

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

KIRENIA GONZALEZ GARCIA

INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA MODIFICAR A BAIXA
ADESÃO AO TRATAMENTO DOS PACIENTES HIPERTENSOS
NA ATENÇÃO PRIMARIA

TEÓFILO OTONI – MINAS GERAIS

2016

KIRENIA GONZALEZ GARCIA

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA MODIFICAR A BAIXA
ADESÃO AO TRATAMENTO DOS PACIENTES HIPERTENSOS
NA ATENÇÃO PRIMARIA**

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

Orientador: Prof.^a Isabel Aparecida Porcatti de Walsh

TEÓFILO OTONI-MINAS GERAIS

2016

KIRENIA GONZALEZ GARCIA

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA MODIFICAR A BAIXA
ADESÃO AO TRATAMENTO DOS PACIENTES HIPERTENSOS
NA ATENÇÃO PRIMARIA**

Banca examinadora

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Isabel Aparecida Porcatti de Walsh

Examinador: Enf. Ms. Nathália Silva Gomes

Aprovado em Uberaba, em .agosto.de 2016

DEDICATÓRIA

A população da área adscrita da Estratégia de Saúde da família Os Pegos.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa Mais Médico e aos governos de Cuba e do Brasil.

A toda Equipe de Saúde da Família os Pegos do Município Água Boa .

Aos colegas cubanos do Programa Mais Médicos.

“A verdadeira medicina não é a que cura, se não a que previne”

(Jose Marti)

RESUMO

A Hipertensão Arterial constitui a primeira causa de atendimento médico na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Pegos, localizado no Município de Água Boa; Minas Gerais (MG). Esta unidade de saúde tem uma população de 3.464 pacientes, com um total de 1.268 hipertensos (36,6%). Desses, somente 3% recebeu atendimento médico pela ESF. Dentre os fatores determinantes do alto índice de hipertensos na comunidade, foram escolhidos quatro de maior impacto para serem abordadas no plano de ação: baixo nível de adesão ao tratamento e conhecimento da população sobre a Hipertensão Arterial HAS, pouca informação sobre tratamento não medicamentoso e prevenção, má estrutura dos serviços e tratamento farmacológico inadequado. Acredita-se que este trabalho possa ser utilizado como meio de estudo em atividades de educação nos diferentes equipes de saúde.

Palavras-chave: Hipertensão; Prevenção secundária; Adesão à medicação.

ABSTRACT

The Hypertension is the leading cause of medical care in the the Family Health Strategy Pegos, located in Água Boa City, MG. This health facility has a population of 3,464 patients with a total of 1268 hypertensive, which represents 36.6% of the total. Of these only 3% received medical care by family health strategy. Among the determinants of high blood pressure index in the community, were chosen four greatest impact to be addressed in the action plan: low treatment adherence and knowledge of our population on hypertension, little information about non-drug treatment and prevention, poor structure of services and inadequate drug treatment. We believe that this work can be used as a means of study in education activities in different health teams.

Key words: Hypertension; Secondary Prevention; Medication Adherence.

LISTA	DE	ABREVIATURAS	E	SIGLAS
AVE		Acidente Vascular Encefálico		
ACS		Agente Comunitário de Saúde		
ALMG		Assembleia Legislativa Minas gerais		
CREAS		Centro Especializado em Assistência Social		
DCV		Doença Cardiovascular		
DIC		Doença Isquêmica do Coração		
ESF		Estratégia de Saúde da família		
ECG		Eletrocardiograma		
FR		Fatores de Risco		
HAS		Hipertensão Arterial Sistêmica		
IDH		Índice de Desenvolvimento Humano		
NASF		Núcleo de Apoio a Saúde da Família		
PES		Planejamento Estratégico Situacional		
SUDENE		Superintendência para o Desenvolvimento do Nordeste		
UBS		Unidades Básicas de Saúde		

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVO	15
4 METODOLOGIA	16
5 REFERENCIAL TEÓRICO	17
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO	23
6.1 Principais problemas de saúde identificados pela Equipe da ESF Pegos	23
6.2 Priorização do problema	24
6.3 Explicação do problema	25
6.4 Seleção dos nós críticos	25
6.5 Plano de intervenção	26
6.6 Avaliação	27
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	30

1 INTRODUÇÃO

Água Boa é um município do Estado de Minas Gerais. Localiza-se a uma latitude 17°59'48.93 Sul e uma longitude 42°23'26.10 Oeste. Sua altitude é de 415 metros. dista 39 quilômetros (km) da capital do estado, Belo Horizonte. Pertence à Mesorregião Vale do Rio Doce e à Microrregião Peçanha. Seus municípios limítrofes são: Angelândia, Capelinha, Franciscópolis, Itambacuri, Malacacheta, Santa Maria do Suaçuí, São José da Safira e São Sebastião do Maranhão. Sua área é de 1317,748 km² e a densidade demográfica é de 15193hab/km². (ÁGUA BOA - MINAS GERAIS, 2016).

Os primeiros habitantes se estabelecerem na região no ano de 1832 e em 1835 construíram uma capela, mas foi somente em setembro de 1855 que houve a doação de terrenos, às margens do ribeirão Água Boa, para o primeiro povoado. Em 1877, foi criado o distrito de Água Boa e vinculado a cidade de Minas Novas e desde o final da década de 1880 o povoado já constituía estação postal e paróquia (ÁGUA BOA - MINAS GERAIS, 2016).

Em 1911, o distrito de Água Boa é transferido para o município de Capelinha e, em 12 de dezembro de 1953 ocorre a emancipação política, graças a atuação política do então prefeito Rosalvo Alves de Oliveira, que após esforço pessoal na Assembleia Legislativa de Minas Gerais, (ALMG) retornou ao distrito com a lei estadual nº 1039 assinada. O governador de Minas Gerais nomeou um intendente municipal no ano de 1954, para administrar o novo município até as próximas eleições, que ocorrem no final deste mesmo ano, sendo eleito Rosalvo Alves de Oliveira o primeiro prefeito da cidade e exercendo o mandato de 1955 a 1958 (ÁGUA BOA - MINAS GERAIS, 2016).

A sede do município é cortada pelo rio Água Boa, em cujo vale a cidade se desenvolveu. Nas margens deste fica o centro da cidade, chamado pela população de "a Praça". As demais ruas dão nomes ao que se pode identificar como pré-bairros, que são o Curumim, o Bom Jesus, a 13 de maio, a Divinéia, a Lagoinha e o Santa Clara. Nos dois morros ladeando a cidade cresceram os bairros chamados Bonfim e Vila dos Operários. No território do município existem outros rios além do rio Água Boa, como o rio Surubi e o rio Urupuca, e também alguns córregos, como o Baú e o Bugre (ÁGUA BOA - MINAS GERAIS, 2016).

Reza a tradição que o nome "Água Boa" vem da época em que os desbravadores, bandeirantes e tropeiros, circulavam pela região, transportando mantimentos e produtos no lombo de mulas de carga, para colonizar e abastecer o interior de Minas Gerais.

Alguma das diversas nascentes, rios e córregos do local onde hoje está a cidade se tornou ponto de referência, parada e descanso dos colonizadores, que se referiam ao lugar como sendo "naquela nascente de água boa", ou seja, cuja água não era salobra ou barrenta, permitindo aos homens e aos animais beberem e servindo também para encher os cantis. Com o uso, o termo passou a ser resumido em "parada da Água Boa", que veio a originar o nome da cidade (ÁGUA BOA - MINAS GERAIS, 2016).

Possui, como festa principal, o "Água-boense Ausente", que ocorre tradicionalmente na última semana de julho, quando os egressos da cidade voltam à terra natal para se confraternizar (ÁGUA BOA - MINAS GERAIS, 2016).

Nas décadas de 70 e 80 o município ganhou alguma notoriedade em razão do excessivo número de brigas armadas e homicídios ocorridos na região, por disputas entre famílias rivais pela posse de terras e, principalmente, pelo controle da prefeitura local. O deputado estadual mineiro Wander Campos foi morto enquanto visitava aliados políticos nesta cidade (ÁGUA BOA - MINAS GERAIS, 2016).

A construção mais tradicional de Água Boa é a Igreja da Matriz, com sua alta torre se destacando na paisagem. Não há, no município, nenhuma indústria ou empresa que seja relevante para sua economia. As principais fontes de renda do município são o comércio, a criação de gado leiteiro e a plantação de café. (ÁGUA BOA - MINAS GERAIS, 2016).

Apesar de a sede do município ser uma cidade pequena, seu território é muito vasto, sendo ocupado principalmente por pequenas fazendas de gado (ÁGUA BOA - MINAS GERAIS, 2016).

Por infelicidade, a área demarcada como sendo de abrangência da Superintendência para o Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE) que alcança diversos municípios pobres do nordeste de Minas Gerais, chega até a divisa de Água Boa, mas não inclui o município. Assim, nenhuma empresa possui incentivos fiscais ou financiamento especial para se instalar no local, o que perpetua sua situação de carência (ÁGUA BOA - MINAS GERAIS, 2016).

Existem vários vilarejos (distritos) pertencentes ao município e vinculados à prefeitura de Água Boa, tais como Palmeiras de Resplendor, Catequeses, Santo Antônio e Graminha. O município ainda não é comarca judicial, não possuindo fórum. Suas questões judiciais tramitam no fórum da cidade vizinha, chamada Capelinha (ÁGUA BOA - MINAS GERAIS, 2016).

Há, na sede do município, duas escolas públicas estaduais de ensino fundamental, chamadas Joaquim Pimenta de Araújo e Alfredo Sá. A escola de ensino médio é a Escola Estadual Adão Marques das Aleluias (ÁGUA BOA - MINAS GERAIS, 2016).

Seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,642, segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano/PNUD (2005) (ÁGUA BOA - MINAS GERAIS, 2016)..

A comunidade conta com vários apoios sociais: três escolas de ensino médio, sete escolas de ensino pré-escolar, duas creches, um asilo, Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS) e igrejas evangélicas e católicas (ÁGUA BOA - MINAS GERAIS, 2016).

No município a taxa de analfabetismo gira em torno de 23,5% da população, índice que vem diminuindo continuamente. No entanto, apesar dos programas do governo que incentivam a participação ativa nas escolas, ainda existem casos de evasão escolar por diversos motivos: crianças e adolescentes que moram na zona rural, adolescentes que precisam trabalhar, entre outros (ÁGUA BOA - MINAS GERAIS, 2016).

A sustentabilidade econômica gira em torno de recursos provenientes de servidores públicos estaduais e municipais, aposentados, pensionistas, trabalhadores braçais, empregadas domésticas, agricultores, comerciantes e outros serviços (ÁGUA BOA - MINAS GERAIS, 2016).

A farmácia básica busca melhorar o acesso aos medicamentos de forma que a dispensação seja racional, evitando automedicação e perda de medicamentos. Atende as famílias do município que procuram o Sistema Único de Saúde (SUS) e não possuem recursos financeiros para comprar na rede privada. É mantida por incentivos da esfera federal, estadual e municipal (ÁGUA BOA - MINAS GERAIS, 2016).

O município de Água Boa conta com cinco equipes de saúde da família e quatro unidades básicas de saúde (UBS) que prestam atendimento médico na zona rural e urbana.

A ESF Pegos está situada na zona rural e funciona em uma igreja alugada pela prefeitura para este fim. Seus espaços são pequenos e improvisados para o atendimento da população, além de prestar atendimento a treze micro áreas com as mesmas características.

2 JUSTIFICATIVA

Nas estatísticas de saúde percebe-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem alta prevalência e baixa taxa de controle, sendo considerado um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas da saúde pública.

A adesão ao tratamento medicamentoso e hábitos de vida adequados são extremamente importantes para o controle da HAS, sendo potenciais influenciadores de seu prognóstico.

Na equipe da ESF Pegos são constantes os atendimentos de pacientes hipertensos, sem controle, que evoluíram a complicações cardiovasculares graves, evitáveis. São também frequentes os atendimentos por descompensação.

Dessa maneira, a proposta de um Projeto de intervenção para modificar a baixa adesão dos pacientes hipertensos ao seguimento pela Atenção Primária, logrando uma diminuição da morbimortalidade ocasionada pela doença é de extrema importância.

Espera-se que após a implantação do projeto de intervenção elaborado se conquiste a mudança do estilo de vida da população doente e se alcance o controle adequado dessas doenças, prevenindo problemas maiores no futuro.

3 OBJETIVO

Propor um projeto de intervenção para modificar a baixa adesão dos pacientes hipertensos na atenção primária.

4 METODOLOGIA

Um dos grandes desafios para o fortalecimento do SUS é que esta tarefa exige cada vez mais a utilização de ferramentas e tecnologias que facilitem a identificação dos principais problemas de saúde das comunidades e, a definição de intervenções eficientes e eficazes (CAMPOS; FARIA, SANTOS, 2010).

Segundo Campos; Faria, Santos (2010), a proposta do PES- Programa Estratégico da Família é estruturada em quatro momentos para o processamento dos problemas:

- a) Explicativo: é o momento da seleção e análise dos problemas considerados relevantes para o ator social e sobre os quais este pretende intervir.
- b) Normativo: é o momento de desenhar o plano de intervenção, ou seja, de definir a situação objetivo ou situação futura desejada e as operações/ações concretas que visam resultados, tomando como referência os nós críticos selecionados.
- c) Estratégico: neste momento é realizada a análise de viabilidade do plano nas suas várias dimensões: política, econômica, cognitiva, organizativa.
- d) Tático-operacional: momento da ação e implementação do plano.

Será realizada uma revisão da literatura e utilizadas as bases de dados ONLINE em espanhol, inglês e português no período 2010- 2016 referentes às estatísticas de saúde no Brasil, levantamento dos cadastros e prontuários dos pacientes da PSF Pegos, publicações, artigos referentes ao tema com os descritores: Hipertensão; Prevenção secundária; Adesão à medicação:. Para a elaboração do plano de intervenção serão utilizados os passos do Planejamento Estratégico Situacional (PES).

5 REFERENCIAL TEÓRICO

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. É considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. As principais causas de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA, infarto agudo do miocárdio (IAM), por acidente vascular encefálico (AVE), sendo as primeiras causa de morte no mundo, na maioria em países de baixo e de médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. No Brasil, as DCV têm sido a principal causa de morte (PAUL et al., 2014)..

No Brasil, 14 estudos populacionais realizados nos últimos 15 anos com 14.783 indivíduos (PA < 140/90 mmHg) revelaram baixos níveis de controle da PA (19,6%) (ROSÁRIO et al., 2009; PEREIRA et al., 2009).

Os principais fatores de risco para HAS são: idade (principalmente acima de 50 anos); prevalência parecida em ambos os sexos (sendo mais comum em homens até 50 anos, invertendo esta relação nas décadas subsequentes); indivíduos não brancos; excesso de peso; sedentarismo; ingestão aumentada de sal e uso de bebidas alcoólicas. , além de fatores socioeconômicos e genéticos.

Tabela 1: Classificação para a Hipertensão Arterial Sistêmica segundo os níveis de pressão Sistólica e diastólica para (> 18 anos) tomando como referência medidas casuais ou de consultório. Cidade São Paulo, ano 2015.

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 – 139	85 – 89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 – 109

Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010)

A avaliação inicial de rotina para o paciente hipertenso consta de:

- Análise de urina;
- Potássio plasmático;
- Creatinina plasmática;
- Glicemia de jejum;
- Colesterol total, HDL, triglicérides plasmáticos*;
- Ácido úrico plasmático;
- Eletrocardiograma convencional.

* O LDL-C é calculado pela fórmula: $LDL-C = \text{colesterol total} - (\text{HDL-C} + \text{triglicérides}/5)$

A avaliação complementar é orientada para detectar lesões clínicas ou subclínicas com o objetivo de melhor estratificação do risco cardiovascular. Está indicada na presença de elementos indicativos de doença cardiovascular e doenças associadas, em pacientes com dois ou mais fatores de risco, e em pacientes acima de 40 anos de idade com diabetes. Segue resumo da avaliação complementar: (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010). A avaliação complementar para o paciente hipertenso – exames recomendados e população indicada são:

- Radiografia de tórax: recomendada para pacientes com suspeita clínica de insuficiência cardíaca, quando demais exames não estão disponíveis; e para avaliação de acometimento pulmonar e de aorta;
- Ecocardiograma: hipertensos estágios um e dois sem hipertrofia ventricular esquerda ao eletrocardiograma ECG, mas com dois ou mais fatores de risco; hipertensos com suspeita clínica de insuficiência cardíaca;
- Microalbuminúria: pacientes hipertensos diabéticos, hipertensos com síndrome metabólica e hipertensos com dois ou mais fatores de risco;
- Ultrassom de carótida: pacientes com sopro carotídeo, com sinais de doença cerebrovascular, ou com doença aterosclerótica em outros territórios;
- Teste ergométrico: suspeita de doença coronariana estável, diabetes ou antecedente familiar para doença coronariana em paciente com pressão arterial controlada; Hemoglobina glicada: na impossibilidade de realizar

hemoglobina glicada, sugere-se a realização do teste oral de tolerância à glicose em pacientes com glicemia de jejum entre 100 e 125 mg/dL

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), o tratamento não medicamentoso ou mudanças de estilo de vida consistem em orientações objetivando reduzir a pressão arterial. A sua aplicação pode reduzir a necessidade de medicamentos anti-hipertensivos e aumentar sua eficácia. Controlar os fatores de risco associados e, concorrer para a prevenção primária da hipertensão e de doenças cardiovasculares associadas é também um objetivo do tratamento não medicamentoso. Há um elenco de medidas cuja eficácia já está claramente estabelecida como benéficas e que serão apresentadas a seguir.

- **Redução do Peso:** todos os pacientes com peso acima do ideal ($IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$, acima de 25 kg/m^2) devem ser encorajados a participar de um programa de atividades físicas aeróbicas e redução da ingestão de calorias, com o objetivo de perder peso. Aproximadamente 50% dos adultos no Brasil tem sobrepeso ou obesidade. Em indivíduos obesos, um $IMC < 25 \text{ kg/m}^2$ deve ser o objetivo a alcançar. A redução do peso reduz o nível da PAS em torno de 5 a 20 mm Hg para cada 10 kg perdidos. Independente do valor do IMC, a obesidade andróide ou central (circunferência abdominal 102 cm em homens e 88 cm em mulheres) é um fator preditivo de doença cardiovascular.
- **Consumo de Bebidas Alcoólicas:** o consumo de etanol não deve ultrapassar 30 g para os homens e 15 g para as mulheres ao dia, valor que está contido em 60 ml de bebida destilada, 240 ml de vinho ou 720 ml de cerveja. É sabido que o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, além de aumentar a PA pode causar resistência à ação anti-hipertensiva de alguns medicamentos. Seguindo essa recomendação, será possível uma redução aproximada de 2 a 4 mm Hg no nível da pressão arterial sistólica;
- **Atividade Física:** após avaliação clínica prévia, recomenda-se prática de atividade física aeróbica moderada por pelo menos 30 minutos por dia, na maioria dos dias da semana, se não houver limitação. Dessa forma, pode-se obter uma redução aproximada de 4 a 9 mm Hg da PA sistólica. Um programa de atividade física deve iniciar-se com distância não superior a 1.000 m, devendo ser acrescido, semanalmente, 200 a 500 m até que atinjam

aproximadamente 6.000 m. Uma referência é o desenvolvimento de 100 m por minuto durante as caminhadas.

- **Restrição de Sal:** deve ser estimulada em todo paciente hipertenso. Evitar alimentos com elevado teor de sal e prepará-los com pouco sódio não o adicionando aos alimentos já prontos. O consumo de sal pela população brasileira é em torno de 10 a 12 g/ dia, no entanto, a recomendação ideal é de 6 g/dia (100 mEq de sódio). A redução da ingestão de clorosódio NaCl apresenta um efeito de redução aproximada de 2 a 8 mm Hg no nível da PA sistólica
- **Suspensão do Tabagismo:** o tabagismo é importante fator de risco para doenças cardiovasculares e deve ser abolido. Estudos em larga escala tem confirmado que pacientes hipertensos tabagistas, ainda que tratados, apresentam maior incidência de doenças cardiovasculares que os não tabagistas em iguais condições.
- **Padrão alimentar ideal:** preconizar uma dieta com frutas, verduras, derivados desnatados de leite, quantidade reduzida de gorduras saturadas e colesterol com objetivo de promover redução da pressão arterial.
- **Controle das Dislipidemias:** a associação entre hipercolesterolemia, diabetes e hipertensão está claramente demonstrada, pessoas hipertensas com dislipidemia devem receber orientação nutricional e tratamento medicamentoso, se necessário. Suplementação de Potássio, Cálcio e Magnésio promovem modesta redução da PA.

Para o tratamento medicamentoso, a decisão terapêutica deve basear-se nos valores da pressão arterial, na presença ou não de lesão em órgãos-alvo e de fatores de risco associados, que permitem estratificar o risco do paciente a ser tratado. A redução da PA com medicamentos reduz a morbidade e mortalidade cardiovascular em pacientes hipertensos. A decisão terapêutica deveria ser tomada considerando, os pré-hipertensos não precisam de tratamento medicamentoso, mas são necessárias mudanças do estilo de vida. O critério de escolha do medicamento deve ser de acordo com as características peculiares de cada paciente, doenças associadas, farmacocinética, farmacodinâmica, idade, fácil posologia dos medicamentos e custos.

A seguir os 10 principais pontos de destaque do Oitavo Joint National Committee's Evidence-Based Guideline for the Management of Blood Pressure in

Adults (PAUL et al., 2014) para manejo da hipertensão arterial sistêmica (HAS) em adultos:

1. Na população em geral com idade ≥ 60 anos, iniciar tratamento farmacológico para reduzir a pressão arterial (PA) quando PA sistólica (PAS) ≥ 150 mmHg ou PA diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg, com o objetivo de atingir valores $< 150/90$ mmHg. Nessa população idosa (≥ 60 anos), se o tratamento farmacológico resulta em níveis pressóricos menores (por exemplo, PAS < 140 mm Hg) e é bem tolerado (sem efeitos adversos), a terapia não necessita ser ajustada.

2. Na população em geral < 60 anos, o tratamento farmacológico deve ser indicado quando a PAS ≥ 140 mmHg e/ou PAD ≥ 90 mmHg, com o objetivo de se atingir PA $< 140/90$ mmHg .

3. Na população com idade ≥ 18 anos e portadora de doença renal crônica (DRC), a recomendação segue aquela da população geral (tratamento farmacológico se PAS ≥ 140 mmHg ou PAD ≥ 90 mmHg, com meta $< 140/90$ mmHg). Não há mais recomendação específica com alvos mais baixos para estes pacientes.

4. A mesma situação se aplica para os pacientes portadores de diabetes com idade ≥ 18 anos: o tratamento farmacológico deve ser iniciado visando metas de PAS < 140 mmHg e PAD < 90 mmHg.

5. Na população não-negra, incluindo aqueles com diabetes, o tratamento anti-hipertensivo inicial deve incluir um diurético tiazídico, bloqueadores do canal de cálcio (BCC), inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA), ou bloqueador do receptor de angiotensina (BRA).

6. Na população negra em geral, incluindo aqueles com diabetes , o tratamento anti-hipertensivo inicial deve incluir um diurético tiazídico ou BCC.

7. Na população com idade ≥ 18 anos, com doença renal crônica, o tratamento anti-hipertensivo deve incluir necessariamente um IECA ou BRA, a menos que não sejam tolerados, pelas suas características nefro protetoras. Isso se aplica a todos os pacientes com DRC e hipertensão, independentemente da etnia ou outra condição clínica associada.

8. O principal objetivo do tratamento da hipertensão é atingir e manter a meta pressórica. Se o objetivo da PA não é alcançada dentro de um mês de tratamento, deve-se aumentar a dose da droga inicial ou adicionar uma segunda droga dentre as seguintes: diurético tiazídico, BCC, IECA ou BRA.

9. Se a meta pressórica não pode ser alcançada com duas drogas, adicione uma terceira droga a partir da lista fornecida. Não use um IECA e um BRA juntos em um mesmo paciente. Se os objetivos não foram alcançados apenas com as drogas acima citadas, ou quando houver alguma contraindicação ou a necessidade de usar mais de três drogas para se atingir a meta, anti-hipertensivos de outras classes podem ser usados. Além disso, o encaminhamento para um especialista em hipertensão pode ser necessário em caso de pacientes com HAS resistente ao uso de quatro ou mais drogas, ou pacientes com outras complicações clínicas.

10. Os autores dessa diretriz reforçam que embora ela forneça recomendações baseadas em evidências para o manejo de HAS, atendendo às necessidades clínicas da maioria dos pacientes, essas recomendações não substituem o julgamento clínico. As decisões clínicas devem cuidadosamente considerar e incorporar as características e as circunstâncias de cada paciente individualmente. Eles reforçam ainda uma necessidade de harmonizar a diretriz de hipertensão com outras diretrizes e recomendações de risco cardiovascular, resultando em uma estratégia de prevenção cardiovascular global mais uniforme.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

6.1 Principais problemas de saúde identificados pela Equipe da ESF Pegos

Os principais problemas de saúde identificados foram:

- Baixa adesão dos pacientes com doenças crônicas, como a hipertensão arterial ao controle e seguimento pela atenção primaria; A HAS é a principal morbidade da área, sendo a principal causa de atendimento médico diário.
- Dificuldades na realização de exames laboratoriais para o monitoramento de doenças crônicas por falta de recursos no hospital municipal.
- Destino final inadequado dos lixos e dos dejetos humanos.
- Abastecimento e tratamento insuficiente de água com alto risco de consumo de água contaminada.
- Realização de poucas atividades educativas em grupos desenvolvidos pela equipe de saúde.
- Ausência de recursos e de medicamentos para o atendimento das urgências, assim como seu encaminhamento e sua transportação.
- Resistência das mulheres a realizarem o exame citopatológico
- Alta prevalência de pacientes com transtornos de ansiedade e de depressão.
- Uso de polifarmácia nos pacientes com doenças crônicas como HAS e Diabetes Mellitus.

O Quadro 1 apresenta os principais problemas de saúde identificados

Quadro 1: Principais problemas, importância, urgência, capacidade de enfrentamento e seleção de cada um deles. Cidade Agua Boa , ano 2015.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Baixa adesão dos pacientes com doenças crônicas como a hipertensão arterial ao controle e seguimento pela atenção primaria	Alta	9	Parcial	01

A HAS é a principal morbidade da área.	Alta	8	Parcial	02
Dificuldades na realização de exames laboratoriais para o monitoramento de doenças crônicas por falta de recursos no hospital municipal	Alta	7	Parcial	03
Uso de poli farmácia nos pacientes com doenças crônicas como Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.	Alta	7	Parcial	04
Abastecimento e tratamento insuficiente de água com alto risco de consumo de água contaminada.	Alta	6	Fora	05
Alta prevalência de pacientes com transtornos de ansiedade e depressão	Alta	6	Fora	05

Fonte: Elaborado pelo autor (2015).

6.2 Priorização do problema

A equipe considerou que o problema prioritário era o alto número de pacientes hipertensos e a baixa adesão destes ao tratamento.

Foi realizado o levantamento do número de hipertensos utilizando informações do Sistema Data-SUS-SIAB. A área tem, diagnosticados, 1268 hipertensos com uma prevalência geral de HAS de 34.97 % do total da população, predominando pacientes adultos jovens.

O Quadro 2 apresenta os indicadores do problema selecionado no diagnóstico da ESF Pegos.

Quadro 2: indicadores do problema selecionado no diagnóstico da unidade de saúde da família Pegos. Cidade Agua Boa, ano 2015.

Indicadores	Valores	Fonte
Total de população	3464	SIAB
Total de Hipertensos em geral	1268	SIAB
Total de população maior de 20 anos	2090	SIAB
Total de consultas por ano	2.107	SIAB
Total de consultas por HAS anual	945	SIAB
Total de pacientes idosos	330	SIAB

Fonte: SIAB, 2015

6.3 Explicação do problema

A partir do método PES, foi possível identificar as principais causas alto número de pacientes com HAS e a baixa adesão destes ao tratamento:

- A. Uso de medicamentos somente quando pensam que a pressão está elevada;
- B. Impressão de cura com conseqüente abandono dos fármacos quando na realidade a pressão está apenas controlada;
- C. Desgosto de ter de tomar remédios continuamente, de ser dependentes deles.
- D. Sintoma adverso dos fármacos como tosse;
- E. Dieta hipossódica é difícil de ser seguida, principalmente pelo fato dos familiares terem de se habituar a ela;
- F. Necessidade de consultas médicas mensais para fornecimento de prescrições para retirada do medicamento na unidade de saúde;

6.4 Seleção dos nós críticos

A partir desses dados foram selecionados os nós críticos que gerariam ações para modificá-los:

- Baixo nível de conhecimento da população sobre a HAS;
- Dificuldades no seguimento dos pacientes com HAS.
- Hábitos e estilos de vida inadequados.
- Baixo nível de realização de atividades educativas pela equipe de saúde.

- Tratamento farmacológico inadequado.

6.5 Plano de intervenção

Finalmente, para cada nó crítico foi proposto um plano de intervenção, indicado o responsável e o período em que a mesma se dará.

Quadro 3: Nós críticos, ações, responsável e período. Cidade Agua Boa, ano2015.

Nó crítico	Ações	Responsável	Mês- Ano
Baixo nível de conhecimento da população sobre a HAS	Atendimento em grupo a Hipertensos com a participação dos profissionais da equipe e de apoio avaliando o nível de informação da população de risco	Médico Enfermeira Técnica em enfermagem Agentes de saúde	Junho-dezembro. 2016
Tratamento farmacológico inadequado	Confeccionar registro com a participação de hipertensos no grupo, garantindo medicamentos e exames previstos nos protocolos de atendimento a hipertensos	Médico Enfermeira Técnica de enfermagem Agentes de saúde	Junho-dezembro. 2016
Dificuldades no seguimento dos pacientes com	Agendar consulta individual nos casos daqueles hipertensos não controlados e identificados nas visitas domiciliares	Medico Enfermagem Técnica de enfermagem, Agentes de saúde	Junho-dezembro 2016

HAS	Busca ativa daqueles hipertensos que não comparecem a consultas agendadas para seguimento pela atenção primária.	Medico Enfermagem Técnica de enfermagem Agentes de saúde.	Junho- dezembro. 2016
Hábitos e estilos de vida inadequados	Instituir ambientes de familiaridade e participação de discussões em grupo para reflexão.	Nutricionista; Medico. Enfermagem.	Junho-dezembro 2016
Baixo nível de realização de atividades educativas pela equipe de saúde	Confeccionar um programa de atividade física aeróbica por pelo menos 30 min por dia.	Educador Físico ou Fisioterapeuta	Junho-dezembro 2016

Fonte: Elaborado pelo autor (2015).

6.6 Avaliação das atividades

Em continuidade a esta etapa a proposta de criação de grupos de hipertensos e realização de palestras informativas, o grupo contará com a participação dos diversos profissionais da saúde do PSF em questão da equipe expandida, com apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os grupos e palestras correrão preferencialmente no mesmo dia, com periodicidade inicialmente mensal com possibilidade de ser quinzenal para abranger a todos os usuários. A proposta é uma abordagem multidisciplinar possibilitando a troca de experiência e esclarecimento de dúvidas procurando transmitir informação de forma acessível e dinâmica durante os encontros de grupos e palestras.

A enfermeira será a responsável por organizar junto a técnica de enfermagem a agenda do profissional, destinando o tempo necessário às atividades do plano irá verificar e controlar o plano de cuidado dos pacientes. Os casos de maior complexidade serão discutidos nas reuniões da equipe de forma individual.

O controle da frequência e da regularidade dos pacientes a consulta médicas e de enfermagem e a realização dos exames complementares, assim como adesão ao tratamento pelas visitas do Agente Comunitário de Saúde, serão realizados mediante o acompanhamento pelas fichas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que falta de adesão está ainda presente no contexto de pacientes com HAS. Ressalta-se que estes, embora acompanhados por programa de atenção básica, ainda apresentam inúmeras características que dificultam a adesão, tais como: comportamento indicativo de falha na adesão e manejo inadequado do tratamento não medicamentoso.

Este trabalho pode enriquecer o arsenal de ferramentas que possui a equipe de saúde, reformular as ações, fazer melhor o que já se conhece. Por outro lado, precisa-se olhar o paciente inserido no contexto sociocultural com suas particularidades. Ainda, é importante refletir sobre a influência das suas crenças, seus costumes e sua percepção, não apenas respeito da doença, do profissional de saúde que o atende e do medicamento que usa e possa fazer parte de seu cotidiano. Ficou também evidenciado o papel fundamental da família como figura importante no processo de adesão ao tratamento.

A equipe será importante na construção de novos saberes para que possa ajudar ao paciente a melhorar seus hábitos de vida a fim que o mesmo possa ter uma boa adesão ao tratamento.

Acredita-se que este trabalho possa ser utilizado como meio de estudo em atividades de educação nos diferentes equipes de saúde.

REFERÊNCIAS

1. ÁGUA BOA (MINAS GERAIS). In: WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Flórida: Wikimedia Foundation, 2016. Disponível em: <[https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=%C3%81gua_Boa_\(Minas_Gerais\)&oldid=44460704](https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=%C3%81gua_Boa_(Minas_Gerais)&oldid=44460704)>. Acesso em: 10 jun. 2016.
2. CAMPOS FCC, FARIA HP, SANTOS MA. Planejamento e avaliação das ações em saúde. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG. 2019. 110p.
3. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI. Arq Bras Cardiol. 2010 Jul;95(1 Suppl):1-51.
4. JAMES PA et al. Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). Joint National Committee (JNC 8) JAMA. 2014;311(5):507-520. doi:10.1001/jama.2013.284427
5. PEREIRA M, LUNET N, AZEVEDO A, BARROS H. **Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries.** J Hypertension 2009; 27(5): 963–975.
6. ROSÁRIO TM, SCALA LCNS, FRANÇA GVA, PEREIRA MRG, JARDIM PCBV. PREVALÊNCIA, CONTROLE E TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA in Nobres, MT. ArqBrasCard 2009; 93(6): 672–678
7. Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **ArqBrasCardiol** 2010; 95(1 supl.1): 1-51