

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

YAISBELIS HORTENSIA BONNE LOPEZ

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR OS FATORES QUE
INFLUENCIAM A BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO DA
HIPERTENSÃO DOS PACIENTES RESIDENTES NA COMUNIDADE
DE PLANALTO**

BOM DESPACHO- MINAS GERAIS

2018

YAISBELIS HORTENSIA BONNE LOPEZ

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR OS FATORES QUE INFLUENCIAM A BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO DOS PACIENTES RESIDENTES NA COMUNIDADE DE PLANALTO

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 em Atenção Básica em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

**BOM DESPACHO - MINAS GERAIS
2018**

YAISBELIS HORTENSIA BONNE LOPEZ

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR OS FATORES QUE
INFLUENCIAM A BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO DA
HIPERTENSÃO DOS PACIENTES RESIDENTES NA COMUNIDADE
DE PLANALTO**

Banca examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - orientadora

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 26/07/2018

DEDICO

Dedico este trabalho a meu Deus e minha Virgem da Caridad del Cobre que sempre me acompanham e me guiam.

Aos meus familiares que sem seu apoio, hoje não estaria desempenhando esta tarefa.

Aos meus amigos e equipe de enfermagem do posto de Saúde Planalto.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiro a Deus e a Nossa Virgem Del Cobre por me darem a oportunidade de viver e fazer tudo o que faço pela vida das pessoas e pela orientação nos momentos difíceis.

A minha família, em especial a minha mãe, esposo, filha e amigos pela compreensão e ajuda para o desenvolvimento deste trabalho.

Ao coletivo de professores ao longo deste curso de especialização pela disposição mantida e todos os ensinamentos e contribuições oferecidos para conclusão deste trabalho.

Ao meu Comandante Fidel Castro Ruz que por ele hoje posso falar que cumpri meu sonho de ser médica.

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é considerada um problema de saúde pública e é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Ela tem uma evolução silenciosa e lenta e seu tratamento demanda mudanças comportamentais, além de seguir rigorosamente a prescrição medicamentosa. O diagnóstico situacional feito na Unidade de Saúde Planalto mostrou como principal problema na comunidade a Hipertensão Arterial. Tem alta prevalência e os pacientes hipertensos apresentam baixa adesão ao tratamento o que desencadeia um desafio maior para os profissionais de saúde no tratamento. Este trabalho objetiva elaborar um plano de intervenção para diminuir a incidência de pessoas hipertensas e com complicações na Unidade Básica de Saúde Planalto, em Divinópolis, Minas Gerais. Foi realizada pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde com os descritores: Hipertensão, Estratégia Saúde da Família e complicações além de consulta aos Programas do Ministério da Saúde que abordam sobre hipertensão e os documentos da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Busca-se com as ações propostas no plano reduzir as complicações da hipertensão por meio da maior adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso e maior conhecimento sobre hipertensão por parte do paciente, seus familiares e a própria equipe de saúde.

Palavras-chave: Hipertensão. Estratégia Saúde da Família. Complicações.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension is considered a public health problem and is one of the most important risk factors for the development of cardiovascular, cerebrovascular and renal diseases. It has a silent and slow evolution and its treatment demands behavioral changes, in addition to strictly following the prescription. The situational diagnosis made at the Planalto Health Unit showed that the main problem in the community is Arterial Hypertension. It has a high prevalence and hypertensive patients have low adherence to the treatment, which triggers a greater challenge for healthcare professionals in the treatment. This study aims to elaborate an intervention plan to reduce the incidence of hypertensive and complications in the Basic Health Unit of Planalto, in Divinópolis, Minas Gerais. A bibliographic research was carried out in the Virtual Health Library with the descriptors: Hypertension, Family Health Strategy and complications in addition to consulting the Ministry of Health Programs that deal with hypertension and the documents of the Brazilian Society of Cardiology. The actions proposed in the plan are aimed at reducing the complications of hypertension through greater adherence to medication and non-drug treatment and greater knowledge about hypertension by the patient, their relatives and the health team itself.

Key words: Hypertension. Family Health Strategy. Complications

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Breves informações sobre o município de Divinópolis	9
1.2 O Sistema Municipal de Saúde	9
1.3 A Equipe de saúde do Planalto, seu território e sua população	10
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	13
1.5 Priorização dos problemas	13
2 JUSTIFICATIVA	15
3 OBJETIVO	17
4 METODOLOGIA	18
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	19
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	23
6.1 Descrição do problema selecionado	23
6.2 Explicação do problema	23
6.3 Seleção dos nós críticos	24
6.5 Desenho das operações	24
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	31

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município Divinópolis

Divinópolis é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, localizado no centro-oeste e limita-se com os municípios de Nova Serrana, Perdigão, Santo Antônio do Monte, São Sebastião do Oeste, Claudio e Carmo do Cajuru e São Gonçalo do Pará. É cortado por dois rios: Rio Pará e Rio Itapecerica, sendo este a principal fonte de captação de água do município (PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINÓPOLIS, 2017).

Economicamente, Divinópolis caracteriza-se pela indústria confeccionista e metalurgia/siderurgia.

Segundo o Censo realizado no ano de 2010, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), Divinópolis ocupa a 12ª posição do total de 853 cidades, no ranking das cidades mais populosas do estado de Minas Gerais, com população total de 213.016 habitantes, com estimativa para 2017 de 234.937 (IBGE, 2010).

Divinópolis é a cidade-polo do Alto São Francisco, conhecida pela qualidade de suas confecções, pela prestação de serviços de profissionais liberais, pelo comércio diversificado e pela qualidade de suas escolas de ensino regular e de graduação superior em mais de 15 áreas.

1.2 O sistema municipal de saúde

O Sistema Local de Saúde possui um Conselho Municipal de Saúde constituído com 50% usuários; 25% trabalhadores de saúde; 25% prestadores de serviço. As reuniões são mensais e sempre na penúltima quarta-feira do mês.

O Programa Saúde da Família foi implantado em 1996, sendo a primeira equipe na zona rural. Tinha equipe atípica com um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma assistente social, uma psicóloga, um cirurgião dentista e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), mas sem Agente Comunitário de Saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINÓPOLIS, 2017).

Em 1998 ampliou para mais três equipes, sendo uma na zona rural e duas na zona urbana composta por equipe mínima: um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um cirurgião dentista e uma Auxiliar de Saúde Bucal. Os profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas foram selecionados por concurso público, os demais foram contratados.

Hoje, o Sistema de Saúde do município dispõe de 43 Unidades de Atenção Primária (UAPS), sendo 11 Centros de Saúde Convencionais e 32 equipes de ESF.

Para a atenção especializada, o município conta com uma policlínica onde se atendem algumas especialidades. Conta com Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas ao dia. Tem o Consórcio Intermunicipal de Saúde do vale de Itapeçerica (CISVI) onde se realizam alguns meios de diagnóstico como os eletrocardiogramas, mamografias e ultrassons. O Laboratório Central de Análises- CEMAS tem grande variedade de meios diagnósticos e convênios com diferentes instituições como, por exemplo, o Hospital São João de Deus onde se realizam estudos mais específicos.

Divinópolis conta, ainda, com outros hospitais como o São Judas Tadeu, que atende diversas especialidades; Santa Lúcia também atende várias especialidades e convênios. E o Hospital e Maternidade Santa Mônica, além de clínicas.

1.3 A Equipe de saúde do Planalto, seu território e sua população

Em 01/06/1985 foi inaugurada a nova estrutura do Centro de Saúde Planalto, construída pela Prefeitura Municipal de Divinópolis onde funciona até o presente momento. Possui 251,94 m² de área construída em um terreno de 600 m². Passou por uma reforma em 17/06/2004 e está localizada no bairro central da cidade, com boa infraestrutura física.

A população adstrita, em grande parte, é idosa. O nível de alfabetização é demais de 90% de pessoas alfabetizadas. A taxa de emprego é satisfatória e os principais postos de trabalho se ligam às confecções e fábricas.

Os recursos em que se encontram no bairro são: igreja, escolas, farmácias, supermercados e creches. E como serviços existentes têm luz elétrica, água,

telefonia e internet. Tem uma situação social boa, não é um bairro periférico e com baixo índice de pobreza.

O sistema de saúde da comunidade é a Estratégia Saúde da Família Planalto 1 e 2, que se localiza em local de fácil acesso. O Centro de Saúde assiste à população dos seguintes bairros: Planalto, Santa Luzia, parte do bairro Orion, Campina Verde, Tietê e Casa Nova. Atende aproximadamente 16.000 usuários, sendo cadastradas 4.000 famílias. Realiza-se em média 12.200 atendimentos mensais nesta unidade. A equipe de trabalho do Centro de Saúde é constituída por: um gerente, um agente administrativo, duas enfermeiras, seis auxiliares de enfermagem, dois médicos clínicos gerais, um psicólogo, uma cirurgiã dentista e dois auxiliares de saúde bucal e uma fisioterapeuta.

Quanto ao atendimento de saúde aos usuários, são distribuídas fichas para atendimentos no período matutino, o qual o paciente passa pela triagem (dados são registrados no prontuário do paciente para serem encaminhados ao médico), dando preferência aos casos de urgência. Quando a quantidade de fichas é insuficiente à demanda, os usuários são encaminhados para outra unidade que possui disponibilidade ou para o Pronto Socorro Regional em casos de urgência e emergência.

Os atendimentos com os médicos clínicos acontecem de segunda à sexta-feira, sendo em horários distintos. São distribuídas 16 fichas por dia.

Os usuários que necessitam um atendimento com o serviço da psicologia, devem marcar seus horários todas as terças-feiras às 15h30min horas.

Segundo a gerente da unidade, o Centro de Saúde Planalto atende aproximadamente 16.000 pessoas de classes financeiras bastante diversificadas.

No Quadro 1 tem-se a população segundo a faixa etária na área de abrangência da equipe de saúde da família bairro Planalto

Quadro 1- População da área de abrangência da ESF Planalto, segundo faixa etária.

Faixa Etária	Número de habitantes	%
Menores de 1 ano	72	1,0
1-4 anos	370	5,1
5-9 anos	422	5,8
10-14 anos	456	6,3
15-19 anos	565	7,8
20-49 anos	3302	45,9
50-59 anos	913	12,7
60 + anos	1082	15,0

Fonte: IBGE (2015)

Percebe-se que a maior população se encontra na faixa etária compreendida de 20 a 49 anos, população considerada ativa e produtiva.

Em relação ao abastecimento de água, há um predomínio quase absoluto de rede com água tratada estando as quatro microáreas abastecidas com o sistema público. Grande parte das famílias tem rede geral de esgoto e apenas 67 famílias têm fossa e coleta do lixo.

Quanto aos dados de natalidade, na área de abrangência do Centro de Saúde Planalto, houve um total 78 nascidos vivos em 2015-2017. Encontrou-se que a maioria das gestantes tem entre 20 e 35 anos de idade, estudaram por um período de 8 a 11 anos e tiveram uma gestação a termo, fizeram sete ou mais consultas de pré-natal.

A consulta ao recém-nascido e a puérpera é realizada nos primeiros dias pós-parto, preferivelmente no quinto dia de vida, para as ações ao recém-nascido. A consulta médica é realizada na unidade de saúde onde se realiza a primeira consulta do recém-nascido e da puérpera com o agendamento das próximas puericulturas intercalando com a enfermeira e a médica. As crianças são acompanhadas com frequência pela consulta de puericultura até os 2 anos de idade, a partir dos 2 anos as consultas se tornam anuais

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

Em nossa Unidade de Planalto, após fazer uma análise e discussão com a Equipe de Saúde à que pertencço e depois de realizar um levantamento sobre a situação de saúde da área de abrangência identificamos uma série de problemas que julgamos por ordem de prioridade.

Principais Problemas de saúde ESF Planalto.

- Alta prevalência de Hipertensão Arterial.
- Alta prevalência de Diabetes Mellitus.
- Alta incidência de Dislipidemias.
- Maus hábitos dietéticos.
- Alta Incidência de Doenças Sexualmente Transmissíveis-HPV e Sífilis.
- Alta incidência de Doenças Mentais.
- Alta incidência de Doenças Respiratórias.

1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)

A equipe de saúde mais uma vez reunida classificou os problemas de saúde de acordo com sua relevância, urgência e capacidade de enfrentamento, conforme mostrado no Quadro 2.

Quadro 2 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Planalto, município de Divinópolis, estado de Minas Gerais

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Alta prevalência de Hipertensão Arterial.	Alta	8	Parcial	1
Alta prevalência de Diabetes Mellitus.	Alta	7	Parcial	1
Alta incidência de Dislipidemias.	Alta	5	Parcial	2
Maus hábitos dietéticos.	Alta	3	Parcial	3
Alta Incidência de DST-HPV e Sífilis.	Meia	3	Parcial	3
Alta incidência de Doenças Mentais.	Meia	2	Parcial	3
Alta incidência de Doenças Respiratórias.	Meia	2	Parcial	3

... Alta, média ou baixa.

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens.

Definiu-se que no momento atual, o problema de saúde priorizado para construção de ações de enfrentamento seria a “Alta prevalência de Hipertensão Arterial”.

2 JUSTIFICATIVA

Dentre os problemas de saúde encontrados no território da unidade de saúde de Planalto o que foi considerado de maior relevância, foi a alta prevalência da Hipertensão Arterial (HAS). Temos cadastrados no território 187 hipertensos e com controle 100, mesmo assim são irregulares no cumprimento de tratamento, como requer o programa de hipertensos. Há ainda outro grupo que não sabe que tem Hipertensão e tem pouco conhecimento dos riscos que a HAS pode provocar.

A hipertensão tanto em nível mundial quanto nacional é um grave problema de saúde pública e sua prevalência no Brasil encontra-se entre 22% e 44% para adultos (32% em média). Na faixa etária de 60 a 69 anos acomete 50% da população e 75% em idosos com mais de 70 anos (CESARINO *et al.*, 2008).

Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca. Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também têm HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006 citado por BRASIL, 2013, p.19).

Segundo Sarquis *et al.* (1998), a falta de controle da pressão arterial (PA) e a falta de adesão ao tratamento constituem um desafio para os profissionais de saúde. Vários fatores interferem na adesão ao tratamento, entretanto colocam que a falta de adesão pode estar relacionada à falta de conhecimento do paciente sobre a doença e o seu comportamento frente à tomada dos remédios, indisponibilidade de medicação na rede básica de saúde, dentre outros.

Observamos ainda na nossa área de abrangência que as mulheres referiram maior prevalência de Hipertensão diagnosticada. No entanto, acredita-se que este indicador está diretamente associado a maior procura dos serviços de saúde por parte das pessoas do sexo feminino. O número de pacientes hipertensos com

elevação da pressão arterial chamou a atenção da equipe e nos alertou sobre a necessidade de realizar ações para se trabalhar adequadamente com eles.

Por isso, este trabalho se torna relevante, pois propõe elaborar uma proposta de intervenção educativa para o controle da hipertensão arterial.

Com o desenvolvimento desta proposta, pretende-se melhorar a qualidade de vida os pacientes e evitar as complicações que desencadeiam em maior custo econômico a família e a sociedade.

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de intervenção para diminuir a incidência de pessoas hipertensas e com complicações na Unidade Básica de Saúde Planalto, em Divinópolis, Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma proposta de intervenção elaborada com base nos passos do Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme Campos, Faria e Santos (2010).

Para sua fundamentação teórica, fez-se pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde com os descritores:

- Hipertensão
- Estratégia saúde da Família;
- Complicações.

Também foram pesquisados os Programas do Ministério da Saúde que abordam sobre HAS e os documentos da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016), a Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é condição clínica causada por diversos fatores e assinalada por elevação contínua dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg.

No Brasil, cerca de 35% da população acima de 40 anos de idade é portadora de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Esse número é crescente e seu aparecimento está cada vez mais precoce. Estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras (RIBEIRO; FARIA; LEMOS, 2013, p. 177).

A hipertensão arterial, além de ser uma doença altamente prevalente, é fator de risco maior para morbidade e mortalidade, o que lhe confere uma correta identificação do problema para que se possa instituir adequada abordagem terapêutica, como também seu seguimento. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes mellitus (DM) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Para se avaliar um paciente com hipertensão, deve-se, inicialmente, confirmar o diagnóstico, identificar a causa secundária e avaliar o risco de doenças cardiovasculares além de verificar se há lesões de órgão-alvo e possíveis doenças associadas. Fazem parte dessa consulta, a aferição da pressão arterial no consultório e/ou fora dele, colher a história médica, tanto pessoal quanto familiar, exame físico e verificação clínica e laboratorial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

“A abordagem terapêutica da PA elevada inclui medidas não medicamentosas e o uso de fármacos anti-hipertensivos, a fim de reduzir a PA, proteger órgãos-alvo, prevenir desfechos CV e renais”. Quanto às medidas não medicamentosas, elas são eficazes na redução da pressão arterial, mas têm, com o passar de longos períodos, deixadas de lado. No tratamento não medicamentoso estão incluídas as seguintes medidas: controle de peso, medidas nutricionais, prática de atividades físicas,

suspensão do tabagismo, controle de estresse, entre outros (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016, p. 25).

As mudanças no estilo de vida, incluindo dieta saudável e atividade física, são capazes de causar diminuições significativas na pressão arterial e apresentam diversas vantagens tais como melhora de comorbidades, como dislipidemia e hiperinsulinemia (BRASIL, 2006).

Lopez-Jaramillo et al. (2014, p. 206) recomendam que o desenvolvimento de cuidados da saúde deve seguir as prioridades como observar o nível socioeconômico da população e outras doenças relacionadas, tendo em vista a variação que ocorre em diferentes regiões do mundo e dos países bem como em diferentes áreas de um mesmo país. “Para tanto, as recomendações, para serem implementadas de forma útil na prática médica diária, devem considerar as características particulares médicas e sociais da região ou do país onde elas deverão ser aplicadas e devem ser custo-efetivas” respeitando, ainda, as necessidades locais, financeiras e técnicas.

Lobo et al. (2017) dizem que, a partir de resultados de pesquisa realizada, encontrou-se que a maior prevalência de hipertensão arterial ocorre em pessoas de cor da pele preta, nos índios e nas pessoas de cor amarela, nas regiões Sudeste e Sul do Brasil. Outro dado importante refere-se à maior prevalência nas pessoas com menor escolaridade, independentemente dos anos estudados e do sexo. Encontrou-se, também, que houve aumento da prevalência da HAS quanto ao nível de renda, havendo maior índice de hipertensão em pessoas do grupo de menor renda.

Um grande fator no tratamento da HAS é relacionado à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. A adesão é determinante para a efetividade do tratamento e a baixa adesão é a principal causa do controle inadequado da pressão arterial. Nos últimos anos, a adesão terapêutica tornou-se um dos maiores problemas enfrentados na prática médica e a falta de adesão relaciona-se, em grande parte, com questões ligadas à dieta, ao sedentarismo, ao tabagismo, etilismo, entre outros fatores (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Para Haynes et al. (2002), a adesão ao tratamento é definida e caracterizada quando as orientações médicas coincidem com o comportamento do indivíduo, ou seja, usa corretamente as prescrições medicamentosas e segue as mudanças no estilo de vida recomendadas e comparece às consultas médicas.

Prado Jr. et al.(2007) citado por Gusmão et al. (2009) fizeram avaliação de quatro métodos indiretos para verificação da adesão ao esquema terapêutico prescrito: primeiro, se os pacientes tinham conhecimento sobre os medicamentos prescritos; segundo: controle da pressão arterial; terceiro: atitude do paciente relativa à ingestão dos medicamentos (teste de Morisky e Green) e quarto, o relato de adesão feito pelo próprio paciente. Os autores descobriram que os melhores valores preditivos de adesão foi o controle da pressão arterial e os pacientes com mais de 60 anos foram mais receptivos ao tratamento quando comparados aqueles de 35 a 60 anos.

Resultados de pesquisa realizada em Unidades Básicas de Saúde por Pierin et al. (2011, p.1399) mostraram que,

[...] o controle da hipertensão arterial foi pouco satisfatório, pois menos da metade dos hipertensos estava controlada, o que pode ser reflexo da baixa adesão ao tratamento e é um problema que deve ser enfrentado por todos: a pessoa hipertensa, família, comunidade, instituições e equipe de saúde. As políticas públicas de atenção à saúde devem ser direcionadas a todos; porém, merece atenção especial a parcela não controlada dos hipertensos que deve ser contemplada com estratégias especiais de promoção, prevenção e controle, para minimizar ou evitar complicações decorrentes da doença não controlada.

A participação de vários profissionais da área da saúde, com uma abordagem multidisciplinar, pode facilitar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e consequentemente aumentar o controle da hipertensão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Nesse sentido, Reiners et al. (2008) destacam ser de suma importância que cada profissional de saúde busque identificar, na comunidade adscrita, quais são os motivos/fatores que interferem na não adesão ao tratamento ou ao não cumprimento das orientações passadas e, assim, leve em consideração a estrutura disponível

para o atendimento dos usuários dessa comunidade e a necessidade da proposição e desenvolvimento de estratégias para lidar os problemas da não adesão ao tratamento.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Alta prevalência de Hipertensão Arterial”, para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

O tema que escolhemos para ser abordado é a **Alta prevalência de Hipertensão Arterial** provocada, principalmente, pela baixa adesão ao tratamento da doença, em nossa área. Temos cadastrados 178 pacientes hipertensos, sendo o acompanhamento a estes pacientes com mais frequência devido ao pouco controle e cumprimento do tratamento por parte deles.

Quadro 3 - Descritores do problema: “Alta prevalência de Hipertensão Arterial”

Descritores do Problema	Importância	Fonte
Hipertensos Cadastrados no posto Planalto	178	Registro da Equipe
Hipertensos acima de 60 anos	100	Registro da Equipe
Hipertensos que possuem bom controle	143	Registro da Equipe
Hipertensos que não possuem bom controle	34	Registro da Equipe

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

O estudo desenvolvido por Figueiredo e Asakura (2010, p. 784), a maioria dos pacientes hipertensos era do sexo feminino, e apenas metade dos pacientes apresentava pressão arterial controlada apesar de para todos eles ter sido prescrita medicação, além de dieta hipossódica, atividade física que vários disseram não a fazer por falta de companhia ou de tempo. Em relação à terapia medicamentosa, pacientes disseram ter dificuldades para seguir o tratamento e a principal razão foi lembrar o horário para tomar a medicação.

Também, que as características sociodemográficas, econômicas, fatores relacionados às crenças pessoais, aos hábitos de vida e o relacionamento ocorrido entre os hipertensos e os profissionais dos serviços de saúde apresentaram associação com a não adesão ao tratamento. Detectou-se, também, que a não adesão ao tratamento da hipertensão está grandemente relacionada ao fato da doença ser assintomática (MAGNABOSCO et al., 2015).

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

A equipe de saúde identificou identificamos como "nós críticos" do problema:

- Falta de conhecimento da importância do uso correto das medicações.
- Abandono do tratamento.
- Maus hábitos e estilos de vida.
- Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Nos quadros 4, 5, 6 e sete estão apresentados para cada “nó crítico”, suas operações, resultados, recursos, responsáveis, dentre outros.

Quadro 4– Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “. Alta prevalência de Hipertensão Arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Planalto, do município Divinópolis, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Falta de conhecimento da importância do uso correto das medicações
Operação (operações)	Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos da hipertensão descontrolada; Realizar capacitações para os ACS, para eu eles tenham condições de orientar a população quanto á importância de tomar corretamente a medicação.
Projeto	<i>Se sei, sigo</i>
Resultados esperados	ACS com conhecimento da importância de educar os hipertensos para uso correto da medicação. Pacientes mais informados quanto á medicação e os riscos de uma pressão arterial descontrolada.
Produtos	Hipertensos mais conscientes, tomando a medicação corretamente.

esperados	ACS educando os hipertensos a respeito da tomada correta dos medicamentos.
Recursos necessários	Estrutural: Organização da agenda para educação dos ACS e dos hipertensos Cognitivo: Conhecimento sobre o uso correto da medicação para tratamento da HAS Financeiro: aquisição de material explicativo mostrando a importância do uso correto dos medicamentos, recursos audiovisuais, etc. Político: Mobilização dos hipertensos e dos ACS e apoio da gestão.
Recursos críticos	Estrutural: Organização da agenda. Político: mobilização da população Financeiro: Aquisição dos cartões de controle dos valores pressóricos, aparelhos de aferição da pressão arterial.
Controle dos recursos críticos	Secretaria Municipal de Saúde.
Ações estratégicas	Apresentar o projeto à gestão da Unidade e ao Secretário de saúde
Prazo	6 meses.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Equipe de saúde
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Avaliação após 6 meses do início do projeto.

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “. Alta prevalência de Hipertensão Arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Planalto, do município Divinópolis, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Abandono do tratamento.
Operação	Aumentar o nível de informação sobre a importância da continuidade do tratamento na hipertensão. Identificar as principais causa do abando do tratamento

Projeto	Educação+
Resultados esperados	População mais informada sobre a continuidade do tratamento e sua importância. Conhecimento das principais causas de abandono da terapia medicamentosa
Produtos esperados	Avaliação do nível de informação da população sobre a importância da continuidade do tratamento na HAS por meio de campanha educativa, capacitação dos ACS. Trabalhar as principais causas do abandono do tratamento
Recursos necessários	Estrutural: Organização da agenda para as campanhas educativas Cognitivo: Conhecimento sobre o tema e estratégias de comunicação e pedagógicas. Financeiro: aquisição de material explicativo mostrando a importância do uso correto dos medicamentos e como prevenir as complicações, recursos audiovisuais, etc. Político: Articulação Inter setorial e mobilização social..
Recursos críticos	Estrutural: organização da agenda Político: fazer articulação com a Secretaria Municipal de saúde e mobilização social Financeiro: Aquisição dos cartões de controle dos valores pressóricos, aparelhos de aferição da pressão arterial.
Controle dos recursos críticos	Secretaria Municipal de saúde.
Ações estratégicas	Apresentar o projeto aos colegas da equipe de saúde
Prazo	3 meses.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Médico Enfermeiro ACS
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Avaliação após 6 meses do início do projeto.

Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “. Alta prevalência de Hipertensão Arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Planalto, do município Divinópolis, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Maus hábitos e estilos de vida.
Operação (operações)	Conseguir ao máximo acompanhar a pacientes cadastrados na unidade e fazer grupos educativos para que estes consigam mudar ou melhorar os hábitos e estilos de vida.
Projeto	<i>Saúde sempre</i>
Resultados esperados	Diminuir o número de pacientes obesos e com sobre peso Aumentar o consumo de frutas, legumes e vegetais. Reduzir o índice de sedentários. Diminuir a ingestão de sal na alimentação e o alcoolismo
Produtos esperados	Realização de grupos educativos e de caminhadas Programas de palestras com a nutricionista da equipe..
Recursos necessários	Estrutural: Local para palestras. Cognitivo: Conhecimento sobre hábitos de vida saudáveis, informação quanto alimentação balanceada. Financeiro: verba para compra de cadernetas, recursos audiovisuais, folders. Político: Mobilização social, espaço apropriado para realização dos grupos operativos.
Recursos críticos	Estrutural: Organizar caminhadas, busca ativa dos hipertensos, uma agenda programada para os grupos. Político: Espaço apropriado para realização dos grupos operativos. Financeiro: Cadernetas. Recursos audiovisuais, folders.
Controle dos recursos críticos	Secretaria Municipal de saúde.
Ações estratégicas	Apresentar o projeto às pessoas responsáveis pelo desenvolvimento do mesmo.
Prazo	3 meses.
Responsável (eis)	Equipe de saúde

pelo acompanhamento das operações	
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Avaliação após 3 meses do início do projeto.

Quadro 7 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema“. Alta prevalência de Hipertensão Arterial”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Planalto, do município Divinópolis, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 4	Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado
Operação (operações)	Estabelecer estratégias para modificar do processo de trabalho da equipe de saúde para o portador de Hipertensão arterial.
Projeto	Mudança do processo de trabalho da equipe de saúde para que a equipe planeje e execute ações efetivas de maior atenção adequada ao paciente hipertenso
Resultados esperados	Equipe orientada para que a ação possa ser realizada da melhor forma. Equipe de saúde com maior conhecimento da Hipertensão arterial.
Produtos esperados	Realizar a capacitação e reorganização das ações da ESF com foco na prevenção da Hipertensão e adesão do paciente ao tratamento.
Recursos necessários	Cognitivo: Conhecimento e informação sobre o processo de trabalho Político: Mobilização social.
Recursos críticos	Cognitivo: Conhecimento sobre a doença e processo de trabalho Financeiro: Aquisição de recursos audiovisuais, folheto.
Controle dos recursos críticos	Medico e enfermeira do ESF, Secretaria Municipal de saúde.
Ações estratégicas	Apresentar o projeto à equipe de saúde.
Prazo	3 meses.

Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Equipe de saúde
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Avaliação após 6 meses do início do projeto

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a doença que possui uma das maiores prevalências em todo o mundo e aprofundar conhecimento sobre ela é de grande importância para se obter uma abordagem efetiva dos hipertensos, uma resposta positiva deles ao tratamento, prevenindo, assim, complicações e melhorando a qualidade de vida dos mesmos.

A realização das ações propostas no plano de intervenção vai nos permitir avaliar o conhecimento do paciente sobre a doença e como ele percebe a mesma e que dificuldades tem para alcançar o controle da pressão. Busca-se, com todos os membros da equipe, avaliar e por em prática os processos de educação em saúde, o comprometimento da equipe com a tarefa para se conseguir a conscientização da população sobre aspectos básicos do tratamento medicamentoso e não medicamentoso e ter grande avanço para no acompanhamento adequado destes pacientes.

O estudo mostra a necessidade de o paciente aderir ao tratamento e o plano de ação mostrou ser uma estratégia para melhorar a qualidade de vida da população hipertensa, uma vez que diminui as taxas de complicações e traz maiores benefícios ao paciente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58p. (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010.

CESARINO, C.B. et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. **Arq Bras Card.** v. 91, n. 1, p.31-35, 2008.

FIGUEIREDO, N. N.; ASAKURA, L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. **Acta paul. enferm.,** v. 23, n. 6, p. 782-787, 2010

GUSMÃO, J.L.; GINANI, G.F.; SILVA, G.V.; ORTEGA, K.C.; MION JÚNIOR, D. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Rev Bras Hipertens.** v 16, n. 1, p. 38-43, 2009.

HAYNES, R. B. et al. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications **Cochrane Database Syst Rev.** n. 2, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo Demográfico,** 2010. Disponível em <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=312230&search=minas-gerais|divinopolis> =>. Acesso em out. 2015.

LOBO, L. A. C. et al. Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil. **Cad. Saúde Pública.,** v. 33, n. 6, e00035316, 2017.

LOPEZ-JARAMILLO, P. et al . Consenso latino-americano de hipertensão em pacientes com diabetes tipo 2 e síndrome metabólica. **Arq Bras Endocrinol Metab.,** v. 58, n. 3, p. 205-225, 2014.

MAGNABOSCO, P. et al. Análise comparativa da não adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica em população urbana e rural. **Rev. Latino-Am. Enferm.** v. 23, n.1, p. 20-7, 2015.

PIERIN, A. M. G. et al. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 1389-1400, 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINÓPOLIS. **História**. 2017. Disponível em: <https://www.divinopolis.mg.gov.br/>

REINERS, A. A.O. et al. Produção bibliográfica sobre adesão/não adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 13, supl. 2, p. 2299-2306, Dec. 2008.

RIBEIRO, M. M. S. F.; FARIA, L. A.; LEMOS, G.S. Atenção farmacêutica em paciente com hipertensão arterial sistêmica em uma unidade de saúde de Jequié, Bahia. **J Manag Prim Health Care**. v.4, n.3, p.176-182, 2013.

SARQUIS, L. M. M. et al. A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. **Rev. Esc. Enf. USP.**, v. 32, n.4, p.335–353, 1998.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.107, n.3, supl.3, p.1-83, 2016.

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