicações da doença no território.

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Descrição do problema de Hipertensão Arterial na área da ESF Nossa Senhora de Fátima do município de Natalândia, 2018.

| Descrição | Valores | Fontes |
|--|---------|-----------------------|
| Hipertensos cadastrados | 249 | e-SUS |
| Hipertensos confirmados | 209 | Registro da equipe |
| Porcentual de hipertensos acima de 20 anos | 22,02 % | Estudo epidemiológico |

Fonte: Autoria própria 2018

Na área da ESF Nossa Senhora de Fátima no município de Natalândia, contem 1.323 usuários cadastrados em que 249 são hipertensos, dos hipertensos cadastrados, 209 são confirmados com a doença hipertensiva, havendo um porcentual de 22,02 % de hipertensos acima de 20 anos.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

No município de Natalândia, aproximadamente 22% da população acima de 20 anos são hipertensos, o número elevado de hipertensos no município é desencadeado pelo conhecimento insuficiente da doença e estilo de vida apresentado pela população, processo de trabalho da equipe, com isso conseqüentemente ocorre a automedicação, aumento da demanda espontânea por agudizações de doenças crônicas e mais gasto financeiro no setor de saúde. O índice de hipertensos é bastante preocupante, pois a hipertensão em muitos casos acomete outros problemas cardiovasculares (como infarto). Sendo que de acordo com o diagnóstico situacional da cidade, as doenças cardiovasculares aparecem como as causas mais recorrentes para o encaminhamento ao serviço de referência, bem como uma das principais causas de óbitos na região.

6.3 Seleções dos nós críticos (quinto passo)

No quinto passo do plano de intervenção busca-se identificar as principais causas da origem do problema de hipertensão na área adscrita, apresentadas abaixo como os principais “nós críticos”:

- O conhecimento insuficiente da doença acerca do problema HA.
- O estilo de vida da população inadequado ao problema da HA.
- Processo de trabalho da equipe insuficiente para a atenção aos portadores de HA.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Quadro 1 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “O conhecimento insuficiente da doença da população”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Nossa Senhora de Fátima, do município Natalândia , estado de Minas gerais

| | |
|-----------------------------|--|
| Nó crítico 1 | O conhecimento insuficiente da doença da população |
| Operação | Elevar o grau de conhecimento da população sobre os cuidados e complicações da hipertensão |
| Projeto | Conhecer é preciso. |
| Resultados esperados | População mais informada sobre os riscos da hipertensão |
| Produtos esperados | Informações estabelecidas as pessoas da área adscrita e manejo adequado sobre os cuidados adquiridos sobre complicações da hipertensão, programa educativo na radio local. |
| Recursos necessários | Estrutural- Sala de reuniões da UBS, planilhas, organização da agenda. Cognitivos- conhecimento sobre o tema. Político- Articulação de parceria com o setor de educação, conseguir espaço na rádio. Financeiro- Folheto informativo, aluguel do espaço na rádio local para a capacitação. |

| | |
|---|--|
| Recursos críticos | Político- Articulação de parceria com o setor de educação, conseguir espaço na rádio. Financeiro- financiamento do projeto. Cognitivo- conhecimento do tema. Estrutural- Adequada organização da agenda. |
| Controle dos recursos críticos (atores / motivação) | Proprietário da rádio (favorável), equipe de saúde (favorável), secretaria de educação (favorável) |
| Ações estratégicas | Reuniões entre a equipe de saúde, direção da rádio, diretoria da escola, representante da comunidade adscrita. |
| Prazo | Início em 2 meses e termino em 10 meses. |
| Responsáveis pelo acompanhamento das operações das ações | Médico e enfermeira |
| Processo de monitoramento e avaliação das ações | Grau de informação sobre as complicações da hipertensão do público alvo foram apontados aos 8 meses. Programa educativo da rádio local aos 2 meses para sensibilização da direção. Apoio da diretoria escolar na abordagem da comunidade a respeito do projeto em 2 meses. |

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Processo de trabalho da equipe”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Nossa Senhora de Fátima, do município Natalândia , estado de Minas gerais

| Nó crítico 2 | Processo de trabalho da equipe |
|--|--|
| Operação | Implementar atividades programáticas relacionado a prevenção das complicações da hipertensão. |
| Projeto | + Atividades |
| Resultados esperados | Cobertura 70% da população do publico alvo |
| Produtos esperados | Mais atividades de prevenção e promoção na área adscrita, recursos humanos capacitados. |
| Recursos necessários | Cognitivo- Elaboração do projeto atividade+ e suas viabilidades. Estrutural- organização da agenda, adequação de fluxo. Político- Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais Financeiro- Gasto administrativo |
| Recursos críticos | Político- Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais Cognitivo- Conhecimento sobre as estratégias a serem realizadas. Estrutural- cronograma das atividades Financeiro- Gastos administrativos |
| Controle dos recursos críticos (atores / motivação) | Setor de comunicação social (favorável). Equipe de saúde (favorável) |
| Ações estratégicas | Reuniões entre a equipe e o setor de comunicação. |
| Prazo | Início em 2 meses e finalização em 12 meses |
| Responsáveis pelo acompanhamento das ações | Coordenador da ABS e enfermeira |
| Processo de monitoramento e avaliação das ações | Projeto +atividades elaborado para 12 meses. Início da capacitação em 2 meses. Recursos humanos capacitados em 7 meses e projeto de regulação em discussão aos 12 meses. |

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “O estilo de vida da população.”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Nossa Senhora de Fátima, do município Natalândia , estado de Minas gerais

| | |
|--|---|
| Nó crítico 3 | O estilo de vida da população. |
| Operação | Mudar o estilo de vida da população |
| Projeto | Vida saudável |
| Resultados esperados | Diminuir em 15% o número de sedentários, obesos, no prazo de 10 meses. |
| Produtos esperados | Programa de merenda saudável nas escolas. Exercícios físicos orientados. |
| Recursos necessários | Cognitivo- Conhecimento sobre o tema. Estrutural- Exercícios orientados, organização da agenda. Político- Mobilização social e articulação intersetorial com rede ensino. Financeiros- Folhetos educativos |
| Recursos críticos | Político- Articulação intersetorial com rede ensino. Cognitivo- Conhecimento sobre o tema Financeiros- Gastos com materiais educativos Estrutural- Local adequado para realização dos exercícios orientados. |
| Controle dos recursos críticos (atores / motivação) | Equipe de saúde (favorável). Secretaria de educação (favorável) |
| Ações estratégicas | Reuniões entre secretaria de saúde e educação, equipe de saúde e diretora escolar |
| Prazo | Início das atividades em 2 meses |
| Responsáveis pelo acompanhamento das ações | Médico e enfermeira |
| Processo de monitoramento e avaliação das ações | O projeto vida saudável com início aos 2 meses. Exercício físico orientado em 2 meses para início na área adscrita. Merenda nutritiva aos 3 meses nas escolas. |

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No município de Natalândia-Mg, observa-se que através da estimativa rápida que a população local não tem o conhecimento da dimensão dos problemas relacionados à hipertensão, pois veem as cifras pressóricas elevadas como fatos isolados e relacionadas apenas com fator emocional do momento, devendo ser orientadas melhor pela equipe de saúde, em que apresenta papel fundamental na mudança de hábitos comportamentais e dietéticos.

A literatura consultada aponta a importância de prevenir a doença hipertensiva, devido às diversas complicações como acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca, infarto, dentre outros, diminuindo a qualidade de vida dos usuários, essas complicações citadas são ocasionada pelas más adesões dos tratamentos farmacológicos e não farmacológico.

Com o desenvolvimento do presente trabalho, foi possível verificar que o baixo nível sócio econômico e o nível de conhecimento da doença são fatores que contribuem a má adesão aos tratamentos propostos no município de Natalândia-MG.

Assim, o plano de intervenção foi elaborado com o propósito de melhorar o conhecimento da população acerca da doença hipertensiva e, deste modo, diminuir as proporções das suas consequências e, ainda, proporcionar a possibilidade de mudança do estilo de vida da população, melhorando sua qualidade de vida.

REFERENCIAS

- ABREU, R. N. D. C. **Adesão ao tratamento de pessoas com hipertensão arterial e complicações associadas: espaço para o cuidado clínico de enfermagem.** 2007. 92f. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Ceará, 2007.
- BOING C. A.; BOING F. A. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. **Rev Bras Hipertens**, v.14, n 2, p. 84-88, 2007.
- BUSNELLO G. R. et al. Características Associadas ao Abandono do Acompanhamento de Pacientes Hipertensos Atendidos em um Ambulatório de Referência. **Arq Bras Cardiol.** V. 76, n 5, p. 349-351, 2001.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. 97p.
- COUTO A. H., VIEIRA H. L. F., LIMA G. E. Estresse ocupacional e hipertensão arterial sistêmica. **Rev Bras Hipertens** v.14, n 2, p. 112-115, 2007.
- GELEILETE M. J. T.; NOBRE F.; COELHO B. E. Abordagem inicial em pacientes com hipertensão arterial de difícil controle. **Rev Bras Hipertens** v.15, n 1, p. 10-16, 2008.
- GUSMÃO L. J. et al. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Rev Bras Hipertens** v.16 n 1 p. 38-43, 2009.
- Instituto Brasileiro de geografia e estadísticas – IBGE. (2010). **Censo demográfico – 2010.** Natalândia-MG: IBGE. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/natalandia/panorama>. Acesso 11 jun. 2018.
- JARDIM V. B. C. P. et al., Hipertensão Arterial e Alguns Fatores de Risco em uma Capital Brasileira. **Arq Bras Cardiol**, v.88 n 4, p. 452-457, 2007.
- LYRA JÚNIOR L. P. D.; AMARAL, R.T.; VEIGA, E.V.; CÁRNIO, E.C.; NOGUEIRA, M.S.; PELÁ, I.R. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. **Rev Latino-am Enfermagem** v.14 n 3 p. 435-441, 2006.
- KIMURA, L. **Fatores genéticos associados à hipertensão essencial em populações remanescentes de quilombos do Vale do Ribeira – São Paulo.** 2010. 166f. Tese (doutorado) – Instituto de Biociências da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- MACHADO, J. L. A. **Educação em saúde na prevenção de hipertensão arterial em uma unidade básica de saúde do município Graça Aranha, Maranhão.** 2016. 15f.

Monografia (Trabalho de conclusão de curso) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2016.

MACIEL F. K. et al., A hipertensão arterial na percepção dos seus portadores. **Cienc Cuid Saude**, v.10, n 3, p. 437-443, 2011.

MANFROI, A.; OLIVEIRA, F.A. 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. Medicina de Família e Comunidade**, v.2, n.7, p. 165-176, out/ dez. 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. 1 ed. Brasília – DF, 2013.

MION JÚNIOR M. D.; PIERIN G. M. A.; GUIMARÃES A. Tratamento da hipertensão arterial - respostas de médicos brasileiros a um inquérito. **Rev Ass Med Brasil** 2001; v.47 n.3 p. 249-254.

MIRANDA D. R. et al. , Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. **Rev Bras Hipertens**, v. 9, n 3, p. 293-300, 2002.

MIRON, I. C. M. N. **Plano de intervenção para impactar a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial no PSF de Arantina – Minas Gerais**. 2015. 39f. Monografia (Trabalho de conclusão de curso) – Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2015.

MONDELLI G. C. F. M., LOPES C. A. Relação entre a Hipertensão Arterial e a Deficiência Auditiva. **Arq. Int. Otorrinolaringol**. São Paulo, v.13, n.1, p. 63-68, 2009.

NOBLAT B. C. A. et al. Complicações da Hipertensão Arterial em Homens e Mulheres Atendidos em um Ambulatório de Referência. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 83, n 4, p.308-313, 2004.

OIGMAN W. Sinais e sintomas em hipertensão arterial. **JBM**, v. 102, n 5, p. 13-18, 2014.

OLIVEIRA, C. G. S.; SOUZA, M. R. S. Fatores de risco para a hipertensão arterial em comunidade pesqueira nordestina brasileira. **Interfaces Científicas – Saúde e Ambiente**, v.6, n.2, p. 43-52, fev. 2018.

PIERIN G. M. A. **Hipertensão arterial**. 1 ed. Barueri-SP, 2004. 126p.

RIBEIRO G. A., COTTA M. M. R., RIBEIRO R. M. S., A Promoção da Saúde e a Prevenção Integrada dos Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17 n 1, p. 7-17, 2012.

ROSARIO, T.M.; SCALA, L.C.N.; FRANÇA, G.V.A.; PEREIRA, M.R.G.; JARDIM, P.C.B.V. Prevalencia, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em nobre-MT. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 93, n. 6, p. 672-678, 2009.

SANTOS A. P. F, NERY A. A., MATUMOTO S. A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v.47 n 1, p. 107-114, 2013.

SILVA B. D. et al. Associação entre hipertensão arterial e diabetes em centro de saúde da família. **RBPS, Fortaleza**, v.24 n 1 p. 16-23, 2011.

SILVA P. S.; SANTOS R. M. Prática de grupo educativo de hipertensão arterial em uma Unidade Básica de Saúde. **Arq Ciênc Saúde** V. 11, n 3, p. 169-173, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V diretrizes de Hipertensão arterial sistêmica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v.89, n 3, p.1-48, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VII diretrizes de Hipertensão arterial sistêmica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.107, n 3, supl. 3, p.1-83, 2016.

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

TOSCANO M. C. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9 n 4 p. 885-895, 2004.